



KZD – 4101-006/2014
Nr ewid. 3/2015/P/14/064/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SZPITALI KLINICZNYCH

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

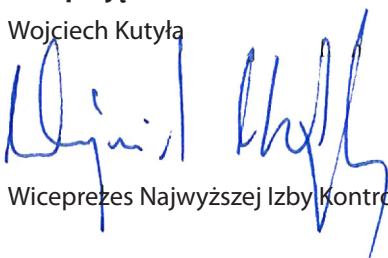
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Wojciech Kutyla



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 25 maja 2015r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	7
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Synteza wyników kontroli	8
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	12
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	14
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	14
3.2. Istotne ustalenia kontroli	15
3.2.1. Ministerstwo Zdrowia	15
3.2.1.1. Realizacja polityki zdrowotnej w celu wypełniania ustawowych funkcji szpitali klinicznych	15
3.2.2. Szpitale kliniczne	23
3.2.2.1. Zakres i efekty realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych	23
3.2.2.2. Działalność w systemie ochrony zdrowia i uzyskane w tym zakresie efekty	32
3.2.2.3. Sytuacja ekonomiczna	36
4. INFORMACJE DODATKOWE	50
4.1. Przygotowanie kontroli	50
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	50
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	52
ZAŁĄCZNIKI	54

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

Szpital kliniczny	podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, dla którego funkcję podmiotu tworzącego pełni publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
SPZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
NIK	Najwyższa Izba Kontroli;
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.);
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
Produkt leczniczy	substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne (art. 2 pkt 32 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.);
Wyrób medyczny	narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu: a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby, b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia, c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego, d) regulacji poczęć – których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane takimi środkami (art. 2 ust. 1 pkt. 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych – Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.);
Szpital w Białymstoku	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku;
Szpital w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy;
Szpital w Gdańsku	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;

- Szpital w Katowicach** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II;
- Szpital w Krakowie** Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- Szpital w Poznaniu** Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- Szpital w Szczecinie** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- Szpital we Wrocławiu** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu;
- Szpital w Łodzi** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- Szpital w Lublinie** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie;
- Szpital w Warszawie** Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie;
- Szpital CMKP** Samodzielny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Kontrola „Funkcjonowanie szpitali klinicznych” P/14/064 przeprowadzona została z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetu głównego zapewnienie poprawy warunków życia obywateli w warunkach bieżącej i długookresowej stabilności finansowej państwa oraz priorytetu dodatkowego zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej.

W związku ze zmianami, przeprowadzonymi w końcu lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia w systemie ochrony zdrowia, możliwość uczestnictwa w tym systemie szpitali klinicznych, funkcjonujących w końcu 1998 r. w strukturach wyższych uczelni medycznych jako jednostki budżetowe, wymagała przekształcenia ich w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, stosownie do przepisów ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹. Dokonane w związku z tym, w grudniu 1998 r. zarządzeniami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, usamodzielnienie szpitali klinicznych i nadanie im statusu państwowych osób prawnych zbiegło się w czasie ze zmianą ustawy o zakładach opieki zdrowotnej², w wyniku której funkcję organu założycielskiego szpitali klinicznych przejął Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Oznaczało to formalne wyłączenie szpitali klinicznych z organizacyjnych struktur akademii medycznych, a uzyskanie przez te szpitale osobowości prawnej miało zapewnić warunki do ustanowienia wzajemnych relacji szpital – akademia w oparciu o umowy cywilnoprawne.

Stan prawny szpitali klinicznych dwukrotnie poddano zasadniczym zmianom w latach 1999–2001. W ich wyniku, relacje szpitali klinicznych z ich macierzystymi uczelniami medycznymi powróciły do stanu bliskiego wyjściowemu, to jest temu, jaki miał miejsce w roku 1998. W lipcu 2001 r. Sejm R.P. zdecydował³ o odstąpieniu od obowiązującego od 1999 r. systemu funkcjonowania szpitali klinicznych i ponownie ustanowił ich organami założycielskimi państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Pomimo, że od roku 2001 dokonano szeregu zmian legislacyjnych, w tym zastąpiono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej ustawą o działalności leczniczej, to zasady funkcjonowania tej grupy szpitali pozostały praktycznie niezmiennione do dzisiaj.

Szpitale kliniczne pełnią szczególną i kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, wynikającą z łączenia działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowej. Są istotnym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, gdyż wykonują ponad 25% usług medycznych w Polsce, w tym aż 75% usług wysokospecjalistycznych⁴.

Efektywne funkcjonowanie szpitali klinicznych powinno się koncentrować na:

- zatrudnieniu pracowników o najwyższych kompetencjach zawodowych;
- priorytetowo traktowanej działalności dydaktycznej i naukowej;
- zdolności do wykonywania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

² Zmiana dokonana na mocy ustawy z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarstwa i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw – Dz. U. Nr 162, poz. 1115, z dniem 30 grudnia 1998 r.

³ Zobacz ustawa z dnia 19 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o szkolnictwie wyższym – Dz. U. Nr 111, poz. 1193. Ustawa ta weszła w życie z dniem 21 października 2001 r.

⁴ Źródło: Prof. Zenon Mariak Prorektor ds. klinicznych UM w Białymstoku: Tezy wystąpienia na forum Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia z 9 maja 2012 r. w sprawie referencyjności szpitali klinicznych.

Cel główny

Celem głównym kontroli była ocena działalności szpitali klinicznych.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2013–2014 r. (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) oraz lata wcześniejsze w zakresie czynności planistycznych, przygotowawczych, danych statystycznych niezbędnych do porównań oraz istotnych zdarzeń, których skutki miały ważny wpływ na sytuację jednostki.

Cel i zakres kontroli

Badaniem i oceną objęto:

- realizację przez Ministra Zdrowia polityki zdrowotnej dotyczącej szpitali klinicznych,
- zakres i efekty realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych przez szpitale kliniczne, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych,
- działalność szpitali klinicznych w systemie ochrony zdrowia i uzyskane w tym zakresie efekty,
- sytuację ekonomiczną szpitali klinicznych, z uwzględnieniem działań restrukturyzacyjnych i naprawczych.

Podstawa prawna

Podstawę przeprowadzenia kontroli stanowił art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵, przy uwzględnieniu kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 tej ustawy, tj. legalności, gospodarności, rzetelności i celowości.

Została ona przeprowadzona od 8 września 2014 r. do 5 lutego 2015 r. przez: Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie i Wrocławiu w 13 podmiotach, tj.: Ministerstwie Zdrowia oraz 12 szpitalach klinicznych.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi **załącznik nr 1** do Informacji.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził również w 2013 r. kontrolę rozpoznawczą R/13/003 – Funkcjonowanie Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

⁵ Dz. U. z 2012 r., 82 ze zm.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Brakuje rozwiązań systemowych dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, które uwzględniałyby ich szczególną rolę w obszarze leczniczym, dydaktycznym oraz naukowo-badawczym. Jednostki te wykonują około 25% świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym aż 75% wysokospecjalistycznych i mają istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jednocześnie ścisły związek szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi w praktyce doprowadził do znacznego ograniczenia samodzielności dyrektorów szpitali w zarządzaniu tymi jednostkami.

W ocenie NIK, obecne regulacje prawne utrudniają efektywną działalność szpitali klinicznych. Część z nich znajduje się w bardzo złej sytuacji ekonomicznej, zagrażającej dalszemu funkcjonowaniu. Istnieją jednak również szpitale niezadłużone i na bieżąco regulujące swoje zobowiązania. Zróżnicowanie sytuacji ekonomicznej szpitali klinicznych wskazuje na znaczenie prawidłowego zarządzania tymi placówkami. Jednak nawet szpitale bilansujące swoją działalność, napotykają na istotne systemowe przeszkody w skutecznym i efektywnym funkcjonowaniu.

NIK zwraca również uwagę na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne oraz nieprawidłowe wyposażenie w majątek trwały, niezbędny do wykonywania zadań statutowych, co zniekształca obraz sytuacji ekonomicznej tych jednostek prezentowany w sprawozdaniach finansowych.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. Minister Zdrowia nie zakończył prac nad stworzeniem mechanizmów funkcjonowania szpitali klinicznych, uwzględniających ich szczególną rolę w systemie ochrony zdrowia, wynikającą z prowadzenia, poza leczeniem pacjentów, również działalności dydaktycznej i naukowej. Wprawdzie w 2013 r. prowadzone były prace legislacyjne, których celem było doprecyzowanie roli szpitali klinicznych i wprowadzenie mechanizmów pozwalających na finansowanie tych jednostek na poziomie adekwatnym do ich roli, to jednak nie zostały one zakończone, co tłumaczono koniecznością ponownej analizy funkcjonowania tych podmiotów oraz możliwych rozwiązań prawnych w tym zakresie (str. 15).

2. Większość kontrolowanych szpitali klinicznych (10 na 12) nie została prawidłowo wyposażona przez uczelnie medyczne w grunty i budynki w drodze nieodpłatnego przekazania w użytkowanie, stosownie do postanowień art. 54 ust. 1 i art. 56 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W efekcie szpitale kliniczne nie ujmowały w księgach rachunkowych środków trwałych i nie naliczały amortyzacji. Powodowało to zaniżenie wartości aktywów trwałych wykazanych w bilansie i równocześnie funduszu założycielskiego oraz kosztów o kwotę amortyzacji tych aktywów (str. 19 i 44).

3. Sytuacja ekonomiczna szpitali klinicznych była zróżnicowana. Zobowiązania wymagalne, na koniec 2014 r., odnotowano w 28 szpitalach spośród 41, z czego 12 jednostek generowało zadłużenie w wysokości 554.351,0 tys. zł stanowiące 96,5% zadłużenia szpitali klinicznych. Zobowiązania wymagalne szpitali klinicznych, na koniec 2014 r., wyniosły 564.233,9 tys. zł i były o 11.175,9 tys. zł wyższe od zobowiązań na koniec 2013 r.

Na koniec 2014 r. wartość zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych stanowiła 29,8% zadłużenia wszystkich szpoz w Polsce, natomiast ich zobowiązania ogółem⁶ – 21,7%.

O niekorzystnej sytuacji finansowej szpitali klinicznych świadczy również fakt, że na koniec 2014 r. w 9 z nich odnotowano ujemny wynik finansowy netto, a w 11 szpitalach występował ujemny stan funduszu własnego, co oznacza, że istnieje zagrożenie dla kontynuacji działalności tych jednostek. Wśród kontrolowanych szpitali, na koniec 2013 r., osiem posiadało zobowiązania wymagalne, czego następstwem była zapłata przez te szpitale odsetek z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań. Stanowiło to naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁷, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, którego skutkiem jest zapłata odsetek, stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenia dyscypliny finansów publicznych z art. 16 ust. 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁸. Jedynie cztery kontrolowane szpitale kliniczne były w dobrej sytuacji finansowej (str. 16, 42, 47).

4. Szpitale kliniczne, znajdujące się w niekorzystnej sytuacji ekonomicznej, prowadziły w okresie objętym kontrolą działania restrukturyzacyjne. W większości przypadków nie uzyskano jednak zakładanych efektów oraz trwałej poprawy sytuacji ekonomicznej tych podmiotów.

W ocenie NIK, skuteczność działań naprawczych ograniczały czynniki, na które dyrektorzy szpitali nie mieli wpływu. Do najistotniejszych przeszkód w tym zakresie należy zaliczyć:

- brak przepisów określających rolę jaką mają spełniać szpitale kliniczne w systemie ochrony zdrowia oraz adekwatnych zasad i źródeł ich finansowania;
- ograniczenia praw rzeczowych;
- nieuregulowany status aktywów trwałych (budynki i grunty);
- zmiany na rynku usług medycznych dotyczące również wymogów płatnika, ograniczające swobodę we wdrażaniu nowych rozwiązań organizacyjnych;
- ponoszenie większych kosztów leczenia, w porównaniu do innych szpitali, w związku z prowadzoną działalnością dydaktyczną oraz wykorzystaniem nowoczesnej aparatury medycznej;
- nadwykonania, wynikające z niedoszacowania liczby procedur medycznych, będące przedmiotem wieloletnich roszczeń wobec płatnika, nierzadko dochodzonych na drodze postępowania sądowego (str. 48, 49). Stwierdzono je we wszystkich kontrolowanych szpitalach. Świadczenia wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych z NFZ, obciążały wyniki finansowe kontrolowanych szpitali (generowały straty). Ponadto stwierdzono niejednolite praktyki księgowania tych zdarzeń gospodarczych (str. 41).

5. W 10 skontrolowanych szpitalach klinicznych nie prowadzono własnej działalności naukowej oraz projektów badawczych, związanych z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Zadania te, na terenie szpitali, realizowane były przez uczelnie medyczne.

⁶ Wymagalne i niewymagalne.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 168.

Pomimo, że prowadzenie działalności naukowej oraz projektów badawczych związanych z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia powinno stanowić istotny cel działalności szpitala klinicznego, stosownie do art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, to brak jest źródeł finansowania tego rodzaju działalności. Zgodnie z ustawą z 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki⁹ szpitale kliniczne nie są podmiotami uprawnionymi do występowania o środki finansowe. W przypadku prowadzenia badań naukowych mogą otrzymywać fundusze na ich prowadzenie wyłącznie za pośrednictwem jednostek naukowych (uczelnii medycznych). Szpitale kliniczne również jedynie za pośrednictwem uczelni medycznych mogą występować o środki finansowe na badania, którymi dysponują dwie agencje wykonawcze Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Narodowe Centrum Nauki w zakresie tzw. badań podstawowych oraz Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w zakresie tzw. badań stosowanych (str. 29).

6. W kontrolowanych szpitalach zadania dydaktyczne realizowane były w szerokim zakresie, poprzez przeddyplomowe szkolenia studentów w przedmiotach klinicznych, szkolenia podyplomowe (rezydentury, staże, kursy specjalizacyjne), jak również szkolenia zawodowe (dla pielęgniarek, techników, itp.).

Umowy zawierane z uczelniami medycznymi – na udostępnienie uczelni jednostek organizacyjnych Szpitala niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych – w większości przypadków (7 na 12) zawierały elementy określone w art. 89 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. NIK ustaliła, że środki finansowe przekazywane szpitalom klinicznym na realizację zadań dydaktycznych nie pokrywały jednak ponoszonych z tego tytułu kosztów.

Ministerstwo Zdrowia nie posiadało informacji o rzeczywistych kosztach ponoszonych przez poszczególne szpitale kliniczne, w związku ze szkoleniem studentów w tych szpitalach, oraz nie przeprowadzało analiz w tym zakresie. Według opinii rektorów uczelni medycznych, rzeczywiste koszty dydaktyki ponoszone przez szpitale nie są możliwe do precyzyjnego określenia z uwagi na fakt, że nie wszystkie szpitale prowadzą wyodrębnioną ewidencję księgową wydatków związanych z dydaktyką kliniczną i nie są w stanie sprecyzować wysokości faktycznie ponoszonych kosztów.

W latach 2013–2014 z ogólnej dotacji na działalność dydaktyczną przeznaczono na dydaktykę kliniczną kwotę 88.197,0 tys. zł, z tego: w 2013 r. 43.437,0 tys. zł, a w 2014 r. 44.760,0 tys. zł.

Ponadto w 10 kontrolowanych podmiotach stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu ewidencji księgowej kosztów z tego tytułu oraz rozliczeń pomiędzy szpitalem a uczelnią (str. 18, 23).

7. W większości kontrolowanych szpitali, zdecydowano o powierzeniu zadań związanych z nadzorem i kierowaniem klinikami lekarzom kierującym, na podstawie umów o pracę zawieranych przez dyrektora szpitala, korzystając z ustawowej możliwości łączenia funkcji ordynatora (albo innego lekarza kierującego oddziałem) z funkcją kierownika kliniki (art. 91 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej).

W czterech podmiotach stwierdzono nieprawidłowości w konkursowym trybie wyłaniania ordynatora/lekarza kierującego jednostkami organizacyjnymi szpitala, wykonującymi działalność dydaktyczną i badawczą, co stanowi naruszenie art. 49 ust. 1 pkt 3 i art. 49 ust. 2 ustawy z dnia

⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1620.

15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przyjęto zasadę powoływania na stanowisko kierownika oddziału klinicznego osoby, która wygrała konkurs na stanowisko kierownika odpowiedniej kliniki w uczelni oraz powoływano się na brak precyzyjnych regulacji tych spraw przez ustawodawcę, co powodowało, że szpital jest w sytuacji konieczności poddawania się regulacjom narzuconym przez uczelnię.

W kontrolowanych szpitalach, większość lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę posiadała status nauczyciela akademickiego, a zatem dotyczyła ich dyspozycja art. 92 ustawy o działalności leczniczej o stosowaniu zadaniowego czasu pracy. Utrudniało to zapewnienie nieprzerwanej 24-godzinnej opieki lekarskiej pacjentom (str. 26).

8. Organizacja wewnętrzna skontrolowanych szpitali była dostosowana do profili ich działalności prowadzonej w bardzo szerokim zakresie w ramach klinik/oddziałów klinicznych, oddziałów szpitalnych, zakładów i pracowni.

W kontrolowanych jednostkach nie stwierdzono pobierania opłat od ubezpieczonych pacjentów za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z NFZ oraz z tytułu dopłat za wyższy standard świadczenia zdrowotnego (lepszy materiał, nowocześniejsza technologia, itp.), (str. 33).

9. W części kontrolowanych szpitali stwierdzono szereg nieprawidłowości w bieżącym funkcjonowaniu tych jednostek, naruszających obowiązujące regulacje prawne, które jednak nie miały istotnego wpływu na poziom realizacji zadań statutowych oraz ich sytuację ekonomiczną:

- w czterech podmiotach wystąpiły nieprawidłowości w realizacji badań klinicznych polegające m.in. na: wykonywaniu badań w etatowych godzinach pracy świadczonych dla szpitala, nieinformowaniu przez badacza dyrekcji szpitala i kierownika apteki szpitalnej o otrzymanych do badania produktach, brakach w dokumentacji (np. brak protokołów zdawczo-odbiorczych przekazywania leku do badania klinicznego), niekorzystnych dla szpitala kalkulacjach kosztów badania, uzyskaniu od NFZ zapłaty za leczenie pacjentów objętych badaniem klinicznym, czy nieegzekwowaniu należnego szpitalowi wynagrodzenia za przeprowadzone badania (str. 30);
- w siedmiu szpitalach, przy zlecaniu usług medycznych podmiotom zewnętrznym, naruszono wymogi określone w art. 26–27 ustawy o działalności leczniczej, w tym w szczególności w zakresie prawidłowego określenia wartości zamówienia, zastosowania procedury konkursu ofert i postanowień zawartej umowy (str. 34);
- w dwóch jednostkach dokonano wyboru wykonawcy badań diagnostycznych patomorfologicznych z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych, co stanowiło naruszenie art. 7 ust. 3 ustawy z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁰ (dalej: ustawa Prawo zamówień publicznych), a siedem zlecało usługi transportu sanitarnego bez zastosowania tych przepisów, posługując się regulacjami określonymi w art. 26–27 ustawy o działalności leczniczej, które odnoszą się wyłącznie do zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Należy zauważyć, że udzielenie zamówienia publicznego wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych, stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określoną w art. 17 ust. 1 b pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (str. 37);

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

- plany finansowe większości kontrolowanych szpitali, na lata 2013–2014, nie zawierały następujących obligatoryjnych elementów wyszczególnionych w art. 31 ustawy o finansach publicznych: kwoty dotacji z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego (art. 31 pkt. 2), kosztów płatności odsetkowych wynikających z zaciągniętych zobowiązań (art. 31 pkt 3 lit. b), środków na wydatki majątkowe (art. 31 pkt 4), środków przyznanych innym podmiotom (art. 31 pkt 5), stanu należności i zobowiązań na początek i koniec roku (art. 31 pkt 6), stanu środków pieniężnych na początek i koniec roku (art. 37 pkt 7). W przypadku trzech kontrolowanych szpitali doszło do opóźnień w przyjęciu planów finansowych, co naruszało art. 30 ust. 2 ustawy o finansach publicznych i art. 53 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto w pięciu szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie ustalania planu finansowego i jego realizacji polegające m.in. na: występowaniu różnic pomiędzy danymi prezentowanymi w analizie wykonania planu finansowego, a sprawozdaniem finansowym za ten sam okres, braku wewnętrznej procedury dotyczącej wniosków inwestycyjnych oraz niedokonywaniu analizy efektywności planowanych inwestycji, czy wprowadzaniu zmian w planie rzeczowo-finansowym z końcem roku kalendarzowego, co wpływało na aktualność zawartych w nim informacji (str. 38);
- uchybienia i nieprawidłowości w zakresie organizacji wewnętrznej wystąpiły w pięciu kontrolowanych szpitalach. Polegały one na niezgodności regulaminów organizacyjnych z zapisami ustawy o działalności leczniczej, rejestrem podmiotów leczniczych oraz stanem faktycznym, nierzetelnym prowadzeniu medycznej dokumentacji zbiorczej wewnętrznej, składaniu wniosków o dokonanie zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą po 14-dniowym terminie określonym w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (str. 33).

10. Minister Zdrowia nie informował na bieżąco rektorów właściwych uczelni medycznych o wynikach kontroli przeprowadzanych przez Departamenty Ministerstwa Zdrowia w szpitalach klinicznych. Pozbawiało to uczelnie informacji służących wzmocnieniu i poprawie efektywności nadzoru nad szpitalami klinicznymi. Ponadto, liczba oraz zakres kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia była niewystarczająca dla zapewnienia skutecznego nadzoru nad prawidłowością wykorzystania przekazanych środków budżetowych oraz nad realizacją zadań niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przez te szpitale (str. 21).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

W ocenie NIK, obowiązujące przepisy utrudniają zachowanie partnerskich stosunków pomiędzy uczelniami medycznymi a szpitalami klinicznymi, uzasadnionych ich prawną odrębnością i finansową samodzielnością. Formalnie zagwarantowana samodzielność szpitali klinicznych faktycznie jest ograniczana.

Mając na uwadze potrzebę lepszego wykorzystania potencjału szpitali klinicznych, a także efektywność gospodarowania środkami finansowymi oraz majątkiem tej kluczowej dla systemu ochrony zdrowia grupy podmiotów, NIK przedstawia następujące wnioski pod adresem Ministra Zdrowia:

- 1.** Uwzględnienie, w ramach zmian systemowych, specyfiki szpitali klinicznych, m.in. poprzez stworzenie odpowiednich instrumentów finansowania ich działalności medycznej, dydaktycznej i naukowej oraz inwestycyjnej.

