



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.6.1.2025

dr n. zdr. Marcin Sygut  
Dyrektor  
Uniwersyteckiego Szpitala  
Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie  
al. Powstańców Wielkopolskich 72  
70-111 Szczecin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/25/041 – Szpitale kliniczne**

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie <sup>1</sup> , al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. zdr. Marcin Sygut, Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie <sup>2</sup> , od 13 lipca 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działalność lecznicza. 2. Działalność dydaktyczna. 3. Działalność naukowa.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 do 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 <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontrolerzy	1. Robert Lewandowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/47/2025 z 3 marca 2025 r. 2. Maria Kowalewska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/82/2025 z 5 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-2, 3-5, 165, 605-606)

---

<sup>1</sup> Uchwałą nr 9/2023 Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (PUM) z 1 marca 2023 r. w sprawie zmiany nazw szpitali klinicznych PUM, uchwalono m.in., że z dniem 1 stycznia 2024 r.: 1) nazwa: „Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” (dalej: SPSK-1) została zastąpiona nazwą: „Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie” (dalej: USK-1), 2) nazwa: „Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie” (dalej: Szpital lub SPSK-2) została zastąpiona nazwą: „Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie” (dalej: Szpital lub USK-2).

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował swoje działania w zakresie działalności leczniczej, jednakże w opisanych w wystąpieniu pokontrolnym przypadkach nie były one prawidłowe i skuteczne. NIK ocenia pozytywnie prawidłową realizację zadań w zakresie działalności dydaktycznej i naukowej.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

W zakresie działalności leczniczej Szpital zapewnił taką organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, która zagwarantowała (poza opisanymi w wystąpieniu pokontrolnym przypadkami) optymalne wykorzystanie łóżek szpitalnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. Pomieszczenia i urządzenia USK-2 odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach. Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, które użytkowane były w sposób bezpieczny. Poza wykazanymi przypadkami, stan, liczba i forma zatrudnienia personelu medycznego w Szpitalu były optymalne do udzielania świadczeń zdrowotnych. Czas pracy personelu medycznego wykonującego zawód medyczny, zatrudnionego na podstawie umów o pracę był zgodny (z wyjątkiem jednego lekarza) z obowiązującymi regulacjami. Szpital prawidłowo zlecał podmiotom zewnętrznym udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zawierał i rozliczał umowy w tym zakresie. Gospodarkę finansową Szpitala prowadzono w oparciu o plan finansowy w sposób zapewniający zbilansowanie przychodów i kosztów. Szpital uzyskiwał dodatni wynik finansowy w każdym roku objętym kontrolą. Planowanie inwestycji, w tym zakupu aparatury medycznej oparte było na faktycznych potrzebach Szpitala i następowało zgodnie z przepisami i procedurami. Zakupu aparatury dokonywano zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Realizacja dostaw i instalacji, następnie ich rozliczenie, poza wyjątkiem opisanym w nieprawidłowościach, odbywały się zgodnie z warunkami podpisanych umów. USK-2 podejmował działania w celu wyegzekwowania należności, przy czym wobec braku wewnętrznych procedur w tym zakresie, nie zawsze były one skuteczne (w trzech na pięć badanych przypadków). W Szpitalu utworzono zakładowy fundusz nagród oraz opracowano system premiowania i nagradzania pracowników, w tym kierownictwa. Dyrektor sporządzał i terminowo publikował raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej, w której wskaźniki ekonomiczno-finansowe osiągały w latach objętych kontrolą rekomendowane wartości.

Stwierdzone nieprawidłowości w tym obszarze dotyczyły: niepełnego wykorzystania łóżek szpitalnych; nieujęcia jednego zadania w planie postępowań o udzielenie zamówień publicznych, czym naruszono dyspozycję art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych<sup>5</sup>; niezamieszczania w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wykonaniu umów, mimo obowiązku określonego w art. 448 Pzp; nierzetelnego sporządzenia ogłoszenia o wykonaniu jednej umowy; ustalania wartości szacunkowej zamówień jedynie na podstawie jednej oferty, co mogło wskazywać na naruszenie zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, określonych w art. 16 ust. 1 Pzp; nieegzekwowania od wykonawcy zadania terminowego zgłaszania zakończenia robót oraz gotowości odbioru końcowego przedmiotu umowy; nieegzekwowania od wykonawcy zadania wykonania przedmiotu umowy zgodnie z założeniami projektowymi i materiałowymi; niepodejmowania na bieżąco czynności

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm.; dalej: Pzp.

zmierzających do wyegzekwowania należności pieniężnych, mimo obowiązku określonego w art. 42 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>6</sup>; niedokonywania zmian w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów zawartych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; niezapewnienia wymaganej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>7</sup>, liczby etatów pielęgniarek na liczbę łóżek w czterech oddziałach i trzech klinikach szpitalnych; zatrudnienia w jednej z klinik personelu medycznego nieposiadającego odpowiednich kwalifikacji, w szczególności w zakresie wymaganego stażu pracy; nieterminowego regulowania zobowiązań Szpitala, skutkującego koniecznością zapłaty odsetek w kwocie 581,73 zł; niezawierania w umowach najmu pomieszczeń Szpitala zapisów dotyczących możliwości corocznej waloryzacji czynszu, wymaganych procedurami Szpitala; nieujmowania we wnioskach poprzedzających zawarcie umów najmu zapisów wymaganych Regulaminem zbywania; braku dokumentacji w zakresie czasu pracy personelu medycznego; niezapewnienia jednemu z lekarzy 11-godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku dobowego, wynikającego z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej<sup>8</sup>.

Szpital prawidłowo realizował swoje zadania dydaktyczne. Zawarto umowę w sprawie ustalenia zasad udostępnienia jednostek organizacyjnych Szpitala na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. W okresie objętym kontrolą nie zatrudniano nauczycieli akademickich i doktorantów w celu realizacji zadań dydaktycznych (nauczyciele akademicy zatrudnieni w PUM udzielali świadczenia zdrowotne w USK-2). W Szpitalu prawidłowo wyłaniano lekarzy kierujących jednostkami organizacyjnymi USK-2. Finansowanie działalności dydaktycznej następowało w oparciu o postanowienia ww. umowy. Szpital spełnił wymagania akredytacyjne niezbędne do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy.

Szpital prawidłowo realizował swoją działalność naukową. W USK-2 formalnie określono zasady zawierania oraz realizacji umów dotyczących prac badawczych, w tym badań klinicznych. Badania kliniczne były realizowane zgodnie z postanowieniami umów i harmonogramami, wynagrodzenie Szpitala pokrywało koszty związane z realizacją badań. W Szpitalu uregulowano zasady prowadzenia badań klinicznych i faktycznie je prowadzono m.in. w oparciu o zasady etyczne, zgodnie z zaleceniami Dobrej Praktyki Klinicznej. Aktywność naukowa Szpitala znalazła odzwierciedlenie w publikacjach, cytowaniach i konferencjach naukowych.

---

<sup>6</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.; dalej: ufp.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm. (w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym kontrolą); dalej: ustawa o działalności leczniczej.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Działalność lecznicza

##### 1.1 Organizacja i zarządzanie

Opis stanu faktycznego

##### 1. Infrastruktura szpitalna

a) W badanym okresie liczba łóżek w Szpitalu ogółem<sup>9</sup> wyniosła 423, poza rokiem 2023, kiedy liczba ta była wyższa i wyniosła 431. Liczba hospitalizowanych pacjentów wzrosła z 29 735 w 2022 r. do 35 280 w 2024 r.; w I kwartale 2025 r. wyniosła 9 308. Liczba osobodni wyniosła 102 143 w 2022 r., 98 970 w 2023 r., 100 930 w 2024 r. i 29 713 w I kwartale 2025 r. Średnia długość pobytu pacjenta w Szpitalu wahała się od 2,8 do 3,4 dnia. Tym samym wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wzrósł z 49,2% w 2022 r. do 78% w I kwartale 2025 r. Ten sam wskaźnik wyliczony z pominięciem klinik okulistyki<sup>10</sup> oraz Oddziału Onkologii Klinicznej<sup>11</sup> wzrósł odpowiednio z 68,8% do 74,4%. Liczba wykonanych zabiegów operacyjnych łącznie wzrosła z 15 259 w 2022 r. do 16 643 w 2024 r., w I kwartale 2025 r. wykonano łącznie 4 148 zabiegów operacyjnych. Niepełne wykorzystanie łóżek szpitalnych zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 300-302)

b) Według kodów zakresu świadczeń łączna liczba hospitalizacji jednostkowych wyniosła 23 104 w 2022 r., 24 445 w 2023 r., 25 995 w 2024 r. i 6 611 w I kwartale 2025r.; czas hospitalizacji odpowiednio w ww. poszczególnych latach: 4,5 dnia, 4,2, 4,2 i 3,8; a łączna liczba hospitalizowanych pacjentów odpowiednio: 19 250, 20 597, 21 693 i 6 193.

(akta kontroli str. 222-225)

c) Objęte szczegółowym badaniem kontrolnym NIK<sup>12</sup> pomieszczenia Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej oraz Kliniki Kardiologii i Chirurgii serca spełniały m.in. wymagania ogólnoprzestrzenne, ogólnobudowlane, wymagania dla pomieszczeń i urządzeń, a także dotyczące pomieszczeń pielęgnacyjnych określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 627-725, 895-899)

<sup>9</sup> Średnia w okresie.

<sup>10</sup> W których 80% hospitalizacji to przyjęcie i wypis pacjenta w tym samym dniu (tzw. „0” pobytu).

<sup>11</sup> Gdzie 100% hospitalizacji to przyjęcie i wypis pacjenta w tym samym dniu (tzw. „0” pobytu).

<sup>12</sup> Badaniem objęto zakresy świadczeń zdrowotnych: - Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, zakresy świadczeń: nefrologia - hospitalizacja, choroby wewnętrzne - hospitalizacja; - Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, zakresy świadczeń: chirurgia ogólna - hospitalizacja; - Klinika Kardiologii, zakres świadczeń: kardiologia - hospitalizacja oraz dwa świadczenia specjalistyczne (spośród świadczeń gwarantowanych, wymienionych w załączniku nr 4 do rozporządzenia szpitalnego): 1) Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych; 2) Przeszkórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca 35.211 Wymiana zastawki aortalnej - autograft 35.212 Wymiana zastawki aortalnej - heterograft.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

## **2. Organizacja udzielania świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną**

**a)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto ww. sześć świadczeń gwarantowanych opisanych w poprzednim punkcie. Organizacja udzielania tych świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną były zgodne z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>14</sup>, a także rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 627-725, 895-899)

**b)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto 10 sztuk aparatury medycznej, w tym wszystkie siedem o najwyższej wartości początkowej<sup>15</sup>, wykorzystywanej do udzielania świadczeń w ww. zakresach świadczeń objętych kontrolą NIK oraz trzy objęte kontrolą zamówień publicznych oraz prawidłowości realizacji zakupu<sup>16</sup>. Sprzęt i aparatura poddawane były kontrolom i badaniom (przeoglądom technicznym), zgodnie z zaleceniami producentów lub serwisu autoryzowanego

(akta kontroli str. 303-306)

## **3. Dostępność i kwalifikacje kadry medycznej**

**a)** W Szpitalu zatrudnionych było ogółem 1 852 osoby w 2022 r., 1 953 w 2023 r., 2 007 w 2024 r. i 2 015 w I kwartale 2025 r., z tego w tych latach od 63 do 69 w Klinice Kardiochirurgii, od 99 do 106 w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, od 62 do 67 w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej. W badanym okresie spośród personelu świadczącego pracę w Szpitalu było: od 432 do 494 lekarzy (analogicznie w ww. Klinikach: 12-15, 35-36, 17-24); od 648 do 703 pielęgniarek i położnych (18-21, 25-29, 18-24); od 219 do 241 pozostałego personelu medycznego (9-12, 13-14, 7-8) oraz od 553 do 594 obsługi i administracji (21-24, 24-30, 14-17).

W systemie zarządzania jakością<sup>17</sup> Szpitala zapisano m.in., że w SPSK-2 opracowano Plan zatrudnienia pracowników Szpitala uwzględniający strategię rozwoju placówki, określający strukturę zatrudnienia, pożądane kwalifikacje na stanowiskach z uwzględnieniem specyfiki komórek Szpitala. Plan był bazą wyjściową do kształtowania polityki kadrowej, modyfikowany w ciągu każdego roku ze względu na bieżące rotacje pracowników oraz wprowadzane nowe wymagania. Każdy pracownik miał w swoich aktach osobowych dokumenty potwierdzające wykształcenie i posiadane kwalifikacje. Ustalono pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy (utworzone zostały stanowiskowe karty pracy na poszczególne stanowiska).

(akta kontroli str. 333-336, 337)

---

<sup>14</sup> Dalej: NFZ.

<sup>15</sup> Spośród aparatury medycznej o wartości początkowej powyżej 130 tys. zł.

<sup>16</sup> Paszport techniczny rezonansu magnetycznego Siemens Healthineers Magnetom Sola został wystawiony po dniu badania NIK.

<sup>17</sup> Wydanie 2 z 14 marca 2022 r.

Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego Szpitala oświadczyła: (...) wykonuję plan zatrudnienia od 21.09.2018 r. co miesiąc, przedstawiam go na doraźne żądanie kierownictwa Szpitala. Syntetyczny stan zatrudnienia przedkładam od grudnia 2024 r. co miesiąc Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych.

(akta kontroli str. 338)

Na dzień kontroli (15 kwietnia 2025 r.) w Szpitalu sporządzony był plan zatrudnienia (zatrudnienie z podziałem na działy, miejsca zatrudnienia) wg stanu na dzień 31 marca 2025 r. W planie zawarto wykaz pracowników Szpitala wg miejsca zatrudnienia i określono m.in. ich stanowiska, etat przeliczeniowy (planowane, wykonane, osoby), uwagi i kwalifikacje wakatów. W uwagach wyszczególniono m.in. świadczenia rehabilitacyjne, zmiany stanowisk pracy, przeniesienia pracowników, kontrakty, urlopy macierzyńskie i rodzicielskie, stanowiska pracy, umowy zlecenia, zastępstwa, uprawnienia emerytalne.

(akta kontroli str. 339-406)

**b)** Szczegółowym badaniem zatrudnienia objęto oddziały: Oddział Nefrologiczny Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych<sup>18</sup>, Oddział Transplantologiczny Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej<sup>19</sup>, Oddział Kardiochirurgiczny oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego Kliniki Kardiochirurgii<sup>20</sup> według stanu na koniec pierwszego kwartału lat: 2023, 2024, 2025. W powyższych okresach liczba personelu medycznego zatrudnionego w oddziałach wyniosła odpowiednio:

- Oddział Nefrologiczny Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych: 36, 34, 34 lekarzy i rezydentów; 31, 29, 30 pielęgniarek;
- Oddział Transplantologiczny Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej: 21, 21, 18 lekarzy i rezydentów; 19, 24, 25 pielęgniarek;
- Oddział Kardiochirurgiczny oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego Kliniki Kardiochirurgii (wraz z Oddziałem Rehabilitacji Kardiochirurgicznej i Blokiem Operacyjnym): po 16 lekarzy i rezydentów; 53, 54, 54 pielęgniarki.

Faktyczna liczba personelu świadczącego pracę na oddziałach nie odpowiadała liczbie lekarzy i pielęgniarek wykazanej w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby”<sup>21</sup> do umowy z NFZ, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1101-1103, 1104, 1109-1110, 1111-1115, 1116-1136, 1140-1141)

Na Oddziale Nefrologicznym Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych<sup>22</sup> oraz Oddziale Kardiochirurgicznym i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego Kliniki Kardiochirurgii<sup>23</sup> wielkość zatrudnienia

<sup>18</sup> Zakres świadczeń: nefrologia - hospitalizacja, transplantologia kliniczna - hospitalizacja, choroby wewnętrzne - hospitalizacja.

<sup>19</sup> Zakres świadczeń: transplantologia kliniczna - hospitalizacja, chirurgia ogólna - hospitalizacja.

<sup>20</sup> W tym Oddział Rehabilitacji Kardiochirurgicznej i Blok Operacyjny Kliniki Kardiochirurgii. Zakres świadczeń: przeszskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiochirurgia - hospitalizacja, operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym dla dorosłych, kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał).

<sup>21</sup> Dalej: załącznik nr 2.

<sup>22</sup> Zakres świadczeń: nefrologia i choroby wewnętrzne.

<sup>23</sup> Zakres świadczenia: kardiochirurgia.

oraz kwalifikacje personelu związane z realizacją świadczeń odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. W Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej według stanu na 31 marca 2023 r. nie zapewniono wymaganej liczby etatów pielęgniarek na liczbę łóżek w Oddziale Transplantologicznym<sup>24</sup>, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych latach wielkość zatrudnienia oraz kwalifikacje personelu ww. Kliniki odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych.

(akta kontroli str. 1105-1106, 1109-1110, 1111-1115, 1120, 1137-1139)

Kwalifikacje personelu medycznego Klinik<sup>25</sup> były zgodne z wymaganiami ustawy o działalności leczniczej, a także rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>26</sup> i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>27</sup>, poza jednym przypadkiem, opisanym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1107-1108, 1109-1110, 1111-1115, 1116)

#### **4. Czas pracy personelu medycznego**

Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto dwie próby, tj. po 5% personelu medycznego Szpitala wykonującego pracę na podstawie umowy o pracę (łącznie 44 pracowników wykonujących zawód medyczny) oraz personelu medycznego Szpitala zatrudnionego na podstawie innej, niż umowa o pracę (24 lekarzy)<sup>28</sup>. W Szpitalu czas pracy pracowników medycznych, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę planowany był w miesięcznych harmonogramach pracy, o których mowa w art. 94 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Prowadzono także ewidencje czasu pracy, zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Dla personelu medycznego, zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych sporządzano miesięczne harmonogramy pracy, uwzględniające nominalne godziny pracy oraz miesięczne wykazy dyżurów lekarskich. Nie ewidencjonowano faktycznych godzin pracy personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W badanym okresie, czas pracy ośmiu lekarzy<sup>29</sup> zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, przekroczył 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, na co sześciu lekarzy wyraziło pisemną zgodę, o której mowa w art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (jeden lekarz odbywał staż podyplomowy, jeden szkolenie

---

<sup>24</sup> Zakres świadczenia: chirurgia ogólna.

<sup>25</sup> Badaniem objęto dokumentację dotyczącą posiadanych kwalifikacji wybranych losowo 30 lekarzy i pielęgniarek.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1515.

<sup>27</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.

<sup>28</sup> Spośród umów o najwyższej wartości.

<sup>29</sup> Spośród 44 pracowników medycznych objętych badaniem. Czas pracy pozostałego personelu medycznego (z wyłączeniem lekarzy) w pierwszym okresie rozliczeniowym 2023-2025 (styczeń-kwiecień) nie przekraczał 48 godzin tygodniowo.

specjalizacyjne<sup>30</sup>). Poza jednym przypadkiem, opisanym w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pracownikom medycznym zatrudnionym na podstawie umowy o pracę zapewniono w każdej dobie co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego, jak również 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowo, który obejmuje 11-godzinny odpoczynek dobowy, zgodnie z art. 97 ustawy o działalności medycznej. Personel medyczny objęty badaniem kontrolnym, zatrudniony na podstawie umowy o pracę, jak również umowy cywilnoprawnej nie udzielał w Szpitalu świadczeń na innych podstawach.

(akta kontroli str. 1321-1380, 1381-1393, 1394-1396, 1397, 1398-1399)

## **5. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane na podstawie art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej**

Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto próbę 5% umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych o najwyższej wartości (28 umów podpisanych z 21 lekarzami), zawartych na podstawie art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej i obowiązujących w okresie objętym kontrolą. Wartość ww. umów ogółem w okresie objętym kontrolą wyniosła łącznie w badanym okresie 45 020,2 tys. zł (tj. od 1 466 tys. zł do 3 364,7 tys. zł na lekarza).

Zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych udzielono podmiotom wykonującym działalność leczniczą w określonej dziedzinie medycyny, którzy na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń w ramach podpisanych umów byli wpisani do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Przedmiot zawartych umów był zgodny z przedmiotem działalności leczniczej wykonywanej przez Szpital.

Umowy zostały sporządzone w formie pisemnej i zawierały wymagane postanowienia. Ich przedmiot był zgodny z przedmiotem zamówienia określonym każdorazowo w ogłoszonych konkursach ofert.

Na dzień zawarcia umów objętych badaniem oraz w całym okresie ich obowiązywania przyjmujący zamówienie posiadali zawartą polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej. Do Zamawiającego nie były kierowane roszczenia odszkodowawcze lub o zadośćuczynienie wynikające z nieprawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umowami.

Dowody księgowe będące podstawą płatności<sup>31</sup> zostały sporządzone prawidłowo, właściwie opisane, a operacje i kwoty w nich wykazane wynikały

---

<sup>30</sup> Zarówno w ramach stażu, jak i specjalizacji lekarze zobowiązani byli do pełnienia dyżurów w wymiarze 10 godzin i 5 minut tygodniowo, co wynikało z programów szkoleniowych. Tygodniowo, czas pracy lekarzy nie przekraczał 48 godzin i był zgodny z limitem godzin wynikającym z programu.

<sup>31</sup> Dobrane celowo z miesiąca marca każdego roku objętego kontrolą.

z zawartych umów objętych próbą kontrolną. Dowody księgowe zostały poprawnie zweryfikowane<sup>32</sup> przez Szpital i następnie zapłacone.

W badanych sprawach nie wystąpiły przypadki, gdy pomiędzy przyjmującymi zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a Zamawiającym zachodziły okoliczności wskazujące na wzajemne zależności lub konflikt interesów.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło łącznie pięć skarg na sposób wykonywania badanych 28 umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Skargi zostały rozpatrzone i załatwione zgodnie z procedurą przyjmowania, rozpatrywania i ewidencjonowania skarg i wniosków, stanowiącą załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora nr 47/2024 z 12 stycznia 2024 r. (wcześniej zarządzenia nr 518/2019 z 4 grudnia 2019 r.).

W badanych sprawach nie wystąpiły przypadki uzasadniające przeprowadzenie kontroli wykonywania badanych umów przez Zamawiającego.

(akta kontroli str. 1027, 1028, 1029-1031, 1032-1033)

## 1.2 Gospodarka finansowa

Opis stanu  
faktycznego

### 1. Przychody i koszty Szpitala

**a)** Przychody netto ze sprzedaży Szpitala wyniosły 394 086,9 tys. zł w 2022 r. (tj. 90,7% sumy przychodów w kwocie 434 265,9 tys. zł), 478 590,5 tys. zł w 2023 r. (tj. 94,3% sumy przychodów w kwocie 507 766 tys. zł), 554 013,2 tys. zł w 2024 r. (tj. 93,9% sumy przychodów w kwocie 590 128,1 tys. zł) i 123 430,4 tys. zł w I kwartale 2025 r. (tj. 96,2% sumy przychodów w kwocie 128 291,9 tys. zł). Przychody z działalności leczniczej wyniosły 384 075,1 tys. zł w 2022 r., 445 689,7 tys. zł w 2023 r., 533 531,9 tys. zł w 2024 r. i 113 972 tys. zł w I kwartale 2025 r. Analogicznie w powyższych latach przychody z działalności dydaktycznej wyniosły odpowiednio 18 321,3 tys. zł, 22 284 tys. zł, 24 382,4 tys. zł i 5 360,9 tys. zł; z działalności naukowej i badawczej 665,6 tys. zł, 355,9 tys. zł, 190,8 tys. zł i 89,6 tys. zł; z innych źródeł (niemedycznych) 2 825,7 tys. zł, 3 211,4 tys. zł, 2 716,7 tys. zł i 994 tys. zł. Przychody ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych sprzedanych NFZ wzrastały i wyniosły 379 826,5 tys. zł w 2022 r., 441 203,6 tys. zł, w 2023 r. i 527 918 tys. zł w 2024 r.

Koszty działalności operacyjnej Szpitala wyniosły 401 640,1 tys. zł w 2022 r. (tj. 96,3% sumy kosztów w kwocie 417 177,3 tys. zł), 472 359,2 tys. zł w 2023 r. (tj. 94,3% sumy kosztów w kwocie 501 176,5 tys. zł), 572 370,6 tys. zł w 2024 r. (tj. 97,6% sumy kosztów w kwocie 586 442,8 tys. zł), 156 150,6 tys. zł w I kwartale 2025 r. (tj. 99,7% sumy kosztów w kwocie 156 601,9 tys. zł).

(akta kontroli str. 616, 617, 618, 619-620, 621-622, 623-624, 625-626)

<sup>32</sup> Zgodność z § 7 i 8 (faktury i rachunki otrzymane od kontrahentów) Instrukcji obiegu dokumentów księgowych w SPSK-2 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, stanowiącej załącznik do zarządzenia nr 183/2007 Dyrektora z 31 grudnia 2007 r. w sprawie wprowadzenia ww. Instrukcji.

W Szpitalu ustalano m.in. strukturę przychodów i kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych w kolejnych latach, w tym identyfikowano najbardziej deficytowe<sup>33</sup> i dochodowe<sup>34</sup> jednostki.

Szpital analizował koszty udzielanych poszczególnych świadczeń zdrowotnych: - comiesięcznie przygotowywano raporty kosztowo-przychodowe dla Dyrektora oraz wszystkich kierowników jednostek organizacyjnych (przeprowadzono indywidualne spotkania z kierownikami w zakresie analizy kosztów); - przedstawiano informacje odnośnie sytuacji finansowej poszczególnych jednostek na comiesięcznych naradach kierowników; - sporządzano analizy kosztowo-przychodowe wykonywanych świadczeń w danej jednostce i analizy kosztów leczenia pacjentów; - sporządzano analizy realizacji planu finansowego po każdym kwartale przy udziale Dyrektora i kierowników odpowiedzialnych za nadzór nad poszczególnymi zakresami kosztów (badano odchylenia), w ustalonym terminie przekazywano Dyrektorowi ustne informacje odnośnie dokonanych weryfikacji w zaobserwowanych odchyleniach oraz wdrożenia działań korygujących; - powoływano zespoły do opracowania nowych rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych w poszczególnych jednostkach<sup>35</sup>. Przychody przypisywano do komórek organizacyjnych zgodnie z miejscem realizacji świadczeń opieki zdrowotnej lub czynności, z którymi przychody te były związane. Koszty usług świadczonych przez jedne komórki organizacyjne na rzecz innych, przypisywane były następująco: - pacjent w trakcie pobytu nie zmienia miejsca hospitalizacji, inna jednostka (oddział) wykonuje na jego rzecz procedurę – na podstawie obliczonego kosztu procedury dokonywane jest jego przeksięgowanie z jednostki wykonującej procedurę na jednostkę zlecającą wykonanie procedury; - pacjent w trakcie pobytu zmienia miejsce hospitalizacji, obliczane są koszty jego pobytu w każdej jednostce i następnie w sposób proporcjonalny do poniesionych kosztów dzielony jest przychód. Do przypisania kosztów pośrednich stosowano klucze podziałowe<sup>36</sup>.

(akta kontroli str. 850-851, 852, 853-876)

**b)** W okresie 2022-2024 pierwotna łączna wartość zawartych przez Szpital z NFZ umów wyniosła kolejno: 281 958,2 tys. zł<sup>37</sup>, 367 623,1 tys. zł, 440 610,5 tys. zł.

<sup>33</sup> Jednostki z najniższym wynikiem finansowym w 2024 r.: Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dzievcząt (-5 893,6 tys. zł), Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej (-8 964,4 tys. zł), Klinika Położnictwa i Ginekologii (-11 205,8 tys. zł).

<sup>34</sup> Jednostki z najwyższym wynikiem finansowym w 2024 r.: Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym (9 381,7 tys. zł), Klinika Kardiologii (5 018,7 tys. zł), Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii (4 811,2 tys. zł).

<sup>35</sup> W latach 2022 – I kwartał 2025, powołano pięć takich zespołów: - zarządzenie nr 104/2022 z 2 maja 2022 r. w sprawie powołania zespołu celem przygotowania Pracowni Cytogenetyki do przekazania do SPSK-1 (przekazanie Pracowni od 1 listopada 2023 r.); - możliwości rozwoju poradni alergologicznej - pismo kierownika poradni z dnia 9 maja 2022 r.; - zarządzenie nr 6/2023 z 5 stycznia 2023 r. w sprawie powołania zespołu do opracowania nowych rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych dla Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej; - działania naprawcze dla Kliniki Położnictwa i Ginekologii - propozycje zmian kierownictwa Kliniki z 6 maja 2024 r.; - zarządzenie nr 2/2025 z dnia 3 stycznia 2025 r. w sprawie powołania zespołu do opracowania nowych rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych klinik i oddziałów w dziedzinie położnictwa, ginekologii i neonatologii (wynikiem prac zespołu m.in. zakończenie działalności Oddziału Ginekologii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej z dniem 30 kwietnia 2025 r.).

<sup>36</sup> W przypadku działalności niemedycznej m.in.: powierzchnia pomieszczeń / pomieszczeń ogrzewanych / szpitala, ilość kilometrów. W przypadku działalności medycznej w szczególności: wartość wykonywanych zadań, czas pobytu pacjenta na bloku, liczba wykonywanych świadczeń.

<sup>37</sup> Wraz z kosztami wynagrodzeń.

Łączna wartość tych umów według stanu na koniec lat 2022-2024 (po zmianach) wynosiła kolejno: 351 436,1 tys. zł, 443 221,9 tys. zł, 528 168,5 tys. zł. W ww. okresie Szpital każdorazowo występował z wnioskami<sup>38</sup> do NFZ o wypłatę środków finansowych w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych ponad wartość określoną w umowach z NFZ łącznie o: 31 728 tys. zł w 2022 r., 43 637,4 tys. zł w 2023 r., 51 106,5 tys. zł w 2024 r. Fundusz zapłacił za wszystkie świadczenia wskazane we wnioskach. Średni okres rozpatrywania wniosków o dokonanie ostatecznego rozliczenia umów i zapłaty za wykonane świadczenia wyniósł: od 14 do 40 dni kalendarzowych w 2022 r., od 4 do 32 w 2023 r., od 27 do 77 w 2024 r. Szpital z tytułu nadwykonań nie zaciągał dodatkowych zobowiązań na bieżące funkcjonowanie i nie ponosił żadnych związanych z tym kosztów.

(akta kontroli str. 1318, 1319-1320)

## **2. Wydatki inwestycyjne, w tym zakup aparatury medycznej**

**a)** W okresie objętym kontrolą zakupiono łącznie 84 sztuki aparatury medycznej<sup>39</sup> (w celu doposażenia lub wymiany sprzętu) na łączną kwotę 51 997,9 tys. zł. Zakupy zrealizowano ze środków własnych Szpitala (13 158,2 tys. zł), dotacji przekazanych przez Ministra Zdrowia (34 211,6 tys. zł), realizowanych programów (1 051,7 tys. zł) oraz z innych źródeł<sup>40</sup> (3 576,4 tys. zł).

(akta kontroli str. 219-221)

**b)** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu opracowano roczne plany finansowo-inwestycyjne:

- na rok 2022 plan został zatwierdzony przez Dyrektora 25 stycznia 2022 r., następnie pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 20/2022 Senatu PUM z 30 marca 2022 r. w sprawie zaopiniowania planu finansowo-inwestycyjnego SPSK-2 na 2022 r.<sup>41</sup>;
- na rok 2023 plan został zatwierdzony przez Dyrektora 23 stycznia 2023 r., następnie pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 20/2023 Senatu PUM z 22 marca 2023 r. w sprawie zaopiniowania planu finansowo-inwestycyjnego SPSK-2 na 2023 r.<sup>42</sup>;
- na rok 2024 plan został zatwierdzony przez Dyrektora 19 stycznia 2024 r., następnie pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 17/2024 Senatu PUM z 28 lutego 2024 r. w sprawie zaopiniowania planu finansowego USK-2 na 2024 r.<sup>43</sup> i nr 18/2024 Senatu PUM z 28 lutego 2024 r. w sprawie zaopiniowania planu inwestycyjnego USK-2 na 2024 r.<sup>44</sup>;
- na rok 2025 plan został zatwierdzony przez Dyrektora 3 stycznia 2025 r., następnie pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 15/2025 Senatu PUM

---

<sup>38</sup> Wnioski dotyczyły wszystkich umów podpisanych z NFZ z wyjątkiem umowy w rodzaju leczenie szpitalne (ryczałt w Systemie Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń).

<sup>39</sup> O wartości początkowej równej lub wyższej niż 130 tys. zł.

<sup>40</sup> W tym m.in. z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

<sup>41</sup> Senat PUM pozytywnie zaopiniował zmiany planu finansowo-inwestycyjnego na 2022 r. w uchwałach nr 63/2022 z 30 listopada 2022 r. i nr 76/2022 z 21 grudnia 2022 r.

<sup>42</sup> Senat PUM pozytywnie zaopiniował zmiany planu finansowo-inwestycyjnego na 2023 r. w uchwałach nr 37/2023 z 26 kwietnia 2023 r. i nr 82/2023 z 25 października 2023 r.

<sup>43</sup> Senat PUM pozytywnie zaopiniował zmianę planu finansowego na 2024 r. w uchwale nr 76/2024 z 18 grudnia 2024 r.

<sup>44</sup> Senat PUM pozytywnie zaopiniował zmiany planu inwestycyjnego na 2024 r. w uchwałach nr 39/2024 z 29 maja 2024 r., nr 66/2024 z 30 października 2024 r. i nr 77/2024 z 18 grudnia 2024 r.

z 19 lutego 2025 r. w sprawie zaopiniowania planu finansowego USK-2 na 2025 r. i nr 16/2025 Senatu PUM z 19 lutego 2025 r. w sprawie zaopiniowania planu inwestycyjnego USK-2 na 2025 r.<sup>45</sup>

W planach finansowych na lata objęte badaniem zawarto m.in. założenia do budżetu, przychody, koszty, planowany wynik finansowy, a w planach inwestycyjnych – plany inwestycji budowlanych, plany zakupu aparatury i sprzętu medycznego oraz plany rzeczowo-finansowe.

Opiniując plany inwestycyjne oraz ich zmiany Senat PUM każdorazowo uwzględnił wnioski Dyrektora Szpitala, uchwały Rady Społecznej Szpitala<sup>46</sup> oraz opinie Senackiej Komisji ds. Szpitali Klinicznych.

W Szpitalu zostały formalnie określone zasady procedowania wniosków inwestycyjnych, tj. w § 7 i 9 Regulaminu udzielania zamówień publicznych przez SPSK-2<sup>47</sup> (wniosek o wszczęcie procedury o udzielenie zamówienia publicznego zatwierdzany przez Dyrektora stanowił załącznik nr 2 do Regulaminu) oraz w § 7-10 Regulaminu udzielania w SPSK-2 zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130 000 zł netto<sup>48</sup> (wniosek o wyrażenie zgody na realizację zamówienia o wartości nieprzekraczającej kwoty 130 000 zł netto zatwierdzany przez Dyrektora stanowił załącznik nr 1 do Regulaminu).

Do zadań Wydziału Organizacyjno-Prawnego Szpitala należało w szczególności: przygotowywanie wniosków na posiedzenia Senatu PUM; współpraca z PUM w zakresie działalności działu (§ 82 ust. 5 pkt 10 i 11 Regulaminu organizacyjnego Szpitala<sup>49</sup>). Do zadań Działu Zamówień Publicznych należała w szczególności obsługa administracyjna postępowań o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem udzielania zamówień publicznych, w szczególności przygotowanie i organizacja przetargów związanych z realizacją zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane (§ 86 ust. 3 pkt 1 Regulaminu organizacyjnego). Do zadań sekcji budżetowania i kontrolingu Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju należało w szczególności: organizacja procesu planowania budżetów, nadzór nad jego prawidłowością; sporządzanie planu finansowo-inwestycyjnego w oparciu o prowadzone planowanie budżetowe przy ścisłej współpracy z głównym księgowym (§ 87 ust. 4 pkt 2 i 6 Regulaminu organizacyjnego). Do zadań Działu Technicznego i Inwestycji należało w szczególności: bieżące utrzymanie w stanie pełnej sprawności infrastruktury technicznej Szpitala; przygotowanie projektów

---

<sup>45</sup> Senat PUM pozytywnie zaopiniował zmiany planu inwestycyjnego na 2025 r. w uchwałach nr 25/2025 i nr 26/2025 z 26 marca 2025 r.

<sup>46</sup> Plany były opiniowane przez Radę Społeczną Szpitala (nie formułowano wniosków w tym zakresie) odpowiednio uchwałami nr 1/2022 z 9 lutego 2022 r. (zmiany planu w uchwałach nr 14/2022 z 24 października 2022 r.); nr 3/2023 z 30 stycznia 2023 r. (zmiany planu w uchwałach nr 11/2023 z 13 kwietnia 2023 r. i nr 5/2023 z 10 października 2023 r.); nr 2 i 3/2024 r. z 30 stycznia 2024 r. (zmiany planów w uchwałach nr 9/2024 z 7 maja 2024 r., nr 11/2024 z 19 września 2024 r. oraz 15 i 16/2024 z 19 listopada 2024 r.); nr 1 i 2/2025 z 14 stycznia 2025 r. i 5/2025 z 25 lutego 2025 r.

<sup>47</sup> Stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora nr 75/2021 z 30 kwietnia 2021 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania zamówień publicznych przez SPSK-2”.

<sup>48</sup> Stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora nr 75A/2021 z 30 kwietnia 2021 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania w SPSK-2 zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130 000 zł netto”.

<sup>49</sup> Stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora nr 268/2024 r. z 26 września 2024 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego.

planów rocznych i wieloletnich remontowo-inwestycyjnych w zakresie inwestycji budowlanych, wyposażenia obiektów w niezbędny sprzęt techniczny (§ 89 ust. 3 pkt 1 i 2 Regulaminu organizacyjnego). Do zadań Działu Aparatury Medycznej należało w szczególności: wykonywanie bieżącego nadzoru nad stanem urządzeń i aparatury medycznej, diagnostycznych oraz sprzętem elektronicznym; montaż, uruchamianie, naprawa i konserwacja aparatury i urządzeń medycznych niewymagających serwisu producenta; naprawa i konserwacja sprzętu rentgenowskiego; przeprowadzanie technicznego, jakościowego i ilościowego odbioru aparatury oraz sprzętu, uruchomienie lub uczestnictwo przy ich uruchomieniu; koordynacja zaopatrzenia w aparaturę medyczną; przygotowywanie wniosków o zakup aparatury i sprzętu medycznego; przygotowywanie projektów planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego; sporządzanie planu wydatków (§ 90 ust. 3 pkt 1, 2, 3, 5, 10, 14, 15, 19 Regulaminu organizacyjnego).

(akta kontroli str. 253-254)

W celu zapewnienia właściwego funkcjonowania USK-2, Dyrektor zarządzeniem nr 13A/2024 z 8 stycznia 2024 r. powierzył obowiązki osobom funkcyjnym. Zadania polegające na: prowadzeniu działalności inwestycyjnej, w tym planowaniu zakupu aparatury medycznej; zarządzaniu aparaturą, w tym prowadzeniu spraw związanych z zakupem, instalacją i zapewnieniem sprawności jej działania oraz współpracy z podmiotem tworzącym zostały przypisane (w ww. zarządzeniu oraz w indywidualnych zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności) konkretnym pracownikom<sup>50</sup>.

(akta kontroli str. 255-268, 269, 270-299)

Wielkość planowanych wydatków na inwestycje (plan po zmianach) wyniosła 77 509,5 tys. zł na 2022 r., 141 384,7 tys. zł na 2023 r., 109 012,8 tys. zł na 2024 r. i 184 628,7 tys. zł na 2025 r.

(akta kontroli str. 253-254)

W badanym okresie Szpital występował z wnioskami o wydanie opinii o celowości inwestycji. Złożono siedem wniosków na łączną wartość planowanych inwestycji w kwocie 472 813,3 tys. zł, z czego sześć uzyskało opinię

---

<sup>50</sup> W tym w szczególności: Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych i Inwestycji (nadzór nad prowadzonymi inwestycjami, procesem wsparcia technicznego obiektu oraz nadzór nad stanem sprzętu i aparatury medycznej, sprzętu informatycznego znajdujących się na wyposażeniu Szpitala); Kierownikowi Działu Technicznego i Inwestycji (nadzór nad prowadzonymi inwestycjami, procesem wsparcia technicznego obiektu oraz nadzór nad stanem sprzętu technicznego na wyposażeniu Szpitala); Kierownikowi Działu Inspektorów Nadzoru (nadzór nad prowadzonymi inwestycjami oraz wsparcie technicznego utrzymania obiektów Szpitala); Kierownikowi Działu Aparatury Medycznej (nadzór nad aparaturą medyczną oraz wsparcie techniczne utrzymania aparatury na terenie Szpitala); Kierownikowi Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju (przygotowywanie budżetu i kontrola jego realizacji, dokonywanie analiz ekonomiczno-finansowych; monitorowanie dostępnych środków z funduszy zewnętrznych oraz analiza w zakresie możliwości ich pozyskania, zapewnienie prawidłowej ewidencji i rozliczeń inwestycji, zakupu środków trwałych i WNIIP, a także bieżący nadzór nad prawidłową realizacją umów o prowadzenie badań klinicznych); Kierownikowi Działu Organizacyjno-Prawnego (współpraca z podmiotem tworzącym w zakresie przygotowywania wniosków na posiedzenia Senatu PUM oraz obsługa prawna i administracyjna Rady Społecznej – przygotowywanie wniosków, projektów uchwał i protokołowanie posiedzeń).

pozytywną, jeden<sup>51</sup> (na kwotę 184 661,1 tys. zł) negatywną. Jeden z pozytywnie ocenionych wniosków dotyczył inwestycji pozostającej bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej<sup>52</sup>.

(akta kontroli str. 324-327)

Szpital złożył pięć wniosków o dofinansowanie projektów inwestycyjnych w ramach programów UE na łączną wartość projektów 171 545,6 tys. zł, z czego w trzech przypadkach zawarto umowy na dofinansowanie (wartość projektów 38 615 tys. zł), w jednym wniosku o dofinansowanie projektu o wartości 45 977,8 tys. zł został oceniony negatywnie pod kątem kryteriów horyzontalnych obligatoryjnych, w jednym przypadku na dzień 16 kwietnia 2025 r. wniosek o dofinansowanie projektu o wartości 86 952,8 tys. zł był w trakcie rozpatrywania.

(akta kontroli str. 328-332)

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył 69 wniosków o dofinansowanie inwestycji (w tym 64 do Ministerstwa Zdrowia, cztery do Fundacji PGE i jeden do Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy) na łączną wartość projektów 973 291,1 tys. zł (łączna wartość dofinansowania 959 965,6 tys. zł). Dofinansowanie przyznano w 19 przypadkach na łączną kwotę 28 939,7 tys. zł na ogólną wartość projektów 29 317,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 411-416)

Plany inwestycyjne i finansowe były sporządzane, następnie aktualizowane w oparciu o dostępne w Szpitalu dane i analizy. Aktualizacje planów były spowodowane głównie niepewnością, co do źródeł finansowania oraz wysokości przyznawanego finansowania zewnętrznego. Składane przez Szpital wnioski o dofinansowanie oraz wnioski o ocenę zasadności inwestycji były zgodne z uzasadnieniem zawartym w planach inwestycyjnych USK-2. Plany zakupów, w tym aparatury i sprzętu medycznego uwzględniały bieżące potrzeby w danym roku w zakresie sprzętowym, niezbędne Szpitalowi do prawidłowego funkcjonowania. Z uwagi na ograniczone środki finansowe plany podlegały bieżącej weryfikacji w ciągu roku, w zakresie niezbędnym do prawidłowej działalności Szpitala.