2. Przeprowadzenie analizy faktycznych relacji szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi, w szczególności z punktu widzenia zapewnienia warunków do prowadzenia samodzielnej działalności przez te szpitale, w tym także działalności naukowej.

3. Przygotowanie rozwiązań zapewniających pełną odrębność i samodzielność szpitali klinicznych, przy zachowaniu funkcjonalnego związku pomiędzy państwową uczelnią medyczną i szpitalem klinicznym w realizacji wspólnego celu strategicznego tych podmiotów, jakim jest rozwój nauk medycznych w naszym kraju.

4. Podjęcie działań, wspólnie z właściwymi uczelniami medycznymi, w celu dostosowania do obowiązujących przepisów wyposażenia szpitali klinicznych w majątek trwały, niezbędny do wykonywania zadań statutowych.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej szpitale kliniczne są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami, dla których funkcje podmiotu tworzącego pełnią publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Według stanu na dzień zakończenia kontroli, w Polsce funkcjonowało 41 szpitali klinicznych.

Ponadto, stosownie do art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, uczelnie medyczne mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych. Według stanu na dzień zakończenia kontroli, osiem uczelni medycznych utworzyło i prowadziło w tej formie łącznie 12 podmiotów leczniczych, z tego w ośmiu przypadkach uczelnie realizowały zadania dydaktyczne, tj. w siedmiu w zakresie stomatologii, a w jednym w zakresie położnictwa i ginekologii.

Warszawski Uniwersytet Medyczny podjął decyzję o przekształceniu w spółkę kapitałową Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego, jednak z uwagi na brak środków na pokrycie zobowiązań, termin przekształcenia nie został jeszcze określony.

Głównymi aktami prawnymi regulującymi działalność szpitali klinicznych są:

- 1) ustawa o działalności leczniczej, w tym w szczególności regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia zawarte w art. 89-92;
- 2) ustawa o świadczeniach;
- 3) ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym z 27 lipca 2005 r.¹¹;
- 4) inne obowiązujące przepisy, mające zastosowanie w związku z organizacją i działalnością szpitali klinicznych, np. ustawa o finansach publicznych, ustawa Prawo zamówień publicznych czy ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości¹² (dalej: ustawa o rachunkowości);
- 5) statut nadany przez senat uczelni oraz regulamin organizacyjny.

Szpital kliniczny, jak każdy inny podmiot leczniczy, udziela świadczeń zdrowotnych. Jednak tym, co go odróżnia od innych jednostek w systemie ochrony zdrowia, jest obowiązek realizacji zadań dydaktycznych, polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 89 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Dla wykonywania zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych szpital zatrudnia nauczycieli akademickich uczelni medycznej (art. 92 ustawy o działalności leczniczej).

Jednostką organizacyjną szpitala klinicznego, wykonującą działalność dydaktyczną i badawczą, kieruje ordynator albo inny lekarz kierujący, natomiast osobą odpowiedzialną za tę działalność jest kierownik kliniki, przy czym funkcje te może pełnić jednocześnie ta sama osoba (art. 91 ustawy o działalności leczniczej).

Organami szpitala klinicznego są dyrektor, który zarządza szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz, i rada społeczna będąca organem inicjującym i opiniodawczym senatu i rektora uczelni oraz organem doradczym dyrektora (art. 46–48 ustawy o działalności leczniczej).

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

Szczegółowy zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych, zakres kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności, pełnomocnictw pracowników na kierowniczych stanowiskach określony jest w regulaminie organizacyjnym ustalonym przez dyrektora (art. 23–24 ustawy o działalności leczniczej).

Szpital kliniczny, będąc samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, prowadzi gospodarkę finansową w formie samodzielnego zakładu pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności. Gospodaruje on samodzielnie przekazany mu w nieodpłatne użytkowanie majątkiem Skarbu Państwa, komunalnym lub uczelni oraz majątkiem własnym (art. 52 i 54 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych szpitala może być przez niego dokonane na zasadach określonych przez senat uczelni (art. 54 ust. 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej).

Podstawą gospodarki szpitala jest plan finansowy i inwestycyjny ustalany przez dyrektora i zaopiniowany przez radę społeczną (art. 53 i art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej).

Wartość majątku szpitala klinicznego określają fundusz założycielski (wartość wydzielonej szpitalowi części mienia państwowego lub komunalnego, lub mienia uczelni) i fundusz zakładu (wartość majątku szpitala po odliczeniu funduszu założycielskiego). Szpital sam decyduje o podziale zysku (w uzgodnieniu z rektorem uczelni) oraz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy (art. 56, 58, 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Uczelnia może pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy szpitala, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego, senat uczelni podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji szpitala klinicznego (art. 59 ust. 2–4 ustawy o działalności leczniczej).

3.1 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Ministerstwo Zdrowia

3.2.1.1. Realizacja polityki zdrowotnej w celu wypełniania ustawowych funkcji szpitali klinicznych

1. W MZ zaniechano prac legislacyjnych nad regulacjami dotyczącymi funkcjonowania szpitali klinicznych, chociaż na potrzeby takich zmian, w toku prac legislacyjnych w sierpniu 2013 r., zwracał uwagę Minister Zdrowia, wskazując, że „...dotychczasowe próby rozwiązań pozalegisacyjnych nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Rola szpitali klinicznych w systemie opieki zdrowotnej jest bardzo szczególna i wymaga rozwiązań odrębnych od tych określonych dla pozostałych podmiotów”.

W okresie objętym kontrolą, prace legislacyjne dotyczyły projektu założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o świadczeniach. Projekt tych założeń był dopiero przedmiotem wewnętrznych uzgodnień. Celem proponowanych zmian było dookreślenie roli szpitali klinicznych w systemie opieki zdrowotnej i wprowadzenie mechanizmów pozwalających na finansowanie działalności tego typu jednostek na poziomie adekwatnym do ich wysokospecjalistycznego charakteru. W związku z pracami nad projektem założeń do ustawy, w szczególności brano pod uwagę: finansowanie klinicznych podmiotów leczniczych, potrzebę

zmiany systemu czasu pracy lekarzy będących nauczycielami akademickimi, czasu pracy nauczycieli akademickich zatrudnionych w klinicznych podmiotach leczniczych oraz odbywających studia doktoranckie w uczelniach medycznych, wykonywanie działalności dydaktycznej, a także możliwość stworzenia mechanizmu urealnającego wysokość środków na prowadzenie przez szpitale kliniczne dydaktyki na rzecz uczelni medycznej.

W związku ze zgłoszeniem do Wykazu Prac Legislacyjnych Rady Ministrów projektu założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, MZ dwukrotnie zostało zobowiązane do uzupełnienia złożonego 29 maja 2013 r. wniosku¹³. Przedłożona ocena wpływu skutków regulacji wymagała uzupełnienia m.in. o następujące informacje: wskazanie danych dotyczących skali problemu, wyjaśnienie założeń przyjętych do kalkulacji kosztów i korzyści, przedstawienie wpływu projektu na rynek pracy, weryfikację skutków finansowych oraz szczegółowe wyjaśnienie rekomendowanych rozwiązań.

Zespół ds. Programowania Prac Rządu, na posiedzeniu w dniu 7 sierpnia 2013 r., zdecydował o odroczeniu decyzji o wpisie do Wykazu Prac Legislacyjnych Rady Ministrów projektu założeń do projektu przedmiotowej ustawy, do czasu przedstawienia Radzie Ministrów informacji na temat celu i istoty proponowanych zmian.

Minister Zdrowia nie przedstawił Radzie Ministrów stosownej informacji, tłumacząc to koniecznością ponownej analizy funkcjonowania szpitali klinicznych oraz możliwych rozwiązań prawnych w tym zakresie.

Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw z 5 sierpnia 2013 r. zakładał szczególne regulacje dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale kliniczne, w tym m.in.: wprowadzenie zasady, że jedna uczelnia może prowadzić wyłącznie jeden (kliniczny) podmiot leczniczy; zastąpienie w klinicznym podmiocie leczniczym (spzoz) rady społecznej radą nadzorczą w liczbie 3 osób; zmiany dotyczące zatrudniania nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych; zmianę sposobu postępowania w przypadku niepokrycia przez uczelnie medyczne ujemnego wyniku finansowego spzoz prowadzących szpitale kliniczne, polegającą na obligatoryjnym przekształceniu spzoz w spółkę akcyjną; stworzenie narzędzi umożliwiających podjęcie interwencji, w przypadku zagrożenia dla stabilności finansowej spółki akcyjnej; umożliwienie podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych; odroczenie obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do 31 grudnia 2016 r.; wprowadzenie obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez wszystkie podmioty lecznicze; wprowadzenie gwarancji finansowania ze środków publicznych minimalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, które są powiązane z procesem kształcenia kadry medycznej.

Minister Zdrowia nie podjął dalszych prac, mających na celu odrębne uregulowanie zasad funkcjonowania szpitali klinicznych.

¹³ Pisma Adama Jassra Sekretarza Stanu, Wiceprzewodniczącego Zespołu ds. Programowania Prac Rządu z dnia 13 czerwca 2013 r. i 30 lipca 2013 r.

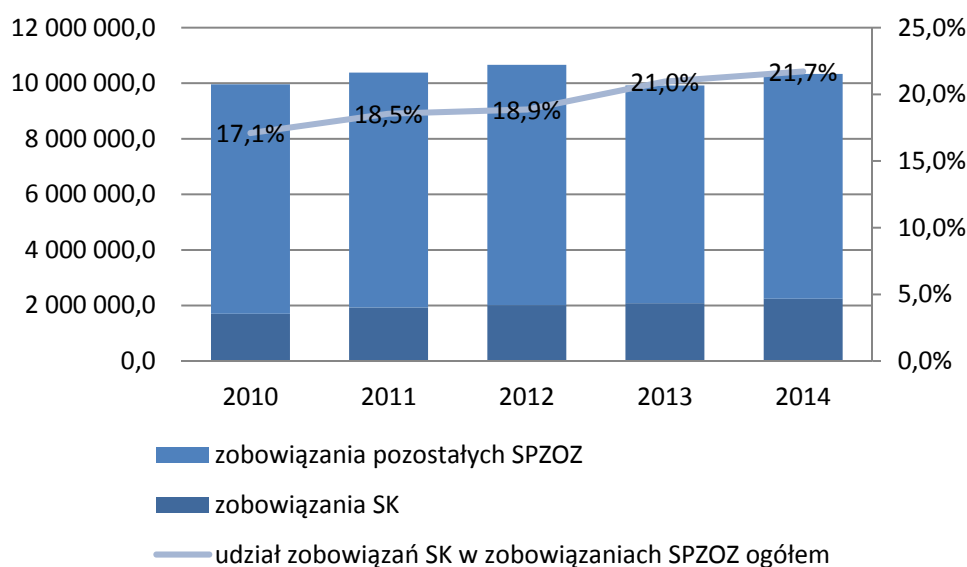
2. Na potrzebę uregulowania zasad funkcjonowania szpitali klinicznych wskazują m.in. pogarszające się w 2014 r. wyniki finansowe oraz wzrost zadłużenia.

Wysokość zobowiązań ogółem 41 szpitali klinicznych na koniec 2014 r. wyniosła 2.244.340,1 tys. zł i była o 164.078,5 tys. zł wyższa, niż na koniec 2013 r. Natomiast w stosunku do stanu na koniec 2010 r., zobowiązania ogółem wzrosły o 540.280,6 tys. zł.

Na koniec 2014 r. udział zobowiązań szpitali klinicznych stanowił 21,7% zobowiązań ogółem wszystkich spzoz w kraju.

Wykres nr 1

Udział zobowiązań szpitali klinicznych w zobowiązaniach spzoz



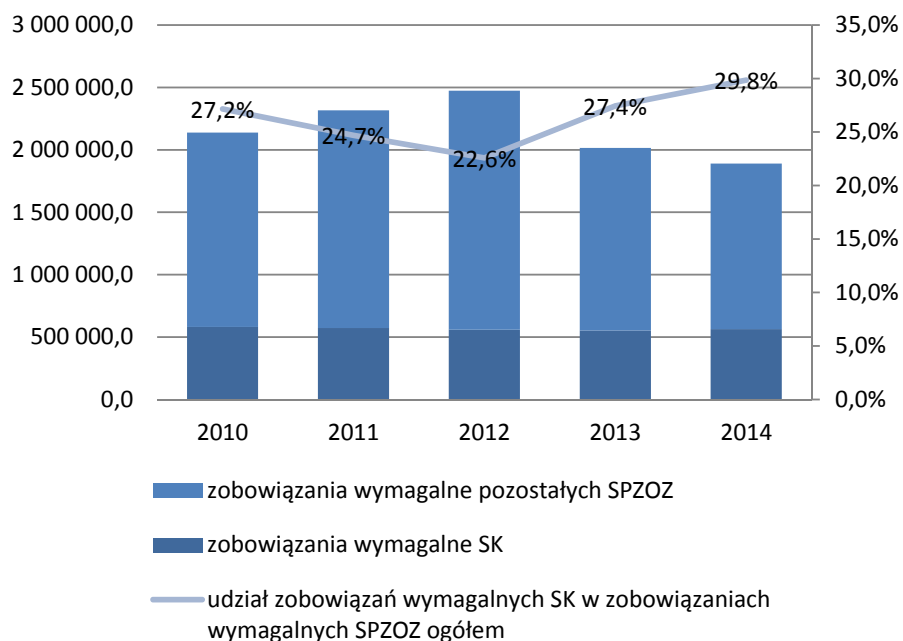
Źródło: Dane MZ.

Dane dot. zobowiązań szpitali klinicznych w latach 2010-2014 przedstawiono w **załączniku nr 2** do Informacji.

Zobowiązania wymagalne szpitali klinicznych na koniec 2014 r. wyniosły 564.233,9 tys. zł i były o 11.175,9 tys. zł wyższe, niż na koniec 2013 r. Natomiast w latach 2010–2013 zobowiązania wymagalne obniżyły się z kwoty 580.811,9 tys. zł do 553.058,0 tys. zł. Na koniec 2014 r. wartość zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych stanowiła 29,8% zadłużenia wymagalnego wszystkich spzoz w Polsce.

Wykres nr 2

Udział zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych w zobowiązaniach spzoz-ów

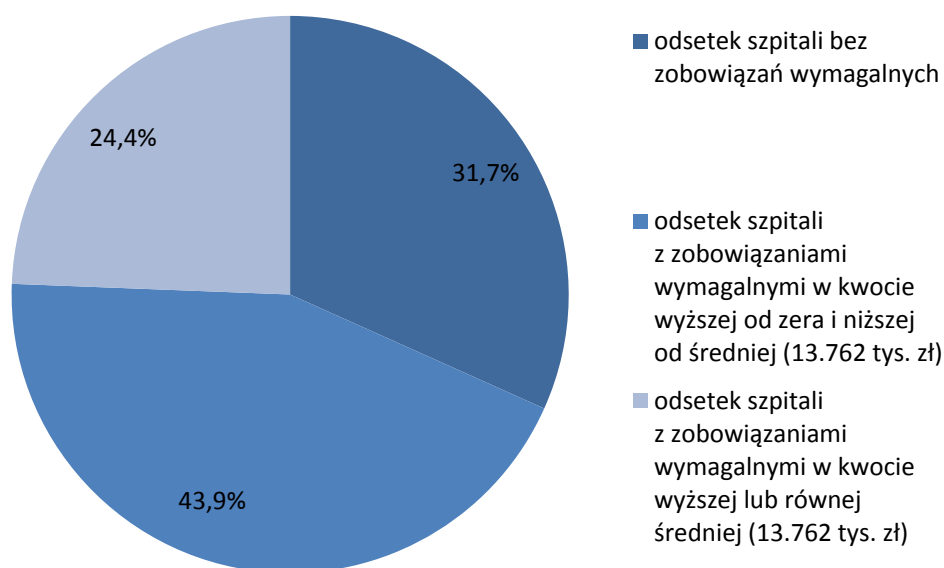


Źródło: Dane MZ.

Zobowiązania wymagalne, na koniec 2014 r., odnotowano w 28 szpitalach spośród 41, z czego 12 jednostek generowało zadłużenie w wysokości 544.351,0 tys. zł, co stanowiło 96,5% zadłużenia szpitali klinicznych.

Wykres nr 3

Udział szpitali w zobowiązaniach wymagalnych szpitali klinicznych na koniec 2014 r.



Źródło: Dane MZ.

Dane dot. zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych w latach 2010-2014 przedstawiono w **załączniku nr 3** do Informacji.

Na niekorzystną sytuację finansową szpitali klinicznych wskazuje również fakt, że na koniec 2014 r. w 9 z nich odnotowano ujemny wynik finansowy netto, a w 11 szpitalach występował ujemny stan funduszu własnego, co oznacza, że aktywa w tych szpitalach finansowane były zewnętrznymi źródłami finansowania i istnieje zagrożenie dla kontynuacji działalności tych jednostek.

3. Środki finansowe na realizację zadań medycznych uczelni wyższych, w tym na działalność dydaktyczną, uczelnie otrzymywały w formie dotacji podmiotowej. Podział środków z budżetu państwa dla poszczególnych uczelni medycznych, nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, dokonywany był według zasad i algorytmu określonego w rozporządzeniach Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego¹⁴. Jednym z elementów dotacji na działalność dydaktyczną była dotacja na tzw. dydaktykę kliniczną, tj. na pokrycie kosztów ponoszonych przez szpitale kliniczne (lub oddział kliniczny) w związku z prowadzonym przez uczelnię medyczną kształceniem przeddyplomowym dla kierunków, których program kształcenia przewiduje zajęcia w oddziałach klinicznych.

Wysokość środków finansowych przekazywanych dla szpitali lub oddziałów klinicznych oraz podmiotów, na bazie których prowadzono dydaktykę kliniczną, w ramach dotacji na dydaktykę, określana była na podstawie przeprowadzonej przez uczelnie i szpitale kalkulacji uwzględniającej takie czynniki, jak np.: liczba studentów, liczba godzin i współczynnik kosztochłonności zajęć dydaktycznych.

Zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej, szpitale kliniczne udostępniały uczelniom medycznym jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy cywilnoprawnej, która określała, m.in. wysokość środków finansowych należnych szpitalowi za kształcenie, sposób ich przekazania oraz zasady rozliczeń.

W latach 2013–2014 z ogólnej dotacji na działalność dydaktyczną przeznaczono na dydaktykę kliniczną kwotę w wysokości 88.197,0 tys. zł, z tego: w 2013 r. 43.437,0 tys. zł, a w 2014 r. 44.760,0 tys. zł.

MZ nie posiadało informacji o rzeczywistych kosztach ponoszonych przez poszczególne szpitale kliniczne, w związku ze szkoleniem studentów w tych szpitalach oraz nie przeprowadzało analiz w tym zakresie. Ministerstwo dysponowało jedynie danymi obrazującymi łączne wydatki uczelni, jakie ponosiły na dydaktykę kliniczną. Dopiero w trakcie kontroli, zasięgnięto takich informacji od rektorów uczelni medycznych i uczelni prowadzących działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycy. Według opinii rektorów niektórych uczelni medycznych, rzeczywiste koszty dydaktyki ponoszone przez szpitale nie są możliwe do precyzyjnego określenia, z uwagi na fakt, że nie wszystkie szpitale prowadzą wyodrębnioną ewidencję księgową wydatków związanych z dydaktyką kliniczną i nie są w stanie sprecyzować wysokości faktycznie ponoszonych kosztów. Część rektorów zwracała też uwagę, że wysokość przyznanych dotacji na zadania związane ze szkoleniem studentów studiów stacjonarnych była niewystarczająca w stosunku do potrzeb.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2012 r. w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 789) oraz rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 lutego 2012 r. w sprawie sposobu i trybu ustalania wskaźników kosztochłonności dla poszczególnych kierunków studiów stacjonarnych pierwszego i drugiego stopnia, jednolitych studiów magisterskich oraz obszarów kształcenia, a także dla stacjonarnych studiów doktoranckich (Dz. U. z 2012 r., poz. 179 ze zm.).

4. W latach 2010–2014 (do 30 września) Minister Zdrowia przekazał szpitalom klinicznym środki finansowe w wysokości ogółem 2.691.554,6 tys. zł, w tym w 2013 r. 599.149,7 tys. zł i w 2014 r. (do 30 września) 258.164,4 tys. zł. W 2012 r. nastąpił spadek przekazanych środków, w stosunku do 2011 r., o 7,3%, natomiast w 2013 r., w relacji do 2012 r., o 11,8%.

Środki finansowe przekazywane były m.in. na inwestycje budowlane, zakupy inwestycyjne, w tym aparaty i sprzętu medycznego, finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych oraz programów polityki zdrowotnej.

Na realizację inwestycji budowlanych w 2013 r. przekazano 342.470,0 tys. zł, a w 2014 r. (do 30 września) 133.296,3 tys. zł. Z kolei wydatki z tytułu świadczeń wysokospecjalistycznych wyniosły w 2013 r. 181.108,3 tys. zł, a w 2014 r. (do 30 września) – 112.308,3 tys. zł.

Nie wszystkie szpitale kliniczne zostały wyposażone przez podmiot tworzący tj. uczelnie, w majątek w drodze nieodpłatnego użytkowania nieruchomości, co naruszało art. 54 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że spoz gospodaruje samodzielnie przekazanymi mu w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym. Wystąpiły przypadki, że w celu realizacji zadań związanych z procesem wykonywania świadczeń zdrowotnych i działalności dydaktyczno-naukowej, uczelnie medyczne przekazywały majątek szpitalom w bezpłatne użyczenie na podstawie umowy cywilno-prawnej lub w zarząd.

5. NIK zwróciła uwagę na spadek liczby badań klinicznych w Polsce oraz bardzo małą liczbę badań niekomercyjnych, co jest zjawiskiem niekorzystnym dla systemu ochrony zdrowia oraz rozwoju nauk medycznych.

W latach 2013–2014 nie prowadzono prac nad regulacją ustawową odnoszącą się do problematyki badań klinicznych. Ministerstwo zawiesiło i ostatecznie odstąpiło od prac nad projektem ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, z uwagi na trwające wówczas końcowe prace w Radzie i Parlamencie Europejskim nad rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE¹⁵. Zgodnie z art. 99, rozporządzenie stosuje się po upływie sześciu miesięcy po dniu publikacji zawiadomienia, o którym mowa w art. 82 ust. 3¹⁶, jednak nie wcześniej niż 28 maja 2016 r. Uznano więc za niezasadne procedowanie projektu ustawy odnoszącej się do problematyki badań klinicznych, która musiałaby zostać wkrótce uchylona.