(akta kontroli str. 253-254)

**c)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto trzy postępowania<sup>53</sup> o udzielenie zamówienia publicznego na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej:

---

<sup>51</sup> Wniosek nr 005543 z 4 lipca 2024 r. dotyczący inwestycji „Zwiększenie zakresu i poprawa jakości świadczonych usług w USK nr 2 PUM w Szczecinie – budowa nowego budynku dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo Leczniczego i Rehabilitacji” oceniony negatywnie 9 września 2024 r. W uzasadnieniu do opinii, w kryterium oceny inwestycji 21 (Czy inwestycja odpowiada krajowemu lub wojewódzkiemu planowi transformacji lub mapie potrzeb zdrowotnych?) zapisano m.in., że inwestycja nie wpisuje się we wskazane dokumenty całkowicie lub w zasadniczej części (rozumianej jako co najmniej 70% wartości inwestycji). Działanie, na które powołał się Szpital zakładało zakontraktowanie 150 dodatkowych łóżek w dziewięciu powiatach i dwóch miastach, natomiast USK-2 wnioskował o utworzenie 170 łóżek tylko w mieście Szczecin.

<sup>52</sup> Wniosek nr 005049 z 2 sierpnia 2023 r. dotyczący inwestycji „Przebudowa pomieszczeń Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych” oceniony pozytywnie 14 września 2023 r.

<sup>53</sup> Doboru próby dokonano w sposób celowy spośród postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na aparaturę o wartości początkowej przekraczającej 130 tys. zł netto.

dostawa, montaż i uruchomienie aparatu RTG ogólnodiagnostycznego cyfrowego z systemem rejestracji dawki na 2 017,1 tys. zł brutto; dostawa, montaż i uruchomienie lasera ekscymerowego z topografem rogówkowym na 2 569 tys. zł brutto; dostawa, montaż, instalacja i uruchomienie rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi na 15 011,5 tys. zł brutto. Poza przypadkami opisanymi w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, podjęte czynności przez Szpital były zgodne z wewnętrznymi regulacjami<sup>54</sup> dotyczącymi udzielania zamówień publicznych, przepisami Pzp i aktów wykonawczych do ustawy. Nie dochodziło do ograniczenia konkurencyjności poprzez formułowanie wymagań, jakie powinien spełnić przedmiot zamówienia, w sposób umożliwiający ich zrealizowanie tylko przez jednego wykonawcę. Przed wszczęciem postępowań w Szpitalu dokonywano analiz potrzeb i wymagań. Środki finansowe były wydatkowane w wysokościach przewidzianych umowami, w których każdorazowo Szpital zabezpieczał swój interes prawny.

(akta kontroli str. 455-459, 476-480, 490-491)

**d)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto realizację (zakup, dostawa, instalacja, szkolenia) trzech umów, na które wydatkowano środki finansowe w okresie objętym kontrolą i które zostały zawarte w wyniku postępowań badanych w powyższym punkcie, tj.: nr ZP/221/262/22 z 10 listopada 2022 r. na dostawę, montaż i uruchomienie aparatu RTG ogólnodiagnostycznego cyfrowego z systemem rejestracji dawki; nr ZP/221/272/22 z 30 listopada 2022 r. na dostawę, montaż i uruchomienie lasera ekscymerowego z topografem rogówkowym; nr ZP.221.311.24 z 11 grudnia 2024 r. na dostawę, montaż, instalację i uruchomienie rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi. Powyższa aparatura medyczna została dostarczona do Szpitala, zainstalowana i uruchomiona; zostały zrealizowane szkolenia dla pracowników. Realizacja ww. umów (w tym m.in. w zakresie przedmiotu umowy, terminu dostawy, wysokości wynagrodzenia i jego rozliczenia) była zgodna z postanowieniami zawartych umów.

(akta kontroli str. 460-475, 481-489, 492-544, 607-608)

Na dzień kontroli<sup>55</sup> w Szpitalu:

- w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej Szpitala, w budynku H na parterze znajdował się rezonans magnetyczny Siemens

---

<sup>54</sup> W tym zarządzeniami Dyrektora z 30 kwietnia 2021 r. nr 75/2021 w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania zamówień publicznych przez SPSK-2” oraz 75A/2021 w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania w SPSK-2 zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130 000 zł netto”.

<sup>55</sup> Oględzin wysokospecjalistycznej aparatury medycznej dokonano 10 kwietnia 2025 r.

Healthineers Magnetom Sola, zainstalowany i nieużytkowany; w budynku trwały prace remontowo-budowlane;

- w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej Szpitala, w budynku K na parterze znajdował się aparat RTG Telekomando ogólnodiagnostyczny cyfrowy Clisis Systems, zainstalowany i użytkowany;

- w I Klinice Okulistyki Szpitala, Poradni Okulistycznej, w budynku J na I piętrze, w pomieszczeniu ciemni znajdował się topograf rogówkowy CSO MS-39 AS-OCT, zainstalowany i użytkowany;

- w I Klinice Okulistyki Szpitala, Oddziale Okulistyki, w budynku J na I piętrze znajdował się laser ekscymerowy Schwind Amaris 1050 RS, zainstalowany i użytkowany.

(akta kontroli str. 307-321)

**e)** W okresie od grudnia 2022 r. do 31 marca 2025 r.: wykonano 98 zabiegów fotokeratektomii terapeutycznej laserem ekscymerowym oraz zbadano 610 pacjentów na topografie rogówkowym w ramach umowy z NFZ (nie wykonywano zabiegów i badań komercyjnych). Laser i topograf użytkowane były w gabinecie zabiegowym i poradni I Kliniki Okulistyki w godzinach 7:45-14:30.

W okresie od kwietnia 2023 r. do 31 marca 2025 r. wykonano 9 349 badań aparatem RTG (stopień wykorzystania sprzętu 45,1%) w ramach umowy z NFZ (nie wykonywano zabiegów i badań komercyjnych). Aparat użytkowany był w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej w dni robocze od godziny 8:00 do 20:00 i całodobowo w przypadku takiej konieczności.

Dla ww. aparatury zakupionej ze środków budżetowych, zarówno w złożonym wniosku o przyznanie dofinansowania, jak i w zawartej z Ministrem Zdrowia umowie nie określono planowanych wartości wskaźników rezultatu w postaci liczby zabiegów / badań wykonanych w określonym czasie.

(akta kontroli str. 322-323)

**f)** W okresie 2022-2025 (I kwartał) w Szpitalu obowiązywały 32 umowy zawarte w zakresie gospodarowania majątkiem. Łączny przychód z tytułu najmu i dzierżaw<sup>56</sup> wyniósł 3 573,4 tys. zł. Szczegółowym badaniem objęto trzy umowy najmu lokali<sup>57</sup>, tj.: OP/270/10/20 z 6 lipca 2020 r.<sup>58</sup>, OP.200.01.23 z 18 stycznia 2023 r.<sup>59</sup>, OP.200.05.24 z 12 sierpnia 2024 r.<sup>60</sup>, które zawarto następująco na podstawie przyjętych procedur<sup>61</sup>. Udostępnianie w drodze umów najmu pomieszczeń będących w użytkowaniu USK-2 było poprzedzone wnioskiem Dyrektora skierowanym do Kanclerza PUM, który stanowił podstawę do uzyskania zgody Kanclerza w tym zakresie. W umowie najmu nr OP.200.01.23

---

<sup>56</sup> Przychód netto, w tym media, podatek od nieruchomości.

<sup>57</sup> Losowy dobór próby.

<sup>58</sup> Termin obowiązywania umowy od 16 lipca 2020 r. do 15 lipca 2025 r.

<sup>59</sup> Termin obowiązywania umowy od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2024 r.

<sup>60</sup> Termin obowiązywania umowy: od 12 sierpnia 2024 r. do 11 sierpnia 2027 r.

<sup>61</sup> Instrukcja gospodarowania mieniem w SPSK-2, wprowadzona kolejno zarządzeniem nr 244/2014 Dyrektora z dnia 7 października 2014 r. oraz zarządzeniem nr 199/2020 z dnia 27 sierpnia 2020 r. Dyrektora (data wejścia w życie Instrukcji 25 sierpnia 2020 r., dalej: Instrukcja z 25 sierpnia 2020 r.), zmieniona zarządzeniem nr 210/2023 Dyrektora z 24 lipca 2023 r. Regulamin zbywania, oddawania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których PUM jest podmiotem tworzącym, przyjęty uchwałą nr 29/2023 Senatu PUM z dnia 26 kwietnia 2023 r. (dalej: Regulamin zbywania).

z 18 stycznia 2023 r., nie zawarto zapisu wynikającego z Instrukcji z 25 sierpnia 2020 r., co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W przypadku umowy nr OP.200.05.24, w poprzedzającym jej zawarciu wniosku Dyrektora USK-2 nie zawarto uzasadnienia uwzględniającego wymogi wskazane w § 2 i 3 Regulaminu zbywania, wynikającego z § 7 ust. 1, pkt 4 tego Regulaminu, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą nie wystąpiło użyczenie nieodpłatne części majątku lub inna forma nieodpłatnego udostępniania majątku rzeczowego.

(akta kontroli str. 1203-1206, 1207, 1208-1209)

### **3. Wyniki finansowe**

**a)** Szpital prowadził gospodarkę finansową w oparciu o plan finansowy. W okresie objętym kontrolą plany finansowe były opracowane w terminie umożliwiającym prowadzenie gospodarki finansowej od 1 stycznia każdego roku.

(akta kontroli str. 253-254)

**b)** Dyrektor prowadził gospodarkę finansową w sposób zapewniający zbilansowanie przychodów i kosztów, w tym kosztów działalności leczniczej. W latach 2022-2024 Szpital nie osiągał ujemnego wyniku finansowego (nie ponosił straty). Zysk z działalności operacyjnej wyniósł: 14 309,3 tys. zł w 2022 r., 2 322,8 tys. zł w 2023 r., 1 500,4 tys. zł w 2024 r., natomiast zysk netto odpowiednio w powyższych latach: 16 648,3 tys. zł, 6 193,9 tys. zł, 3 241,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 621-626, 964)

W sprawie wyniku finansowego USK-2 za I kwartał 2025 r., Główny Księgowy oświadczyła: (...) *na koniec pierwszego kwartału bieżącego roku odnotowano stratę netto w wysokości 28.408.819,35 zł. Wynik ten w dużej mierze ukształtowany został przez specyficzne uwarunkowania systemowe oraz opóźnienia w rozliczeniach z NFZ. Na dzień zamknięcia okresu rozliczeniowego, nie została jeszcze ujęta w przychodach kwota około 20 mln zł, wynikająca z tytułu świadczeń medycznych wykonanych ponad limit określony w umowie z NFZ (tzw. nadwykonań), które oczekują na zakończenie formalnych procedur związanych z renegocjacją i zatwierdzeniem odpowiednich aneksów. Oznacza to, że znaczna część rzeczywiście wykonanych usług medycznych nie została jeszcze zafakturowana, a tym samym – nie znalazła odzwierciedlenia w bieżących przychodach jednostki. 1. Opóźnienia w rozliczeniach z NFZ – Szpital poniósł rzeczywiste koszty związane z realizacją świadczeń medycznych, jednak nie otrzymał jeszcze refundacji z NFZ z uwagi na trwające procedury zatwierdzania protokołów renegocjacji. Wystawienie faktur możliwe jest dopiero po formalnym zakończeniu tych procesów. Czas oczekiwania na podpisanie aneksów wynosi często 2–3 miesiące, co negatywnie wpływa na bieżącą płynność finansową placówki. 2. Wzrost kosztów funkcjonowania szpitala – stały wzrost cen materiałów medycznych, leków oraz kosztów pracy, będący wynikiem inflacji oraz zmian regulacyjnych (m.in. wzrost płacy minimalnej), przyczynia się do znacznego obciążenia budżetu. (...) 3. (...) czynniki zewnętrzne, w tym wysoki poziom inflacji w skali kraju, który przekłada się na wzrost kosztów zaopatrzenia i usług. Wiele kontraktów z dostawcami uwzględnia indeksację cen, co oznacza automatyczne*

podwyższenie kosztów. 4. (...) znaczący wzrost cen energii elektrycznej, gazu oraz innych mediów, które stanowią istotny składnik kosztów funkcjonowania dużych placówek medycznych. (...) 5. Mimo wzrostu kosztów prowadzenia działalności, poziom finansowania świadczeń zdrowotnych ze strony NFZ nie jest w pełni dostosowany do realiów ekonomicznych. Brak systemowej i proporcjonalnej waloryzacji kontraktów skutkuje narastającą dysproporcją między kosztami a przychodami. Szpital podejmuje szereg działań mających na celu minimalizowanie skutków tej sytuacji, w tym prowadzi bieżące rozmowy z NFZ, analizuje możliwości wewnętrznej optymalizacji kosztów oraz planuje działania naprawcze w kolejnych kwartałach (...).

(akta kontroli str. 616, 617, 618, 619-620, 621-622, 623-624, 625-626)

**c)** Wobec niewystąpienia straty netto, Dyrektor nie sporządzał i nie realizował programu naprawczego w Szpitalu.

(akta kontroli str. 964)

**d)** Na koniec poszczególnych lat badanego okresu stan należności wyniósł 36 316,1 tys. zł (w tym należności nieprzeterminowane 33 415,7 tys. zł, tj. 92%) na koniec 2022 r.; 71 496,5 tys. zł (w tym analogicznie 59 823 tys. zł, tj. 83,7%) na koniec 2023 r.; 78 696,5 tys. zł (w tym 66 260,4 tys. zł, tj. 84,2%) na koniec 2024 r.; 57 105,4 tys. zł (w tym 44 550,8 tys. zł, tj. 78%) na koniec I kwartału 2025 r.

W Szpitalu nie wprowadzono wewnętrznych procedur dotyczących czynności mających na celu windykację należności. Przyjęta praktyka w tym zakresie przewidywała m.in. wystawianie ostatecznych wezwań do zapłaty, określenie progu finansowego uzasadniającego przekazanie sprawy na drogę sądową, egzekucję wierzytelności przez wyspecjalizowane podmioty.

(akta kontroli str. 967-970, 971-972, 973-977, 978-984)

Dyrektor wyjaśnił: *USK-2 prowadzi działania windykacyjne w sposób uporządkowany, zgodny z obowiązującymi przepisami prawa oraz uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta. Procedury postępowania w sprawach windykacyjnych nie funkcjonują jako sformalizowana procedura zatwierdzona aktem wewnętrznym, albowiem wynikają z praktyki działania poszczególnych komórek organizacyjnych i są realizowane na podstawie ogólnych przepisów prawa oraz ustaleń wewnętrznych. (...) sporządzany jest wykaz dłużników, który po zaopiniowaniu przez radcę prawnego przekazywany jest Dyrektorowi (...) z prośbą o decyzję dotyczącą dalszych działań. Wykaz sporządzany jest przed upływem terminu przedawnienia ww. należności. (...) w praktyce windykacyjnej szpital napotyka istotne trudności w egzekwowaniu należności od pacjentów będących cudzoziemcami. Problemy te wynikają m.in. z ograniczonej możliwości skutecznego kontaktu z dłużnikami, wynikającej z różnic językowych oraz zmiany miejsca pobytu pacjentów poza granicami Polski, jak również trudności w ustaleniu prawidłowego adresu do doręczeń i korespondencji. Na powyższe problemy zwróciło uwagę również Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych, która (...) zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o podjęcie działań mających na celu poprawę sytuacji szpitali klinicznych w tym aspekcie. Sprawa została przekazana do analizy*

również Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwu Spraw Zagranicznych (...).

(akta kontroli str. 1015-1016, 1017-1018, 1021-1025)

Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto próbę pięciu pozycji najwyższych kwotowo należności przeterminowanych wg stanu na 31 marca 2025 r. na łączną kwotę 11 129 tys. zł. Należności te wystąpiły z tytułu wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne, naliczenia kar umownych oraz leczenia szpitalnego obcokrajowców. Szpital podejmował czynności mające na celu wyegzekwowanie należności, w tym żądał zapłaty odsetek od nieterminowych wpłat. Przypadki zwłoki w podejmowaniu czynności windykacyjnych opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 964-965, 966)

Szpital 27 lipca 2016 r. zawarł umowę dotyczącą windykacji należności z Kancelarią S. S.A.<sup>62</sup> W umowie m.in. zlecono usługę polegającą na dokonywaniu czynności przewidzianych przepisami prawa – zmierzających do odzyskania od dłużników USK-2 zapłaty należności na wyodrębniony numer rachunku bankowego. Takie czynności windykacyjne mogły być prowadzone jedynie wobec dłużników wskazanych przez Szpital i wyłącznie do wysokości odpowiadającej kwocie zlecenia, powiększonej o odsetki ustawowe za opóźnienie oraz poniesione przez Szpital koszty sądowe, egzekucyjne, zastępstwa procesowego. USK-2 zobowiązał się zapłacić prowizję z tytułu zastępstwa w negocjacjach z dłużnikiem na etapie polubownego dochodzenia wierzytelności w wysokości 20% od każdej odzyskanej kwoty w sprawach, w których od daty wymagalności nie upłynęły 3 lata, 50% od każdej odzyskanej kwoty w sprawach, w których od daty wymagalności upłynęły minimum 3 lata. W okresie objętym kontrolą wartość należności odzyskanych przez ww. firmę windykacyjną wyniosła łącznie 4,4 tys. zł, z tego 1,6 tys. zł w 2022 r., 1,4 tys. zł w 2023 r., 1,2 tys. zł w 2024 r. i 0,2 tys. zł w I kwartale 2025 r.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie dokonywał umorzeń należności.

(akta kontroli str. 985-992, 993)

**e)** Stan zobowiązań i rezerwy na zobowiązania Szpitala wyniósł 258 466,2 tys. zł na koniec 2022 r., 283 652,7 tys. zł na koniec 2023 r., 307 832,6 tys. zł na koniec 2024 r. i 314 103,9 tys. zł na koniec I kwartału 2025 r. Zobowiązania wymagalne wyniosły odpowiednio 54,8 tys. zł, 2,2 tys. zł, 0,3 tys. zł i 0,4 tys. zł. Przyczynami powstania zobowiązań wymagalnych w 2022 r. były: nieuiszczenie podatku od nieruchomości i spór w tym zakresie z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym (25,6 tys. zł), błędne przypisanie kwoty opłaty za autostradę (0,5 tys. zł), zapłata po terminie polisy ubezpieczeniowej na samochód (4,7 tys. zł), korekta deklaracji do PFRON (0,4 tys. zł) i korekta deklaracji VAT (23,6 tys. zł); w 2023 r.: zapłata po terminie faktury VAT za leki (1,8 tys. zł) i korekta deklaracji VAT (0,4 tys. zł);

---

<sup>62</sup> Do umowy zawarto aneks nr 1 z 3 listopada 2016 r. w zakresie wynagrodzenia.

w 2024 r. i I kwartale 2025 r.: korekta deklaracji VAT (odpowiednio 0,3 tys. zł i 0,4 tys. zł). Z tytułu ww. zobowiązań wymagalnych Szpital nie płacił odsetek.

Z tytułu odsetek od zobowiązań zapłaconych po terminie Szpital zapłacił kwoty: 15,21 zł w 2022 r., 151,48 zł w 2023 r., 402,98 zł w 2024 r. i 12,06 zł w I kwartale 2025 r., co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1143, 1144, 1145, 1146-1150)

**f)** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały dwie umowy pożyczki zawarte z Wojewódzkim Funduszem Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Szczecinie:

- nr 2013P0283S z 6 grudnia 2013 r. na dofinansowanie zadania: „Termomodernizacja budynków SPSK-2 ze źródłami energii odnawialnej”, którą udzielono pożyczki do kwoty 9 679,3 tys. zł na okres 12 lat i 6 miesięcy<sup>63</sup>;
- nr 2021P0593S z 23 lutego 2021 r. na dofinansowanie zadania: „Przebudowa systemu wytwarzania, zarządzania i dystrybucji mediów energetycznych z zastosowaniem technologii trigeneracji i odnawialnych źródeł energii SPSK-2 – Etap I”, którą udzielono pożyczki do kwoty 6 208,9 tys. zł na okres 13 lat, 5 miesięcy i 28 dni<sup>64</sup>.

Na koniec marca 2025 r. stan zadłużenia z tytułu ww. umów wynosił 5 020,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 907-919, 920-958, 959-963)

**g)** W okresie objętym kontrolą Szpital nie występował do podmiotu tworzącego o udzielenie wsparcia (merytorycznego, finansowego).

(akta kontroli str. 964)

**h)** Przy rosnących kosztach ogółem Szpitala wynoszących 242 652,3 tys. zł w 2022 r., 265 737,8 tys. zł w 2023 r., 338 988,9 tys. zł w 2024 r., 87 813,1 tys. zł w I kwartale 2025 r. oraz średnim zatrudnieniem na etatach od 1 822,6 do 1 980,7, średnie miesięczne wynagrodzenie brutto na jednego pracownika wzrastało ww. latach i wyniosło odpowiednio 11,1 tys. zł, 11,6 tys. zł, 14,6 tys. zł i 14,8 tys. zł<sup>65</sup>. Przyczynami wzrostu wynagrodzeń w badanym okresie były wzrastające wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w kolejnych latach, określane rozporządzeniami Rady Ministrów. W wykonaniu przepisów dotyczących sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dyrektor w okresie objętym kontrolą zarządzeniami określał zasady wzrostu wynagrodzenia<sup>66</sup>.

(akta kontroli str. 417, 435-454)

---

<sup>63</sup> Do umowy podpisano aneks nr 1 z 4 grudnia 2015 r.

<sup>64</sup> Do umowy podpisano aneksy nr 1 z 15 czerwca 2021 r., nr 2 z 19 stycznia 2022 r., nr 3 z 5 kwietnia 2022 r., nr 4 z 30 sierpnia 2022 r., nr 5 z 29 listopada 2022 r.

<sup>65</sup> Średnie roczne wynagrodzenie brutto na jednego pracownika wzrosło z 133,3 tys. zł w 2022 r. do 174,9 tys. zł w 2024 r.

<sup>66</sup> Zarządzenie nr 180/2022 z 13 lipca 2022 r. w sprawie określenia zasad wzrostu wynagrodzenia w roku 2022 salowych i pracowników gospodarczych zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia; nr 181/2022 z 13 lipca 2022 r. w sprawie podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w SPSK-2; nr 201/2022 z 9 sierpnia 2022 r. w sprawie określenia zasad wzrostu wynagrodzenia w roku 2022 pracowników SPSK-2 nieobjętych ustawą z 26 maja 2022 r.

i) Średniomiesięczne wynagrodzenie w poszczególnych grupach pracowniczych wzrastało w latach 2022-2025 i dla najwyższych kwot wyniosło od 6 337,6 tys. zł do 9 432,8 tys. zł, roczne<sup>67</sup> od 76 051 tys. zł do 105 766,8 tys. zł (od 9,9 tys. zł do 13,7 tys. zł średniomiesięczne na jedną osobę) dla pielęgniarek i położnych; od 5 432,1 tys. zł do 8 960,5 tys. zł, roczne od 65 185,3 tys. zł do 104 197,4 tys. zł (analogicznie od 20,8 tys. zł do 31,1 tys. zł) dla lekarzy; od 2 251,4 tys. zł do 2 617,4 tys. zł, roczne od 27 017,3 tys. zł do 31 786,9 tys. zł (od 5,5 tys. zł do 5,8 tys. zł) dla pozostałego personelu niemedycznego<sup>68</sup>; od 1 706,5 tys. zł do 2 615,2 tys. zł, roczne od 20 478,3 tys. zł do 31 259 tys. zł (od 14,6 tys. zł do 21 tys. zł) dla lekarzy rezydentów.

(akta kontroli str. 418-419)

j) W Szpitalu ustalano zasady przyznania premii uznaniowej za poszczególne lata objęte kontrolą pracownikom (bez względu na formę zatrudnienia)<sup>69</sup>, uzgodnione z przedstawicielami zarządów organizacji związkowych działających na terenie Szpitala<sup>70</sup>. Średnia miesięczna wartość premii na osobę (umowy o pracę) spadła z 3,3 tys. zł w 2022 r. do 2,9 tys. zł w 2024 r.<sup>71</sup> Wartość nagród i premii dla ścisłego kierownictwa Szpitala (umowy o pracę, cztery osoby) wyniosła łącznie 150,8 tys. zł w 2022 r., 180 tys. zł w 2023 r. i 140,5 tys. zł w 2024 r. Wartość ta dla umów kontraktowych wyniosła łącznie 463,9 tys. zł, z tego 393,7 tys. zł w 2022 r., 46,2 tys. zł w 2023 r. i 24 tys. zł w 2024 r.

(akta kontroli str. 420-431, 432, 433, 434)

---

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352); nr 155/2023 z 1 czerwca 2023 r. w sprawie podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w SPSK-2; nr 183/2023 z 28 czerwca 2023 r. w sprawie określenia wzrostu wynagrodzenia w roku 2023 salowych i pracowników gospodarczych zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia; nr 216A/2023 z 31 lipca 2023 r. w sprawie określenia zasad wzrostu wynagrodzenia w roku 2023 pracowników SPSK-2 nieobjętych lub objętych częściowo ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw; nr 172/2024 z 11 czerwca 2024 r. w sprawie podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w USK-2; nr 173/2024 z 11 czerwca 2024 r. w sprawie określenia wzrostu wynagrodzenia w roku 2024 salowych i pracowników gospodarczych zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia; nr 228/2024 z 31 lipca 2024 r. w sprawie określenia zasad wzrostu wynagrodzenia w roku 2024 pracowników USK-2 nieobjętych lub objętych częściowo ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.

<sup>67</sup> Za lata 2022-2024.

<sup>68</sup> W tym salowe, rejestratorki, sekretarki medyczne, opiekunowie medyczni, sanitariusze, etc.

<sup>69</sup> Zasady przyznania premii uznaniowej za 2021 r. z 17 września 2022 r., za 2022 r. z 8 grudnia 2022 r. (w związku z uzyskaniem wysokiego wskaźnika płynności finansowej i wyniku finansowego za 10 miesięcy 2022 r. przez SPSK-2 oraz za bardzo dobre wypełnianie swoich obowiązków w 2022 r., przejawianie inicjatywy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i pracy oraz podnoszenie poziomu jakości świadczeń na rzecz pacjentów), za 2022 r. z 11 maja 2023 r., za 2023 r. z 9 maja 2024 r.

<sup>70</sup> Związek Zawodowy Pracowników SPSK-2 (USK-2), Międzyzakładowa Organizacja Związkowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”, Zakładowa Organizacja Związkowa Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Opiekunów Medycznych.

<sup>71</sup> W ww. latach minimalna wartość premii wzrosła z 74,32 zł do 108,34 zł, maksymalna spadła z 19,8 tys. zł do 14 tys. zł.

**k)** Parametr obrazujący etatyzację<sup>72</sup> dla całego Szpitala wyniósł 0,68 według stanu na 31 marca 2024 r. i 0,69 według stanu na 31 marca 2025 r. W klinikach objętych badaniem wskaźnik etatyacji za wskazane okresy wyniósł od 0,35 do 0,46.

(akta kontroli str. 1202)

**l)** W Szpitalu każdego roku sporządzano i udostępniano w Biuletynie Informacji Publicznej raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej USK-2 w terminach: 26 maja 2023 r. (za 2022 r.), 29 maja 2024 r. (za 2023 r.), 27 maja 2025 r. (za 2024 r.).

(akta kontroli str. 1248-1261, 1262-1269, 1270-1279)

**m)** Ogólny wynik oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej<sup>73</sup> Szpitala wyniósł 64 punkty w 2022 r. i po 56 punktów w latach 2023-2024<sup>74</sup>. W stosunku do 2022 r., w latach 2023-2024 spadła wartość wskaźników zyskowności<sup>75</sup> oraz płynności<sup>76</sup> Szpitala, co wskazywało na zmniejszenie ekonomicznej efektywności działalności Szpitala oraz zdolności do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych. Jednocześnie, dodatnie wartości tych wskaźników za 2023-2024 wskazywały na prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej Szpitala, gdzie jego przychody nie przewyższały kosztów. Wskaźniki efektywności oraz zadłużenia obliczone dla Szpitala za lata 2022-2023 utrzymywały się na podobnym poziomie. Niskie wartości wskaźników rotacji należności i zobowiązań<sup>77</sup> świadczyły o zdolności Szpitala do terminowego regulowania zobowiązań. Wskaźnik zadłużenia aktywów w latach 2022-2024 nie przekroczył 40%, natomiast wskaźnik wypłacalności wahał się w przedziale pomiędzy 1,01 do 2,00, co przekładało się na wiarygodność finansową jednostki, a także zdolność do regulowania zobowiązań.

Wartości wskaźników obliczonych dla USK-2 z wykorzystaniem dyskryminacyjnego modelu predykcji bankructwa przedsiębiorstw Instytutu Nauk Ekonomicznych Polskiej Akademii Nauk<sup>78</sup> dają podstawę do przyjęcia,

---

<sup>72</sup> Liczba etatów lekarskich oraz liczba lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, bez rezydentów i lekarzy stażystów podzielona przez liczbę łóżek.

<sup>73</sup> Na podstawie obliczeń wskaźników ekonomiczno-finansowych zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 832, ze zm.). Dalej: rozporządzenie w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych.

<sup>74</sup> W tym: wskaźniki zyskowności: w 2022 r. – 13 punktów, w 2023 r. i 2024 r. – dziewięć punktów; wskaźniki płynności: w 2022 r. – 25 punktów, w 2023 r. i 2024 r. – 21 punktów; wskaźniki efektywności: w latach 2022-2024 – 10 punktów; wskaźniki zadłużenia: w latach 2022-2024 – 16 punktów.

<sup>75</sup> W 2022 r. wskaźniki wynosiły: 3,7322% - wskaźnik zyskowności netto, 3,2294% - wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej, 4,8105% - wskaźnik zyskowności aktywów, w 2023 r. wynosiły kolejno: 1,2370%, 0,4682%, 1,6129%, natomiast w 2024 r. wynosiły kolejno: 0,5432%, 0,2524%, 0,7831%.

<sup>76</sup> W 2022 r. wskaźniki wynosiły: 1,9682 – wskaźnik bieżącej płynności, 1,7188 – wskaźnik szybkiej płynności, w 2023 r. wynosiły kolejno: 1,4849 i 1,2436, natomiast w 2024 r.: 1,4795 i 1,2447.

<sup>77</sup> Wskaźnik rotacji należności (średni stan należności z tytułu dostaw i usług) w latach 2022-2024 wynosił poniżej 45 dni, natomiast wskaźnik rotacji zobowiązań (średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług) w latach 2022-2024 nie przekraczał 60 dni.

<sup>78</sup> Dyskryminacyjne modele predykcji bankructwa przedsiębiorstw, Elżbieta Mączyńska (SGH, INE PAN), Maciej Zawadzki (Politechnika Warszawska), Ekonomista, 2006, nr 2. Służą do wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami w działalności gospodarczej.

że sytuacja finansowa Szpitala w latach 2022-2024 była zmienna i kształtowała się na poziomie bardzo dobrej i dobrej<sup>79</sup> oraz nie zagrażała mu upadłość.

(akta kontroli str. 994-1014)

### 1.3 Jakość świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

**a)** Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, działając w imieniu Prezesa NFZ, opublikował 30 września 2024 r. harmonogram składania wniosków o autoryzację na terenie województwa zachodniopomorskiego. Termin składania wniosku o autoryzację przez Szpital został zaplanowany w harmonogramie w okresie od 1 do 22 lipca 2025 r. Następnie w harmonogramie z 30 maja 2025 r. planowany termin składania wniosku został przesunięty na okres od 4 maja do 30 czerwca 2026 r.

(akta kontroli str. 226-227b)

**b)** Zarządzeniem Dyrektora nr 195/2024 z 28 czerwca 2024 r. wdrożono w Szpitalu wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta<sup>80</sup>.

(akta kontroli str. 228-229)

Narzędziami wykorzystywanymi w zarządzaniu jakością i bezpieczeństwem udzielania świadczeń zdrowotnych, które jednocześnie spełniały wymagania WSZJ były wdrożone standardy akredytacyjne zweryfikowane podczas przeprowadzonej wizyty akredytacyjnej oraz certyfikowany System Zarządzania Jakością zgodny z normą ISO 9001:2015. Wspólnym celem wdrożenia i utrzymania WSZJ, Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą ISO 9001:20215, standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne, było wdrożenie rozwiązań organizacyjnych, które podnoszą bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów poprzez: ciągłe doskonalenie świadczonych usług medycznych, rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, badanie opinii i satysfakcji pacjentów, podnoszenie świadomości personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa.

Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz monitorowanie zdarzeń niepożądanych odbywało się zgodnie z procedurą OS/P/17/19, wprowadzoną zarządzeniem Dyrektora nr 40/2024 z dnia 11 stycznia 2024 r. Nadzór nad monitorowaniem zdarzeń niepożądanych Dyrektor powierzył Zespołowi ds. Zdarzeń Niepożądanych, który został powołany zarządzeniem Dyrektora 196/2023 z dnia 17 lipca 2023 r.

Określenie priorytetowych obszarów dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych odbywało się w Szpitalu m.in. na podstawie: analizy działalności komórek organizacyjnych (analizy kliniczne)

---

<sup>79</sup> Wartość wskaźnika Zm (uwzględnia pięć wskaźników finansowych odnoszących się do rentowności przedsiębiorstwa, płynności finansowej i efektywności działalności operacyjnej oraz struktury kapitału i zdolności przedsiębiorstwa do spłaty zobowiązań) w poszczególnych latach: 2022 r. - 2,2447, 2023 r. - 1,5528, 2024 r. - 1,4309. Interpretacja wskaźnika (w odniesieniu do prezentowanych danych):  $1 < Zm \leq 2$  - przedsiębiorstwo dobre,  $Zm > 2$  - przedsiębiorstwo w bardzo dobrej sytuacji.

<sup>80</sup> Dalej: WSZJ.

realizowanych zgodnie z ustaloną metodologią analiz klinicznych; audytów wewnętrznych, przeprowadzanych zgodnie z procedurą DJ/P/03/19 i ustalonym programem audytów wewnętrznych na dany rok; analiz złożonych skarg i wniosków, zgodnie z procedurą OS/P/50/19; wyników opinii i satysfakcji pacjentów; monitorowania zdarzeń niepożądanych. Na podstawie ww. danych i wniosków ustalany był coroczny Program Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa Opieki, stanowiący cele jakościowe zaplanowane na dany rok. Na podstawie zidentyfikowanych problemów opracowywane były Projekty poprawy jakości oraz prowadzono Program działań bieżących dla poprawy jakości.

Na podstawie identyfikowanego ryzyka określano kryteria i metody do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem pacjentów, jakimi były procedury, instrukcje obowiązujące w USK-2, udostępnione na wewnętrznej stronie intranetowej Szpitala. Prowadzono rejestr procedur obowiązujących w USK-2, każdy pracownik posiadał dostęp do procedur, instrukcji w wersji elektronicznej. Metodą zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem były audyty wewnętrzne realizowane zgodnie z programem audytów oraz kontrole dokumentacji medycznej prowadzone przez Zespół ds. dokumentacji, zewnętrzna ocena dokonywana przez niezależnych ekspertów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia<sup>81</sup>, jednostce podległej Ministrowi Zdrowia i audyt zewnętrzny przeprowadzany przez Jednostkę Certyfikującą DNV.

Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej odbywały się co najmniej raz w roku w postaci rocznej oceny jakości i bezpieczeństwa (Przegląd Zarządzania). Dane wejściowe do oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń stanowiły m.in.: wyniki przeprowadzonych audytów wewnętrznych i zewnętrznych (zestawienie niezgodności / działań godnych uwagi; wyniki analiz klinicznych prowadzonych w komórkach organizacyjnych; uczestnictwo w badaniu wskaźników jakości w szpitalach WSK realizowanym przez CMJ; ocena realizacji ustalonego programu poprawy jakości i programu działań bieżących; ocena realizacji prowadzonych projektów poprawy jakości; przeprowadzenie corocznej samooceny w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych; przegląd obowiązujących przepisów prawnych; coroczna analiza wyników badań opinii i satysfakcji pacjentów; monitorowanie zdarzeń niepożądanych. Dane wyjściowe wygenerowane podczas Przeglądu Zarządzania stanowiły elementy służące określeniu obszarów priorytetowych oraz działań do poprawy jakości na rok kolejny.

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych, analogicznie jak identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzania tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, odbywała się zgodnie z procedurą OS/P/17/19.

W Szpitalu określano i realizowano plan szkoleń personelu na dany rok, na podstawie którego realizowano szkolenia m.in. w tematyce jakości

---

<sup>81</sup> Dalej: CMJ.

i bezpieczeństwa opieki. Prowadzono szkolenia wstępne dla pracowników nowozatrudnionych.

Badanie opinii i satysfakcji pacjentów z świadczonych usług medycznych w Szpitalu przeprowadzane było zgodnie z procedurą OS/P/33/19. Od lutego 2025 r. badanie realizowane było w formie anonimowej ankiety elektronicznej w sposób ciągły z wykorzystaniem platformy PASAT IKP – dla pacjentów hospitalizowanych w oddziale/klinice, PASAT AOS – dla pacjentów, którzy korzystali z opieki ambulatoryjnej. Badanie realizowane było za pośrednictwem CMJ przy wykorzystaniu wzoru ankiety obejmującej pytania w zakresie: przestrzegania praw pacjenta; jakości komunikacji z personelem; oceny pracy personelu; grzeczność, uprzejmość i życzliwość personelu; konsumenckiej oceny jakości opieki; skuteczności leczenia; skuteczności leczenia bólu; oceny jakości żywienia. Badanie realizowane było zgodnie z zaktualizowaną procedurą OS/P/33/19.

(akta kontroli str. 245-252)

Szpital posiadał certyfikaty systemu zarządzania potwierdzające, że system zarządzania organizacji spełniał wymagania normy Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015, ważne<sup>82</sup> w okresach: 10 grudnia 2019 r. – 9 grudnia 2022 r. i 10 grudnia 2022 r. – 9 grudnia 2025 r.

(akta kontroli str. 230, 231)

Szpital posiadał certyfikaty akredytacyjne nr 2019/44 z 16 lipca 2019 r. i 2024/18 z 28 czerwca 2024 r. potwierdzające spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego w zakresie działalności zakładu leczniczego.

(akta kontroli str. 232, 233)

*Kierownik Działu Jakości oświadczyła: (...) Biorąc pod uwagę potrzebę zachowania ciągłości certyfikatu, Dyrektor złożył wniosek datowany na dzień 26.11.2021 r. do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (CMJ) o przeprowadzenie kolejnej wizyty akredytacyjnej. Dnia 29.11.2021 r. CMJ odpowiedziało na pismo, przekazując informację o umieszczeniu (...) USK-2 na liście szpitali oczekujących na wizytę akredytacyjną (...). Po roku i 10 miesiącach oczekiwania na liście, Szpital w dniu 19.09.2023 r. otrzymał propozycję terminu wizyty akredytacyjnej wyznaczonej na 17-19.01.2024 r. (...) Dyrektor zaakceptował termin wizyty (...), która zakończyła się wynikiem pozytywnym (...) USK-2 nie miał żadnego wpływu na wyznaczony termin przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej oraz otrzymania certyfikatu potwierdzającego pozytywny wynik. Taka sytuacja wynikała z przyczyn niezależnych od Szpitala (...).*

(akta kontroli str. 234-237)

Szpital posiadał certyfikaty z 10 października 2019 r.<sup>83</sup> i 12 czerwca 2023 r.<sup>84</sup> „Szpital bez bólu” wydane przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Badania Bólu<sup>85</sup>,

---

<sup>82</sup> Data pierwszej certyfikacji 9 grudnia 2004 r.

<sup>83</sup> Data ważności certyfikatu: 10 października 2022 r., Dyrektor złożył 27 września 2022 r. wniosek o przyznanie certyfikatu „Szpital bez bólu”.

<sup>84</sup> Data ważności certyfikatu: 12 czerwca 2026 r.

<sup>85</sup> Dalej: PTBB.

zaświadczające, że Szpital spełnia kryteria wymagane przez PTBB i uzyskał certyfikat potwierdzający wprowadzenie najwyższych standardów leczenia bólu.

(akta kontroli str. 242-244)

c) Szpital dysponował danymi niezbędnymi do obliczania wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Opracowano wykazy monitorowanych wskaźników jakości mieszczących się w zakresie obszaru klinicznego i zarządczego. Dane, na podstawie których monitorowano parametry/wskaźniki pozyskiwano na podstawie informacji ewidencjonowanych przez poszczególne kliniki w systemie informatycznym AMMS<sup>86</sup> (wprowadzonym w ostatnim kwartale 2024r. procesie analizy danych medycznych). Monitorowanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej, mieszczących się w obszarze konsumenckim, prowadzone było w podziale na komórki organizacyjne<sup>87</sup>. Wskaźnik jakości związany z żywieniem pacjentów w ramach realizowanego programu pilotażowego „Świadczenie zdrowotne – dobry posiłek w szpitalu” wynikał z opracowanych analiz. Zagadnienie oceny poziomu żywienia było również badane na podstawie ankiety satysfakcji pacjenta. W ramach programu sporządzano m.in. raporty miesięczne, w których zawarto: wyniki badań ankietowych pacjentów, opis

---

<sup>86</sup> Asseco Medical Management Solutions, kompleksowy i zintegrowany pakiet systemów informatycznych, których zadaniem jest obsługa dużych oraz średnich szpitali, klinik, centrów medycznych, przychodni i ambulatoriów.