Prace mające na celu dostosowanie polskich przepisów prawnych do przedmiotowego rozporządzenia i zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne w zakresie rozdziału 2a „Badania kliniczne produktów leczniczych”, znajdują się obecnie na etapie roboczych prac koncepcyjnych¹⁷.

Badania kliniczne rejestrowane były w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Głównym obszarem prowadzonych, w latach 2013–2014, badań klinicznych produktów leczniczych była onkologia (na poziomie 18–22%), a głównym obszarem badań klinicznych wyrobów medycznych była kardiologia (na poziomie 72–77%).

¹⁵ Dz.U UE L 2014.158.1 z 27 maja 2014 r.

¹⁶ Art. 82 ust. 3 stanowi, że Komisja po stwierdzeniu przez zarząd Agencji o weryfikacji pełnej funkcjonalności portalu UE i bazy danych UE oraz o tym, że systemy odpowiadają specyfikacjom funkcjonalnym, publikuje zawiadomienie w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

¹⁷ Trwa opracowywanie tabeli zbieżności ww. rozporządzenia i ustawy Prawo farmaceutyczne.

W latach 2011–2014 (do 30 września) zarejestrowano 1.657 badań klinicznych produktów leczniczych, przy czym roczna ich liczba wykazywała tendencję malejącą. W 2013 r. nastąpił spadek liczby zarejestrowanych badań do 422, tj. w stosunku do 2011 r. liczba badań zmniejszyła się o 73, a w stosunku do 2012 r. o 27.

Liczba zarejestrowanych badań klinicznych, prowadzonych przez sponsorów niekomercyjnych w latach 2011–2014 (do 30 września), wyniosła 19, wahając się od dwóch do ośmiu rocznie, a dwa wnioski były w trakcie rejestracji. W 2013 r. zarejestrowano dwa badania prowadzone przez sponsorów niekomercyjnych, w 2012 r. osiem, a w 2011 r. trzy.

Liczba zarejestrowanych badań klinicznych wyrobów medycznych kształtowała się pomiędzy 9 a 22 rocznie, w latach 2011–2014 zarejestrowano ich łącznie 57. W 2013 r. zarejestrowanych było 13 badań, w 2012 r. 9, a w 2011 r. 13.

W celu doprecyzowania zasad realizacji badań klinicznych, Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, podjął działania polegające na: opublikowaniu 1 czerwca 2013 r., na stronie internetowej Ministerstwa, komunikatu dotyczącego zawierania umów o prowadzenie badania klinicznego w celu zapewnienia przejrzystości działań stron ją zawierających; przedstawiciele RP uczestniczyli w pracach grup roboczych w Komisji Europejskiej i Radzie UE w ramach procedowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014 oraz zorganizowano w Ministerstwie w dniu 23 października 2014 r. szkolenie pn. „Niekomercyjne badania kliniczne w Polsce”¹⁸.

Prowadzenie Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pozwalało na ograniczoną analizę badań klinicznych rejestrowanych w Polsce. Liczba wniosków dotyczących badań klinicznych publikowana jest w Raporcie Rocznym Prezesa Urzędu Rejestracji, a od 2011 r. Prezes Urzędu monitoruje ilość badań klinicznych rejestrowanych przez podmioty niekomercyjne.

6. Minister Zdrowia nie informował, na bieżąco, właściwych rektorów uczelni medycznych o wynikach przeprowadzanych przez Departamenty Ministerstwa Zdrowia kontrolach w szpitalach klinicznych. Pozbawiało to uczelnie informacji służących wzmocnieniu i poprawie efektywności nadzoru nad szpitalami klinicznymi. Podmiotom tworzącym wyniki kontroli zostały przekazane w trakcie kontroli NIK, dopiero po skierowaniu przez kontrolującego pisma w tej sprawie¹⁹, tj. w dniach 16 września, 22 października i 24 listopada 2014 r.

Jedynie w przypadku pięciu kontroli, zleconych wojewodom i konsultantom krajowym, Minister poinformował na bieżąco podmioty tworzące o wynikach przeprowadzonych kontroli.

Art. 120 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że Minister właściwy do spraw zdrowia informuje podmiot tworzący o wynikach kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 118 i 119 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁸ W szkoleniu wzięło udział ponad 120 uczestników. Program szkolenia obejmował następujące zagadnienia: badanie kliniczne a eksperyment medyczny, prowadzenie badań klinicznych w świetle rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r., prowadzenie badań klinicznych – praktyczne aspekty według metodologii Good Clinical Practice, finansowanie niekomercyjnych badań klinicznych w ramach konkursów Narodowego Centrum Badań i Rozwoju oraz w ramach Programu Horyzont 2020, niekomercyjne badania kliniczne w onkologii.

¹⁹ Pismo NIK z 15 września 2014 r.

Ponadto, zdaniem NIK, biorąc pod uwagę skalę dofinansowania szpitali klinicznych²⁰, liczba oraz zakres kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia była niewystarczająca dla zapewnienia skutecznego nadzoru nad prawidłowością wykorzystania przekazanych środków budżetowych oraz nad realizacją zadań niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przez te szpitale. Z kolei charakter doraźny prowadzonych postępowań i odstępowanie od opracowywania programów kontroli²¹ mogło mieć wpływ na zapewnienie odpowiedniej jakości prowadzonych postępowań kontrolnych.

W roku 2013 Minister Zdrowia zaplanował przeprowadzenie kontroli w sześciu szpitalach klinicznych. Kontrole nie zostały przeprowadzone i ponownie wpisano je do planu na rok 2014. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, nie zostały one wszczęte z powodu braków kadrowych oraz znacznej liczby zlecanych kontroli doraźnych.

W latach 2013–2014, w ramach pięciu kontroli doraźnych²², skontrolowanych zostało 9 z 42 szpitali klinicznych oraz trzy wojskowe szpitale kliniczne. Za zgodą Ministra Zdrowia odstępowano od opracowywania programów kontroli. Sporządzonych zostało 13 wystąpień pokontrolnych oraz pięć sprawozdań z kontroli do dyrektorów tych szpitali.

Ponadto Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 119 ustawy o działalności leczniczej, zlecał przeprowadzenie doraźnych kontroli w szpitalach klinicznych wojewodom i konsultantom krajowym, w związku z informacjami i doniesieniami medialnymi oraz składanymi skargami w zakresie prawidłowości postępowania personelu medycznego oraz procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W tym trybie przeprowadzonych zostało 8 kontroli w 6 szpitalach klinicznych.

7. Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w trzech utworzonych podmiotach leczniczych przeprowadził tylko po jednej kontroli w pierwszym półroczu 2013 r. pomimo, że art. 121 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej zobowiązywał do przeprowadzania kontroli co najmniej raz na 6 miesięcy. Kontrole dotyczyły weryfikacji przekazywanych danych w sprawozdaniach: o stanie zgodności zobowiązań według tytułów dłużnych oraz o stanie należności z ewidencją księgową, sposobu załatwienia skarg, wniosków i próśb kierowanych przez pacjentów i ich rodziny za okres drugiego półrocza 2012 r.

Minister Zdrowia nie zareagował na naruszenie przepisów ustawowych przez nadzorowaną przez siebie uczelnię medyczną. Dopiero w trakcie czynności kontrolnych NIK, po skierowaniu przez kontrolującego pisma w tej sprawie, przekazane zostało pismo ponagląjące²³.

Wnioski z przeprowadzanych przez uczelnie medyczne kontroli w szpitalach klinicznych, rektorzy przekazywali Ministrowi Zdrowia w okresach od 4 do 211 dni od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego²⁴ oraz 4 do 323 dni od dnia zakończenia czynności kontrolnych w jednostce, pomimo że art. 121 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że wnioski z przeprowadzanych kontroli przekazuje się niezwłocznie.

²⁰ Minister Zdrowia przekazał szpitalom klinicznym w okresie 2013–2014 r. (wg stanu na 30 września) środki finansowe w wysokości 857.314,1 tys. zł m.in. na inwestycje budowlane, zakupy aparatury i sprzętu medycznego, realizację świadczeń wysokospecjalistycznych oraz realizację umów w ramach programów polityki zdrowotnej.

²¹ Program kontroli został opracowany tylko w jednej kontroli przeprowadzanej przez pracowników Ministerstwa Zdrowia.

²² Celem kontroli doraźnych było podjęcie natychmiastowych działań związanych z informacjami dotyczącymi potencjalnych nieprawidłowości albo pilnego dostarczenia Kierownictwu Ministerstwa informacji o konkretnej działalności kontrolowanych jednostek.

²³ Pismo z dnia 1 grudnia 2014 r. sygn.: MZ-NSO-078-326/MP/14.

²⁴ Stwierdzono, że ilość wniosków z kontroli przekazywanych po 10 dniach od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego lub projektu wystąpienia stanowiło 51,1%, tj. 73 przypadki.

Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, zwracał uwagę²⁵ rektorom uczelni medycznych o obowiązku wynikającym z art. 121 ust. 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, dotyczącym przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych, dla których są podmiotami tworzącymi, co najmniej raz na 6 miesięcy oraz niezwłocznym przekazywaniu wniosków z tych kontroli ze wskazywaniem zakresu i okresu objętego kontrolą. Ponadto zwracał się o przekazywanie do wiadomości aktualnych informacji dotyczących zmian w obrębie bazy klinicznej uczelni, w szczególności łączenia, dzielenia oraz likwidowania szpitali klinicznych oraz informacji na temat podmiotów leczniczych utworzonych i prowadzonych przez uczelnie w formie spółki kapitałowej. Wnioski z przeprowadzanych przez uczelnie medyczne kontroli w szpitalach klinicznych rektorzy przekazywali Ministrowi, a następnie przekazywano je do wybranych komórek organizacyjnych MZ²⁶ do wiadomości i służbowego wykorzystania w bieżących pracach resortu zdrowia. Stanowiły one materiał do prowadzonego przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego monitoringu ogólnej sytuacji szpitali klinicznych, m.in. o ich sytuacji finansowej, kadrowej oraz posiadanej bazie łóżkowej. Monitorowanie spraw związanych z funkcjonowaniem szpitali klinicznych pozwalało na zdiagnozowanie ewentualnych zagrożeń związanych z wykonywanymi przez nie zadaniami w procesie przed i podyplomowym kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, a także prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

Podejmowane przez Ministra Zdrowia działania, polegające na kierowaniu pism do rektorów uczelni medycznych w sprawie obowiązku wynikającego z art. 121 ust. 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, dotyczącego przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych, dla których są podmiotami tworzącymi co najmniej raz na 6 miesięcy oraz niezwłocznym przekazywaniu wniosków z tych kontroli, okazały się nieskuteczne.

Rektorzy uczelni medycznych przekazywali wnioski z przeprowadzanych kontroli szpitali klinicznych w niejednolity sposób, informacje sporządzane były w różnym układzie szczegółowości, od bardzo lakonicznych (kilkudzaniowych) do szczegółowych i obszernych opisów, lub przekazywano kopie wystąpień pokontrolnych wraz z pismem przewodnim. W 28 przypadkach, tj. 19,6% przekazanych informacji, nie podawano okresu objętego kontrolą, a w 54 przypadkach, tj. 37,8%, nie zawarto informacji o dacie sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.

Minister Zdrowia nie określił w jakim terminie oraz według jakich zasad miały być sporządzane informacje dotyczące wyników kontroli szpitali klinicznych.

3.2.2. Szpitale kliniczne

3.2.2.1. Zakres i efekty realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych

1. W kontrolowanych szpitalach klinicznych zadania dydaktyczne, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, realizowano zgodnie z art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

²⁵ Pisma z dnia 4 października 2013 r., znak: MZ-NSO-078-32341-52/MP/13 i 2 grudnia 2014 r., sygn. MZ-NSO-078-34943-14/BP/14.

²⁶ Tj. do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg oraz Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia.

W szpitalach prowadzono przeddyplomowe szkolenia studentów w przedmiotach klinicznych, szkolenia podyplomowe – rezydentury, staże, kursy specjalizacyjne, jak również szkolenia zawodowe – dla pielęgniarek, techników, itp.

2. Umowy zawierane z uczelniami medycznymi – na udostępnienie uczelni jednostek organizacyjnych Szpitala niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych – w większości przypadków zawierały elementy określone w art. 89 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, w szczególności czas trwania umowy, zasady określania należności i ich rozliczania, wykaz udostępnianych pomieszczeń, wykaz nauczycieli akademickich oraz miejsce wykonywania przez nich zadań w szpitalu, zasady odpowiedzialności cywilnej stron oraz zasady rozpatrywania sporów między stronami umowy.

W pięciu szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. W umowach nie określono:

- *zasad rozliczania środków finansowych należnych Szpitalowi, co naruszało art. 89 ust. 5 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej (szpital w Łodzi);*
- *wysokości środków finansowych należnych Szpitalowi, co naruszało art. 89 ust. 5 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Wysokość środków na pokrycie kosztów realizacji zadań dydaktycznych i badawczych uczelnia uzależniła od wysokości dotacji otrzymanej na ten cel z budżetu państwa i środków własnych, liczby studentów stacjonarnych i innych (kształcących się w innym trybie niż stacjonarny) oraz liczby godzin realizowanych zajęć dydaktycznych (szpital w Warszawie);*
- *liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać w szpitalu zadania polegającego na kształceniu przed i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, co naruszało art. 89 ust. 5 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej (szpitale w Poznaniu i Gdańsku);*
- *zasad odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasad postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez szpital, co było niezgodne z art. 89 ust. 5 pkt. 6 ustawy o działalności leczniczej (szpital w Gdańsku);*
- *zasad prowadzenia kontroli przez uczelnię w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych w Szpitalu, co naruszało art. 89 ust. 5 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej (szpitale w Krakowie, Poznaniu, Gdańsku i Łodzi).*

Ponadto w przypadku **szpitala w Białymstoku** przedmiotem umów w sprawie udostępnienia uczelni pomieszczeń Szpitala na działalność dydaktyczną i badawczą było udostępnienie głównie sal dydaktycznych znajdujących się przy poszczególnych klinikach (gabinety kierowników klinik, sale wykładowe, pokoje adiunktów). Nie objęto nimi sal chorych, gabinetów zabiegowych, sal operacyjnych, w których studenci mogliby obserwować pracę personelu medycznego USK (np. podczas praktyk zawodowych, obserwacji pracy nauczycieli akademickich w trakcie udzielania świadczeń medycznych).

3. Środki finansowe, przekazywane przez Uczelnie tytułem udostępniania jednostek organizacyjnych szpitali na realizację zadań dydaktycznych, w roku akademickim 2013/2014, nie pokrywały kosztów ponoszonych przez szpitale z tego tytułu. Przyznawane one były niezależnie od faktycznych kosztów realizacji zadań dydaktycznych, tym samym niezależnie od ilości studentów i wymiaru zajęć dydaktycznych realizowanych na terenie klinik. Ustalając wynagrodzenie dla szpitali kierowano się wysokością dotacji przekazanej z MZ na ten cel. Ponadto zastrzeżenia NIK dotyczyły prawidłowości rozliczeń pomiędzy szpitalami a uczelniami. I tak np.:

- **Szpital w Poznaniu:** *w 2013 r. koszty działalności dydaktycznej prowadzonej przez Uczelnię w jednostkach organizacyjnych Szpitala, w wysokości 598,3 tys. zł, zostały sfinansowane z jego środków własnych. W I półroczu 2014 r. koszty te przekroczyły kwotę, finansowanych przez Uczelnię kosztów, określoną w umowie o 138,2 tys. zł, podczas gdy zgodnie z art. 90 ustawy o działalności leczniczej, uczelnia medyczna jest zobowiązana do przekazywania Szpitalowi środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych. W celu zwiększenia wymiaru finansowania Szpitala, we wcześniejszych latach, prowadził rozmowy z Uczelnią. Jak podał Rektor Uczelni wynagrodzenie w odniesieniu do umów na prowadzenie działalności dydaktycznej w jednostkach Szpitala zostało określone w formie ryczałtu.*

- **Szpital w Warszawie:** posługiwał się szacunkowymi kosztami działalności dydaktycznej wynoszącymi 2.456,3 tys. zł w 2012 r. i 2.408,4 tys. zł w 2013 r. Przychody Szpitala z tego tytułu były niższe od szacunkowych kosztów o 818,7 tys. zł w 2012 r.²⁷ i o 623,9 tys. zł w 2013 r.²⁸.
- **Szpital w Łodzi:** z tytułu realizacji umowy na udostępnianie, uczelnia przekazała za 2013 r. środki w wysokości 414,9 tys. zł²⁹ (przy kosztach poniesionych na ten cel w wysokości 591,6 tys. zł), natomiast wg wyliczenia, w oparciu o wzór zawarty w umowie, Szpital powinien otrzymać 500,2 tys. zł³⁰. Dodatkowo, w 2013 i 2014 r., na terenie Szpitala realizowane były zajęcia dydaktyczne na kierunku wojskowo-lekarskim pomimo, że postanowienia umowy nie przewidywały pokrycia kosztów z tego tytułu. Szpital nie sprawdzał prawidłowości realizacji warunków umowy i wyliczenia dotacji. Nie występował również do uczelni o podanie wysokości ustalonej stawki godzinowej i liczby zaplanowanych osobogodzin dydaktycznych dotyczących lat akademickich 2013/2014 i 2014/2015, niezbędnych do wyliczenia wysokości dotacji na poszczególne kwartały³¹. Szpital wystąpił do uczelni z wnioskiem o przygotowanie aneksu do przedmiotowej umowy, obejmującego prowadzenie na jego terenie dydaktyki w kierunku wojskowo-lekarskim i rozliczenie się z tego tytułu za lata 2013–2014. Wniósł również o ustosunkowanie się i rozliczenie kwot wynikających z należnej do zapłaty za 2013 r. kwoty 500,2 tys. zł³². W ocenie NIK, weryfikacja prawidłowości realizacji umowy leżała w interesie Szpitala, a jej brak spowodował poniesienie kosztów, które nie zostały pokryte przez uczelnię.
- **Szpital w Katowicach:** zaniżono wynagrodzenia z tytułu realizacji umowy zawartej z uczelnią na wynajem jednostek organizacyjnych Szpitala w okresie styczeń – czerwiec 2013 r. o kwotę 4,8 tys. zł. Ponadto zawyżono przychody Szpitala o kwotę 2,9 tys. zł z tytułu realizacji umowy zawartej z Uczelnią na wynajem jednostek organizacyjnych szpitala w okresie styczeń – czerwiec 2014 r. poprzez ujęcie w fakturze kosztów prowadzenia zajęć dydaktycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, pomimo faktycznego ich nieprowadzenia w tym okresie. Faktury zostały wystawione nieprawidłowo z powodu niedopatrzenia i braku nadzoru kierownika działu, który jest odpowiedzialny za realizację przychodów z tytułu udostępniania majątku Szpitala innym podmiotom.
- **Szpital w Bydgoszczy:** przy rozliczeniu zawartej z uczelnią umowy z dnia 24 lipca 2007 r.³³ nie naliczał uczelni „miesięcznych” zaliczek tytułem kosztów prowadzenia zajęć dydaktycznych w okresie od 1 października 2012 r. do 30 czerwca 2013 r. za rok akademicki 2012/2013 i w okresie od 1 października 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. za rok akademicki 2013/2014, co było niezgodne z § 12 umowy. Należności te zostały naliczone uczelni jedną fakturą zbiorczą za rok akademicki 2012/2013 w dniu 16 września 2013 r. na kwotę 835,4 tys. zł i fakturą zbiorczą za rok akademicki 2013/2014 w dniu 4 września 2014 r. na kwotę 1 112,2 tys. zł. Uczelnia zobowiązana została do opłacania miesięcznych zaliczek (w okresie od października do czerwca) na rachunek bankowy Szpitala w terminie 30 dni od daty dostarczenia Uczelni stosownego dokumentu. W roku akademickim 2012/2013 i 2013/2014 zajęcia dydaktyczne rozpoczęło odpowiednio: 2 593 i 2 985 studentów. W związku z powyższym Szpital winien wystawić Uczelni dokumenty w cyklach miesięcznych do obciążenia jej zaliczkami tytułem kosztów prowadzenia zajęć dydaktycznych w wysokościach odpowiednio w okresie od 1 października 2012 r. do 30 czerwca 2013 r. – po 68,3 tys. zł każdy z nich; w okresie od 1 października 2013 r. do 30 czerwca 2014 r. – po 87,9 tys. zł każdy z nich.
- Ponadto w **szpitalu w Szczecinie** stawka studentogodziny dla studiów niestacjonarnych i anglojęzycznych (stanowiąca podstawę obliczenia wynagrodzenia za udostępnianie jednostek organizacyjnych Szpitala) ustalona była na rażąco niskim poziomie w odniesieniu do studentogodziny dla studiów stacjonarnych, mimo że koszty realizacji zadań w ramach szkolenia studentów studiów stacjonarnych oraz studiów niestacjonarnych i anglojęzycznych były takie same w roku akademickim 2013/2014. W okresie objętym kontrolą stawka studentogodziny dla studiów niestacjonarnych i anglojęzycznych była niższa o 70% od stawki studentogodziny dla studiów stacjonarnych. Ponadto, obciążenie Szpitala liczbą studentogodzin studiów niestacjonarnych

²⁷ Kwota przekazana przez WUM w 2012 r. wynosiła 1.637,6 tys. zł.

²⁸ Kwota przekazana przez WUM w 2013 r. wynosiła 1.784,6 tys. zł.

²⁹ Bez uwzględnienia środków na remont elewacji auli.

³⁰ Uwzględniając osobogodziny na wszystkich kierunkach jakie były realizowane w 2013 r. na terenie Szpitala, pomimo że umowa nie przewidywała kierunku wojskowo-lekarskiego. Dane niezbędne do wyliczenia tej kwoty kontrolujący uzyskali z UM.

³¹ Szpital, jedynie w związku z przeprowadzaną kontrolą NIK, wystąpił 9 października 2014 r. do Rektora UM o dane mające wpływ na wysokość kwot należnych z tytułu realizowanych zadań z zakresu dydaktyki klinicznej w oparciu o umowę z 9 listopada 2011 r. Nie uzyskał odpowiedzi z danymi pozwalającymi na wyliczenie prawidłowości przekazywania środków z tytułu umowy na udostępnianie.

³² Do dnia zakończenia czynności kontrolnych do Szpitala nie wpłynęła odpowiedź UM w przedmiotowej kwestii.