<sup>87</sup> W 2024 r. badaniem objęto 25 jednostek Szpitala, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, w tym 11 klinik, cztery oddziały, osiem poradni oraz dwa zakłady diagnostyczne. Do każdej jednostki wydano 120 ankiet (z wyjątkiem Oddziału Okulistyki Dziecięcej, Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej i Oddziału Ginekologii Rekonstrukcyjnej, gdzie wydano po 60 szt. ankiet), co stanowiło łącznie 2 820 ankiet. Końcowo zebrano 2 597 ankiet, co stanowi 92% zwrotności względem wydanych. Po zwiększeniu ilości wydawanych ankiet w jednostkach organizacyjnych o 370 szt., zaobserwowano podobny poziom zwrotności względem wydanych ankiet, tj. 92%. Większość respondentów była zadowolona z jakości obsługi w Izbach Przyjęć oraz czasu oczekiwania na przyjęcie. W części drugiej, odnoszącej się do jakości pobytu w oddziale/klinice również znaczącą większość stanowiły pozytywne odpowiedzi, czyli „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” i wynosiły średnio 96% odpowiedzi. Nowością w badaniu były pytania o ocenę treści i przydatności informacji zawartych na stronie www Szpitala. Ze analizy wynika, że treści umieszczane na stronie są pozytywnie oceniane i przydatne dla pacjentów. W 2023 r. przeprowadzono badania, którymi objęto 25 jednostek szpitala, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, w tym 11 klinik, cztery oddziały, osiem poradni oraz dwa zakłady diagnostyczne. Do każdej jednostki wydano 100 ankiet (z wyjątkiem Oddziału Okulistyki Dziecięcej, gdzie wydano 50 ankiet), co stanowiło łącznie 2 450 ankiet. Końcowo zebrano 2 275 ankiet, co stanowiło 92,6% zwrotności względem wydanych, natomiast zwrotność względem przyjętych w tym czasie pacjentów wynosiła 17%. W części pierwszej, dotyczącej czasu oraz jakości obsługi w Izbach Przyjęć większość respondentów oceniła bardzo dobrze i dobrze kontakt z personelem Izb Przyjęć - łącznie 97% wszystkich odpowiedzi. Czas oczekiwania w izbie przyjęć oceniono pozytywnie – zdecydowana większość odpowiedzi dotyczyła oczekiwania poniżej 1h i stanowiła 83%. W części drugiej, odnoszącej się do jakości pobytu w oddziale/klinice również znaczącą większość stanowiły pozytywne odpowiedzi, czyli „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” i wyniosły od 95% odpowiedzi. Odsetek zwrotności ankiet 17% zbyt niski w stosunku do przyjętych pacjentów w okresie badania. Brak zainteresowania pacjentów badaniem opinii. Brak odpowiedzi mógł wynikać z różnych czynników, takich jak: trudność w ocenie lub w wyborze jednej opcji. Niektórzy respondenci mogą nie czuć się zainteresowani wyrażeniem swojej opinii w momencie gdy przebieg hospitalizacji lub diagnostyki odbywał się zwyczajnie bez wyjątkowo dobrych lub złych doświadczeń. Odpowiedzi na pytanie „Czy mieli Państwo możliwość zapoznania się z ustawą o Prawach Pacjenta?”, gdzie 19% pacjentów wybrało odpowiedź „Nie”, a 1% nie zaznaczyło żadnej odpowiedzi. Pozostali podkreślili odpowiedź „Tak”, co stanowiło 80% respondentów. Podczas kontroli dostępności informacji dotyczącej praw pacjenta sprawdzono, czy w każdym z oddziałów na tablicy informacyjnej widnieje Karta Praw Pacjenta. Nie stwierdzono braku informacji o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Analogiczne badania były przeprowadzane również w latach wcześniejszych.

wdrożonych działań, ilości konsultacji dietetycznych i wydawanych posiłków oraz przykładowe zdjęcia posiłków.

(akta kontroli str. 238-241)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych ogółem (wyliczony z pominięciem klinik okulistyki<sup>88</sup> oraz Oddziału Onkologii Klinicznej<sup>89</sup>) był niższy, niż 70%<sup>90</sup> i wyniósł 68,8% w 2022 r. i 68,5% w 2023 r. Rzeczony wskaźnik był w szczególności niższy w wymienionych klinikach i oddziałach Szpitala:

- Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej – 66,3% w 2022 r., 61,9% w 2023 r., 62,5% w 2024 r. i 61,4% w I kwartale 2025 r.;

- Klinice Kardiochirurgii – odpowiednio – 48,1%, 39,5%, 49,1% i 48,6%;

- Klinice Patologii Noworodka – analogicznie – 53,9%, 55,1%, 55,2% i 53,7%;

- Oddziały Rehabilitacji Kardologicznej Kliniki Kardiochirurgii – 69,1% w 2022 r.;

- Klinice Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardologicznym – 59,7% w 2022 r., 65,8% w 2023 r.;

- Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt – 66,9% w 2022 r.;

- Klinice Położnictwa i Ginekologii – 60,7% w 2022 r., 60% w 2023 r., 67,8% w 2024 r.;

- Oddziały Klinicznym Ginekologii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej – 37,7% w 2023 r., 53,7% w 2024 r. i 48,3% w I kwartale 2025 r.

Wskaźnik wykorzystania łóżek intensywnej opieki medycznej wyniósł 57% w 2022 r. i 59,7% w 2023 r.

(akta kontroli str. 300-302)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala wyjaśnił: (...) *Powodem takiego stanu rzeczy są: 1) pandemia koronawirusa Sars CoV -2 w 2021 r. i do końca I kwartału 2022 r., co miało przede wszystkim wpływ na funkcjonowanie Oddziału Rehabilitacji Kardologicznej i Klinik Zabiegowych, 2) ograniczenia wynikające z limitu przyznanego ryczałtu przez NFZ w ramach podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, 3) niż demograficzny (Klinika Położnictwa i Ginekologii oraz Klinika Patologii Noworodka), 4) zwiększona ilość zabiegów operacyjnych wykonywanych przy pomocy robota Da Vinci i tym samym skrócenie czasu hospitalizacji (Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt oraz Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej), 5) zwiększona realizacja procedur ambulatoryjnych dotychczas realizowanych w ramach hospitalizacji, 6) niskie obłożenie łóżek intensywnej opieki medycznej w latach 2022-2023 związane było z mniejszą ilością zabiegów planowych wynikającą z ograniczeń pandemicznych koronawirusa i zmiany na stanowisku lekarza kierującego Kliniką, 7) remont pomieszczeń w budynku klinik położniczo-*

<sup>88</sup> W których 80% hospitalizacji to przyjęcie i wypis pacjenta w tym samym dniu (tzw. „0” pobyty).

<sup>89</sup> Gdzie 100% hospitalizacji to przyjęcie i wypis pacjenta w tym samym dniu (tzw. „0” pobyty).

<sup>90</sup> Średnia Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD). Natomiast zgodnie z odpowiedzią podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 20487 (VI kadencja, 22 lutego 2011 r.) zasadne jest zachowanie na oddziałach rezerwy wynoszącej 15% dla pacjentów w tzw. stanach nagłych.

*ginekologicznych i neonatologii oraz przeniesienie części tych klinik do nowego budynku w 2023 r. W sprawie działań podejmowanych w celu optymalnego wykorzystania tych zasobów, wyjaśnił: (...) Analiza wykorzystania łóżek szpitalnych jest dokonywana cyklicznie. W wyniku takich analiz dokonano zmniejszenia ilości łóżek m.in. w Klinice Położnictwa i Ginekologii oraz w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt. W 2024 r. zmniejszenia łóżek dokonano również w Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i w Oddziale Onkologii Klinicznej dostosowując ich ilość do struktury udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zmiany ilości łóżek miały wpływ na poziom ich obłożenia (wzrost wskaźnika wykorzystania) i poprawę rentowności Klinik.*

(akta kontroli str. 407-408, 409-410)

2. Zamówienie publiczne na dostawę, montaż, instalację i uruchomienie rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi nie zostało ujęte w planie postępowań o udzielenie zamówień, niezgodnie z dyspozycją art. 23 ust. 1 Pzp.

(akta kontroli str. 490)

Stosownie do treści art. 23 ust. 1 Pzp, zamawiający publiczni, o których mowa w art. 4 pkt 1 i 2, oraz ich związki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia budżetu lub planu finansowego przez uprawniony organ, sporządzają plan postępowań o udzielenie zamówień, jakie przewidują przeprowadzić w danym roku finansowym. Plan zamieszcza się w Biuletynie Zamówień Publicznych, na zasadach określonych w dziale III w rozdziale 2, oraz na stronie internetowej zamawiającego. Ponadto zamawiający zapewnia aktualność planu postępowań o udzielenie zamówień. Aktualizację planu zamieszcza się w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz na stronie internetowej zamawiającego (art. 23 ust. 4 Pzp).

*Dyrektor wyjaśnił: (...) Do 31.08.2024 r. Zamawiający wydierżawiał pomieszczenia szpitalne, w których aktualnie znajduje się rezonans magnetyczny prywatnemu podmiotowi (...). Początkowo Wykonawca ten wykonywał badania rezonansu magnetycznego pacjentom Zamawiającego na podstawie umowy (...) w okresie od 22.02.2021 r. do 22.02.2024 r. Na wniosek (...) z 7.11.2023 r. (...), termin obowiązywania umowy został przedłużony do 31.08.2024 r. (...) W czasie obowiązywania ww. umowy, 10.02.2024 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło nabór wniosków na zakupy inwestycyjne w ramach Budżetu Państwa, które dotyczyły m. in. zakupu rezonansu magnetycznego. Zamawiający chcąc zabezpieczyć swoją jednostkę i pacjentów w najlepszy sprzęt złożył 29.02.2024 r. stosowne wnioski celem pozyskania dofinansowania. (...) Zamawiający do czasu zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy o dofinansowanie nie wiedział czy faktycznie otrzyma ww. dofinansowanie (...). Nadto, z informacji wystosowanej przez Ministerstwo Zdrowia w momencie ogłoszenia naboru wynikało jednoznacznie, że podmiot otrzymujący środki pochodzące z dotacji może podejmować czynności zmierzające do wykorzystania tych środków (np. wszczęć postępowanie przetargowe) dopiero w dacie zawarcia umowy dotacji. Konsekwencją powyższych, niezależnych od woli Zamawiającego okoliczności, był brak zamieszczenia zamówienia publicznego (...) w planie postępowań o udzielenie zamówień, stosownie do art. 23 ust. 1 PZP. (...) Zamawiający już 15.11.2025 r., a zatem dzień po podpisaniu umowy o dofinansowanie zamieścił ogłoszenie o udzieleniu zamówienia (...). Powyższe*

*okoliczności spowodowały, że niemożliwe stało się zaktualizowanie planu zamówień o przedmiotowe zamówienie. Z uwagi na realne zagrożenie utraty dotacji otrzymanej pod koniec roku i rażąco krótki termin realizacji umowy o dofinansowanie, Zamawiający zmuszony był podjąć decyzję o przygotowaniu w pierwszej kolejności procedury przetargowej. (...). Brak ujęcia w planie postępowań zamówienia dot. rezonansu magnetycznego wiązało się z niewiążącym charakterem planu. Zamawiający nie posiadał 100% wiedzy czy otrzyma stosowne dofinansowanie, a sam swoich środków na zabezpieczenie całości przedmiotu zamówienia nie posiadał. Uchybienie spoczywającym na Zamawiającym obowiązków ustawowych związanych z ujęciem w planie postępowań zamówienia dot. rezonansu magnetycznego nie wynikało z celowych działań, a podyktowane było wyłącznie okolicznościami w całości niezależnymi od Zamawiającego.*

(akta kontroli str. 609-610, 611-612)

3. Ogłoszenia o wykonaniu dwóch umów na: dostawę, montaż i uruchomienie aparatu RTG ogólnodiagnostycznego cyfrowego z systemem rejestracji dawki<sup>91</sup> na kwotę 1 794 760 zł netto oraz dostawę, montaż i uruchomienie lasera ekscymerowego z topografem rogówkowym<sup>92</sup> na kwotę 2 378 664 zł netto (objęte badaniem kontrolnym) zostały zamieszczone w Biuletynie Zamówień Publicznych dopiero w toku kontroli NIK (13 marca 2025 r.), tj. odpowiednio po 735<sup>93</sup> i 832<sup>94</sup> dniach od wykonania ww. umów, czyli niezgodnie z dyspozycją art. 448 Pzp.

(akta kontroli str. 458-459, 479-480)

Zgodnie z postanowieniami art. 448 Pzp, zamawiający, w terminie 30 dni od wykonania umowy, zamieszcza w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wykonaniu umowy, na zasadach określonych w dziale III rozdziale 2.

Dyrektor wyjaśnił: *Zgodnie z dokumentacją przetargową (...) wykonanie umowy winno zakończyć się po protokolarnym odbiorze sprzętu. Jednakże pracownicy działu merytorycznego, którzy realizują zawarte umowy, błędnie zinterpretowali zapisy umowy. Uznali bowiem, że umowy (...) nie były zrealizowane, gdyż trwała jeszcze gwarancja na zakupiony sprzęt. Realizując umowy wiedzą, że Wykonawcy są wzywani na podstawie umów do usuwania awarii, do wykonywania przeglądów itp., itd., co miało miejsce dnia 28.08.2023 r. W związku z powyższym ogłoszenia o wykonaniu umowy zamieścili dopiero po zakończeniu okresu gwarancji będąc w przekonaniu, że zmieścili je w ustawowym terminie. (...) Zamawiający przyznaje, że ma opóźnienia w terminie przekazania ogłoszenia o wykonaniu umowy. Działanie to nie było jednak działaniem celowym, a jedynie uchybieniem spowodowanym błędną interpretacją oraz dużą ilością realizowanych umów. Celem usprawiedliwienia Zamawiający podaje, iż rocznie zawiera ponad 300 umów. (...) uchybienie to nie miało wpływu na prawidłowe wykonanie umowy, jak również nie naruszało interesu publicznego ani praw Wykonawcy. (...) Zamawiający informuje, że wdrożył już i nadal będzie wdrażał działania naprawcze, celem uniknięcia w przyszłości takich uchybień. (...) pracownicy poszczególnych komórek zostali ponownie poinformowani o obowiązku wysyłania*

---

<sup>91</sup> Umowa nr ZP/221/262/22 z 10 listopada 2022 r.

<sup>92</sup> Umowa nr ZP/221/272/22 z 30 listopada 2022 r.

<sup>93</sup> Data wykonania umowy nr ZP/221/262/22 z 10 listopada 2022 r. to 9 marca 2023 r.

<sup>94</sup> Data wykonania umowy nr ZP/221/272/22 z 30 listopada 2022 r. to 2 grudnia 2022 r.

*w ustawowym terminie ogłoszenia o wykonaniu umowy. (...) uprzejmie proszę o uwzględnienie okoliczności łagodzących i potraktowanie przedmiotowego uchybienia jako niezamierzonego, które zostało naprawione i wobec którego podjęto środki zapobiegawcze.*

(akta kontroli str. 609-610, 612-613)

4. Ogłoszenia o wykonaniu 60 umów na łączną wartość 36 737 748,74 zł netto zawartych w okresie objętym kontrolą (dobranych celowo do kontroli), zostały zamieszczone w Biuletynie Zamówień Publicznych dopiero w toku kontroli NIK (tj. 12, 13, 14, 19 marca 2025 r.), tj. od 88 do 992 dni od wykonania ww. umów, czyli niezgodnie z dyspozycją art. 448 Pzp.

(akta kontroli str. 726-846)

Zastępca Dyrektora złożył wyjaśnienia o takiej samej treści, jak do nieprawidłowości nr 3.

(akta kontroli str. 847-848, 849)

5. W ogłoszeniu o wykonaniu umowy na dostawę, montaż i uruchomienie trzech sztuk inkubatorów otwartych, opublikowanym w Biuletynie Zamówień Publicznych 14 marca 2025 r. (w wyniku kontroli NIK) nierzetelnie wykazano w pkt 4.4 błędną wartość umowy. Wartość umowy została skorygowana (z kwoty 5 187 604 zł na 518 604 zł) dopiero w wyniku czynności kontrolnych NIK w dniu 20 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 744-745, 746)

*Zastępca Dyrektora wyjaśnił: (...) Błąd (...) był zwykłym błędem ludzkim. (...) Działanie to nie było (...) działaniem celowym, a jedynie zwykłą omyłką, którą Zamawiający skorygował natychmiast po zwróceniu na nią uwagi. (...) omyłka spowodowana była dużą ilością pracy. (...)*

(akta kontroli str. 847-848, 849)

6. Przeprowadzenie poniższych czynności w postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych, objętych szczegółową kontrolą NIK, może wskazywać na naruszenie zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, określonych w art. 16 ust. 1 Pzp. Powyższe wynika z: - ustalenia w dwóch postępowaniach<sup>95</sup> wartości szacunkowej zamówień na podstawie jednej oferty firm zajmujących się sprzedażą sprzętu<sup>96</sup>, którym następnie udzielono zamówień (w postępowaniach nie złożono innych ofert); -

---

<sup>95</sup> Na dostawę, montaż i uruchomienie aparatu RTG ogólnodiagnostycznego cyfrowego z systemem rejestracji dawki oraz dostawę, montaż i uruchomienie lasera ekscymetrowego z topografem rogówkowym.

<sup>96</sup> Zgodnie z komentarzem Urzędu Zamówień Publicznych do Prawa zamówień publicznych, w okolicznościach, gdy zamawiającemu nie jest znana rynkowa wycena przedmiotu zamówienia lub gdy zamawiający uważa za celowe i zasadne zweryfikowanie własnych ustaleń, zamawiający może wystąpić o wsparcie w przedmiocie ustalenia wartości zamówienia do podmiotów trzecich. Dopuszczalne jest zwrócenie się przez zamawiającego do podmiotów profesjonalnych prowadzących działalność gospodarczą w przedmiocie zamówienia o przygotowanie kalkulacji cenowej, które może przybrać formę tzw. „zapytania cenowego” czy „rozeznania rynku”. Niezależnie od możliwości bezpośredniego wystąpienia do podmiotów profesjonalnych zamawiający może dokonać takiego ustalenia, posiłkując się danymi zaczerpniętymi ze stron internetowych czy katalogów cenowych wykonawców lub producentów.

nieprzeprowadzenia przed wszczęciem wszystkich trzech postępowań, fakultatywnych, wstępnych konsultacji rynkowych, przewidzianych w art. 84 Pzp; - wyznaczenia we wszystkich trzech postępowaniach terminu składania ofert krótszego, niż termin określony w art. 138 ust. 1 Pzp. Ponadto umowny termin na dostawę, montaż i uruchomienie lasera i topografu wraz z wyposażeniem oraz przeprowadzenie szkoleń określono na trzy dni kalendarzowe od dnia podpisania umowy.

(akta kontroli str. 455-544)

Dyrektor wyjaśnił: *Zamawiający przygotowując procedury przetargowe postępowań (...) nie miał czasu na przeprowadzenie wstępnych konsultacji rynkowych (...). Pracownicy Zamawiającego (...) opisują w sposób profesjonalny z zachowaniem zasad konkurencyjności i równego traktowania Wykonawców. (...) biorąc pod uwagę otrzymanie dotacji na zakup sprzętów z ww. postępowań pod koniec 2022 i 2024 r., z bardzo krótkim terminem realizacji zamówienia oraz realnym ryzykiem utraty dofinansowania, Zamawiający nie miał możliwości przeprowadzenia konsultacji rynkowych. (...) Pracownicy Zamawiającego są pracownikami wieloletnimi z ogromnym doświadczeniem. Znają rynek Wykonawców i ich ceny, które oczywiście mogą minimalnie różnić się od tych zaproponowanych przez Wykonawców. Mimo tego Zamawiający poprosił Wykonawców o informacje dotyczącą aktualnych cen za dany sprzęt. (...) Otrzymując dotację Zamawiający bez zbędnej zwłoki przystąpił do przygotowania procedury przetargowej. (...) Wykonawcy mają możliwość, jeżeli uważają, że Zamawiający złamał powyższe zasady, wnieść odwołanie do Krajowej Izby Odwoławczej. W żadnym z powyższych postępowań nie miało to miejsca. Wykonawcy również mają możliwość zadawania pytań. I z tego prawa Wykonawcy (nie tylko Wykonawcy, którzy szacowali wartość zamówienia, ale również inne podmioty działające na danym rynku) skorzystali. Zamawiający udzielił wielu odpowiedzi i dokonał zmian tak aby dopuścić do złożenia ofert przez jak największą liczbę Wykonawców. Zamawiający otrzymawszy dotacje na zakup sprzętu z postępowań (...) nie mógł zachować terminów ustawowych z art. 138 ust. 1 ustawy PZP. (...) W ocenie Zamawiającego, będącej wynikiem wnikliwej analizy całokształtu okoliczności faktycznych i prawnych towarzyszących rozpatrywanych zamówień, w istocie zachodzi pilna potrzeba udzielenia powyższych zamówień, przy czym skrócenie terminu składania ofert w odnośnych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego było całkowicie uzasadnione. (...) przedmiotowe dostawy realizowane były w ramach dotacji otrzymanych, w związku z czym Zamawiającego obowiązywały terminy realizacji wynikające z umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia. Nie ma więc możliwości, aby przygotowując postępowania z zachowaniem zwyczajnych ustawowych terminów udzielić zamówień na dostawę sprzętów w ramach przyznanego dofinansowania. Skutkowałoby to podjęciem zbyt dużego ryzyka przez Zamawiającego, którego konsekwencją mogłaby być utrata pozyskanych dotacji, w sytuacji niedochowania terminów realizacji wynikających z zapisów umowy o dotacje. (...) wskazane okoliczności należy zakwalifikować jako względy organizacyjne oraz ważny interes Zamawiającego, który realizuje swoje ustawowe obowiązki, czyli walczy o zdrowie i życie pacjentów. Okoliczności te przy tym mają walor czynników o charakterze obiektywnym, co oznacza, że nie zależą w żaden sposób od Zamawiającego, a stwierdzenie ich istnienia i ich weryfikacja są możliwe. (...) Każdy z Wykonawców (...) był w stanie przygotować i złożyć ofertę na realizację przedmiotowych zadań. Ze względu na charakter przedmiotów*

*zamówienia, przygotowanie przez profesjonalnych Wykonawców oferty nie powinno być problemem i w żaden sposób nie wpłynęło na konkurencyjność postępowań. Na potwierdzenie, że Zamawiający walczy z czasem oraz z wykorzystaniem otrzymanych dotacji (ale nie za wszelką cenę, dbając przy tym o nie narażanie się na zarzuty złamania dyscypliny finansów publicznych) podkreślenia wymaga fakt, iż w tym samym czasie było przeprowadzane postępowanie na dostawę, montaż, instalację i uruchomienie angiografu wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi (...). Powyższe postępowanie było również dotowane ze środków Ministerstwa Zdrowia. I tak jak powyższe postępowania termin składania ofert był skrócony i nie było przeprowadzonych wstępnych konsultacji rynkowych. Jednakże Zamawiający nie zawarł umowy z Wykonawcą, gdyż wartość oferty opierała na kwotę 6.699.008,12 zł, a tym przekraczała wartość, którą Zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia aż o 2.695.808,12 zł. Rażąco wysoka oferta wynikała w głównej mierze z przeszacowania przez potencjalnego wykonawcę kwoty wykonania robót adaptacyjnych pomieszczenia przeznaczanego na angiograf. Postępowanie zostało unieważnione dnia 11.12.2024 r. Konsekwencją była utrata dotacji. Mimo pism z prośbą o przedłużenie terminu na wykorzystanie środków, dotacja nie została ponownie przyznana. (...)*

(akta kontroli str. 609-610, 613-615)

7. Szpital dopuścił do naruszenia terminu umownego i przystąpił 17 kwietnia 2025 r. do odbioru końcowego zadania „Dostawa, montaż, instalacja i uruchomienie rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi”, pomimo że wykonawca zadania dokonał 10 kwietnia 2025 r. zgłoszenia zakończenia robót oraz gotowości odbioru końcowego przedmiotu umowy z naruszeniem terminu określonego w § 14 ust. 15 umowy.