³³ DEG 411/2/07

i anglojęzycznych, wg realizowanej siatki godzin (odpowiednio 62,8% i 59,7%,) było wyższe niż stawka ustalona dla studentogodziny tych studiów (tj. 30%). Jak wyjaśniono Szpital nie dokonywał kalkulacji kosztowych związanych z realizacją zajęć dydaktycznych dla studentów, ale zgodnie z posiadaną wiedzą, koszty realizacji zajęć dydaktycznych, prowadzonych w Szpitalu są takie same dla studentów stacjonarnych jak i niestacjonarnych i anglojęzycznych.

Stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu ewidencji księgowej kosztów, w tym w szczególności nie prowadzeniem odrębnej ewidencji kosztów z tytułu realizacji zadań dydaktycznych na rzecz uczelni, co przy odrębnym ewidencjonowaniu jedynie przychodów z tego tytułu, było niezgodne z zasadą współmierności przychodów i kosztów wyrażoną art. 6 ust. 2 ustawy o rachunkowości.

Odrębnej ewidencji księgowej kosztów z tytułu realizacji umów zawartych z uczelnią o udostępnienie jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia w zawodach medycznych nie prowadzono w szpitalach w: **Lublinie, Warszawie, Katowicach, Krakowie**. Jak tłumaczono, nie jest możliwa odrębna ewidencja kosztów realizowanych zadań dydaktycznych z powodu braku możliwości ich dokładnego wydzielenia. Zarówno pacjenci, pracownicy, jak też studenci korzystają z tych samych zasobów. Koszty dydaktyki wchodzi w zakres kosztów działalności poszczególnych jednostek, które uczestniczą w procesie dydaktycznym.

Przyjęta praktyka uniemożliwiała ocenę rentowności działalności dydaktycznej prowadzonej w szpitalach, a tym samym pozbawiała szpitale wiarygodnych danych, które mogły być wykorzystane do negocjacji z uczelnią bardziej korzystnych warunków udostępniania oddziałów szpitalnych.

4. W większości kontrolowanych szpitali zdecydowano o powierzeniu zadań związanych z nadzorem i kierowaniem klinikami lekarzom kierującym, na podstawie umów o pracę zawieranych przez dyrektora szpitala, i skorzystano z ustawowej możliwości łączenia funkcji ordynatora (albo innego lekarza kierującego oddziałem) z funkcją kierownika kliniki (art. 91 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej).

W czterech podmiotach stwierdzono naruszenia konkursowego trybu wyłaniania ordynatora/ lekarza kierującego jednostkami organizacyjnymi szpitala, wykonującymi działalność dydaktyczną i badawczą, co naruszało postanowienia art. 49 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. I tak:

- **Szpital w Bydgoszczy:** w latach 2011–2014 (po 1 lipca 2011 r., tj. dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej) nie przeprowadzono konkursów na stanowiska ordynatorów. Dotyczyło to ordynatorów-kierowników następujących klinik: Kardiologii; Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii; Pediatrii Alergologii i Gastroenterologii; Rehabilitacji; Chirurgii Naczyniowej i Angiologii; Kardiologii; Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej; Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej; Transplantologii i Chirurgii Ogólnej. Jak wyjaśniono, po wskazaniu przez NIK obowiązku przeprowadzenia konkursów na ww. stanowiska ordynatorów podjęto decyzje o ich przeprowadzeniu.
- Ponadto na stanowiskach ordynatorów-kierowników klinik: Kardiologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Transplantologii i Chirurgii Ogólnej zatrudniono osoby na czas nieokreślony, podczas gdy ww. stanowiska ograniczone są kadencyjnie do lat 6, co wynika z art. 149 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej. Zawieranie na czas nieokreślony umów na stanowiska ordynatora, bez wcześniejszego przeprowadzenia konkursu, jest niezgodne z ustawą o działalności leczniczej i w wyżej wskazanych przypadkach należało przeprowadzić odpowiednie konkursy.
- **Szpital w Białymstoku:** ośmioma klinikami szpitala (spośród 28) kierowały osoby wybrane w konkursach ogłoszonych i przeprowadzonych przez uczelnię. Powodem takiej sytuacji było niedostosowanie § 12 ust. 3–6 statutu Szpitala, nadanego przez uczelnię, do art. 49 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym w podmiocie leczniczym konkurs na ordynatora (kierownika) ogłasza i przeprowadza kierownik podmiotu leczniczego. Stosownie zaś do art. 204 ust. 2 tej ustawy kierownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej zobligowani byli dostosować statut do wymogów ustawy, w terminie do 31 grudnia 2012 r.

- **Szpital w Poznaniu:** w latach 2013–2014 (I półrocze) w Szpitalu nie zostały przeprowadzone konkursy na stanowisko ordynatorów: Oddziału Klinicznego Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu; Oddziału Klinicznego Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych; Oddziału Klinicznego Dermatologii; Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki. Osoby zajmujące ww. stanowiska zostały wybrane na kierowników klinik w postępowaniach konkursowych, przeprowadzonych przez Uczelnię. W toku kontroli NIK, Dyrektor Szpitala zawarł z ww. osobami porozumienia zmieniające w umowach o pracę zajmowane przez nich stanowiska, tj. z ordynatora na kierownika oddziału. Jak wyjaśniono w szpitalu przyjęto zasadę powoływania na stanowisko kierownika oddziału klinicznego osoby, która wygrała konkurs na stanowisko kierownika odpowiedniej kliniki w Uniwersytecie.
- **Szpital w Warszawie:** w wyniku konkursów przeprowadzonych przez Rektora Uczelni³⁴, a nie dyrektora Szpitala, powołano trzech ordynatorów Klinik Szpitala³⁵. W badanym okresie dwie osoby z trzech powołanych przez Rektora zostały zatrudnione przez Dyrektora Szpitala na podstawie umowy o pracę, na stanowisku ordynatora w Szpitalu, bez wskazania kliniki, a jedna – na stanowisku Ordynatora Kliniki Ogólnej i Transplantacyjnej. Umowy o pracę zawarte z ordynatorami klinik nie zawierały informacji o pełnieniu jednocześnie funkcji ordynatora i kierownika kliniki. Jak wyjaśniono Szpital, zgodnie z nomenklaturą ustawową, nawiązuje stosunek pracy z ordynatorami i niejako – w sposób dorozumiany – akceptuje fakt, że ordynator jest kierownikiem kliniki. Brak precyzyjnych regulacji tych spraw przez ustawodawcę powoduje, że Szpital jest w sytuacji konieczności poddawania się regulacjom narzuconym przez uczelnię.

5. W większości kontrolowanych szpitali nauczyciele akademicki oraz osoby odbywające studia doktoranckie na uczelniach w roku akademickim 2013/2014 zatrudniani byli w sposób określony w art. 92 ustawy o działalności leczniczej, tj.: w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Ustawa o działalności leczniczej nie definiuje pojęcia zadaniowy czas pracy. Należy zatem stosować Kodeks pracy, gdzie art. 140 określa zadaniowy czas pracy jako formę organizacji pracy, w której pracodawca nie określa godzin pracy, lecz zadania, jakie mają zostać wykonane. W razie zastosowania zadaniowego czasu pracy, pracownik nie pozostaje w dyspozycji pracodawcy w określonym miejscu i czasie. MZ już w grudniu 2011 r. informowane było, że art. 92 ustawy o działalności leczniczej utrudnia w znaczący sposób, lub wręcz uniemożliwia, zapewnienie pełnej opieki lekarskiej pacjentom, gdyż lekarze akademicki lub lekarze będący w trakcie studiów doktoranckich, są w szpitalach klinicznych liczebnie znaczącą grupą lekarzy mających uprawnienia do samodzielnej pracy.

Również Państwowa Inspekcja Pracy³⁶ wskazała, że w przypadku pracowników objętych zadaniowym czasem pracy, nie ewidencjonuje się godzin pracy, a jedynie prowadzi kartę czasu pracy ograniczoną do danych takich jak, np.: zwolnienia od pracy, urlopy, a także innych usprawiedliwionych i nieusprawiedliwionych nieobecności w pracy. Pracownik objęty takim rodzajem pracy samodzielnie organizuje sobie pracę i kształtuje swój rozkład czasu pracy, a więc wyznacza początek i koniec dnia pracy, a wymiar jego zadań powinien być tak ustalony przez

³⁴ W dniu 28 grudnia 2011 r. Szpital podpisał z uczelnią „Porozumienie” dotyczące współpracy w zakresie zasad i trybu prowadzenia konkursu na funkcję Ordynatora – Kierownika Klinik; zgodnie z § 2 ww. Porozumienia „Zasady i tryb prowadzenia konkursu na funkcję Ordynatora – Kierownika Kliniki”, określono w załączniku do tego Porozumienia. W dokumencie tym postanowiono, że konkurs na funkcję Ordynatora – Kierownika Kliniki ogłasza i przeprowadza Rektor lub dziekan właściwego wydziału na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Rektora. Aneks nr 6 z dnia 23 grudnia 2011 r. do umowy z dnia 21 lipca 2010 r. dotyczącej udostępniania uczelni oddziałów Szpitala, wprowadzono § 6 ust. 2 do umowy o treści: Zasady i tryb wyboru Ordynatora – Kierownika Kliniki, Ordynatora – Kierownika Oddziału Klinicznego lub lekarza kierującego Kliniką/Oddziałem Klinicznym określa porozumienie dotyczące współpracy między stronami w zakresie zasad i trybu prowadzenia konkursu na ww. funkcje.

³⁵ Ordynatora Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, na okres od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. w wymiarze 28 godzin 26 minut tygodniowo; Ordynatora Kliniki Dermatologicznej, na okres od dnia 17 lutego 2014 r. do dnia 29 lutego 2020 r., w wymiarze 28 godzin 26 minut tygodniowo; Ordynatora Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, na okres od dnia 1 czerwca 2014 r. do dnia 29 lutego 2020 r., w wymiarze 33 godziny, 11 minut tygodniowo. Ponadto, Rektor powołał Kierownika Zakładu Stomatologii Zachowawczej od dnia 1 października 2014 r. do dnia 30 września 2020 r.

³⁶ Pismo z 20 grudnia 2012 r. Okręgowego Inspektoratu w Łodzi (L.d. 294-4560-Sp535-Sa01/12)

pracodawcę, aby pracownik mógł je wykonać w normach czasu pracy określonych w art. 129 kodeksu pracy. Wyrażono również opinię, że w tym zakresie celowa byłaby zmiana przepisów ustawy o działalności leczniczej lub ich doprecyzowanie.

Jak wynika z pisma Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia z 8 marca 2013 r.³⁷, cyt.: „...Resort zdrowia dostrzega potrzebę dokonania zmian w zakresie zatrudniania nauczycieli akademickich, dlatego też kwestie te będą stanowić istotną część projektowanych regulacji. Wstępny projekt przedmiotowych założeń zawiera propozycję, zgodnie z którą nastąpi uchylene ograniczania zatrudniania nauczycieli akademickich w podmiotach leczniczych wyłącznie w zadaniowym czasie pracy”.

W czterech kontrolowanych szpitalach wystąpiły problemy w sposobie zatrudniania nauczycieli akademickich oraz osób odbywających studia doktoranckie w roku akademickim 2013/2014:

- **Szpital w Krakowie:** system zatrudnienia nauczycieli akademickich (i osób odbywających studia doktoranckie) nie spełniał wymogów określonych w art. 92 ustawy o działalności leczniczej. Nauczyciele akademicy zatrudniani byli na podstawie umów o pracę (w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń medycznych), a osoby kierujące jednostkami organizacyjnymi Szpitala na podstawie umów o pracę w zakresie kierowania podległą jednostką. Zgodnie ze wskazanym przepisem, zatrudnienie to powinno być oparte na systemie zadaniowego czasu pracy (umowa o pracę lub cywilnoprawna), z określeniem zadań dydaktycznych, badawczych i udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.
- **Szpital w Bydgoszczy:** w 12³⁸ umowach o pracę pracowników Szpitala, którzy jednocześnie byli nauczycielami akademickimi oraz pięciu³⁹ umowach o pracę osób odbywających studia doktoranckie na Uczelni, nie określono zadań dydaktycznych, badawczych oraz dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, co było niezgodne z art. 92 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.
- **Szpital w Lublinie:** zatrudniał trzy osoby odbywające studia doktoranckie na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie na podstawie umowy o pracę, pomimo że zgodnie z art. 92 ustawy o działalności leczniczej osoby te powinny być zatrudnione w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. Jak wyjaśniono szpital nie posiadał informacji odnośnie pracowników, którzy zostali zakwalifikowani przez Uniwersytet Medyczny na odbywanie studiów doktoranckich w roku akademickim 2013/2014. Zarówno uczelnia jak i sami pracownicy nie są formalnie zobowiązani do przekazywania szpitalowi tego typu danych. Z powodu braku takich informacji o odbywaniu studiów doktoranckich szpital nie miał powodu do zmiany dotychczasowego zatrudnienia. Szpital zamierza nowo zatrudnianego pracownika informować, że w przypadku rozpoczęcia studiów doktoranckich ma obowiązek zgłaszać ten fakt w Dziale Spraw Pracowniczych, co zostanie odnotowane w aktach osobowych pracownika.
- **Szpital w Warszawie:** zatrudnienie nauczycieli akademickich⁴⁰ i doktorantów⁴¹, w Szpitalu nie było realizowane w systemie zadaniowego czasu pracy. Jak wyjaśniono czas pracy nauczyciela akademickiego uczestniczącego w sprawowaniu opieki zdrowotnej jest związany z zapewnieniem ciągłej opieki nad pacjentami Szpitala. W takiej sytuacji trudno jest określić zadania i rozliczyć z nich pracowników.

W ocenie NIK, forma zatrudnienia w systemie zadaniowym czasu pracy nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych uniemożliwia udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ponadto występują istotne problemy z zastosowaniem wobec tych osób harmonogramów pracy (wymaganych przez NFZ), jak również przepisów dotyczących pełnienia dyżurów medycznych.

6. W 10 spośród skontrolowanych szpitali klinicznych nie prowadzono własnej działalności naukowej oraz projektów badawczych związanych z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, o czym stanowił art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

³⁷ Znak: MZ-NSO-079-34052-18/OB/13.

³⁸ Z 247, według stanu na koniec 2013 r.

³⁹ Z 22, według stanu w roku akademickim 2013/2014.

⁴⁰ Szpital zatrudniał 273 nauczycieli akademickich, z tego 213 na umowę o pracę na 126,27 etatu, 54 na podstawie umowy wolontariatu i 6 na podstawie kontraktu.

⁴¹ Szpital zatrudniał 30 doktorantów, z tego 13 na umowę o pracę na 9,99 etatu i 17 na podstawie kontraktu.

Kontrolowane szpitale były jedynie bazą (sprzęt, personel, pacjenci) prowadzonych badań przez beneficjentów grantów naukowych (głównie uczelni medycznych). Jako główną przyczynę takiego stanu wskazywano brak źródeł finansowania tej działalności, ponieważ środki na ten cel mogą otrzymywać wyłącznie placówki naukowe:

- **Szpital w Poznaniu:** podejmował działania w celu pozyskania środków na prowadzenie projektów badawczych, które obejmowały złożenie siedmiu wniosków do Narodowego Centrum Nauki⁴², ubiegał się o finansowanie projektu w ramach Programu Badań Stosowanych⁴³, a także był członkiem konsorcjum ubiegającego się o finansowanie projektu badawczo-rozwojowego w ramach ogłoszonego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju programu Strategimed.
- **Szpital w Katowicach:** uczelnia była zleceniodawcą i odbiorcą badań i nie informowała Szpitala o akceptacji ich wyników i zgodności z zamówieniem/umową.
- **Szpital w Łodzi:** nie sposób ustalić granic pomiędzy działalnością dydaktyczną i badawczą prowadzoną przez Uczelnię, w której uczestniczył Szpital, gdy równocześnie w tym samym miejscu działają szpitalne oddziały kliniczne, zajmujące się udzielaniem świadczeń zdrowotnych, oraz jednostki akademickie, prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą.
- **Szpital w Białymstoku:** na podstawie trzech umów wykonywał usługi na rzecz podmiotów zewnętrznych, realizujących projekty badawcze.
- **Szpital w Gdańsku:** nie prowadzono własnych projektów badawczych m.in. z uwagi na trudną sytuację ekonomiczną w poprzednich latach oraz brak wystarczającego zaplecza organizacyjnego. Ponadto w przypadku ubiegania się o granty badawcze w ramach badań zleczanych przez MNiSW lub jego agencje⁴⁴, szpital nie otrzymywałby 100% dofinansowania realizacji projektu, ponieważ nie spełnia definicji jednostki naukowej. Szpital w odróżnieniu od uczelni medycznych nie otrzymuje dotacji na finansowanie własnych badań statutowych przyznawanych przez MNiSW, ponieważ nie spełnia kryteriów przyznania takiej pomocy⁴⁵. Otrzymywana przez szpital dotacja na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi wykonywanymi w ramach szkolenia studentów studiów stacjonarnych w podstawowych jednostkach organizacyjnych uczelni jest w całości przeznaczana na prowadzenie działalności dydaktycznej na terenie szpitala (czyli pokrywania kosztów związanych z dydaktyką) i nie stanowi źródła finansowania działalności badawczej.
- **Szpital we Wrocławiu:** projekty badawczych były wykonywane przez uczelnię w następujących klinikach szpitala: Psychiatrii (pięć projektów badawczych), Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej (jeden projekt), Anestezjologii i Intensywnej Terapii (jeden projekt), Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia (cztery projekty) oraz Dermatologii, Wenerologii i Alergologii (21 projektów). Prowadzona w oparciu o bazę Szpitala działalność Uczelni, polegająca na realizowaniu projektów badawczych, nie została formalnie uregulowana, co w ocenie NIK należy uznać za działanie nierzetelne. Do dnia 13 października 2014 r., kiedy to Dyrektor Szpitala zwrócił się do kanclerza Uczelni z prośbą o zawarcie stosownej umowy, nie zostały podjęte udokumentowane działania zmierzające do uregulowania tej kwestii.
- **Szpital w Lublinie:** nie zostały uregulowane zasady wynagradzania Szpitala z tytułu prowadzenia badań naukowych na terenie SPSK1 przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie⁴⁶.

7. W ośmiu spośród kontrolowanych szpitali nie stwierdzono nieprawidłowości w sposobie realizacji badań klinicznych oraz formalnym sposobie uregulowania zasad prowadzenia badań klinicznych,

⁴² „Wczesna pozawałowa przebudowa układu sercowo-naczyniowego i jego kontroli neuroendokrynej”, „Naczyniowe uszkodzenie funkcji poznawczych – związek pomiędzy neuroobrazowaniem a centralną hemodynamiką, zjawiskiem odbicia fal i sztywnością naczyń tętniczych”, „Ocena czynników ryzyka występowania duszności u chorych ze skurczową niewydolnością serca”, „Ocena związku nietolerancji wysiłku z wybranymi parametrami klinicznymi u chorych ze skurczową niewydolnością serca”, „Ocena wpływu radioterapii na elastyczność miększu dużych gruczołów ślinowych. Eksperymentalne zastosowanie sonoelastografii do badania własności mechanicznych tkanki”, „Mechanizmy wczesnej, niekorzystnej przebudowy układu krążenia u pacjentów po zawale serca”, „Zależność między stopniem nasilenia nadczynności tarczycy a budową i czynnością układu krążenia oraz jego autonomicznością i neuroendokrynną modulacją u kobiet”.

⁴³ „Wykorzystanie trójwymiarowych wydruków w chirurgii”.

⁴⁴ Tj. Narodowe Centrum Nauki i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

⁴⁵ Udzielanej na podstawie art. 18 ust. 1 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki oraz rozporządzenia MNiSW z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej (Dz. U. z 2014 r., poz. 90 ze zm.).

⁴⁶ Na czerwiec 2013 r. w Szpitalu Uczelnia Medyczna prowadziła 43 badania naukowe.

w tym: zasad zawierania oraz realizacji umów dotyczących badań klinicznych, zasad podziału budżetu w ramach badania klinicznego pomiędzy Zespołem Badawczym a Szpitalem oraz zasad wyceny opłacalności finansowej badania klinicznego dla Szpitala.