Stosownie do dyspozycji § 14 ust. 15 umowy nr ZP.221.311.24 z 11 grudnia 2024 r., zgłoszenie zakończenia robót powinno być dokonane nie później niż na pięć dni roboczych przed upływem terminu wykonania umowy.

(akta kontroli str. 490-491, 492-542, 543-544, 574-602)

Zastępca Dyrektora ds. Technicznych i Inwestycji wyjaśnił: (...) *Wykonawca nie dochował przedmiotowego terminu zgłaszając roboty do odbioru w dniu 10.04.2025 r. (...) powyższe przekroczenie terminu nie skutkowało opóźnieniem w wykonaniu umowy. (...) nie mamy do czynienia z istotnym naruszeniem postanowień umowy, uzasadniającym obciążenie Wykonawcy karą umowną. (...) Zamawiający nie dysponuje instrumentami pozwalającymi mu wymusić na Wykonawcy zgłoszenia zakończenia robót w określonym dniu. To bowiem Wykonawca, mając na względzie stopień zaawansowania prac oraz pozostałe ciężące na nim obowiązki umowne decyduje o momencie zgłoszenia robót do odbioru, gdyż to on następnie ponosi negatywne konsekwencje przedwczesnego zgłoszenia robót do odbioru.*

(akta kontroli str. 1213-1214, 1215-1216)

Wykonawca zadania poinformował<sup>97</sup>: (...) *Pozostawaliśmy w stałym kontakcie z przedstawicielami Zamawiającego, którzy mieli wiedzę o zaawansowaniu prac*

---

<sup>97</sup> Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK.

*i o tym, że z zaangażowaniem wszelkich środków razem z podwykonawcą dążyliśmy do zakończenia realizacji przedmiotu umowy w terminie, czyli do 10 kwietnia (...).*

(akta kontroli str. 1221-1222, 1224)

8. W toku prac adaptacyjnych zadania dostarczenia rezonansu magnetycznego, dopuszczono do sytuacji, w której wykonawca zamontował 18 sztuk drzwi oraz odbojnice / okładziny ściennie w ośmiu pomieszczeniach – w kolorze niezgodnym z wnioskami materiałowymi. Następnie Szpital dokonał odbioru końcowego w dniach 17-23 kwietnia 2025 r. stolarki drzwiowej (18 sztuk drzwi) oraz odbojnic okładzin ściennych w ośmiu pomieszczeniach i ciągach komunikacyjnych, pomimo że ich kolor był niezgodny z wnioskami materiałowymi.

(akta kontroli str. 490-491, 492-542, 543-544, 574-602)

Zastępca Dyrektora ds. Technicznych i Inwestycji wyjaśnił: (...) *Zamawiający przyznaje, iż kolor stolarki drzwiowej i okładzin ściennych był niezgodny z zatwierdzonymi wnioskami materiałowymi, niemniej jednak powyższa okoliczność w ocenie Zamawiającego nie stanowiła istotnej wady uniemożliwiającej użytkowanie obiektu i tym samym uzasadniającej odstąpienie od odbioru robót. (...) Jeżeli w toku odbioru zostaną ujawnione nieistotne wady (usterki), które nie wpływają na możliwość użytkowania obiektu i są możliwe do ich usunięcia, nie powinno to uniemożliwiać odbioru obiektu, zwłaszcza, gdy jest możliwe przejęcie obiektu i jego wykorzystywanie zgodnie z jego celem. Zamawiający powinien w takim przypadku dokonać odbioru i określić termin na ich usunięcie. (...) w sytuacji gdy wykonawca zgłosił zakończenie robót budowlanych wykonanych zgodnie z projektem i zasadami wiedzy technicznej zamawiający jest zobowiązany do ich odbioru (art. 647 k.c.). W protokole z tej czynności stanowiącym pokwitowanie spełnienia świadczenia i podstawę dokonania rozliczeń stron, niezbędne jest zawarcie ustaleń, co do jakości wykonanych robót, w tym ewentualny wykaz wszystkich ujawnionych wad z terminami ich usunięcia lub oświadczeniem inwestora o wyborze innego uprawnienia przysługującego mu z tytułu odpowiedzialności wykonawcy za wady ujawnione przy odbiorze. Odmowa odbioru będzie uzasadniona jedynie w przypadku, gdy przedmiot zamówienia nie będzie się nadawał do użytkowania.*

(akta kontroli str. 1213-1214, 1218)

Wykonawca zadania poinformował: (...) *Drzwi oraz odbojnice / okładziny ściennie zostały zamontowane, aby spełnić wymagania umowy, tym samym, by móc zgłosić gotowość do przekazania Zamawiającemu przedmiotu umowy.*

(akta kontroli str. 1221-1222, 1224)

W toku niniejszej kontroli NIK, Szpital w zakresie ww. zadania dostawy, montażu, instalacji i uruchomienia rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i robotami adaptacyjnymi, m.in. skierował zawiadomienie do organów ścigania w sprawie gróźb karalnych kierowanych przez podwykonawcę zadania, naliczył i potrącił wykonawcy karę umowną w wysokości 28 000 zł za nieterminowe usunięcie wad i usterek, obniżył wykonawcy wynagrodzenie o kwotę 100 000 zł z tytułu zamontowania drzwi i odbojnic / okładzin ściennych w niewłaściwym kolorze (porozumienie z 30 czerwca 2025 r.).

(akta kontroli str. 1226-1247)

9. Spośród próby pięciu pozycji najwyższych kwotowo należności przeterminowanych wg stanu na 31 marca 2025 r., w trzech z nich Szpital:

- złożył 17 kwietnia 2025 r. (tj. dopiero w toku kontroli NIK) pozew o zapłatę w postępowaniu upominawczym na kwotę 1 435 813,14 zł wraz z odsetkami ustawowymi, stanowiącą karę umowną za opóźnienie w wykonaniu umowy nr ZP/221/15/21 z 1 lutego 2021 r., tj. po upływie 1 074 dni od wystawienia wezwania do zapłaty nr DT 61/277/2022 z 9 maja 2022 r.;

- nie podjął żadnych czynności w sprawie należności w kwocie 259 980,94 zł tytułem leczenia szpitalnego osoby fizycznej B.D.<sup>98</sup> w okresie od wystawienia 20 grudnia 2024 r. wezwania do zapłaty do dnia kontroli (tj. 9 czerwca 2025 r.), tj. od 170 dni;

- nie podjął żadnych czynności w sprawie należności w kwocie 572 187,33 zł tytułem leczenia szpitalnego osoby fizycznej B.D.<sup>99</sup> w okresie od wystawienia 24 czerwca 2024 r. wezwania do zapłaty do dnia kontroli (tj. 9 czerwca 2025 r.), tj. od 350 dni.

(akta kontroli str. 964-965, 966)

Stosownie do treści art. 42 ust. 5 ufp, jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny, oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania.

Dyrektor wyjaśnił: - (...) zgodnie z art. 118 ustawy kodeks cywilny, jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi sześć lat, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej - trzy lata. Jednakże koniec terminu przedawnienia przypada na ostatni dzień roku kalendarzowego, chyba że termin przedawnienia jest krótszy niż dwa lata. (...) w odniesieniu do wskazanej powyżej sprawy mamy do czynienia z robotą budowlaną okres przedawnienia wynosi 3 lata i kończy się z końcem 2025 r. Tym samym roszczenie USK-2 jako zamawiającego nie uległo przedawnieniu. Przyczyną wytoczenia powództwa w 2025 r. był skomplikowany charakter sprawy, wymagający analizy orzecznictwa oraz obszernych akt sprawy pod kątem zarówno zasadności skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego, jak również konieczności zabezpieczenia przez Szpital odpowiednich środków finansowych z tytułu opłaty sądowej w kwocie 70.000,00 zł. Dodatkową okolicznością, która wpłynęła na moment wytoczenia powództwa była ilość prowadzonych ówczasie przez Szpital (okresie 2022-2024) skomplikowanych inwestycji, mocno angażujących USK-2 oraz jego pracowników. USK-2 w pierwszej kolejności zmuszony był rozwiązywać bieżące problemy związane z toczącymi się inwestycjami, aby zakończyć je w terminie i nie narazić się na utratę otrzymanych dofinansowań. (...) - W związku z wysoką kwotą należności, tj. 259.980,94 zł, na dzień 31.03.2025 r. został utworzony odpis aktualizujący należności. (...) wezwanie do zapłaty z dnia 20.12.2024 r. było wysłane jako list polecony, powtórne awizowanie jest datowane na dzień 07.01.2025 r. Zwrot do Placówki Pocztovej nastąpił w dniu 13.01.2025 r., natomiast do USK-2 korespondencja wróciła dopiero w dniu 17.01.2025 r. Początek roku stanowi intensywny okres w pracy w Dziale Finansowo-Księgowym, w związku z przygotowaniem do zamknięcia roku bilansowego. W tym czasie sprawy

<sup>98</sup> Faktura VAT nr 0010/11/PMT/2024 z 29 listopada 2024 r.

<sup>99</sup> Faktura VAT nr 0004/05/PMT/2024 z 21 maja 2024 r.

windykacji należności ograniczają się do niezbędnego minimum, tj. wysyłania wezwań do zapłaty. (...) przekazywanie spraw do radcy prawnego jest dokonywane chronologicznie, tj. datami od najstarszej, z zachowaniem upływu terminu przedawnienia wierzytelności. Dnia 10.06.2025 r. podjęta została próba kontaktu telefonicznego z osobą wskazaną jako opiekun pana B.D., jednak bez rezultatu. Nadto, dnia 10.06.2025 r. zostało przekazane do Działu Sprzedaży Usług Medycznych pismo z prośbą, o przygotowanie niezbędnej dokumentacji pacjenta (...), w celu przekazania do radcy prawnego i dochodzenia kwoty na drodze sądowej. Przygotowanie w/w dokumentacji jest czasochłonne i trwa około tygodnia. (...) termin przedawnienia ww. należności nie jest zagrożony terminem przedawnienia, a sprawa zostanie skierowana do radcy prawnego w najbliższym czasie, celem wystąpienia na drogę postępowania sądowego. (...) - roszczenie USK-2 wynikające z tytułu faktury VAT (...) opiewające na kwotę 692.645,31 zł stało się wymagalne w 2024 r. Tym samym termin przedawnienia zgodnie z art. 50 ust. 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (...) przedawni się z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w art. 50 ust. 11 UŚOZ. Mając na uwadze powyższe, w niniejszej sprawie termin przedawnienia upływa 31 grudnia 2029 r. Roszczenie nie jest zatem na chwilę obecną zagrożone przedawnieniem. (...) Dłużnik jest bowiem obywatelem Republiki Białorusi, przez co ewentualny spór sądowy oraz postępowanie egzekucyjne mogą wiązać się ze znacznymi kosztami dla Szpitala. Wydłużony może być również czas działania właściwych organów. (...) w pierwszej kolejności podjęte zostały działania w stosunku do spraw najbardziej priorytetowych, o najkrótszym terminie przedawnienia, a także w stosunku do takich, w których prognozowany był krótki czas trwania sporu sądowego i egzekucji. Niezależnie od powyższego, z uwagi na wysokość zadłużenia, priorytet przedmiotowej sprawy pozostaje bardzo wysoki i czynności zmierzające do odzyskania należności objętej ww. fakturą zostaną podjęte w najbliższym czasie.

(akta kontroli str. 1015-1016, 1018-1020)

10. Faktyczna liczba personelu świadczącego pracę według stanu na 31 marca 2023 r., 2024 r. i 2025 r. na objętych badaniem oddziałach nie odpowiadała liczbie lekarzy i pielęgniarek zgłoszonej w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów nr 160000749230007/03-08-23-22, 160000749240013/03-08-23-22, 160000749250003/03-08-23-22<sup>100</sup> o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (wraz z aneksami) zawartej z NFZ, tj.:

- w Oddziale Nefrologicznym Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych wykazano odpowiednio: w 2023 r. pięciu lekarzy i dwie pielęgniarki, w 2024 r. dwóch lekarzy, którzy nie świadczyli usług medycznych oraz nie wykazano: w 2023 r. pielęgniarki, w 2024 r. pielęgniarki (wolontariat), w 2025 r. trzech pielęgniarek, które świadczyły ww. usługi;

- w Oddziale Transplantologicznym Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej wykazano odpowiednio: w 2023 r. dwóch lekarzy i trzy pielęgniarki, w 2024 r. lekarza, w 2025 r. lekarza i pielęgniarkę, którzy nie świadczyli usług medycznych oraz nie wykazano: w 2023 r. pielęgniarki, w 2024 r. pielęgniarki (wolontariat), które świadczyły ww. usługi;

- w Oddziale Kardiochirurgicznym oraz Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego (w tym: Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej i Blok

<sup>100</sup> Następująco za okres: od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r., od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r., od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.

Operacyjny) Kliniki Kardiologii wykazano odpowiednio: w 2023 r. cztery pielęgniarki, w 2024 r. dwie pielęgniarki, które nie świadczyły usług medycznych oraz nie wykazano: w 2023 r. pielęgniarki, w 2024 r. trzech pielęgniarek (w tym jedna wolontariat), w 2025 r. pięciu pielęgniarek.

(akta kontroli str. 1101-1103, 1109-1110)

Powyższe było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>101</sup>, który stanowi, że zmiany w harmonogramie dotyczące osób, wykonujących zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, wymagają zgłoszenia Prezesowi NFZ albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Było to również niezgodne z § 2 ust. 9 umów zawartych z NFZ<sup>102</sup>, w myśl którego świadczeniobiorca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, wskazane powyżej nieprawidłowości powstały na skutek niezamierzonej omyłki. Zaistniałe rozbieżności, po ustaleniu faktycznego stanu zatrudnienia, zostaną niezwłocznie poprawione, bądź dokonano już stosownych korekt. Ponadto Dyrektor wyjaśnił: (...) *każda pielęgniarka jest zatrudniona w Szpitalu, jako głównym miejscu wykonywania świadczeń i w razie potrzeb kadrowych zdarzają się przesunięcia z jednostki macierzystej do innych jednostek szpitala. Być może w tych przypadkach (...) informacja o pełnieniu dodatkowego dyżuru w danym miesiącu w innej jednostce nie została skutecznie przekazana przez działy i z tego powodu wyniknęły rozbieżności ze zgłoszeniami do SZOI. W latach 2022-2023 Szpital borykał się z ogromnymi brakami kadrowymi wśród personelu pielęgniarskiego. Sytuacja ta powodowała większą liczbę doraźnych dyżurów pracowników z innych jednostek. Nie zawsze mamy sytuację komfortową, w której pielęgniarka jest zatrudniona na pełen etat i pracuje tylko w jednym miejscu. Sytuacja na rynku pielęgniarek zmusza pracodawców do przyjmowania chętnych na różnych formach zatrudnienia i w bardzo różnych wymiarach czasu pracy, co przy dużej ilości zakresów udzielania świadczeń zdrowotnych może prowadzić do nieścisłości.*

(akta kontroli str. 1111-1115, 1116-1120)

11. W Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej według stanu na 31 marca 2023 r. nie zapewniono wymaganej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>103</sup> liczby etatów pielęgniarek na liczbę łóżek w Oddziale

<sup>101</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

<sup>102</sup> Umowy nr 160000749230007 / 03-08-23-22 z 30 grudnia 2022 r., 160000749240013 / 03-08-23-22 z 22 grudnia 2023 r. (data podpisania aneksu), 160000749250003 / 03-08-23-22 z 24 grudnia 2024 r. (data podpisania aneksu).

<sup>103</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Zakres świadczenia: chirurgia ogólna, pkt 9 załącznika nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”,

Transplantologicznym (30 łóżek na Oddziale, wymagana liczba etatów pielęgniarek: 21<sup>104</sup>, liczba pielęgniarek świadczących faktycznie usługi medyczne na oddziale, według stanu na 31 marca 2023 r. – 19).

(akta kontroli str. 1105-1106, 1109-1110)

Dyrektor wyjaśnił: *Oceny minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dokonujemy w oparciu o dwa rozporządzenia równorzędnie obowiązujące: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (...); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (...). norma w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej jest spełniona zgodnie z ww. przepisami (...). Jest to zestawienie przygotowane na dzień 31 grudnia 2023 r., ponieważ do obliczeń wg pierwszego rozporządzenia konieczne są dane dotyczące kategoryzacji opieki pacjentów ze wszystkich miesięcy danego roku. Rotacje kadrowe w ciągu roku są powszechnym zjawiskiem w grupie personelu pielęgniarskiego. Zdarzają się nagłe wakaty, na których uzupełnienie szpital potrzebuje nawet kilku miesięcy, jednak dopełniamy wszelkich starań, aby braki te nie powodowały zaburzenia ciągłości opieki nad pacjentami. Gdy występuje takie zagrożenie podejmujemy natychmiastowe działania w celu zachowania ciągłości opieki (...). W (...) marcu 2023r. nie miała miejsca sytuacja zaburzenia ciągłości opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej oraz nie było potrzeby uruchomienia godzin nadliczbowych dla pielęgniarek, przy obłożeniu łóżek wynoszącym w tym miesiącu 87,63%. Zatem zabiegi odbywały się planowo przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów, co jest nadrzędnym celem i misją Szpitala.*

(akta kontroli str. 1111-1115, 1120, 1137-1139)

12. W Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych od 1 stycznia 2024 r. na stanowisku starszego asystenta zatrudniono lekarza, który nie posiadał kwalifikacji wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>105</sup>, tj. siedem lat pracy w zawodzie<sup>106</sup>. Staż pracy zatrudnionego lekarza na dzień powierzenia stanowiska starszego asystenta, tj. 1 stycznia 2024 r. wynosił sześć lat i jeden miesiąc.

(akta kontroli str. 1107-1108, 1109-1110)

Dyrektor wyjaśnił: *Ze względu na potrzebę zabezpieczenia funkcjonowania Kliniki (...) została zatrudniona na umowę o pracę i otrzymała stanowisko starszego*

---

z którego wynika, że świadczeniodawca przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej w zakresie chirurgii ogólnej powinien spełniać następujące warunki szczegółowe dotyczące pielęgniarek: równoważnik co najmniej 0,7 etatu na łóżko (...).

<sup>104</sup> Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko (30 łóżek x 0,7 = 21 etatów pielęgniarek).

<sup>105</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1515, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie kwalifikacji.

<sup>106</sup> Zgodnie z treścią załącznika „Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami” (lp. 19) do rozporządzenia w sprawie kwalifikacji, starszy asystent lekarz obejmując stanowisko powinien posiadać następujące kwalifikacje: tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentyisty i prawo wykonywania zawodu oraz tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia oraz 7 lat pracy w zawodzie.

*asystenta choć brakowało jej lat pracy zgodnie z załącznikiem (...), tj. 7 lat pracy w zawodzie.*

(akta kontroli str. 1111-1115, 1116)

13. W latach 2022-2025 (I kwartał) w Szpitalu w sposób niegospodarny, tj. poprzez zapłatę zobowiązań po terminie, dopuszczono do naliczenia i zapłaty odsetek w łącznej kwocie 581,73 zł.

(akta kontroli str. 1143, 1144-1150)

*Główny księgowy wyjaśniła: (...) każdego miesiąca przetwarzanych jest około trzech tysięcy faktur zewnętrznych. Proces ich obsługi ma charakter złożony i obejmuje weryfikację merytoryczną, formalno-rachunkową oraz finansową. Jednym z czynników, które mogą wpływać na terminowość regulowania zobowiązań jest nieterminowe przekazywanie dokumentów przez poszczególne komórki organizacyjne do działu finansowo-księgowego. Pomimo obowiązujących procedur wewnętrznych oraz regularnego przypominania o konieczności zachowania dyscypliny w obiegu dokumentów, zdarzają się sporadyczne przypadki, w których faktury przekazywane są po upływie terminu płatności. W takich sytuacjach dochodzi do opóźnień w dekretacji i realizacji płatności. (...) W przypadkach, gdy dochodzi do naliczenia odsetek za nieterminową płatność, są one wypłacane zgodnie z postanowieniami zawartych umów lub obowiązującymi przepisami prawa. (...) wysokość odsetek, odnosząc ją do skali zobowiązań finansowych Szpitala, pozostaje marginalna i nie stanowi istotnego obciążenia budżetowego. (...) ewentualne przypadki opóźnień w regulowaniu zobowiązań mają charakter incydentalny i nie wpływają na płynność finansową jednostki, ani jej rzetelność jako płatnika (...).*

(akta kontroli str. 1161, 1162-1163)

14. W umowie najmu nr OP.200.01.23 zawartej 18 stycznia 2023 r. Szpital nie ujął zapisu wynikającego z § 22 ust. 2 Instrukcji z 25 sierpnia 2020 r., tj. uwzględniającego możliwość corocznej waloryzacji czynszu.