Nieprawidłowości wystąpiły w następujących jednostkach:

- Szpital w Katowicach:** realizacja umów na przeprowadzenie badań klinicznych była przedmiotem kontroli przeprowadzonych przez uczelnię⁴⁷, w wyniku których stwierdzono występowanie m.in. następujących nieprawidłowości:

 - brak uregulowania z głównymi badaczami kwestii udostępniania pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej należącej do Szpitala, a wykorzystywanej przez badacza podczas realizacji badań klinicznych,
 - kalkulacja kosztów (sporządzona w 2009 r., tj. w trakcie trwania umów, a nie przed ich zawarciem) nie uwzględniała kosztów osobowych personelu realizującego badanie kliniczne;
 - szpital nie posiadał protokołów badania (streszczenia protokołów) w wersji polskojęzycznej (posiadał protokół w wersji angielskiej), pomimo że zgodnie z § 1 ust. 3 Instrukcji warunków realizacji umów na badania kliniczne – umowa pod rygorem nieważności winna być zawarta w języku polskim lub w wersji dwujęzycznej. Zgodnie z pkt 31 umowy – protokół stanowi załącznik nr 7 do umowy, tym samym będąc jej integralną częścią powinien być sporządzony również w języku polskim;
 - brak protokołów zdawczo-odbiorczych przekazywania leku do badania klinicznego, co naruszało zapisy pkt 9c umowy na przeprowadzenie badania klinicznego oraz § 6 ust. 3 Instrukcji warunków realizacji umów na badania kliniczne;
 - podpisanie przez Szpital umowy zawierającej niejednoznaczny zapis dotyczący naliczania opłaty za poniesione przez szpital koszty usług aptecznych (farmaceutycznych)⁴⁸;
 - oczekiwanie przez Szpital z wystawianiem faktur VAT na pismo od Sponsora, a tym samym nieprzestrzeganie Instrukcji warunków realizacji umów na badania kliniczne, co prowadziło do wystawiania faktur po kilku miesiącach od realizacji procedury będącej częścią badania klinicznego;
 - niedostateczna kontrola finansowa w zakresie weryfikacji treści potwierdzeń dokonania płatności przez Sponsora na rzecz Szpitala z tytułu realizacji badania klinicznego;
 - nieprzestrzeganie pkt 7.7. ust. 1 Polityki rachunkowości w zakresie sporządzania not odsetkowych, które Szpital winien wystawiać nie później niż na koniec każdego kwartału;
 - niezabezpieczenie w umowie interesów Szpitala poprzez nieokreślenie, że zwrot kosztów przygotowania Szpitala do rozpoczęcia badania klinicznego nastąpi niezależnie od pozyskania uczestników badania oraz realizacji badania. Kontrola NIK nie wykazała innych nieprawidłowości w realizowanych w Szpitalu badaniach klinicznych w okresie objętym kontrolą.
- Szpital w Łodzi:** na próbie dwóch badań klinicznych, gdzie analizie poddano dokumentację medyczną siedmiu uczestników badania stwierdzono, że członkowie zespołów badawczych oraz pracownicy Szpitala spoza zespołów badawczych przeprowadzili 50 badań/wizyt w etatowych godzinach pracy świadczonej dla Szpitala. Zgodnie z Informacjami o badaniach klinicznych⁴⁹ badania miały być realizowane poza etatowymi godzinami pracy. Skutkowało to niewykonywaniem przez personel zaangażowany w badania kliniczne obowiązków wynikających z umów o pracę. Jak wyjaśniono wiedza szpitala na temat, czy badania kliniczne prowadzone były w etatowych godzinach pracy, wynika z oświadczenia badacza w wypełnionej informacji. Czas przeprowadzenia badania jest poza wiedzą Szpitala. Monitorowanie realizacji badania należy do obowiązków badacza i to on odpowiada za przepływ informacji koniecznych do realizacji badania, prowadzi pełną dokumentację związaną z badaniem i winien informować Szpital o każdej zmianie warunków. Wynagrodzenie pobrane przez personel uczestniczący w ww. badaniach klinicznych zostało zwrócone Szpitalowi wraz z wynagrodzeniem naliczonym za grudzień 2014 r. Ponadto w trzech z siedmiu badań stwierdzono przypadki nieinformowania Apteki Szpitalnej przez głównego badacza lub osoby przez niego upoważnione, o otrzymanych próbkach/leku w ramach prowadzonych badań klinicznych oraz składania informacji zawartych w „Formularzu ewidencji próbek do badań klinicznych” po upływie od 15 dni do 17 miesięcy od daty dostawy leków do badań klinicznych, tj. z opóźnieniem w stosunku

⁴⁷ W dniach: 12 czerwca 2012 r. – 7 sierpnia 2012 r. (kontrola nr 7/2012) i 14 lipca 2014 r. – 29 sierpnia 2014 r. (kontrola nr 8/2014).

⁴⁸ W harmonogramie płatności dla ośrodka (załącznik do umowy) zawierającego wykaz opłat jednorazowych, nie można jednoznacznie wywieść, czy Sponsor będzie wnosił na rzecz Szpitala 0,2 tys. zł za każdego kolejnego pacjenta włączanego do badania, czy też 0,2 tys. zł stanowi opłatę za wszystkich uczestników badania klinicznego.

⁴⁹ Sporządzonymi wg wzoru stanowiącym załącznik nr 2 do aneksu nr 1 z 30 marca 2009 r. do zarządzenia wewnętrznego nr 3/2009 Dyrektora Szpitala z 12 lutego 2009 r.

do obowiązującego od 1 marca 2014 r. terminu (5 dni) określonego w § 3 aneksu nr 2 z 7 lutego 2014 r. do zarządzenia wewnętrznego nr 3/2010 Dyrektora Szpitala z 21 stycznia 2010 r. w sprawie ewidencji próbek do badań klinicznych prowadzonych w Aptece Szpitalnej. Stwierdzono również przypadki nieprawidłowego sporządzania formularzy, poprzez niezawieranie w nich wszystkich wymaganych danych wzorem formularzy oraz postanowieniami § 2 aneksów nr 1 i 2 do ww. zarządzenia (brak było wskazania fazy badania, informacji o wymaganych innych lekach w badaniu, grupy pacjentów, warunków przechowywania leków czy dysponenta leków).

- Szpital w Białymstoku:** w badaniach prowadzonych w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii oraz w Klinice Ortopedii i Traumatologii pracownik szpitala (główny specjalista ds. badań klinicznych) nie wyegzekwował od sponsorów obowiązku dostarczenia w języku polskim wykazu procedur „flow chart” (zostały dostarczone w języku angielskim), mimo iż wymóg dostarczenia tego dokumentu w języku polskim wynikał z pkt. 4 zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 21/2011, zaś obowiązek sprawdzenia czy sponsor przedstawił wszystkie wymagane dokumenty spoczywał na głównym specjalście ds. badań klinicznych (pkt 7a zarządzenia).

W kalkulacji kosztów badania klinicznego, realizowanego w Klinice Hematologii, nie uwzględniono kosztów administracyjnych, przewidzianych w zarządzeniu nr 21/2011 Dyrektora szpitala. Ponadto dopiero w wyniku kontroli NIK, zamawiającemu badanie kliniczne prowadzone w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii, w dniu 7 października 2014 r. wystawiono fakturę za sprawowany przez szpital nadzór farmaceutyczny, chociaż – zgodnie z umową zawartą ze sponsorem 21 sierpnia 2013 r. – płatność z tego tytułu miała być pobrana przez szpital w rok po podpisaniu umowy na badanie kliniczne. W efekcie sponsor 7 listopada 2014 r. wniósł 2,5 tys. zł opłaty z tego tytułu. Jak wyjaśniono niewystawienie faktury spowodowane było przeoczeniem.

Pracownicy Szpitala kalkulowali opłacalność badań klinicznych w sposób niezgodny z zasadą określoną w zarządzeniu Nr 21/2011 Dyrektora USK, zgodnie z którą: wynagrodzenie dla Szpitala w ramach przedstawionej umowy, nie może stanowić mniej niż 25% wynagrodzenia przewidzianego przez Sponsora na realizację umowy, po odjęciu zaplanowanych do poniesienia przez Szpital kosztów.

Ponadto NIK zwrócił uwagę, że w kalkulacji kosztów jednego badania klinicznego, realizowanego w Klinice Hematologii, wśród pacjentów hospitalizowanych, uwzględniono tylko jeden dzień hospitalizacji (1,8 tys. zł), mimo że pacjenta hospitalizowano przez 12 lub 17 dni (w zależności od tzw. „ramienia badania klinicznego”). Przez ten okres zajęte było miejsce w klinice dla ewentualnego innego pacjenta, a poziom wykorzystania łóżek w Klinice Hematologii był jednym z najwyższych w Szpitalu i wynosił w latach 2011-2014 od 90,8% do 103%. Tym samym szpital nie mógł uzyskać przychodów za leczenie innych pacjentów. Główny badacz badania klinicznego wyjaśnił, że podczas realizacji badania pacjentom wykonywano tylko procedury wynikające z protokołu badania klinicznego. Pomimo to Szpital rozliczył leczenie tych pacjentów w NFZ i uzyskał z tego tytułu zapłatę w kwocie 100,7 tys. zł⁵⁰. Z informacji uzyskanych w POW NFZ wynika, że w stanie faktycznym przedstawionym przez głównego badacza, NFZ nie powinien finansować leczenia pacjentów objętych badaniem klinicznym, co wynika z Komunikatu Centrali NFZ z dnia 30 kwietnia 2009 r.⁵¹ Odmienne w tej kwestii stanowisko zajęł Dyrektor szpitala, który wyjaśnił, że pacjentom uczestniczącym w ramach badania wykonywano standardowe świadczenia medyczne z uwagi na ich stan zdrowia. NIK zauważa, że połączenie leczenia standardowego z leczeniem w ramach badania klinicznego mogłoby wypaczyć wyniki badania klinicznego. NIK nie ma też podstaw do kwestionowania wyjaśnień złożonych przez głównego badacza, odpowiedzialnego za prawidłowość prowadzenia badania w Szpitalu.
- Szpital w Warszawie:** przy podpisywaniu umów trójstronnych na przeprowadzenie badań klinicznych nie przestrzegano postanowień⁵² zarządzenia Nr 160/2009 Dyrektora Szpitala⁵³ w sprawie badań klinicznych realizowanych na terenie Szpitala. W pięciu z siedmiu umów trójstronnych, nie określono wynagrodzenia za badanie jednego pacjenta w wysokości łącznej oraz wynagrodzenia należnego Szpitalowi w wysokości nie mniejszej niż 30% budżetu badania⁵⁴, co było niezgodne z § 3 zarządzenia Nr 160/2009 oraz wzorem umowy, stanowiącym

⁵⁰ Wynagrodzenie otrzymane od sponsora badania wyniosło 149,8 tys. zł.

⁵¹ <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=3721>

⁵² § 2 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 oraz § 3.

⁵³ Z dnia 28 września 2009 r.

⁵⁴ § 3 zarządzenia stanowi: Budżet badania podzielony jest wg proporcji: - nie mniej niż 30% dla Szpitala w zależności od liczby badań diagnostycznych i świadczeń wykonywanych na rzecz badania klinicznego przez Szpital, - pozostała kwota przeznaczona jest dla Badacza i Współbadaczy.

załącznik nr 1 do ww. zarządzenia⁵⁵. Ponadto, w pięciu umowach trójstronnych nie określono planowanej liczby osób włączonych do badania klinicznego, mimo że suma gwarancyjna określona w polisie ubezpieczeniowej dla sponsora i badacza zależna była od liczby osób biorących udział w badaniach.

Ponadto Szpital nie wyegzekwował od jednego ze Sponsorów, wynagrodzenia za przeprowadzenie badań klinicznych, mimo że termin uregulowania tej należności upłynął 10 stycznia 2014 r. Faktyczne wynagrodzenie należne Szpitalowi z tytułu realizacji badań „Radical” powinno wynosić 51,5 tys. zł⁵⁶. W ocenie NIK niepodjęcie działań w celu wyegzekwowania od Sponsora wynagrodzenia należnego Szpitalowi w łącznej kwocie 51,5 tys. zł było działaniem nierzetelnym i niegospodarnym.

3.2.2.2. Działalność w systemie ochrony zdrowia i uzyskane w tym zakresie efekty

1. Organizacja wewnętrzna skontrolowanych szpitali była dostosowana do profilów ich działalności. Większość kontrolowanych szpitali wprowadziła regulaminy organizacyjne odpowiadające wymogom określonym w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto posiadały one aktualne i zgodne ze stanem faktycznym wpisy do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 100–113 ustawy o działalności leczniczej), powołały rady społeczne i prowadziły wymaganą szpitalną dokumentację medyczną zbiorczą⁵⁷. Tym samym, w przeważającej mierze, dyrektorzy szpitali klinicznych wypełnili dyspozycję art. 204 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, nakazującą kierownikom publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających w dniu wejścia w życie tej ustawy, dostosowanie, w terminie do 31 grudnia 2012 r., ich działalności oraz statutu i regulaminu organizacyjnego do przepisów ustawy oraz dokonanie wpisu do rejestru.

NIK stwierdziła nieliczne formalne uchybienia i nieprawidłowości w pięciu szpitalach w **Katowicach, Gdańsku, Wrocławiu, Szczecinie i Łodzi**, polegające na niezgodności zapisów regulaminów organizacyjnych z rejestrem podmiotów leczniczych i ze stanem faktycznym, braku danych w dokumentacji zbiorczej wewnętrznej wymaganych § 33 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz składania wniosków o dokonanie zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą po terminie określonym w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej⁵⁸.

2. Kontrolowane szpitale prowadziły działalność medyczną w bardzo szerokim zakresie w ramach klinik/oddziałów klinicznych, oddziałów szpitalnych, zakładów i pracowni. Udzielały świadczeń medycznych m.in. w następujących rodzajach: leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – programy lekowe, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, podstawowa opieka zdrowotna, badania diagnostyczne.

⁵⁵ Zgodnie z § 10 ust. 1 wzoru umowy: „Za wykonanie przedmiotu Umowy Sponsor zobowiązuje się wypłacić Ośrodkowi Badawczemu oraz pozostałym członkom Zespołu badawczego za każde kompletne i zaakceptowane przez Sponsora badanie jednego pacjenta wynagrodzenie łącznie w kwocie (...), z czego kwota (...) należy jest dla Ośrodka Badawczego, a kwota (...) należy jest badaczowi i zespołowi badawczemu. W zależności od odbytych wizyt, wynagrodzenie może być odpowiednio niższe, a szczegółowy podział wynagrodzenia za poszczególne wizyty dla Ośrodka Badawczego i Zespołu badawczego określa załącznik nr 4”.

⁵⁶ Kwota składała się z 1 wpłaty – 32,5 tys. zł oraz dodatkowej opłaty wpisowej za każdego pacjenta w kwocie 0,56 tys. zł x 34 pacjentów = 19,04 tys. zł.

⁵⁷ Obowiązek sporządzania i prowadzenia dokumentacji zbiorczej wewnętrznej wynika z § 12 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177) i obejmuje: księgę główną przyjęć i wypisów, księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych, księgi chorych oddziału, księgi raportów lekarskich, księgi raportów pielęgniarskich, księgi zabiegów, księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, księgi bloku porodowego albo sali porodowej, księgi noworodków, księgi pracowni diagnostycznej.

⁵⁸ Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Kontrolowane szpitale prawidłowo realizowały kontrakty zawarte z NFZ.

Przychody uzyskiwane przez szpitale z tytułu opłat pobieranych od pacjentów, zarówno ubezpieczonych, jak i nieubezpieczonych, nie przekraczały 1% przychodów ogółem. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych była określana w cennikach opłat, stanowiących załącznik do regulaminów organizacyjnych szpitali.

- *Jedynie w Szpitalu w Lublinie stwierdzono, że przed 24 kwietnia 2013 r. opłaty pobierane były od pacjentów na podstawie zarządzenia Dyrektora placówki, co było niezgodne z art. 24 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej. Jak wyjaśniono prace nad zmianami Regulaminu Organizacyjnego rozpoczęły się po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej. Jednakże z uwagi na kompleksowość zmian i potrzebę dokonania szczegółowej interpretacji przepisów ustawy, wprowadzenia tekstu jednolitego Regulaminu dokonano 24 kwietnia 2013 r., tj. najbliższym możliwym terminie.*

W kontrolowanych jednostkach nie stwierdzono pobierania opłat od ubezpieczonych pacjentów za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z NFZ oraz z tytułu dopłat za wyższy standard świadczenia zdrowotnego (lepszy materiał, nowocześniejsza technologia, itp.).

3. Wszystkie kontrolowane szpitale korzystały z możliwości zlecenia podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych. Decydowano się na zlecenie w sytuacji, gdy szpital nie miał możliwości wykonania konkretnego świadczenia (np. jednostka nie posiadała potrzebnego sprzętu lub przeszkolonego personelu), w sytuacjach awaryjnych (np. awaria sprzętu) lub było to konsekwencją analizy ekonomicznej ich opłacalności.

Udział kosztów usług medycznych zleczanych podmiotom zewnętrznym nie przekraczał poziomu 5% wszystkich realizowanych w danym okresie świadczeń zdrowotnych.

W żadnym ze skontrolowanych szpitali nie zakwestionowano decyzji o zleceniu usługi medycznej podmiotowi zewnętrznemu oraz efektywności ekonomicznej tej decyzji.

W wyniku badania zgodności sposobu zlecenia wykonywania usług medycznych podmiotom zewnętrznym z wymogami określonymi w art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej, w tym w szczególności prawidłowości określenia wartości zamówienia, zastosowanej procedury konkursu ofert i brzmienia zawartej umowy, stwierdzono nieprawidłowości w siedmiu szpitalach:

- **Szpital w Bydgoszczy:** *W konkursie nr 12/FKM/2013 ogłoszonym 25 marca 2013 r. obejmującym 5 zakresów badań⁵⁹ (o wartości 633,0 tys. zł) Szpital:*

1) w pięciu na 72 przypadki, w wyniku dokonania błędnych obliczeń, nie wybrał najkorzystniejszych ofert złożonych w postępowaniu. Jak wyjaśniono oferty te wybrano w wyniku pomyłki;

2) nierzetelnie przygotował postępowanie, gdyż wzór formularza ofertowego nie przewidywał podania przez oferentów liczby oferowanych świadczeń zdrowotnych, tj. liczby badań diagnostycznych. Z art. 149 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 26 ust 4 ustawy o działalności leczniczej wynikało, że odrzuca się ofertę świadczeniodawcy, w której nie określono proponowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej;

3) nie ustalił całkowitej szacunkowej wartości zamówienia, co było niezgodne z przepisami art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, a w konsekwencji nie ustalił, także kwoty przeznaczonej na ich finansowanie, przez co nie mógł dokonać, stosownie do art. 150 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, oceny, czy najkorzystniejsza oferta nie przekraczała kwoty przeznaczonej na jej finansowanie, w którym to przypadku dyrektor winien unieważnić postępowanie.

Ponadto Szpital nierzetelnie przeprowadził dwa konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nr: 26/NHR-K/2014⁶⁰ i 58/NHR-K/2014⁶¹. W postępowaniach tych nie ustalił całkowitej szacunkowej wartości zamówień oraz kwoty przeznaczonej na ich finansowanie.

⁵⁹ Patomorfologicznych, laboratoryjnych, mikrobiologicznych innych usług medycznych, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych.

⁶⁰ Ogłoszony 7 marca 2014 r.

⁶¹ Ogłoszony 9 lipca 2014 r.

Zwrócono też uwagę, że uzależnienie w kontrakcie (umowie dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych) wysokości wynagrodzenia jedynie od zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych z NFZ (jako procentowy udział od tej sprzedaży) prowadziło w niektórych przypadkach do sytuacji, w których lekarze otrzymywali takie samo wynagrodzenie pomimo tego, że przepracowali różną liczbę godzin. Analiza dwóch przypadków wykazała, że lekarze wykonujący ten sam rodzaj świadczeń zdrowotnych otrzymali takie samo wynagrodzenie wynikające z umowy w wysokości 26,5 tys. zł, pomimo że jeden z lekarzy przepracował o 57% godzin więcej niż drugi. NIK podniosła również, iż takie ustalenie wynagrodzenia uniemożliwiało określenie całkowitej wartości kontraktu, a tym samym prowadziło do niemożności dokonania oceny, czy spełniona została przesłanka zobowiązująca Szpital do przekazania ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania z konkursu ofert Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich⁶².

- **Szpital w Białymstoku:** Nie przeprowadzono w 2010 roku postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki przy użyciu tomografu komputerowego (TK) i rezonansu magnetycznego (MR), wymaganego art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zamiast tego aneksem przedłużono umowę na udzielanie tych świadczeń, zawartą 25 lipca 2005 r. z CM „Diagnostyka” na 5 lat, mimo że zgodnie z art. 35a ust. 5 pkt 1 wówczas obowiązującej ustawy o zoz, umowa zawarta na czas określony ulegała rozwiązaniu z upływem czasu na jaki została zawarta (ponadto w umowie z 25 lipca 2005 r. nie przewidziano możliwości jej przedłużenia⁶³). Umowę tę przedłużono do czasu uzyskania zgody Ministra Skarbu Państwa na wydzierżawienie nieruchomości w celu wykonywania tych świadczeń. Do zakończenia kontroli NIK Szpital nie wystąpił jednak o tę zgodę, czym naruszył wymogi art. 5a ust. 1 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa⁶⁴.

Dopiero 14 sierpnia 2014 r. Szpital ogłosił konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki TK i MR, a – z powodu jego nierozstrzygnięcia – do końca 2014 roku przeprowadzono jeszcze cztery postępowania. Ostatecznie konkurs został rozstrzygnięty po zakończeniu kontroli NIK (23 grudnia 2014 r. na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informację, że konkurs wygrała TMS „Diagnostyka”, tj. podmiot, który utworzył CM „Diagnostyka”). Planowaną wartość kontraktu, który miał być zawarty na osiem lat ustalono w szczegółowych warunkach konkursu ofert na 41.115,8 tys. zł.

Z ustaleń NIK wynika jednak, że:

- występując do Ministra Skarbu Państwa o zgodę na wydzierżawienie nieruchomości w celu wykonywania tych świadczeń w nowej lokalizacji wskazano już CM „Diagnostyka” jako dzierżawcę (zgodę taką USK otrzymał 30 września 2013 r.);
- jeszcze przed zakończeniem postępowań konkursowych, tj. 29 września 2014 r. Szpital wydzierżawił CM „Diagnostyka” pomieszczenia, w których miały być udzielane świadczenia będące przedmiotem konkursu. Umowę tę zawarto na osiem lat, zaś wysokość czynszu ustalono na 34 zł netto za m², a następnie obniżono ją – na wniosek złożony przez CM „Diagnostyka” w dniu podpisania umowy – do 4 zł/m² brutto do czasu uzyskania zezwolenia na użytkowanie obiektu;
- przed rozstrzygnięciem konkursu w pomieszczeniach wydzierżawionych CM „Diagnostyka” już zainstalowano dwa rezonanse magnetyczne 3T i 1,5T oraz 320-rzędowy tomograf komputerowy „Aquilion One” (wykonywanie badań na takich urządzeniach było jednym z warunków konkursu);
- już w trakcie trwania czwartego konkursu TMS „Diagnostyka” wystąpił do Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego o wydanie zezwolenia na uruchomienie i stosowanie tomografu komputerowego „Aquilion One” w nowo wybudowanym budynku USK, zaś decyzje zezwalające na uruchomienie pracowni rentgenowskiej i stosowanie tego tomografu, PPWIS wydał 19 listopada 2014 r. (na ponad miesiąc przed rozstrzygnięciem konkursu).

⁶² Zgodnie z art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, dyrektor przekazuje ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130.000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.

⁶³ Prawidłowość zawarcia umowy była przedmiotem kontroli Delegatury NIK w Białymstoku (P/08/099), przeprowadzonej w IV kwartale 2008 r. NIK negatywnie oceniła wówczas warunki na jakich przekazano wykonywanie usług diagnostycznych przy użyciu tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego, zaś okoliczności poprzedzające zawarcie umowy wskazywały, że całość postępowania ukierunkowana była na przekazanie tej diagnostyki do realizacji Centrum Medycznemu „Diagnostyka”, bowiem umowę zawarto po NIK przekazaniu diagnostyki TK i MR było niekorzystne finansowo dla USK.

⁶⁴ Dz. U. z 2012 r., poz.1224.

- **Szpital w Gdańsku:** w latach 2013–2014 (do 30.06) zlecił wykonanie świadczeń zdrowotnych na łączną kwotę 989,9 tys. zł 38 podmiotom zewnętrznym bez zawarcia umowy w formie pisemnej, co naruszało art. 27 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz było niezgodne z pkt. 4 i 5 obowiązującej w Szpitalu „Instrukcji zasad zakupu procedur medycznych przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne”. Ponadto w trzech przypadkach, spośród 38 wyżej wymienionych (których realizacja w 2013 r. wyniosła odpowiednio: 249,9 tys. zł, 95,9 tys. zł i 85,7 tys. zł), nie zachowano trybu określonego w art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, tj. nie przeprowadzono postępowania konkursowego na udzielenie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych.
- **Szpital w Poznaniu:** w szczegółowych warunkach opracowanych dla dwóch konkursów ofert, nie zawarto elementów wskazanych w § 6, ust. 3 lit. d „Regulaminu udzielania zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w trybie konkursu ofert”⁶⁵ (dalej: „Regulamin zamówień”) tj.: obowiązku zamieszczenia w ofercie danych dotyczących kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych⁶⁶. Ponadto Firma D., uczestnicząca w dwóch postępowaniach przetargowych⁶⁷, nie została wezwana do usunięcia braków w złożonych ofertach. Obowiązek wezwania oferenta do uzupełnienia braków, pod rygorem odrzucenia oferty, wynikał z § 18 ust. 2 Regulaminu zamówień. Opisane zaniechanie stanowiło naruszenie art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, w związku z art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Umowy dotyczące przeprowadzonych w 2013 r. i w 2014 r. konkursów ofert na wykonywanie badań tomograficznych, zawarte pomiędzy Szpitalem a firmą D., nie zawierały informacji o minimalnej liczbie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, wymaganych art. 27 ust. 4 pkt 3 ustawy.

W dwóch umowach w sprawie wykonywania badań genetycznych wirusów, bakterii, pierwotniaków i grzybów, zawartych przez Szpital 18 października 2013 r., brak było postanowień dotyczących szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, co stanowiło naruszenie art. 27 ust. 4 pkt 8 ustawy.

W dniu 9 maja 2014 r. Szpital zapłacił fakturę nr 146/03/2014 w kwocie 68,6 tys. zł z tytułu realizacji umowy nr 7/DSRiSUM/2013 z dnia 30 sierpnia 2013 r., zawartej przez Szpital z firmą D. w sprawie wykonywania usług medycznych, co skutkowało przekroczeniem ustalonej w tej umowie maksymalnej wysokości wynagrodzenia⁶⁸ o kwotę 68,5 tys. zł. Aneks do przedmiotowej umowy, zwiększający jej wartość do poziomu dającego podstawę do uregulowanie ww. zobowiązania⁶⁹, został zawarty w dniu 10 czerwca 2014 r.⁷⁰ Postępowanie to naruszało art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne mogą być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Jak wyjaśniono, Szpital powziął wiadomość o przekroczeniu maksymalnej wartości wynagrodzenia kontrahenta po zapłaceniu ww. faktury, co doprowadziło do zawarcia stosownego aneksu. Przekazanie kontrahentowi środków bez upoważnienia wynikającego z zawartej umowy i opóźnione stwierdzenie przekroczenia dopuszczalnego limitu wydatków z tytułu jej realizacji, świadczą także o niezapewnieniu wystarczającego nadzoru w przedmiotowym obszarze.

- **Szpital w Warszawie:** podpisał na czas nieokreślony trzy umowy z RCKiK⁷¹ na zaopatrzenie szpitala w krew i jej składniki z pominięciem przepisów art. 26, 26a i 27 ustawy o działalności leczniczej Szpital. W umowach z RCKiK nie określono wartości szacunkowej zamówienia. Realizacja umowy odbywała się na podstawie cząstkowych zamówień składanych przez Szpital, po cenach obowiązujących w cenniku. W okresie objętym kontrolą koszty zaopatrzenia Szpitala w krew i jej pochodne wyniosły łącznie: 1.841,2 tys. zł, z tego: w RCKiK w Słupsku – 368,1 tys. zł w 2013 r., RCKiK w Radomiu – 645,3 tys. zł w 2013 r. i RCKiK w Warszawie łącznie 827,9 tys. zł, z tego 799,0 tys. zł w 2013 r. i 28,8 tys. zł w 2014 r. Zrealizowana wartość każdej z umów zawartych z RCKiK przekraczała równowartość kwoty 30.000 euro i wymagała udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert, stosownie do postanowień art. 26 ust. 1 i ust. 3 o działalności leczniczej.

⁶⁵ Zarządzenie Dyrektora Szpitala Nr 1/02/2012 z dnia 6 lutego 2012 r.

⁶⁶ Dotyczący przeprowadzonego w 2013 r. konkursu ofert na wykonywanie badań tomograficznych (w zakresie dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu i dyplomów posiadanych specjalizacji) oraz przeprowadzonego w 2014 r. konkursu ofert na wykonywanie badań tomograficznych i rezonansu magnetycznego (w zakresie prawa wykonywania zawodu).

⁶⁷ Dotyczący przeprowadzonego przez Szpital w 2013 r. konkursu ofert na wykonywanie badań tomograficznych oraz dotyczący przeprowadzonego w 2014 r. konkursu ofert na wykonywanie badań tomograficznych i rezonansu magnetycznego.

⁶⁸ 314,6 tys. zł.

⁶⁹ 750 tys. zł.

⁷⁰ W ww. aneksie, jako dzień jego wejścia w życie podano datę 1 marca 2014 r.

⁷¹ W Słupsku, Radomiu, Warszawie.

- Stwierdzono też, że **szpital w Lublinie** dokonał wyboru wykonawcy badań patomorfologicznych z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych, co stanowi naruszenie art. 7 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych. Wartość wykonania zawartej z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie umowy z dnia 30 stycznia 2012 r. wyniosła 155,29 tys. zł i tym samym przekraczała równowartości kwoty 14.000 euro. Szpital nie mógł dokonać wyboru Uniwersytetu w drodze konkursu, na podstawie art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej, ponieważ Uniwersytet nie był podmiotem wykonującym świadczenia medyczne i nie był wpisany do rejestru placówek wykonujących działalność leczniczą.
- Z kolei **szpital w Łodzi** umowę pomiędzy szpitalem a uczelnią na wykonanie diagnostycznych badań patomorfologicznych przez Uniwersytet z 31 grudnia 2011 r. nie zawarł w wyniku przeprowadzonego postępowania przetargowego, pomimo że Szpital w wyniku jej realizacji w 2012 r. poniósł koszty w wysokości 268,8 tys. zł, a w 2013 r. – 243,1 tys. zł. Zgodnie z art. 7 ust. 3 w zw. z 4 pkt 8 pzp, w brzmieniu obowiązującym w okresie trwania umowy, zamówienia, których wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 14.000 euro, udziela się wyłącznie wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami ustawy. Od 2014 r. uczelnia przekazała szpitalowi Zakład Patomorfologii w bezpłatne używanie.

Ponadto ustalono, że siedem szpitali zlecało usługi transportu sanitarnego bez zastosowania przepisów o zamówieniach publicznych. Stosownie do art. 44 ust. 4 ustawy o finansach publicznych i art. 7 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych, wykonawca usługi transportu sanitarnego powinien zostać wybrany zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Pierwszy z ww. przepisów stanowi bowiem, że jednostki sektora finansów publicznych zawierają umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej. Drugi zaś, że zamówienia udziela się wyłącznie wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami ustawy.

Szpital kliniczny, jako podmiot leczniczy będący jednostką sektora finansów publicznych, w zakresie kontraktowania usług transportu sanitarnego, musi stosować przepisy o zamówieniach publicznych, a nie przepisy art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej, które odnoszą się wyłącznie do zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Usługi transportu sanitarnego nie mieszczą się w definicji świadczenia zdrowotnego, zawartej w artykule 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach, sformułowanej w sposób następujący: „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”.

Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w szpitalach w: **Krakowie, Katowicach, Białymstoku, Gdańsku, Lublinie, Wrocławiu oraz CMKP**. Przy czym w sześciu przypadkach zlecenie usług transportu sanitarnego poprzedzono postępowaniem konkursowym, a w **szpitalu w Białymstoku** zawarcie stosownych umów nie zostało poprzedzone żadnym postępowaniem.

Należy zauważyć, że udzielenie zamówienia publicznego, wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych, stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określoną w art. 17 ust. 1 b pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

3.2.2.3. Sytuacja ekonomiczna

1. Plany finansowe większości kontrolowanych szpitali na lata 2013–2014 nie zawierały wszystkich obligatoryjnych elementów wyszczególnionych w art. 31 ustawy o finansach publicznych. Plany te nie zawierały następujących pozycji:

- 1) kwoty dotacji z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego (art. 31 pkt 2) **Szpital w: Katowicach, Warszawie i Gdańsku** (tylko w planie na 2013 r.);

2) kosztów płatności odsetkowych wynikających z zaciągniętych zobowiązań (art. 31 pkt 3 lit. b): **Szpital w: Katowicach, Warszawie i Gdańsku** (tylko w planie na 2013 r.);

3) środków na wydatki majątkowe (art. 31 pkt 4): **Szpital w: Warszawie i Gdańsku** (tylko w planie na 2013 r.);

4) środków przyznanych innym podmiotom (art. 31 pkt 5): **Szpital w: Katowicach, Poznaniu, Warszawie i Gdańsku** (tylko w planie na 2013 r.);

5) stanu należności i zobowiązań na początek i koniec roku (art. 31 pkt 6): **Szpital w: Bydgoszczy, Katowicach, Łodzi, Białymstoku, CMKP, Lublinie, Warszawie, Wrocławiu;**

6) stanu środków pieniężnych na początek i koniec roku (art. 37 pkt 7): **Szpital w: Bydgoszczy, Katowicach, Łodzi, Białymstoku, CMKP, Lublinie, Warszawie, Wrocławiu.**

W przypadku trzech szpitali doszło do opóźnień w ustaleniu planów finansowych, co naruszało art. 30 ust. 2 ustawy o finansach publicznych i art. 53 ustawy o działalności leczniczej i powodowało prowadzenie gospodarki bez ustalonych planów:

Należy podkreślić, że dyrektorzy szpitali są zobowiązani do prowadzenia gospodarki finansowej od początku roku na podstawie planu, który powinien podlegać na bieżąco korektom, tak aby dane brane pod uwagę w podejmowaniu decyzji finansowych były aktualizowane.

W zakresie rzetelności ustalania planu finansowego i jego realizacji stwierdzono m.in. następujące nieprawidłowości:

- **Szpital w Warszawie:** z analizy wykonania Planu finansowego na 2013 r. wynika, że wystąpiły różnice pomiędzy danymi prezentowanymi w tym dokumencie a sprawozdaniem finansowym za 2013 r.⁷² za ten sam okres. Niedopuszczalna i sprzeczna ze standardem 16 i 17 kontroli zarządczej⁷³ jest sytuacja, aby w jednostce wykorzystywano materiały informacyjne o różniących się wartościach dotyczących tego samego obszaru za ten sam okres. Skutkiem takich rozbieżności jest nieład informacyjny, który może utrudniać Kierownictwu Szpitala podejmowanie decyzji zarządczych.

Ponadto zastrzeżenia NIK dotyczyły uwzględnienia w Planie inwestycyjnym na 2013 r. po zmianach, realizacji czterech zadań budowlanych i modernizacyjnych w Klinice Położnictwa i Ginekologii⁷⁴, wyłączonej ze struktury organizacyjnej Szpitala⁷⁵ oraz nieokreślenia lokalizacji dla zaplanowanych dziewięciu zadań budowlanych i modernizacyjnych⁷⁶.

Zwrócono też uwagę, że w badanym okresie Szpital nie ustalił wewnętrznej procedury dotyczącej wniosków inwestycyjnych, a przy planowaniu zadań inwestycyjnych nie dokonywano analizy efektywności inwestycji. Wymóg sporządzenia analizy efektywności inwestycji budowlanych finansowanych z budżetu państwa wynika z § 6 ust. 1 lit. b) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa⁷⁷.

- **Szpital w Poznaniu:** zmiany w planie rzeczowo-finansowym Szpitala dotyczące zmniejszenia lub zwiększenia przychodów Szpitala, wynikające z umów zawartych z NFZ w I połowie 2013 r.⁷⁸, zostały przedłożone Radzie

⁷² Zweryfikowanym przez biegłego rewidenta – opinia z dnia 24 kwietnia 2014 r.

⁷³ Określonym w załączniku 1 do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. w sprawie kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

⁷⁴ W Planie inwestycyjnym w zakresie prac budowlanych i modernizacyjnych na 2013 r. w pozycjach: 33, 34, 35, 36.

⁷⁵ Rada Społeczna Szpitala uchwałą Nr 1/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r. pozytywnie zaopiniowała wydzielenie ze struktur Szpitala Kliniki Położnictwa i Ginekologii, natomiast w dniu 5 sierpnia 2013 r. została zawarta umowa pomiędzy Szpitalem a nowopowstałym podmiotem leczniczym, tj. Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM Sp. z o.o. o użyczenie Szpitalowi nieruchomości zabudowanej położonej przy Placu Starynkiewicza, w której funkcjonowała Klinika Położnictwa i Ginekologii.

⁷⁶ W Planie inwestycyjnym na 2013 r. w pozycjach: 38, 39, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50.

⁷⁷ Dz. U. Nr 238, poz. 1579.

⁷⁸ Umowy z NFZ nr 150005245/03/5/0026/0/12/14 (leczenie szpitalne/programy lekowe), nr 150003181/5/0051/0/13/14 (leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne).

Spółecznąą celem ich zaakceptowania 17 grudnia 2013 r. Jak wyjaśniono, plan nie był aktualizowany do grudnia, ze względu na brak takiej konieczności, co wynikało z przyjęcia zasady, że zmiany tego rodzaju wprowadzane są dopiero w sytuacji „uwiarygodnienia finalnej wartości przychodów” z końcem roku kalendarzowego. W ocenie NIK praktyka ta powodowała nieaktualność zawartych w planie informacji.

2. W strukturze przychodów kontrolowanych szpitali dominującą pozycję stanowiły przychody uzyskane w ramach kontraktów z NFZ, które stanowiły od 75% do 90% przychodów ogółem.

2.1. Stwierdzono niską skuteczność prowadzonych windykacji należności, niezależnie czy były one prowadzone we własnym zakresie, czy też zlecane podmiotom obcym

Najistotniejsze stwierdzone nieprawidłowości w zakresie egzekwowania należności przez szpitale polegały na:

- **Szpital w Katowicach:** nie podejmował działań w celu windykacji należności, co zostało stwierdzone na przykładzie pięciu największych kwotowo należności przeterminowanych, na łączną kwotę 96,3 tys. zł. Jako przyczynę powstania nieprawidłowości Szpital wskazał nienależyte wywiązywanie się z obowiązków przez pracowników działu księgowo-finansowego oraz kancelarii prawnej zajmującej się obsługą prawną.
- **Szpital w Łodzi:** nie opracował sformalizowanych zasad/procedur dochodzenia należności, w zakresie m.in. terminów wysyłania wezwań do zapłaty, kierowania spraw do sądu i komornika oraz podejmowania innych czynności windykacyjnych. Stwierdzono, że: w siedmiu przypadkach pierwsze wezwania do zapłaty Szpital wystawił z opóźnieniem od 5 do 10 miesięcy w stosunku do terminu wymagalności należności; jednemu z dłużników, spłacającemu zaległość w miesięcznych ratach, nie naliczono odsetek z tytułu nieterminowej płatności należności za okres od pierwotnej daty jej wymagalności do daty decyzji ratalnej; zaległości dwóch podmiotów nie zostały objęte wezwaniami do zapłaty:

Ponadto noty odsetkowe z tytułu opóźnień w zapłacie Szpital wystawiał na koniec roku i wyłącznie w przypadku spłaconych zaległości. Było to niezgodne z art. 42 ust. 5 ustawy o finansach publicznych, zobowiązującego jednostki sektora finansów publicznych do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny. Zgodnie z zasadami naliczania odsetek z tytułu nieterminowej zapłaty należności, uregulowanymi w Rozdziale 3 § 3 obowiązującej w Szpitalu Polityki Rachunkowości⁷⁹, Szpital winien naliczać odsetki od przeterminowanych należności nie rzadziej niż raz w roku. Przyjęty przez Szpital sposób naliczania odsetek za zwłokę w płatnościach był niezgodny z dyspozycją art. 6 uor, stosownie do którego w księgach rachunkowych jednostki należy ująć wszystkie osiągnięte, przypadające na jej rzecz przychody i obciążające ją koszty związane z tymi przychodami dotyczące danego roku obrotowego, niezależnie od terminu ich zapłaty, a dla zapewnienia współmierności przychodów i związanych z nimi kosztów do aktywów lub pasywów danego okresu sprawozdawczego zaliczane winny być koszty lub przychody dotyczące przyszłych okresów oraz przypadające na ten okres sprawozdawczy koszty, które jeszcze nie zostały poniesione. Jednocześnie, stosownie do art. 24 ust. 2 uor, księgi rachunkowe uznaje się za rzetelne, jeżeli dokonane w nich zapisy odzwierciedlają stan rzeczywisty. W tym przypadku, wykazywany w księgach rachunkowych Szpitala stan należności (przypisów) był zaniżony, w konsekwencji nienaliczania odsetek od zaległości niezapłaconych. Na dzień 31 grudnia 2013 r. kwota odsetek od należności niezapłaconych wyniosłaby 233,9 tys. zł. O tę kwotę – zdaniem NIK - zwiększyłyby się na dzień 31 grudnia 2013 r. należności wykazywane w księgach rachunkowych Szpitala.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 37/2014 Dyrektora Szpitala, z dnia 15 grudnia 2014 r. wprowadzony został aneks do Polityki Rachunkowości uwzględniający naliczanie odsetek od niezapłaconych faktur w okresach kwartalnych. Jednocześnie NIK zauważa, że przyjętej w Szpitalu praktyki wystawiania na koniec roku not odsetkowych do spłaconych zaległości, nie można uznać za prawidłową. Takie działanie powoduje, że noty wystawiane są w niektórych przypadkach z niemal rocznym opóźnieniem. NIK zauważa, że jest to sprzeczne z interesem Szpitala, zgodnie z którym pozostaje jak najszybsze poinformowanie dłużnika o należnych do uregulowania odsetkach za zwłokę w zapłacie należności.

Ponadto stwierdzono, że w sprawozdaniu Rb-N za IV kwartał 2013 r. Szpital błędnie wykazał kwoty należności wymagalnych i niewymagalnych. Zgodnie z przepisem § 2 ust. 2 w zw. z § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁸⁰, jednostkowe, kwartalne sprawozdanie o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych sporządzane jest na podstawie ksiąg rachunkowych lub ewidencji księgowej danej jednostki oraz innych

⁷⁹ Wprowadzonej do stosowania zarządzeniem wewnętrznym nr 1/2010 Dyrektora Szpitala z dnia 14 stycznia 2010 r. i zmienionej zarządzeniami nr 1A/2011 z dnia 3 stycznia 2011 r. oraz nr 42/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r.

⁸⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 1773.

wiarygodnych dokumentów poświadczających istnienie danej należności. Wystąpienie błędów w sprawozdaniu spowodowane było pomyłką przy przepisywaniu kwot z ksiąg rachunkowych. Ponadto wskazano, że nie ma możliwości skorygowania sprawozdania z uwagi na upływ sześciu miesięcy od końca okresu sprawozdawczego.

- **Szpital w Poznaniu:** umorzono przedawnione należności w kwocie 40 tys. zł z tytułu opłaty za leczenie szpitalne, nieuiszczone przez 21 pacjentów b. Specjalistycznego Szpitala Klinicznego w Poznaniu (włączonego do szpitala z dniem 2 stycznia 2013 r.) pomimo braku podstawy prawnej do takiego działania. Przesłanką, z powodu której Szpital umorzył te należności było przedawnienie. Takiej przesłanki umorzenia należności jednostki sektora finansów publicznych nie przewidują przepisy art. 55–59 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, jak również § 7 Regulaminu dochodzenia i umarzania wierzytelności przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Poznaniu.

Spośród pięciu objętych szczegółowym badaniem przeterminowanych należności Szpitala, we wszystkich przypadkach, w wezwaniach do zapłaty przekazywanych dłużnikom Szpitala⁸¹, nie zamieszczono informacji o rodzaju dochodzonych roszczeń oraz informacji o naliczonych odsetkach ustawowych, a do przedmiotowych wezwań nie dołączono prośby o potwierdzenie salda. Działanie to stanowiło naruszenie § 5, ust. 1, pkt 1.3 lit. d i oraz § 5, ust. 1, pkt 1.4 ww. regulaminu dochodzenia i umarzania wierzytelności.

Ponadto pierwsze wezwania do zapłaty należności z tytułu leczenia szpitalnego, Szpital przekazywał dłużnikom z przekroczeniem terminu wynikającego z przepisu § 5, ust. 1, pkt 1.2 ww. regulaminu dochodzenia i umarzania wierzytelności, według którego wezwanie do zapłaty winno być wysłane najpóźniej w terminie 44 dni od terminu płatności. Stwierdzone opóźnienia dotyczyły 20 dłużników (100% badanej próby) i wyniosły od 37 do 221 dni.

- **Szpital w Warszawie:** ewidencja należności dochodzonych na drodze sądowej nie była prowadzona zgodnie z art. 24 ustawy o rachunkowości. W badanym okresie na koncie 246 „Należności dochodzone na drodze sądowej”, nie zostały ujęte roszczenia od odbiorców usług medycznych, mimo że na drogę postępowania sądowego skierowano 74 takich spraw na kwotę 160,6 tys. zł. W 2013 r. w należnościach dochodzonych na drodze sądowej⁸² ujęto nieprawidłowo „nadwykonania” w kwocie 6.352,1 tys. zł podczas, gdy przeciw NFZ skierowano do sądu jeden pozew na kwotę 235,9 tys. zł. Natomiast w 2014 r. na koncie 246 nie ujęto 23 spraw skierowanych do sądu o łącznej wartości 7.348,1 tys. zł, w tym trzy dotyczące należności z tytułu tzw. „nadwykonań” na kwotę 6.644,5 tys. zł.

Szpital nie dochodził należności przeterminowanych od odbiorców na łączną kwotę 500,3 tys. zł (143 sprawy, z tego 132 dotyczące osób fizycznych na kwotę 262,5 tys. zł i 11 dot. podmiotów na kwotę 237,8 tys. zł). Analiza należności przeterminowanych dotyczących pięciu osób fizycznych wykazała, że Zespół Radców Prawnych nie skierował na drogę sądową dwóch pozwów z tytułu nieuregulowania należności za hospitalizację w wysokości odpowiednio 25,7 tys. zł i 10,5 tys. zł, co było działaniem nierzetelnym i niegospodarnym.