(akta kontroli str. 1208-1209)

*Dyrektor wyjaśnił: Brak zapisów w umowie (...) jest niedociągnięciem pracownika opracowującego projekt umowy. Po stwierdzeniu tego błędu, podczas procedowania kolejnej umowy najmu zastosowano wpis o możliwości zmiany wysokości wynagrodzenia w przypadku wzrostu poziomu cen towarów i usług w danym roku.*

(akta kontroli str. 1210-1211, 1212)

15. We wniosku Dyrektora nr AG/061/49/24 z 23 maja 2024 r. skierowanym do Kanclerza PUM, poprzedzającym zawarcie umowy najmu nr OP.200.05.24 z 12 sierpnia 2024 r. nie zawarto uzasadnienia uwzględniającego wymogi wskazane w § 2 i 3 Regulaminu zbywania, wynikającego z § 7 ust. 1, pkt 4 tego Regulaminu.

W myśl § 2 ust. 1 i 2 ww. Regulaminu, zbycie, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych może nastąpić na zasadach określonych Regulaminem, z poszanowaniem zasad prawidłowej gospodarki oraz z uwzględnieniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Czynności te nie mogą ograniczać możliwości realizacji zadań statutowych Szpitala oraz negatywnie wpływać na warunki i jakość udzielania świadczeń

zdrowotnych, a także prowadzić do naruszenia art. 13 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z § 3 tego Regulaminu, zbycie, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych nie może być dokonane na rzecz: - osób pełniących funkcję Dyrektora Szpitala lub jego zastępców; - osób pozostających w związku małżeńskim lub prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z osobami, o których mowa powyżej; - osób trzecich pozostających w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami, o których mowa powyżej.

(akta kontroli str. 1208-1209)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił: *Brak informacji we wniosku do kanclerza PUM o wyrażenie zgody na dzierżawę bez wymogów określonych w § 2 i 3 Regulaminu wynika z niedociągnięć pracownika opracowującego ten wniosek. Pomimo tego stanu rzeczy, decyzja podjęta przez kanclerza PUM nie wpływa negatywnie na realizację umowy najmu pomieszczeń na rzecz firmy (...) nikt z osób funkcyjnych szpitala: Dyrektor Naczelny i jego Zastępcy nie pozostaje/nie pozostają w żadnym stopniu pokrewieństwa z władzami i pracownikami firmy (...). Aktualnie opracowano projekt wniosku o wyrażenie zgody na dzierżawę pomieszczeń z uwzględnieniem tych zapisów Regulaminu (...).*

(akta kontroli str. 1210-1211, 1212)

16. Za nierzetelne uznano brak było dowodów w dokumentacji Szpitala, które w jednoznaczny sposób przedstawiałyby faktyczny czas udzielania świadczeń przez personel objęty badaniem. Dla personelu medycznego (24 lekarzy), zatrudnionego na podstawie innej, niż umowa o pracę, objętego badaniem kontrolnym Szpital prowadził harmonogramy czasu pracy<sup>107</sup> oraz wykazy dyżurów lekarskich<sup>108</sup>. W umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>109</sup> zawarto m.in. zapis: *Ze względu na specyfikę wykonywania zawodu oraz konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, lekarz kierujący Kliniką może zdecydować, szczególnie po ciężkim dyżurze, o możliwości skorzystania przez lekarza z odpoczynku, zachowując ciągłość udzielania świadczeń w Klinice oraz innych komórkach organizacyjnych USK-2.*

(akta kontroli str. 1321-1387, 1388-1393, 1397, 1398-1399)

Dyrektor wyjaśnił: *Jednym z postanowień zawieranych umów cywilno-prawnych z personelem lekarskim jest zobowiązanie się lekarza, jako przyjmującego zamówienie, do pełnienia dyżurów stacjonarnych, organizowanych przez Klinikę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia i możliwościami Przyjmującego zamówienie, tj. w uzgodnieniu terminów pomiędzy stronami. Stronę udzielającego zamówienie reprezentuje w tej kwestii lekarz kierujący Kliniką lub jego zastępca. Taki obowiązek wynika z konieczności zapewnienia przez podmiot leczniczy całodobowej we wszystkie dni tygodnia opieki nad hospitalizowanymi pacjentami i pacjentami zgłaszającymi się do izb przyjęć. Biorąc pod uwagę fakt, że są to umowy cywilno-prawne zawierane z podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą,*

<sup>107</sup> Określały nominalny czas pracy lekarzy, tj. od 7.00 do 14.35 lub od 8.00 do 15.35.

<sup>108</sup> Określały pełnienie dyżurów 24-godzinnych lekarzy objętych badaniem (w tym dyżury stacjonarne, jak również niestacjonarne).

<sup>109</sup> Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 29/2022 z dnia 27 czerwca 2022 r., zmieniona aneksem nr 2 z dnia 10 września 2024 r., przedłożona na żądanie kontrolera.

*wprowadzono do umów następujące postanowienie: Ze względu na specyfikę wykonywania zawodu oraz konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, lekarz kierujący Kliniką lub jego zastępca, może zdecydować, szczególnie po ciężkim dyżurze, o możliwości skorzystania przez Przyjmującego zamówienie z odpoczynku, a zachowanie ciągłości udzielania świadczeń spoczywa na Przyjmującym zamówienie. To oznacza, że nie powinno dochodzić do sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres dłuższy, niż 24 godziny. Jeżeli takie przypadki zachodziły, to oznacza, że w danym dniu sytuacja tego wymagała ze względu na pilny charakter udzielania świadczenia pacjentowi ratującemu zdrowie lub życie.*

(akta kontroli str. 1400-1401, 1402-1403)

17. Lekarzowi pełniącemu 11 marca 2024 r. dyżur 24-godzinny nie zapewniono 11-godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku dobowego, wynikającego z art. 97ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. W myśl przywołanych przepisów pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Z karty czasu pracy lekarza wynikało, że 11 marca 2024 r. lekarz pełnił dyżur od godziny 8.00 do godziny 8.00 dnia kolejnego, a następnie 12 marca 2024 r. pracował od godziny 8:00 do godziny 15:35.

(akta kontroli str. 1394-1396)

*Dyrektor wyjaśnił: 12 marca 2024 r. lek. (...) z I Kliniki Okulistyki faktycznie udzielał świadczeń zdrowotnych bez zachowania odpoczynku dobowego. Zaistniała sytuacja, związana była z koniecznością dokończenia zabiegu operacyjnego u pacjenta przyjętego do Kliniki w godzinach nocnych. Po zakończonym zabiegu, pacjent został przekazany pod opiekę innemu lekarzowi, a lek. (...) zakończył pracę. Za tę pracę, w dniu 13 marca 2024 r. otrzymał jako rekompensatę dzień wolny od pracy z zachowaniem pełnego prawa do wynagrodzenia. Ten przypadek stanowił wyjątek, ze względu na opiekę nad pacjentem. (...)*

(akta kontroli str. 1400-1401, 1402)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W zakresie działalności leczniczej Szpital zapewnił taką organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, która zagwarantowała (poza opisanymi w wystąpieniu pokontrolnym przypadkami) optymalne wykorzystanie łóżek szpitalnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. Pomieszczenia i urządzenia USK-2 odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach. Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, które użytkowane były w sposób bezpieczny. Poza wykazanymi przypadkami, stan, liczba i forma zatrudnienia personelu medycznego w Szpitalu były optymalne do udzielania świadczeń zdrowotnych. Czas pracy personelu medycznego wykonującego zawód medyczny, zatrudnionego na podstawie umów o pracę był zgodny (z wyjątkiem jednego lekarza) z obowiązującymi regulacjami. Szpital prawidłowo zlecał podmiotom zewnętrznym udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zawierał i rozliczał umowy w tym zakresie. Gospodarkę finansową Szpitala prowadzono w oparciu o plan finansowy w sposób zapewniający zbilansowanie przychodów i kosztów. Szpital uzyskiwał dodatni wynik finansowy w każdym roku objętym kontrolą. Planowanie inwestycji, w tym zakupu aparatury medycznej oparte było na

faktycznych potrzebach Szpitala i następowało zgodnie z przepisami i procedurami. Zakupu aparatury dokonywano zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Realizacja dostaw i instalacji, następnie ich rozliczenie, poza wyjątkiem opisanym w nieprawidłowościach, odbywały się zgodnie z warunkami podpisanych umów. USK-2 podejmował działania w celu wyegzekwowania należności, przy czym wobec braku wewnętrznych procedur w tym zakresie, nie zawsze były one skuteczne (w trzech na pięć badanych przypadków). W Szpitalu utworzono zakładowy fundusz nagród oraz opracowano system premiowania i nagradzania pracowników, w tym kierownictwa. Dyrektor sporządzał i terminowo publikował raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej, w której wskaźniki ekonomiczno-finansowe osiągały w latach objętych kontrolą rekomendowane wartości.

Stwierdzone nieprawidłowości w tym obszarze dotyczyły: niepełnego wykorzystania łóżek szpitalnych; nieujęcia jednego zadania w planie postępowań o udzielenie zamówień publicznych, czym naruszono dyspozycję art. 23 ust. 1 Pzp; niezamieszczania w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wykonaniu umów, mimo obowiązku określonego w art. 448 Pzp; nierzetelnego sporządzenia ogłoszenia o wykonaniu jednej umowy; ustalania wartości szacunkowej zamówień jedynie na podstawie jednej oferty, co mogło wskazywać na naruszenie zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, określonych w art. 16 ust. 1 Pzp; nieegzekwowania od wykonawcy zadania terminowego zgłaszania zakończenia robót oraz gotowości odbioru końcowego przedmiotu umowy; nieegzekwowania od wykonawcy zadania wykonania przedmiotu umowy zgodnie z założeniami projektowymi i materiałowymi; niepodjęcia na bieżąco czynności zmierzających do wyegzekwowania należności pieniężnych, mimo obowiązku określonego w art. 42 ust. 5 ufp; niedokonywania zmian w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów zawartych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; niezapewnienia wymaganej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych liczby etatów pielęgniarek na liczbę łóżek w czterech oddziałach i trzech klinikach szpitalnych; zatrudnienia w jednej z klinik personelu medycznego nieposiadającego odpowiednich kwalifikacji, w szczególności w zakresie wymaganego stażu pracy; nieterminowego regulowania zobowiązań Szpitala, skutkującego koniecznością zapłaty odsetek w kwocie 581,73 zł; niezawierania w umowach najmu pomieszczeń Szpitala zapisów dotyczących możliwości corocznej waloryzacji czynszu, wymaganych procedurami Szpitala; nieujmowania we wnioskach poprzedzających zawarcie umów najmu zapisów wymaganych Regulaminem zbywania; braku dokumentacji w zakresie czasu pracy personelu medycznego; niezapewnienia jednemu z lekarzy 11-godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku dobowego, wynikającego z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.

## 2. Działalność dydaktyczna

### 2.1 Organizacja i zarządzanie

Opis stanu faktycznego

#### 1. Zakres działalności dydaktycznej

a) W latach 2022-2025<sup>110</sup> działalność dydaktyczna Szpitala obejmowała szkolenia podyplomowe w trybie rezydenckim i pozarezydenckim, a także staż podyplomowy. Liczba uczestników szkoleń podyplomowych realizowanych w jednostkach organizacyjnych<sup>111</sup> Szpitala wyniosła ogółem 199, w tym:

- 169 uczestników w trybie rezydenckim w poszczególnych dziedzinach specjalizacji: chirurgia ogólna – dziewięciu, urologia – 11, okulistyka – 32<sup>112</sup>, kardiochirurgia – jeden, kardiologia – 19, choroby wewnętrzne – 22<sup>113</sup>, położnictwo i ginekologia – 25<sup>114</sup>, neonatologia – siedmiu, nefrologia – trzech, anestezjologia i intensywna terapia – 24, radiologia i diagnostyka obrazowa – 11, alergologia – trzech, genetyka kliniczna – jeden, patomorfologia – jeden;
- 30 uczestników w trybie pozarezydenckim w poszczególnych dziedzinach specjalizacji: chirurgia onkologiczna – trzech, chirurgia naczyniowa – pięciu, okulistyka – czterech<sup>115</sup>, kardiologia – dwóch, ginekologia onkologiczna – sześciu, perinatologia – trzech, choroby wewnętrzne – jeden, nefrologia – trzech, transplantologia kliniczna – trzech.

Staż podyplomowy w Szpitalu odbyło 160 lekarzy<sup>116</sup> (w tym trzech lekarzy obcokrajowców), kolejno: w roku akademickim 2022/2023 – 46, 2023/2024 – 40, 2024/2025 – 76.

(akta kontroli str. 901-906)

b) Przedmiotem umowy z 29 sierpnia 2012 r. (aneksowanej 14 marca 2024 r.) zawartej pomiędzy SPSK-2 i PUM było ustalenie zasad udostępnienia PUM przez Szpital jednostek organizacyjnych Szpitala na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Umowa zawierała m.in. postanowienia dotyczące czasu jej trwania i warunków wcześniejszego rozwiązania; środków finansowych należnych z tytułu jej realizacji, w tym sposobu przekazywania tych środków oraz zasad ich rozliczeń; wykazu ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu jej realizacji, sposobu ich udostępniania oraz zasad i warunków ich wykorzystywania; liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli

<sup>110</sup> Według stanu na 31 grudnia 2022 r., 31 grudnia 2023 r. i 31 grudnia 2024 r.

<sup>111</sup> Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii, Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, I Klinika Okulistyki, II Klinika Okulistyki, Klinika Kardiochirurgii, Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, Klinika Położnictwa i Ginekologii, Klinika Patologii Noworodka, Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia, Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej, Poradnia Alergologiczna, Poradnia Genetyczna, Zakład Patomorfologii.

<sup>112</sup> W tym: 18 uczestników szkolenia organizowanego w I Klinice Okulistyki, 14 w II Klinice Okulistyki.

<sup>113</sup> W tym: jeden uczestnik szkolenia organizowanego w Klinice Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, 21 w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych.

<sup>114</sup> W tym: dziewięciu uczestników szkolenia organizowanego w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, 16 w Klinice Położnictwa i Ginekologii.

<sup>115</sup> W tym: trzech uczestników szkolenia organizowanego w I Klinice Okulistyki, jeden w II Klinice Okulistyki.

<sup>116</sup> Lekarzy stażystów ujęto całościowo (ze względu na specyfikę realizacji programu stażu podyplomowego nie było możliwości przydzielenia lekarzy stażystów do poszczególnych jednostek organizacyjnych).

akademickich mających wykonywać zadania; okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy; zasad odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku; zasad prowadzenia kontroli przez PUM w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych; zasad rozpatrywania sporów wynikających z jej realizacji.

(akta kontroli str. 1151-1160)

## **2. Kadra dydaktyczna**

**a)** W Szpitalu w każdym roku akademickim objętym kontrolą prowadzono wykaz nauczycieli akademickich zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu na terenie USK-2. W roku akademickim 2022/2023 były to 84 osoby, w 2023/2024 – 88 i w 2024/2025 – 90.

(akta kontroli str. 1164-1196)

W badanym okresie Szpital nie zatrudniał nauczycieli akademickich i doktorantów w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę, ani na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej zadania dydaktyczne. Nauczyciele akademicy zatrudnieni w PUM udzielali świadczenia zdrowotne w USK-2.

Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto dokumentację kadrową pięciu losowo wybranych nauczycieli akademickich ujętych w prowadzonych w Szpitalu wykazach nauczycieli akademickich zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu na terenie USK-2 (w tym dwóch profesorów, adiunkta, wykładowcę, starszego asystenta). W zawartych umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych pomiędzy Szpitalem, a ww. osobami objętymi badaniem kontrolnym zawarto m.in. preambułę o treści: „Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz realizacja 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 przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie osób”. W § 1 ust. 9 ww. umów zapisano, że przyjmujący zamówienie w związku z zatrudnieniem w PUM w charakterze nauczyciela akademickiego, może wykonywać zadania dydaktyczne i badawcze połączone z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i przy zachowaniu wynagrodzenia określonego tą umową.

(akta kontroli str. 1197)

**b)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto próbę dwóch konkursów ofert<sup>117</sup> dobranych celowo z lat objętych kontrolą na lekarzy kierujących jednostkami

---

<sup>117</sup> Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i ostrych zatruc w Klinice Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc oraz koordynowanie działalnością Kliniki oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej, onkologii

organizacyjnymi Szpitala wykonującymi działalność dydaktyczną, pod kątem zgodności z art. 49 ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą<sup>118</sup> i Statutu USK-2<sup>119</sup>. W Szpitalu prawidłowo wyłaniano lekarzy kierujących jednostkami organizacyjnymi Szpitala w uzgodnieniu z Rektorem PUM.

(akta kontroli str. 1280-1281)

## **2.2 Finansowanie działalności dydaktycznej**

Stosownie do postanowień § 8 ust. 1 ww. umowy z 29 sierpnia 2012 r. o udostępnienie jednostek organizacyjnych Szpitala w celu wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych, z tytułu realizacji umowy Uniwersytet z wydzielonej przez Rektora puli subwencji na działalność związaną z kształceniem studentów na bazie klinicznej w danym roku budżetowym, będzie przekazywać Szpitalowi środki na pokrycie kosztów działalności dydaktycznej i badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz na pokrycie kosztów obsługi administracyjnej procesu dydaktycznego. Wysokość środków w 2022 r. wyniosła 247 tys. zł dla maksymalnie 100 tys. grupogodzin (ust. 2). W każdym kolejnym roku począwszy od 2023 r. kwota ta podlegała waloryzacji o wskaźnik waloryzacji środków ustalony przez Ministerstwo Zdrowia, przy czym wskaźnik nie mógł przekroczyć 6% (ust. 3). W 2024 r. wysokość środków wyniosła 340 tys. zł dla maksymalnie 35 tys. grupogodzin (ust. 3a). Strony umowy ustaliły, że począwszy od 2025 r. wysokość środków podlegać będzie corocznej waloryzacji na dzień 1 stycznia każdego roku obowiązywania umowy o ogłaszany przez Prezesa GUS wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za poprzedni rok kalendarzowy, przy czym wskaźnik waloryzacji nie może przekroczyć 6% (ust. 4). Należność z tytułu realizacji umowy w wysokości 1/12 kwoty była przekazywana Szpitalowi co miesiąc na podstawie faktury VAT w terminie 14 od daty otrzymania jej przez Uniwersytet (ust. 7).

Poza wynagrodzeniami lekarzy rezydentów i stażystów<sup>120</sup> oraz kierowników specjalizacji za nadzór szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rezydentów<sup>121</sup>, Szpital nie ponosił kosztów z tytułu działalności dydaktycznej. Oprócz ww. umowy z PUM nie uzyskiwano przychodów z innych źródeł w tym zakresie.

(akta kontroli str. 618, 900, 1158, 1282, 1283-1307, 1308-1315)

## **2.3 Standardy jakościowe kształcenia kadr medycznych**

Szpital nie dysponował dokumentacją w zakresie liczby studentów kierunku lekarskiego, którzy odbywali praktyki w ramach „Ramowego programu zajęć

---

i transplantologii w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej oraz koordynowanie działalności Kliniki.

<sup>118</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 430.

<sup>119</sup> Na zasadzie § 22 ust. 3 Statutu Szpitala (uzgodnienie z Rektorem PUM).

<sup>120</sup> Koszty wyniosły 16 545,5 tys. zł w 2022 r., 18 415,1 tys. zł w 2023 r., 22 084,6 tys. zł w 2024 r. i 6 487,6 tys. zł w I kwartale 2025 r.

<sup>121</sup> Koszty wyniosły 692,4 tys. zł w 2022 r., 643,2 tys. zł w 2023 r., 714,1 tys. zł w 2024 r. (kosztów nie ponoszono w I kwartale 2025 r.).

praktycznych dla kierunku lekarskiego” oraz standardów kształcenia praktycznego na kierunkach medycznych.

(akta kontroli str. 1142)

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przyznało<sup>122</sup> Szpitalowi 222 miejsca szkoleniowe w 18 dziedzinach medycyny<sup>123</sup> w trybie rezydentury i w trybie pozarezydenckim. Badaniem objęto trzy losowo wybrane specjalizacje, tj.: choroby wewnętrzne w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, chirurgię ogólną w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, kardiologię w Klinice Kardiologii. Szpital, ubiegając się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w powyższych specjalizacjach, spełniał warunki, o których mowa w art. 19f ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry<sup>124</sup>. W zakresie badanych specjalizacji komisja akredytacyjna przyznała Szpitalowi: - chirurgia ogólna - osiem miejsc szkoleniowych (akredytacja ważna do 7 sierpnia 2029 r.); - kardiologia - cztery miejsca szkoleniowe (akredytacja ważna do 6 stycznia 2030 r.); - choroby wewnętrzne - 33 miejsca szkoleniowe (akredytacja ważna do 7 października 2029 r.).

(akta kontroli str. 1199-1201)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Szpital prawidłowo realizował swoje zadania dydaktyczne. Zawarto umowę w sprawie ustalenia zasad udostępnienia jednostek organizacyjnych Szpitala na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. W okresie objętym kontrolą nie zatrudniano nauczycieli akademickich i doktorantów w celu realizacji zadań dydaktycznych. W Szpitalu prawidłowo wyłaniano lekarzy kierujących jednostkami organizacyjnymi USK-2 (nauczyciele akademicy zatrudnieni w PUM udzielali świadczenia zdrowotne w USK-2). Finansowanie działalności dydaktycznej następowało w oparciu o postanowienia ww. umowy. Szpital spełnił wymagania akredytacyjne niezbędne do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy.