Zakładowy Plan Kont Szpitala nie zawierał: zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a), przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera – wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b), opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c). W Zasadach polityki rachunkowości nie ujęto wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe, o których mowa w art. 13 ustawy o rachunkowości.

Ponadto w Szpitalu obowiązywała nieaktualna Instrukcja obiegu dokumentów z 2004 r., która określała m.in. prawa i obowiązki pracowników zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych już nie funkcjonujących.

2.2. We wszystkich kontrolowanych szpitalach stwierdzono realizację świadczeń zdrowotnych przekraczającą limity wynikające z umów z NFZ. Świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach zawartych z NFZ obciążały wyniki finansowe kontrolowanych szpitali i zwiększały straty.

W szpitalach przyjęto niejednolite praktyki księgowania tych zdarzeń gospodarczych, co sprawiało, że wyniki finansowe tych podmiotów były nieporównywalne i nie odzwierciedlały stanu

⁸¹ Kontrahenci nr 52196, 50608, 70288, 40461, 70110.

⁸² Na koncie analitycznym 246-01.

faktycznego. Zjawisko to stanowi poważny problem mający wpływ na rachunek zysków i strat, który to dokument jest jednym z głównych mierników, na podstawie których oceniana jest kondycja finansowa jednostki.

Najczęstszymi sposobami księgowania było:

- ujmowanie całości przychodów wraz z nadwykonaniami w pozycji przychody ze sprzedaży, np:
 - **szpital we Wrocławiu:** na koniec 2013 r. należności Szpitala z tytułu nadwykonań umów z NFZ zaewidencjonowane w księgach rachunkowych na koncie 700-02-01- przychody z tytułu sprzedaży usług medycznych wyniosły 2 343,3 tys. zł;
- nieewidencjonowanie w księgach należności z tytułu nadwykonań i ujmowanie w przychodach danego roku jedynie świadczeń zapłaconych, np:
 - **szpital w Poznaniu:** nie ewidencjonował na koniec 2013 r. w księgach rachunkowych należności z tytułu nadwykonań umów z NFZ. Należności te, wg stanu na 31 grudnia 2013 r. wynosiły 12 167,7 tys. zł. Świadczenia zrealizowane ponad limit ustalony w poszczególnych umowach z NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej ewidencjonowane były w arkuszu kalkulacyjnym w układzie: zakres świadczeń, cena punktu, liczba i wartość świadczeń zakontraktowanych, liczba i wartość świadczeń zrealizowanych, procent wykonania oraz przekroczenia lub niewykonania.
- księgowanie całości nadwykonań w danym roku i dokonywanie później odpisów aktualizujących, np:
 - **szpital w Łodzi:** na koniec 2013 r. należności z tytułu tzw. nadwykonań umów z NFZ wynosiły 2.838,1 tys. zł. Powyższa kwota dotyczyła głównie leczenia szpitalnego i ujęta była w ewidencji konta 200 „Rozrachunki z odbiorcami z tytułu sprzedaży”, następnie – jako należność wątpliwa do odzyskania – objęta została odpisem aktualizacyjnym (w korespondencji z kontem 260).

W zależności od przyjętego sposobu księgowania nadwykonań wynik finansowy był zawyżany (gdy przychody nie pokrywały się z rzeczywiście otrzymanymi kwotami), zaniżany (gdy jednocześnie ujmowano koszty wykonania tych świadczeń, ale nie wykazywano ich po stronie przychodowej), rzeczywisty (gdy w ciężar kosztów ujmowane były tylko kwoty stanowiące różnicę pomiędzy wartością nadwykonań a kwotą faktycznie otrzymaną).

Zjawisko to stanowi poważny problem mający wpływ na rachunek zysków i strat, który to dokument jest jednym z głównych mierników, na podstawie których oceniana jest kondycja finansowa jednostki. Sposób rejestracji wartości świadczeń ponadlimitowych w rachunku zysków i strat może prowadzić do tzw. kreatywnej księgowości, czyli „poprawiania wyników”.

W ocenie NIK generowanie strat przez szpitale kliniczne z tytułu wykonanych świadczeń ponad limity określone w umowach z NFZ jest w obecnych systemie finansowania ochrony zdrowia nieuniknione. Dobre zarządzanie może jedynie zminimalizować to zjawisko.

3. Koszty finansowe w kontrolowanych szpitalach były tym wyższe, im trudniejsza była jego sytuacja finansowa i problemy z terminowym regulowaniem zobowiązań. Na koszty finansowe składały się m.in.: odsetki zapłacone i naliczone kontrahentom, utworzone rezerwy na przyszłe zobowiązania tytułem zapłaty odsetek za nieterminowe regulowanie zobowiązań wobec dostawców, odsetki i prowizje od pożyczek, odsetki od zobowiązań budżetowych, opłaty prolongacyjne, dyskonto, odsetki od porozumień, itp.

Na koniec 2013 r. wśród kontrolowanych szpitali osiem posiadało zobowiązania wymagalne, czego następstwem była zapłata przez te szpitale w latach 2013-2014 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) odsetek z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań. Stanowiło to naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, którego skutkiem

jest zapłata odsetek stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenia dyscypliny finansów publicznych z art. 16 ust. 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

- **Szpital w Warszawie:** dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych wynoszących na dzień 31 grudnia 2012 r. – 73.551,8 tys. zł, na 31 grudnia 2013 r. – 53.450,6 tys. zł i 30 czerwca 2014 r. – 57.205,1 tys. zł. Jak wyjaśniono powodem wzrostu poziomu zobowiązań wymagalnych było skrócenie terminów płatności wprowadzone nowelizacją ustawy o transakcjach handlowych (przed nowelizacją szpital korzystał z kredytów kupieckich do 120 dni, standardem były umowy od 90 do 120 dniowych terminów płatności, obecnie te terminy wynoszą 60 dni, co znacząco spiętrzyło poziom zobowiązań wymagalnych) oraz notowana corocznie strata na działalności Szpitala – deficyt wprost przekłada się na wzrost poziomu zobowiązań. W latach 2012–2013 Szpital zapłacił odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań wobec dostawców w wysokości 13.298,9 tys. zł, z tego: 8.623,3 tys. zł w 2012 r. i 4.675,6 tys. zł w 2013 r. W I połowie 2014 r. odsetki z tego tytułu wyniosły 1.883,4 tys. zł.
- **Szpital w Krakowie:** dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych, skutkiem czego była zapłata przez Szpital odsetek od nieterminowego regulowania zobowiązań w latach 2013–2014 (do 31 sierpnia) łącznie w wysokości 2.425,5 tys. zł.
- **Szpital w Bydgoszczy:** nieterminowo regulował swoje zobowiązania. Zobowiązania wymagalne na dzień: 31 grudnia 2012 r. wyniosły 45.624,7 tys. zł, na 31 grudnia 2013 r. – 65.934,6 tys. zł i na 30 czerwca 2014 r. – 70.117,5 tys. zł. W 2013 r. i I poł. 2014 r. zapłacono za zobowiązania z tytułu odsetek odpowiednio: 2.487,8 tys. zł i 1.828,5 tys. zł. Jak wyjaśniono nieterminowe regulowanie zobowiązań spowodowane było przede wszystkim bardzo trudną sytuacją finansową Szpitala, wynikającą m.in. ze wzrostu kosztów, w tym wynagrodzeń, jak również z uwarunkowań organizacyjnych. Wyjaśniono również, że podejmowane były działania zmierzające do poprawy sytuacji finansowej i pomimo poprawy wyniku finansowego zobowiązania wymagalne rosły, m.in. z uwagi na niesystematyczne regulowanie należności przez NFZ z tytułu nadwykonań ratujących życie.
- **Szpital w Katowicach:** dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych, czego następstwem była zapłata odsetek w kwocie 2.273,3 tys. zł w 2013 r. i 1.510,1 tys. zł w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 października 2014 r.
- **Szpital w Gdańsku:** wystąpiły zobowiązania wymagalne w 2012 r. w kwocie 42.964,8 tys. zł, w 2013 r. w kwocie 23.014,9 tys. zł i w I półroczu 2014 r. w kwocie 13.572,5 tys. zł. Z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań Szpital zapłacił odsetki od zobowiązań w kwotach: 1.359,3 tys. zł w 2012 r., 1.193,5 tys. zł w 2013 r. i 203,1 tys. zł do 30.06.2014 r. Jak wyjaśniono głównymi powodami dopuszczenia do powstania zobowiązań wymagalnych było niedoszacowanie procedur medycznych finansowanych przez NFZ i MZ oraz brak bieżącego finansowania przez NFZ wykonanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych oraz tzw. „nadwykonań” – procedur ratujących życie oraz procedur nielimitowanych.
- **Szpital we Wrocławiu:** dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych, (tj. zobowiązań, których termin zapłaty upłynął). W 2012 r. była to kwota 71.920,2 tys. zł, w 2013 r. – 73.668,9 tys. zł, zaś w I półroczu 2014 r. – 74.234,8 tys. zł. Wskutek powyższego naliczone zostały i zapłacone odsetki w łącznej wysokości 6.390,6 tys. zł, z czego 3.492,7 tys. zł uiszczono w 2013 r. i 2.897,8 tys. zł w I półroczu 2014 r. Jako przyczynę dopuszczenia do powstania zobowiązań, w tym wymagalnych oraz zapłaty odsetek za nieterminowe regulowanie tych zobowiązań wskazano m.in. zadłużenie wygenerowane przez Szpital z lat ubiegłych, konieczność zapłaty najstarszych zobowiązań, co powoduje powstawanie nowych zobowiązań bieżących.
- **Szpital w Lublinie:** doprowadził do powstania zobowiązań wymagalnych, ponosząc wydatki z tytułu odsetek za nieterminowe płatności w wysokości 757,54 tys. zł w 2013 r. i 248,16 tys. zł w I połowie 2014 r. Wyjaśniono, że zobowiązania wymagalne powstały na skutek udzielania świadczeń ponad limit określony w umowach z NFZ. Fundusz płacił w danym roku kalendarzowym wyłącznie za świadczenia zrealizowane w ramach kontraktów. Opłaty za świadczenia wykonane ponad limit Szpital musiał odzyskiwać często dopiero na drodze sądowej.

Ponadto w **szpitalu w Warszawie** stwierdzono nieprawidłowość polegającą na zrealizowaniu zakupu implantów kręgosłupowych o wartości 445,3 tys. zł z pominięciem ustawy Prawo zamówień publicznych i bez uwzględnienia środków na ten cel w planie finansowym Szpitala na 2013 r.: Kierownictwo Kliniki zaciągnęło zobowiązania na kwotę 150,5 tys. zł, (137,8 tys. zł w 2013 r. i 12,7 tys. zł w 2014 r.) bez uzgodnienia z Głównym Księgowym i z pominięciem ustawy Prawo zamówień publicznych.

W kwietniu 2014 r. zapisy w księgach rachunkowych, dotyczące faktur na zakup implantów kręgosłupowych, ujęte w roku 2013 r. zostały skorygowane w 2014 r. Na wszystkich fakturach został

skreślony podpis Zastępcy Głównego Księgowego (bez parafy i daty skreślenia), wykreślono również poprzedni wpis dotyczący zakupu implantów – dokonany przez b. Kierownika Apteki, a wprowadzono nowy o treści „zakup nieobjęty umową przetargową, po weryfikacji” – podpisany przez Kierownika Apteki, która nie była zatrudniona w Szpitalu w okresie realizacji dostaw przedmiotowych implantów. Według informacji udzielonej NIK przez dostawcę implantów z dnia 12 stycznia 2015 r., aktualnie należna spółce kwota z tytułu dostaw implantów kręgosłupowych wynosi 648,4 tys. zł, z czego 569,1 tys. zł jest wymagalna na dzień sporządzenia informacji, zaś kwota 79,4 tys. zł stanie się wymagalna od 15 stycznia do 9 kwietnia 2015 r.

Bez podstawy prawnej skorygowano zapisy w księgach rachunkowych 2013 r. o kwotę 92,6 tys. zł, naruszając zasadę rzetelnego prowadzenia ksiąg rachunkowych wyrażoną w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 24 września 1994 r. o rachunkowości: księgi rachunkowe uznaje się za rzetelne, jeżeli dokonane w nich wpisy odzwierciedlają stan rzeczywisty.

4. Największy udział w strukturze zatrudnienia w kontrolowanych szpitalach miały pielęgniarki (w granicach 30–35%, a nawet ok. 45%) oraz lekarze (średnio w granicach 20–30%). Udział pracowników administracji w łącznym zatrudnieniu oscylował w granicach kilku procent.

W I połowie 2014 r. średnia zatrudnienia w kontrolowanych szpitalach wyniosła 1.543 etatów, a średnie miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 pracownika wyniosło blisko 3,9 tys. zł i w porównaniu do roku ubiegłego praktycznie nie uległo zmianie.

W kontrolowanych szpitalach nie stwierdzono nieprawidłowości w systemach premiowania i nagradzania pracowników stanowiących istotne narzędzie w prawidłowym zarządzaniu zasobami ludzkimi, zwłaszcza biorąc pod uwagę status szpitala klinicznego. Nie odnotowano też rażącej dysproporcji pomiędzy sytuacją ekonomiczną a wielkością wypłacanych premii i nagród.

5. Z kontrolowanych jednostek jedynie **szpitale w Białymstoku i w Szczecinie** zostały wyposażony przez organy założycielskie (uczelnie medyczne) w majątek w drodze nieodpłatnego przekazania w użytkowanie nieruchomości, stosownie do postanowień 54 ust. 1 oraz 56 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Użytkowanie przez te szpitale gruntów i budynków znalazło odzwierciedlenie w księgach wieczystych, stosownie do art. 32 ustawy z 6 lipca 1982 r. o księgach wieczystych i hipotece⁸³. Przy czym w przypadku **szpitala w Białymstoku** nie doprowadzono do wpisania w księdze wieczystej użytkowania części nieruchomości (przy ulicy M. Skłodowskiej-Curie 24A), co było sprzeczne z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o księgach wieczystych i hipotece, zgodnie z którym księgi wieczyste prowadzi się w celu ustalenia stanu prawnego nieruchomości.

Jednakże wartość użytkowanych przez te dwa szpitale nieruchomości nie została ujęta w ewidencji bilansowej oraz w konsekwencji w sprawozdaniu finansowym.

Szpital w Białymstoku: na koniec 2013 r. Szpital wykazał wartość przekazanych gruntów i budynków w ewidencji pozabilansowej (184.074,7 tys. zł). Jak wyjaśniono przyczyną nieujęcia przekazanego przez uczelnię majątku w ewidencji bilansowej, i w konsekwencji w sprawozdaniach finansowych Szpitala, był zapis w umowie zawartej z uczelnią, zgodnie z którym umorzenia składników przekazanego majątku dokonuje uczelnia. Takie rozwiązanie wynikało z decyzji uczelni.,

⁸³ Dz. U. z 2013 r., poz. 707 ze zm.

Szpital w Szczecinie: wartość nieruchomości przekazanych na podstawie umowy użytkowania szpital zaewidencjonował w ewidencji pozabilansowej (na koncie 093) w łącznej kwocie 28.493,5 tys. zł.

Zdaniem NIK, użytkowane przez Szpital nieruchomości stanowią jej aktywa, stosownie do definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 12 ustawy z 24 września 1994 r. o rachunkowości. Powinny zatem być ujęte w księgach rachunkowych Szpitala w grupie środków trwałych stosownie do definicji środka trwałego zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 15 ustawy z 24 września 1994 r. o rachunkowości, stanowiącej, że jednym z kryteriów uznania za środek trwały jest przeznaczenie składnika aktywów na potrzeby jednostki, a zatem używanie do realizacji działalności statutowej jednostki. Natomiast organ założycielski powinien je wykazywać w ewidencji pozabilansowej.

W pozostałych przypadkach wyposażenie w składniki majątku trwałego niezbędnego do wypełniania statutowych zadań szpitala klinicznego zostało dokonane wadliwie:

- **Szpital w Łodzi:** na podstawie aktu notarialnego z 20 czerwca 2007 r. szpital został wyposażony w majątek w drodze nieodpłatnego użytkowania nieruchomości Skarbu Państwa. Grunty i budynki były ujęte w ewidencji księgowej Szpitala na koncie środków trwałych w odpowiedniej grupie⁸⁴, jak również wykazane po stronie aktywów (rzeczowe aktywa trwałe) oraz po stronie pasywów (fundusz założycielski – stosownie do wymogów art. 56 ust. 2 uodl). W księgach wieczystych przedmiotowego majątku widnieją wpisy o prawie użytkowania go przez Szpital. Zgodnie z wyjaśnieniem p.o. Dyrektora Wydziału Skarbu Państwa Urzędu Miasta Łodzi, Prezydent Miasta Łodzi na podstawie art. 11 i 13 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami⁸⁵, jako organ reprezentujący Skarb Państwa w sprawach gospodarowania nieruchomościami, podjął działania w celu oddania ww. nieruchomości w nieodpłatne użytkowanie na czas nieokreślony.
- **Szpital w Poznaniu:** nieprawidłowe wyposażenie Szpitala w majątek przez Uczelnię, skutkowało jego nieujęciem w ewidencji bilansowej, funduszu założycielskim i sprawozdaniu finansowym. Rektor wskazał, że przesłanką zawarcia umów nieodpłatnego użyczenia (21 marca 2003 r. i 31 lipca 2012 r.) była uchwała Senatu z 25 stycznia 2001 r., w której nie wyrażono zgody na nieodpłatne przekazywanie szpitalom klinicznym majątku Uczelni. Podstawy użytkowania przez Szpital majątku Uczelni, nie mogą stanowić umowy użyczenia, zawarte w trybie innym niż wskazany w ustawie.
Sprawozdania finansowe Szpitala nie przedstawiały rzetelnie sytuacji majątkowej i finansowej jednostki w zakresie prezentacji danych dotyczących nieruchomości będących przedmiotem umowy z 21 marca 2003 r. i 31 lipca 2012 r. Zgodnie z obowiązującym w Szpitalu wykazem kont księgi głównej Zakładowego Planu Kont, na kontach pozabilansowych powinny być ewidencjonowane m.in. obce środki trwałe (konto 091). Według stanu na 31 grudnia 2013 r., Szpital gospodarował na podstawie ww. umów bezpłatnego użyczenia gruntami o wartości 85 138,3 tys. zł. Przekazane Szpitalowi grunty nie zostały ujęte w księgach rachunkowych (w ewidencji pozabilansowej Szpitala). W konsekwencji w informacji dodatkowej do sprawozdania finansowego Szpitala za 2012 r. i 2013 r. wykazano nierzetelne dane dotyczące obcych środków trwałych. W informacji dodatkowej do sprawozdania za 2013 r. nie zostały wykazane, ujęte w ewidencji pozabilansowej, budynki i budowle ujęte na koncie 911 – Obce środki trwałe Grunwaldzka (49 793,4 tys. zł) oraz budynki, budowle ujęte na koncie 091 – Obce środki trwałe (131 596,4 tys. zł).
- **Szpital we Wrocławiu:** jak wyjaśniono, podmiot tworzący decydował o formie przekazania mienia, na co jednostka nie miała żadnego wpływu. Szpital gospodaruje mieniem przekazanym w formie uznanej przez Uczelnię, realizując działalność statutową. Szpital nie wykazuje w ewidencji księgowej, bilansie, a w konsekwencji w sprawozdaniach finansowych za dany rok nieruchomości oddanych Szpitalowi przez Uczelnię w używanie, gdyż nieruchomości te nie spełniają definicji środków trwałych zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 15 ustawy o rachunkowości (dalej: ustawa o rachunkowości), bowiem traktowane są jako obce składniki majątku (użytkowane na podstawie umowy z dnia 29 października 2010 r.). Zdaniem NIK, nieujawnienie w księgach wieczystych i niewykazywanie w księgach rachunkowych i sprawozdaniu nieruchomości jest konsekwencją prawnie wadliwego przekazania nieruchomości.
- **Szpital w Warszawie:** jak wyjaśniono nieruchomości użyczone Szpitalowi nie należą ani do Skarbu Państwa, ani do jednostki samorządu terytorialnego. Ich właścicielem jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, a uczelnia nie jest zobligowana ustawą do udostępnienia ich w trybie ustanowienia użytkownika. Taki sposób wyposażenia Szpitala

⁸⁴ Zgodne z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2010 r. w sprawie Klasyfikacji Środków Trwałych (KŚT) (Dz. U. z 2010 r. Nr 242, poz. 1622).

⁸⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 518 ze zm.

w majątek przez Uczelnię skutkowało m. in. jego niewykazaniem w ewidencji bilansowej oraz sprawozdaniach finansowych Szpitala.

Ponadto w badanym okresie nie określono zasad rozliczeń kosztów pomiędzy Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a Szpitalem dotyczących eksploatacji obiektów, naliczania amortyzacji od nieruchomości oraz nakładów na ich adaptację, rozbudowę i ulepszenia użytych nieruchomości.

Konsekwencją nieprawidłowego wyposażenia w grunty i budynki było nieujęcie przez szpitale kliniczne w księgach rachunkowych środków trwałych i nie ujmowanie ich amortyzacji. W rezultacie spowodowało to zaniżenie wartości aktywów wykazanych w bilansie i równocześnie funduszu założycielskiego oraz kosztów o kwotę amortyzacji tych aktywów.

NIK zwraca uwagę, że stwierdzone w toku kontroli i opisane powyżej nieprawidłowości znajdują swoje źródło w sposobie usamodzielnienia szpitali klinicznych dokonanego w grudniu 1998 r. oraz zmianom stanu prawnego szpitali klinicznych w latach 1999–2001. NIK w 2002 r. tak oceniła skutki majątkowe usamodzielniania szpitali klinicznych:

„Usamodzielnione w grudniu 1998 r. wszystkie funkcjonujące w tym czasie szpitale kliniczne, nie zostały prawnie wyposażone w składniki majątku trwałego, potrzebne do wykonywania swych zadań statutowych, nie mogły zatem legalnie korzystać z ustawowego uprawnienia do samodzielnego gospodarowania tym mieniem. Stan ten był konsekwencją wad zarządzeń Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przekształcenia szpitali klinicznych, polegających na ich wydaniu bez załączników, określających zakres rzeczowy mienia Skarbu Państwa przekazywanego w bezpłatne użytkowanie szpitalom.