### **3. Działalność naukowa**

#### **3.1 Zadania badawcze realizowane w powiązaniu z udzielaniem świadczeń**

Opis stanu  
faktycznego

**a)** W okresie objętym kontrolą przychody z działalności badawczo-rozwojowej, w tym badań klinicznych Szpitala wyniosły ogółem 1 301,9 tys. zł, z tego 665,6 tys. zł w 2022 r., 355,9 tys. zł w 2023 r., 190,8 tys. zł w 2024 r. i 89,6 tys. zł w I kwartale 2025 r. Udział tych przychodów w sumie przychodów ogółem za powyższe lata wyniósł odpowiednio 0,2%, 0,1%, 0,03% i 0,1%. Przychody ogółem,

<sup>122</sup> Według stanu na 12 czerwca 2025 r.

<sup>123</sup> Tj. okulistyka, alergologia, anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, genetyka kliniczna, ginekologia onkologiczna, kardiologia, nefrologia, neonatologia, perinatologia, położnictwo i ginekologia, radiologia i diagnostyka obrazowa, transplantologia kliniczna, urologia.

<sup>124</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.

w tym ze sprzedaży niemedycznej (opłaty administracyjne i apteczne) i operacyjne (wartość rozliczonych zaliczek z Agencją Badań Medycznych<sup>125</sup>) wyniosły łącznie odpowiednio: 1 831,5 tys. zł w 2022 r., 2 004,2 tys. zł w 2023 r., 2 843,9 tys. zł w 2024 r. i 294,2 tys. zł w I kwartale 2025 r.

Przychody z działalności badawczo-rozwojowej (naukowej) pokrywały jej koszty, które w badanym okresie wyniosły: 1 168,3 tys. zł w 2022 r., 1 638,6 tys. zł w 2023 r., 2 612,1 tys. zł w 2024 r. i 227,6 tys. zł w I kwartale 2025 r.

(akta kontroli str. 616, 617, 618, 900)

**b)** Stosownie do treści § 4 ust. 1 Statutu USK-2<sup>126</sup>, podstawowym celem funkcjonowania Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Do zadań Szpitala należy w szczególności udział w realizacji zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych Uczelni (PUM) oraz innych Uczelni i instytucji prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów (§ 6 ust. 1 pkt 2 Statutu USK-2).

(akta kontroli str. 17-18)

W latach 2022-2025 Szpital na podstawie umów podpisanych z podmiotami prowadzącymi badania (sponsorami) uczestniczył łącznie w 46 badaniach naukowo-badawczych, w tym klinicznych, z tego w czterech na rzecz uczelni publicznych<sup>127</sup> i 42 na rzecz innych podmiotów (sponsorów komercyjnych badań klinicznych).

(akta kontroli str. 877-882)

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

#### **1. Zasady prowadzenia działalności naukowej**

**a)** Dyrektor zarządzeniem nr 143/2020 z 24 czerwca 2020 r. wprowadził Regulamin prowadzenia badań klinicznych komercyjnych w SPSK-2. W Regulaminie określono zasady i tryb zawierania i wykonywania umów na prowadzenie badań klinicznych komercyjnych na terenie Szpitala, w szczególności sposób postępowania oraz odpowiedzialność i uprawnienia osób zaangażowanych w proces eksperymentów medycznych, od momentu zgłoszenia projektu badania do jego zakończenia i rozliczenia<sup>128</sup>.

PUM, SPSK-1 i SPSK-2 zawarły 19 kwietnia 2021 r. umowę konsorcjum, której przedmiotem było określenie zasad współpracy oraz podział praw i obowiązków

---

<sup>125</sup> Dalej: Agencja lub ABM.

<sup>126</sup> Nadanego Szpitalowi uchwałą nr 89/2023 Senatu PUM z 29 listopada 2023 r. w sprawie nadania Statutu USK-2.

<sup>127</sup> Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

<sup>128</sup> Tryb postępowania przewidywał w szczególności przygotowanie wyceny badań i propozycji wynagrodzenia dla Szpitala. Projekt umowy podlegał analizie prawnej, następnie weryfikacji pod

stron w przygotowaniu wniosku na realizację i dofinansowanie Projektu („Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych PUM<sup>129)</sup>) oraz podczas realizacji Projektu, w tym określenie zasad wzajemnych rozliczeń pomiędzy stronami w ramach dofinansowania uzyskanego przez konsorcjum w konkursie. Celem Projektu było: - utworzenie wspólnej jednostki CWBK, - organizacja nowej struktury w ramach CWBK w okresie realizacji wspólnego Projektu w zakresie planowania oraz realizacji komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych, - zapewnienie utrzymania w okresie trwałości utworzonego Centrum. Umową nr 2021/ABM/04/00003-00 o dofinansowanie Projektu na tworzenie i rozwój CWBK zawartą 25 czerwca 2021 r. pomiędzy ABM, a PUM i SPSK-1 i SPSK-2 (realizującymi wspólnie Projekt, jako konsorcjum), określono m.in. zasady udzielania przez Agencję dofinansowania realizacji Projektu oraz prawa i obowiązki stron związane z realizacją Projektu. W porozumieniu o współpracy w zakresie prowadzenia badań klinicznych i organizacji CWBK zawartym 26 maja 2022 r. pomiędzy PUM, a SPSK-1 oraz SPSK-2 określono w szczególności zasady wspólnej realizacji badań klinicznych przez PUM, SPSK-1 i SPSK-2 oraz uregulowano kwestie podległości służbowej personelu zatrudnionego przez SPSK-1 i SPSK-2 w ramach realizacji Projektu. Przedmiotem porozumienia było również określenie warunków pełnienia przez SPSK-1 i SPSK-2 roli Ośrodka Badań Klinicznych<sup>130</sup> w ramach niekomercyjnych badań klinicznych prowadzonych przez PUM, jako sponsora oraz w ramach badań komercyjnych zakontraktowanych przez PUM.

Zarządzeniem Dyrektora nr 183/2022 z 15 lipca 2022 r. wprowadzono Procedury uzyskania zgody na prowadzenie badań naukowych oraz eksperymentów medycznych w SPSK-2.

(akta kontroli str. 132-156, 157-164, 165, 166-176, 177-203, 204-218)

**b)** W sprawie działań podejmowanych w Szpitalu w celu zwiększenia przychodów z tytułu działalności naukowej oraz liczby realizowanych badań klinicznych, Zastępca ds. Administracyjno-Organizacyjnych oświadczył: *USK-2 mając na celu zwiększenie przychodów z tytułu działalności naukowej, podejmuje szereg działań wspierających rozwój badań klinicznych i współpracę z partnerami zewnętrznymi. W 2022 r. Szpital scedował na CWBK zadania związane z: - poszukiwaniem potencjalnych sponsorów badań klinicznych, - negocjowaniem warunków finansowych korzystnych zarówno dla badaczy, jak i dla Szpitala. Równolegle, Szpital samodzielnie wdraża działania mające na celu optymalizację przychodów, w tym: - aktualizację obowiązującego cennika usług, - wprowadzenie mechanizmu rewaloryzacji opłat na rzecz Szpitala o wskaźnik inflacji. Powyższe działania stanowią element strategii długofalowego rozwoju działalności naukowej i badawczej Szpitala.*

(akta kontroli str. 1198)

---

względem merytorycznym i ekonomicznym. Uzgodniona treść umowy była akceptowana przez radcę prawnego i głównego księgowego.

<sup>129</sup> Dalej: Centrum lub CWBK.

<sup>130</sup> Dalej: Ośrodek.

## 2. Umowy o realizację badań klinicznych

**a)-b)** Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto dobrane celowo trzy umowy o prowadzenie badań klinicznych o najwyższej wartości projektu / zadania:

- nr 2020/ABM/01/00121-00 z 1 marca 2021 r. o dofinansowanie projektu niekomercyjnego badania klinicznego zawarta<sup>131</sup> między ABM, a SPSK-2, którą określono zasady realizacji projektu pn. „Ocena bezpieczeństwa i efektywności klinicznej stent-graftów aortalnych modelowanych przy użyciu innowacyjnej technologii drukowania modeli w formacie 3D – wielośrodkowe badanie randomizowane”; dofinansowanie określono w wysokości 14 218 910,20 zł, w latach 2022-2025 (I kwartał) przychody na pokrycie kosztów prowadzenia badania wyniosły 4 828 225,32 zł; Szpital składał raporty sprawozdawcze w ramach projektu, które zostały zatwierdzone przez ABM<sup>132</sup>; umową konsorcjum z 10 listopada 2021 r. zawartą pomiędzy SPSK-2, Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz 4. Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką, Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, określono zasady funkcjonowania konsorcjum oraz współpracy stron, w tym ustalono zakres zobowiązań i praw stron w ramach realizacji ww. projektu przez konsorcjum.

- nr APP/3397/ABM11/2021 z 22 października 2021 r. o przeprowadzenie badania klinicznego zawarta<sup>133</sup> pomiędzy Warszawskim Uniwersytetem Medycznym<sup>134</sup>, a SPSK-2, a B.Ł., przedsiębiorcą działającym pod firmą Indywidualna Praktyka Lekarska dr hab. med. B.Ł., której przedmiotem było wykonanie przez badacza przy współuczestnictwie ośrodka badawczego na rzecz sponsora badania klinicznego; podstawą zawarcia umowy była umowa konsorcjum zawarta 30 kwietnia 2021 r. pomiędzy WUM, a Szpitalem Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie oraz SPSK-2, Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie, Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Szpitalem Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o., Szpitalem Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy, Klinicznym Szpitalem Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, Szpitalem Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu, w której m.in. określono zasady funkcjonowania konsorcjum oraz zasady współpracy stron, w tym ustalono zakres zobowiązań i praw stron w ramach realizacji projektu przez konsorcjum; umową nr 2019/ABM/01/00058-00 z 17 czerwca 2020 r. o dofinansowanie projektu niekomercyjnego badania klinicznego zawartą pomiędzy ABM a WUM określono m.in. zasady realizacji przez beneficjenta projektu pn. „Ocena częstości występowania przetrwałego nadciśnienia płucnego noworodków w grupie noworodków urodzonych pomiędzy 32 a 42 tygodniem ciąży leczonych salbutamolem”; dofinansowanie na realizację projektu wyniosło 14 814 484 zł, w latach 2022-2025 (I kwartał) przychody na pokrycie kosztów Szpitala

---

<sup>131</sup> Wraz z aneksem nr 2020/ABM/01/00121-01 z 17 maja 2021 r.

<sup>132</sup> Ostatni złożony przez USK-2 przez system teleinformatyczny 14 stycznia 2025 r. raport sprawozdawczy nr 2020/ABM/01/00121/R/08 został zatwierdzony 14 lutego 2025 r. (wydatki wykazane przez Beneficjenta w raporcie sprawozdawczym wyniosły 1 957 713,68 zł i zostały zatwierdzone w tej kwocie).

<sup>133</sup> Wraz z aneksami nr 1 z 24 sierpnia 2023 r. i nr 2 z 10 listopada 2023 r.

<sup>134</sup> Dalej: WUM.

przebiegu badania wyniosły 627 884,53 zł; WUM składał raporty sprawozdawcze w ramach projektu, które zostały zatwierdzone przez ABM<sup>135</sup>. - nr D081RC0001 z 4 czerwca 2019 r. zawarta<sup>136</sup> pomiędzy AZ P P Sp. z o.o. a SPSK-2 i dr hab. n. med. A.Ch.-G. o przeprowadzenie badania klinicznego „Wieloośrodkowe randomizowane badanie fazy III prowadzone metodą podwójnie ślepej próby z kontrolą placebo, oceniające stosowanie durwalumabu (MED14736) w skojarzeniu z chemioterapią i bewacyzumabem, z terapią podtrzymującą durwalumabem, bewacyzumabem i olaparybem, u pacjentek z nowo rozpoznanym zaawansowanym rakiem jajnika (DUO-O)”; w latach 2022-2025 (I kwartał) przychody wyniosły 335 871 zł; po wygenerowaniu raportów w celu przygotowania zestawień badań (wizyt konkretnych pacjentów), Szpital wystawił na dzień kontroli (24 czerwca 2025 r.) łącznie 22 faktury VAT, które zostały zapłacone przez sponsora<sup>137</sup>.

(akta kontroli str. 1034-1042, 1043-1044, 1045-1056)

**c)** Ww. dwa badania finansowane przez ABM realizowane były zgodnie z poniesionymi kosztami/wydatkami Szpitala (maksymalnie do wysokości kosztów zaprojektowanych we wniosku o dofinansowanie) i zostały oszacowane na podstawie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez Szpital z założeniem ich zmienności w czasie. W przypadku badania klinicznego o kodzie nr D081RC0001 przed podpisaniem umowy sporządzona została kalkulacja kosztów<sup>138</sup> SPSK-2 związanych z przeprowadzeniem badania klinicznego DUO-O w odniesieniu do jednego pacjenta.

(akta kontroli str. 1044)

### **3. Dobra Praktyka Kliniczna**

**a)** W Szpitalu uregulowano w sposób formalny zasady prowadzenia badań klinicznych: zarządzeniem nr 119/2013 Dyrektora z 28 sierpnia 2013 r. wprowadzono zasady zawierania i realizacji umów na badania kliniczne w SPSK-2, zarządzeniem nr 143/2020 Dyrektora z 24 czerwca 2020 r. wprowadzono Regulamin prowadzenia badań klinicznych komercyjnych w SPSK-2, w porozumieniu o współpracy w zakresie prowadzenia badań klinicznych i organizacji Centrum Wsparcia Badań Klinicznych zawartym pomiędzy PUM, SPSK-1 oraz SPSK-2 określono m.in. zasady wspólnej realizacji badań klinicznych oraz uregulowano kwestie podległości służbowej personelu zatrudnionego przez Szpitale w ramach realizacji projektu.

(akta kontroli str. 132-156, 204-218, 1057-1060, 1061-1085, 1086-1100)

**b)** Obowiązek prowadzenia badań klinicznych w oparciu o zasadne etyczne, zgodne z zaleceniami Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP – Good Clinical Practice) oraz międzynarodowymi i krajowymi standardami bioetycznymi i kodeksami

---

<sup>135</sup> Ostatni złożony przez WUM przez system teleinformatyczny 13 stycznia 2025 r. raport sprawozdawczy nr 2019/ABM/01/00058/R/09 został zatwierdzony 21 lutego 2025 r. (wydatki wykazane przez Beneficjenta w raporcie sprawozdawczym wyniosły 1 069 743,27 zł i zostały zatwierdzone w tej kwocie).

<sup>136</sup> Wraz z aneksami nr 1 z 12 lutego 2024 r. i nr 2 z 6 marca 2025 r.

<sup>137</sup> Ostatnia faktura VAT nr 0011/03/SPG/2025 z 31 marca 2025 r. za badania kliniczne wyszczególnione w zestawieniu badań na kwotę 18 962 zł netto, 23 323,26 zł brutto; do czasu wystawienia rzeczowej faktury za badania zapłacono łącznie 910 648 zł netto.

<sup>138</sup> Nr KB/3512-1/02/19 z 29 marca 2019 r.

etyki zawodowej został wprowadzony m.in. ww. umowami w sprawie badań klinicznych objętymi badaniem kontrolnym.

(akta kontroli str. 1045-1056)

Szczegółowym badaniem kontrolnym objęto dobrane celowo ww. trzy badania kliniczne o najwyższej wartości projektu / zadania<sup>139</sup> pod względem przestrzegania zasad etycznych, zgodnych z zaleceniami Dobrej Praktyki Klinicznej. Rzeczone badania kliniczne były prowadzone z zachowaniem m.in. zasad: badania miały uzasadnienie z naukowego punktu widzenia i były opisane za pomocą protokołów; były prowadzone zgodnie z protokołami uprzednio zaakceptowanymi przez niezależne komisje bioetyczne; osoby prowadzące badania posiadały kwalifikacje (wykształcenie, szkolenie i doświadczenie) odpowiednie do wykonywania powierzonych w badaniu zadań; od osób poddających się badaniom, przed przystąpieniem do badania, uzyskano dobrowolną, świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu; informacje dotyczące badań były rejestrowane, przetwarzane i przechowywane w sposób umożliwiający ich właściwe raportowanie, interpretację i weryfikację; świadczenia sfinansowane przez sponsora nie były finansowane przez NFZ.

(akta kontroli str. 1316-1317)

### **3.3 Efekty działalności naukowej**

**a)** W badanym okresie Szpital realizował 12 tematów w zakresie projektów badawczych organu tworzącego (badania naukowe), 14 tematów w zakresie badań klinicznych komercyjnych na zlecenie innych organów / podmiotów<sup>140</sup> i jeden dotyczący badań klinicznych niekomercyjnych oraz trzy tematy inne.

(akta kontroli str. 883-890)

**b)** Działalność naukowa Szpitala znalazła odzwierciedlenie w 10 publikacjach (dorobek naukowy w zakresie badań klinicznych, cytowany w publikacjach). USK-2 zorganizował warsztaty szkoleniowe dla badaczy w związku z prowadzeniem badania klinicznego<sup>141</sup>.

(akta kontroli str. 891-894, 1026)

---

<sup>139</sup> W tym: „Ocena bezpieczeństwa i efektywności klinicznej stent-graftów aortalnych modelowanych przy użyciu innowacyjnej technologii drukowania modeli w formacie 3D – wielośrodkowe badanie randomizowane”, „Ocena częstości występowania przetrwałego nadciśnienia płucnego noworodków w grupie noworodków urodzonych pomiędzy 32 a 42 tygodniem ciąży leczonych salbutamolem”, „Wielośrodkowe randomizowane badanie fazy III prowadzone metodą podwójnie ślepej próby z kontrolą placebo, oceniające stosowanie durwalumabu (MED14736) w skojarzeniu z chemioterapią i bewacyzumabem, z terapią podtrzymującą durwalumabem, bewacyzumabem i olaparybem, u pacjentek z nowo rozpoznany zaawansowanym rakiem jajnika (DUO-O)”.

<sup>140</sup> Badania naukowe (w tym kliniczne), w których Szpital uczestniczył na podstawie odrębnie zawartych umów, zlecone/organizowane przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje państwowe i społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty krajowe i zagraniczne.

<sup>141</sup> Nazwa projektu badawczego „Ocena bezpieczeństwa i efektywności klinicznej stent-graftów aortalnych modelowanych przy użyciu innowacyjnej technologii drukowania modeli w formacie 3D – wielośrodkowe badanie randomizowane”.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

**OCENA CZĄSTKOWA**

Szpital prawidłowo realizował swoją działalność naukową. W USK-2 formalnie określono zasady zawierania oraz realizacji umów dotyczących prac badawczych, w tym badań klinicznych. Badania kliniczne były realizowane zgodnie z postanowieniami umów i harmonogramami, wynagrodzenie Szpitala pokrywało koszty związane z realizacją badań. W Szpitalu uregulowano zasady prowadzenia badań klinicznych i faktycznie je prowadzono m.in. w oparciu o zasady etyczne, zgodnie z zaleceniami Dobrej Praktyki Klinicznej. Aktywność naukowa Szpitala znalazła odzwierciedlenie w publikacjach, cytowaniach i konferencjach naukowych.

**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 uwagi i wnioski:

Uwagi

1. Wyniki kontroli NIK wskazują m.in. na niewykonywanie w okresie objętym kontrolą obowiązku zamieszczania w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wykonaniu umów. Ogłoszenia te zostały opublikowane dopiero w toku kontroli NIK pomimo jednoznacznej dyspozycji ustawowej i zapisu w wewnętrznych regulacjach Szpitala. Oznacza to potrzebę zmiany Regulaminu udzielania zamówień publicznych w tym zakresie albo wzmocnienie nadzoru nad wykonaniem tego obowiązku.
2. Wobec braku sformalizowanych zasad podejmowania działań w celu wyegzekwowania należności Szpitala, analiza stanu należności wykazała m.in. opieszale czynności w celu ich windykacji. Opracowanie i wdrożenie stosownych procedur w tym zakresie, zdaniem NIK, przyczyniłoby się do bieżącego i terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązań na rzecz USK-2.
3. W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, w Szpitalu należałoby rozważyć prowadzenie dokumentacji personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy cywilno-prawnej w sposób umożliwiający weryfikację faktycznego czasu pracy.

Wnioski

1. Podejmowanie skutecznych działań w celu pełnego wykorzystania łóżek szpitalnych.
2. Rzetelne opracowywanie i bieżąca aktualizacja planu postępowań o udzielenie zamówień publicznych.
3. Terminowe zamieszczanie w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wykonaniu umów.
4. Rzetelne sporządzanie ogłoszeń o wykonaniu umów.
5. Podjęcie działań mających na celu jednoznaczne zapewnienie zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, w szczególności poprzez ustalanie wartości szacunkowej zamówień na podstawie więcej, niż jednej oferty.
6. Egzekwowanie od wykonawców zadań terminowego zgłaszania zakończenia robót oraz gotowości odbioru końcowego przedmiotu umowy.
7. Skuteczne egzekwowanie od wykonawców zadań wykonania przedmiotu umowy zgodnie z założeniami projektowymi i materiałowymi.

8. Bieżące podejmowanie w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wyegzekwowania należności pieniężnych.
9. Bieżące i rzetelne dokonywanie zmian w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
10. Bieżące zapewnienie wymaganej liczby etatów pielęgniarek na liczbę łóżek.
11. Zatrudnianie personelu medycznego posiadającego odpowiednie kwalifikacje, w tym w zakresie wymaganego stażu pracy.
12. Wzmocnienie nadzoru nad zapłatą zobowiązań Szpitala w terminie.
13. Zawieranie w umowach najmu pomieszczeń Szpitala zapisów wymaganych procedurami Szpitala.
14. Ujmowanie we wnioskach poprzedzających zawarcie umów najmu zapisów wymaganych w przyjętych procedurach Szpitala.
15. Zapewnienie personelowi medycznemu 11-godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

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 Szczecinie. 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  
wykorzystania  
uwag i wykonania  
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków 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.

Szczecin, 31 lipca 2025 r.

Kontroler

Robert Lewandowski

Główny specjalista kontroli  
państwowej

*/podpisano elektronicznie/*

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Szczecinie

Dyrektor

Jarosław Pułka

*/podpisano elektronicznie/*