Z chwilą wydzielenia ze struktur akademii medycznych szpitali klinicznych, pozostały w ich władaniu liczne nieruchomości, będące często ich historycznymi siedzibami, a których prawnymi właścicielami stały się w latach ubiegłych akademie. Fakt dysponowania tym mieniem przez szpitale nie uzyskał jednak potwierdzenia żadnym aktem prawnym. Tylko część szpitali przejęła wykorzystywany majątek trwały akademii w nieodpłatne użytkowanie, w drodze umów cywilnoprawnych. Umowy te nie zostały jednak poprawnie uwzględnione ani w księgach rachunkowych szpitali, które bezpodstawnie powiększały o wartość tego majątku własne aktywa, ani akademii medycznych, z których blisko połowa, nie ujmowała w wartości swoich aktywów, nieruchomości użytkowanych przez szpitale kliniczne.

Konsekwencją tego było nieuporządkowanie przez szpitale kliniczne amortyzacji użytkowanego majątku w sensie rachunkowym, powodujące przekłamania podstawowych wskaźników ekonomicznych stosowanych dla oceny ich sytuacji ekonomiczno-finansowej (...)

W grudniu 2000 r. Minister Zdrowia podjął próbę⁸⁶ nakłonienia rektorów uczelni medycznych do skorzystania z możliwości wynikających z art. 16 ust. 1 ustawy o gospodarce nieruchomościami w związku z art. 179 Kodeksu cywilnego i do zrzeczenia się prawa własności do nieruchomości znajdujących się w posiadaniu szpitali klinicznych. Umożliwiłoby to stworzenie podstawy prawnej do wprowadzenia tych nieruchomości do ksiąg rachunkowych i amortyzowania ich wartości dla celów bilansowych.

Próba ta okazała się jednak bezskuteczną, wobec sprzeciwu uczelni, wyrażonego w uchwale konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z dnia 8 stycznia 2001 r.

Stanowisko w tej sprawie, reprezentatywne dla pozostałych uczelni medycznych, zajął Senat Akademii Medycznej we Wrocławiu, który w uchwale podjętej na posiedzeniu w dniu 21 stycznia

⁸⁶ Pismo Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2000 r. do Rektorów Akademii Medycznych – znak: DN-014/57/2000/ZR.

2001 r. stwierdził min.: *Senat Akademii Medycznej we Wrocławiu stanowczo sprzeciwia się próbom odebrania Uczelni jej prawowitej własności budynków (...) przez szpitale kliniczne i gruntów, na których przedmiotowe nieruchomości są posadowione. (...) Uczelnia posiada prawo własności do budynków szpitali klinicznych i prawo wieczystego użytkowania związanych z nimi gruntów. (...) Projekty te naruszają i ograniczają ustawową autonomię uczelni. W poczuciu odpowiedzialności za losy Uczelni, jako reprezentanci całej społeczności akademickiej wyrażamy niezłomną wolę zachowania w nienaruszonym stanie własności Uczelni...*⁸⁷.

5.1. Kontrolowane szpitale w przeważającej mierze prawidłowo udostępniały pomieszczenia i powierzchnie innym podmiotom, w pełni wykorzystując umowy z tytułu najmu, dzierżawy i użyczenia jako źródło dodatkowych przychodów. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono jedynie w trzech szpitalach.

6. W kontrolowanych szpitalach przeprowadzono analizę sytuacji ekonomicznej, posługując się:

- następującymi wskaźnikami charakteryzującymi sytuację ekonomiczną Szpitala⁸⁸:
 - 1) zyskowności netto** (wyraża efektywność całokształtu działalności szpitalu. Pożądana jest maksymalna wielkość wskaźnika);
 - 2) zyskowności działalności operacyjnej** (wyraża efektywność finansową działalności operacyjnej szpitalu, tj. bez uwzględnienia przychodów i kosztów finansowych. Pożądana jest maksymalna wielkość wskaźnika);
 - 3) produktywności aktywów** (wyraża rentowność zaangażowanych aktywów, czyli ich zdolność do wypracowania zysku operacyjnego. Pożądana jest maksymalna wielkość wskaźnika);
 - 4) bieżącej płynności** (wyraża zdolność do spłacania krótkoterminowych zobowiązań posiadanym majątkiem obrotowym. Optymalna wysokość wskaźnika powinna oscylować w granicach 1-2);
 - 5) szybkiej płynności** (wyraża zdolność szybkiego uregulowania krótkoterminowych zobowiązań szpitala. Optymalnie wskaźnik ten powinien wynosić 1 lub więcej);
 - 6) ogólnego zadłużenia** (informuje o stopniu pokrycia majątku kapitałami obcymi. Akceptowalna wielkość to maksimum 0,6-0,8);
 - 7) finansowania majątku trwałego** (informuje w jakim stopniu majątek trwały jest finansowany kapitałem własnym oraz zobowiązaniami długoterminowymi. Generalnie korzystna jest sytuacja, gdy wskaźnik ten kształtuje się na poziomie powyżej 1 z tendencją wzrostową).

Przyjęto, że o złej sytuacji finansowej i niskiej wiarygodności jednostki świadczy kształtowanie się wskaźnika: nr 1–3, na ujemnym poziomie; nr 4 na poziomie niższym niż 1 lub wyższym niż 2; nr 5 na poziomie niższym niż 1; nr 6 na poziomie powyżej 0,8; nr 7 na poziomie poniżej 1;

- analizą wyniku finansowego szpitali osiągniętego w 2013 r.;
- analizą poszczególnych zakresów działalności podstawowej za 2013 r.;
- analizą wyników w latach 2012–2014 poszczególnych komórek organizacyjnych w ramach działalności medycznej.

Wyniki kontroli wskazały, że spośród kontrolowanych szpitali klinicznych jedynie cztery⁸⁹ były w dobrej sytuacji finansowej, o czym świadczyło: zakończenie roku 2013 zyskiem, dodatni stan

⁸⁷ Informacja Najwyższej o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia, maj 2002 r.; KPZ/DZiKF-41007-01; Nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ.

⁸⁸ Wykorzystano wskaźniki ujęte w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, włączonych do sieci szpitali przekazanych do uzgodnień zewnętrznych 7 marca 2007 r. (rozporządzenie nie weszło w życie) oraz posłużono się wynikami badania opisanymi w pracy pt.: „Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa” – Alicja Sobczak, Dorota Czechowska, Marek Dmowski (nadzór); <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1>.

⁸⁹ Szpital w: Łodzi, Poznaniu, Białymstoku i Szczecinie.

funduszy własnych, brak zobowiązań wymagalnych oraz zadowalający poziom większości podstawowych wskaźników charakteryzujących sytuację ekonomiczną za 2013 r. i ich poprawa w stosunku do roku poprzedniego.

Ustalenia kontroli wskazują, że uzyskiwane przez te szpitale dobre wyniki finansowe oraz ich wiarygodność ekonomiczna są efektem m.in. następujących działań:

- dokonywania na bieżąco (miesięcznie i kwartalnie) szczegółowych analiz kosztów i przychodów w odniesieniu do wszystkich komórek organizacyjnych z zachowaniem zasady bilansowania;
- realizowania inwestycji tylko w ramach posiadanych lub pozyskanych środków;
- wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem opartego na zasadach kontroli zarządczej;
- powołania wyspecjalizowanych komórek (działy budżetowania i kontrolingu), do których zadań należało prowadzenie stałych analiz rentowności świadczeń i realizacji budżetu kosztów w oparciu o zaksięgowane dane oraz sporządzanie analiz ekonomicznych na planowane przedsięwzięcia gospodarcze.

Szpital w Gdańsku, pomimo posiadania zobowiązań wymagalnych na koniec 2013 r. w kwocie 22.540,2 tys. zł istotnie poprawił swoją sytuację ekonomiczną, osiągając najwyższy spośród kontrolowanych szpitali zysk za 2013 r. w kwocie 17.587,2 tys. zł.

Pozostałe kontrolowane szpitale, pomimo że pięć z nich odnotowało na koniec 2013 r. zysk netto, znajdowało się w niekorzystnej sytuacji finansowej, o czym świadczyły ujemne stany funduszy własnych (wynikające głównie z nierozliczonych strat z lat ubiegłych), posiadanie zobowiązań wymagalnych oraz kształtowanie się podstawowych wskaźników ekonomicznych na niezadowalającym poziomie. W najgorszej sytuacji znajdowały się **szpitale w: Bydgoszczy, Warszawie i Wrocławiu**, gdzie na koniec 2013 r. odnotowano: ujemny stan funduszu własnego odpowiednio 139.419,7 tys. zł, 133.421,1 tys. zł oraz 107.062,7 tys. zł oraz zobowiązania wymagalne odpowiednio w kwocie: 65.934,6 tys. zł, 53.450,6 tys. zł i 73.668,9 tys. zł.

Ponadto w **szpitalu w Warszawie** stwierdzono, że:

- *w latach 2012–2014 nie prowadzono ewidencji przychodów i kosztów w przekrojach niezbędnych do badania i oceny rentowności działalności medycznej, działalności dydaktycznej, działalności naukowej, rezydentur, staży, usług medycznych, usług pozamedycznych. W ocenie NIK, sposób prowadzenia ewidencji przychodów i kosztów uniemożliwił ocenę rentowności prowadzonej działalności według rodzajów oraz nie zapewnił Kierownictwu Szpitala danych przydatnych do oceny sytuacji finansowej jednostek organizacyjnych wykonujących świadczenia – usługi finalne.*

Jako główne czynniki wpływające na niekorzystną sytuację ekonomiczną szpitali klinicznych, wskazywane przez kontrolowane jednostki, należy wymienić:

- brak określenia roli jaką mają spełniać szpitale kliniczne w polskim systemie ochrony zdrowia;
- brak wskazanie źródeł finansowania oraz zasad funkcjonowania szpitali klinicznych;
- zmiany na rynku usług medycznych oraz ciągle zmiany wymogów płatnika, które ograniczają swobodę we wdrażaniu nowych rozwiązań organizacyjnych;
- nadwykonania, wynikające z niedoszacowania ilości i wyceny procedur medycznych, będące przedmiotem wieloletnich roszczeń wobec płatnika, nie rzadko dochodzonych na drodze postępowania sądowego;
- szpitale kliniczne jako jednostki o wysokim stopniu referencyjności z wysoko wykwalifikowaną kadrą, często udzielają świadczeń pacjentom, którym nie można pomóc w innych ośrodkach,

co prowadzi do ponoszenia znacznie większych kosztów leczenia, w porównaniu do innych szpitali, oraz konieczności posiadania nowoczesnego sprzętu i aparatury;

- otwarcie rynku zdrowia dla podmiotów prywatnych, co z jednej strony powoduje rozdrobnienie pieniędzy, które otrzymują OW NFZ na wielu świadczeniodawców, a z drugiej zmusza do znacznych nakładów w zasoby, nie dając gwarancji uzyskania adekwatnego kontraktu. Efekt tego działania jest niekorzystny dla wysokospecjalistycznego szpitala zarówno pod kątem finansowym, jak i z punktu widzenia stabilności realizacji nałożonych zadań statutowych;
- nieuregulowany stan prawny (m.in. brak ustawy dedykowanej szpitalom klinicznym);
- ograniczenia praw rzeczowych i nieuregulowany status aktywów trwałych (budynki i grunty);
- brak odpowiedniego finansowania szpitali o najwyższym stopniu referencyjności, co znacznie utrudnia planowane przekształcenia strukturalne.

6.1. Bardzo istotny wpływ na poprawę wyniku finansowego w kontrolowanych jednostkach w roku 2012 i w latach następnych miało przeniesienie na rozliczenia międzyokresowe przychodów środków trwałych o wartości odpowiadającej niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji, dokonane zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁹⁰.

I tak np. w przypadku **szpitala w Białymstoku** wynik finansowy za 2012 r. był wyższy o 3.268,8 tys. zł, za 2013 r. wyższy o 4.127,6 tys. zł i o 2,8 tys. zł w okresie styczeń – wrzesień 2014 r., a w przypadku **szpitala w Krakowie** wynik finansowy zwiększył się w latach 2012 i 2013 kolejno o 4.154,0 tys. zł oraz 3.696,2 tys. zł

Operacja przeksięgowania niezamortyzowanej części aktywów trwałych z funduszu założycielskiego na rozliczenia międzyokresowe przychodów zwiększyło w konsekwencji przychody szpitali klinicznych w roku 2012 r. i w latach następnych, proporcjonalnie do wartości odpowiadającej rocznej amortyzacji aktywów trwałych, sfinansowanych dotacjami lub otrzymanych w formie darowizny przed 1 lipca 2011 r., co było szczególnie istotne dla szpitali, których wyniki finansowe były ujemne. Jednocześnie operacja ta spowodowała zmniejszenie funduszu założycielskiego lub wręcz wykazanie ujemnej wartości kapitałów w bilansie szpitala.

W żadnym z kontrolowanych szpitali biegli rewidenci – w toku badania sprawozdań finansowych za rok 2012 i 2013 – nie zakwestionowali poprawności dokonanej operacji.

7. Szpitale w: Łodzi, Poznaniu, Białymstoku i Szczecinie nie przeprowadzały w okresie objętym kontrolą działań restrukturyzacyjnych z uwagi na dobrą sytuację finansową, ograniczając się jedynie do bieżących zmian organizacyjnych w ramach przekształceń strukturalnych (tworzenie i likwidacja jednostek organizacyjnych).

Dwa szpitale skorzystały z pożyczki z Agencji Restrukturyzacji Przemysłu S.A. („ARP” S.A.):

- **Szpital w Gdańsku:** działania restrukturyzacyjne były ściśle powiązane z planem restrukturyzacji warunkującym otrzymanie pożyczki z ARP S.A. Głównym celem tych działań była spłata zobowiązań cywilnoprawnych, redukcja kosztów obsługi długu i poprawa kondycji finansowej szpitala. W kontekście konkretnych inicjatyw wynikających z niniejszego planu rozpoczęto proces restrukturyzacji polegający m.in. na zmianach w organizacji pracy, optymalizacji zatrudnienia, zbilansowaniu kosztów i przychodów oraz dostosowanie zakresu świadczonych usług do potrzeb lokalnego rynku. NIK przeprowadziła w Szpitalu kontrolę w tym zakresie w III kwartale 2014 r.,

⁹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 742 ze zm.

nie stwierdzając nieprawidłowości i odstąpiła od formułowania wniosków pokontrolnych⁹¹.

- **Szpital w Bydgoszczy:** NIK przeprowadziła kontrolę Szpitala w tym zakresie w IV kwartale 2014 r.⁹². W wystąpieniu pokontrolnym NIK oceniła, że obecna sytuacja ekonomiczna Szpitala, mimo uzyskanej poprawy, po wykorzystaniu otrzymanych środków publicznych, jest wciąż bardzo trudna, a Szpital nie odzyskał długotrwałej rentowności. Spowodowane było to przede wszystkim nieosiągnięciem większości zakładanych celów (5 z 6) i wskaźników dla przyjętych inicjatyw restrukturyzacyjnych. W ocenie NIK realizacja zaktualizowanego Planu restrukturyzacji może przyczynić się do bardziej racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami, nie jest natomiast w stanie odwrócić negatywnych tendencji związanych przede wszystkim ze wzrostem zobowiązań wymagalnych. W wystąpieniu tym sformułowano generalną uwagę wskazującą na potrzebę konsekwentnego prowadzenia działań określonych w zaktualizowanym planie restrukturyzacji Szpitala w celu optymalizacji kosztów funkcjonowania Szpitala i przywrócenia długotrwałej rentowności prowadzonej działalności leczniczej, zwłaszcza w perspektywie zakończenia Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Modernizacji Szpitala w 2015 r.

W ocenie NIK, szpital, pomimo otrzymania w 2011 r. pożyczki w wysokości 100 000,0 tys. zł, nadal (w latach 2013–2014) miał trudności w spłacie swoich zobowiązań. Zobowiązania wymagalne Szpitala w badanym okresie zwiększały się, jednocześnie szpital uzyskał zmniejszenie raty kapitałowej na rzecz ARP poprzez wydłużenie okresu spłaty pożyczki. Uzyskany w 2013 r. dodatni wynik finansowy był niższy niż założony w Planie restrukturyzacji na ten rok. W I poł. 2014 r. Szpital odnotował stratę. Szpital nie podejmował skutecznych działań w celu poprawy swojej sytuacji finansowej. Z Planu restrukturyzacji wynikało, że jedną z podstawowych przyczyn trudnej sytuacji finansowej Szpitala jest niedostosowany poziom kosztów osobowych do skali prowadzonej działalności. Założona w Planie restrukturyzacji redukcja stanu zatrudnienia o 82 etaty⁹³ nie przyniosła ograniczenia kosztów pracy w Szpitalu. Koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi w 2013 r., w porównaniu do 2011 r., kształtowały się na podobnym poziomie i wyniosły 75,9 mln zł. W Planie restrukturyzacji zakładano redukcję kosztów oraz spadek kontraktów pracowniczych o 51 (w tym 15 lekarskich), co miało przynieść oszczędności na poziomie 4,2 mln zł. Tymczasem w 2013 r. nastąpił wzrost łącznej liczby kontraktów z 450 do 528, tj. o 78, w tym lekarskich o 31, skutkujący wzrostem związanych z tym kosztów. W 2013 r. wyniosły one 53,6 mln zł i były wyższe o 2,1 mln zł w stosunku do 2012 r. (51,5 mln zł).

Działania restrukturyzacyjne realizowane przez pozostałe kontrolowane podmioty nie przyniosły zakładanych efektów oraz nie doprowadziły do poprawy niekorzystnej sytuacji ekonomicznej, a realizacja tych programów miała ograniczony charakter. W odniesieniu do tych działań sformułowano następujące uwagi:

- **Szpital w Katowicach:** nie uzyskano w 2013 r. założonego w programie naprawczym efektu finansowego w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia w następujących grupach zawodowych: statystycy i sekretarki medyczne, psychologdy i pielęgniarki. Powyższe spowodowane było wzrostem zatrudnienia w 2013 r. w ww. grupach zawodowych odpowiednio o: 3, 0,13 i 6,65 etatu, a tym samym wzrostem kosztów wynagrodzenia w tych grupach zawodowych w stosunku do 2011 r. o 384,4 tys. zł. Nie utworzono Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej i nie uzyskano założonego w programie naprawczym efektu finansowego w wysokości 210,0 tys. zł. Nie uzyskano zakładanego ww. programie efektu finansowego w kwocie 286 tys. zł z tytułu wynajmu powierzchni Szpitala na działalność usługową. W 2014 r. nie zrealizowano i nie osiągnięto zakładanego w programie naprawczym efektu finansowego w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia w grupie pielęgniarek (Oddział Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Chirurgii i Urologii, Kardiochirurgii) oraz średniego personelu medycznego. W wyniku redukcji etatów na dzień 31 października 2014 r. efekt finansowy wyniósł 220,0 tys. zł i był mniejszy o 132,0 tys. zł od efektu przewidywanego w 2014 r.

Podjęte działania restrukturyzacyjne nie skutkowały poprawą wystąpienia niekorzystnych wskaźników ekonomicznych, na co wpływ mogło mieć m.in. przyjęcie Programu Rozwoju i Restrukturyzacji Szpitala na lata 2014–2017 dopiero 27 listopada 2014 r.

- **Szpital we Wrocławiu:** do podstawowych ograniczeń niepozwalających na wykonanie w zakładanym zakresie przekształceń w Szpitalu zaliczyć należy ograniczenia finansowe, wynikające z braku posiadania własnego majątku, zadłużenia z lat ubiegłych na poziomie ok. 130,0 mln zł, ujemnych kapitałów własnych oraz braku istnienia

⁹¹ Wystąpienie pokontrolne z dnia 22 października 2014 r. (KGP – 4101-004-03/2014, P/14/020 Restrukturyzacja przedsiębiorców przez Agencję Rozwoju Przemysłu SA finansowana ze środków Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorców).

⁹² Wystąpienie pokontrolne z dnia 26 listopada 2014 r. (KGP-4101-004-05/2014; P/14/020 Restrukturyzacja przedsiębiorców przez Agencję Rozwoju Przemysłu SA finansowana ze środków Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorców).

⁹³ Faktycznie uzyskano spadek o 96 etatów.

rozwiązań systemowych w zakresie skorzystania z dotacji lub niskoprocentowanej pożyczki na spłatę zadłużenia. Efektem występowania powyższych ograniczeń było m.in.: brak możliwości uzyskania kredytów bankowych – banki, zgodnie z przepisami prawa bankowego, nie udzielają kredytów jednostce posiadającej ujemne kapitały własne; brak możliwości uzyskania taniego źródła finansowania w postaci pożyczki rynkowej, pożyczki z ARP S.A. lub kredytu obrotowego ze względu na brak posiadania przez Szpital podwójnego zabezpieczenia spłaty. Szpital dysponuje jedynie zabezpieczeniem w postaci cesji na kontrakcie z NFZ, gdyż nie posiada budynków, a tym samym zabezpieczenia w postaci hipoteki.

Wysokie koszty działań restrukturyzacyjnych, brak możliwości pozyskania zewnętrznych źródeł finansowania oraz konieczność obsługi zadłużenia z lat poprzednich miały wpływ na realizację procesu restrukturyzacji. Ponadto ograniczenia te wpływały na terminowość i przesuwanie dat realizacji niektórych celów i zadań.

- **Szpital w Warszawie:** działania restrukturyzacyjne, przewidziane w Programie opracowanym na potrzeby Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK) kredytującego Szpital, były niewystarczające. Program został ukierunkowany na restrukturyzację zadłużenia nie określał natomiast kompleksowych działań zmierzających do zrównoważenia budżetu Szpitala i jego jednostek organizacyjnych. W Programie nie określono działań prowadzących do zwiększenia przychodów przy jednoczesnej optymalizacji kosztów na poziomie Szpitala i jednostek organizacyjnych, a także nie wskazano działalności opłacalnych, które należy rozwijać i całkowicie nierentownych, wymagających wprowadzenia radykalnych zmian lub nawet konieczność jej likwidacji. Realizacja Programu od 2012 r. nie przyniosła zasadniczej poprawy niekorzystnej sytuacji finansowej Szpitala.

Ponadto w szpitalu został opracowany „Program dostosowania Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹⁴”. Szpital nie określił potrzeb finansowych związanych z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., w tym szacunkowych kosztów usunięcia odstępstw w każdej jednostce wymienionej w Programie.

⁹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano informacje z wcześniej prowadzonych kontroli, treść interpelacji poselskich dotyczących tego zagadnienia, a także teksty i opracowania naukowe i publicystyczne dotyczące funkcjonowania szpitali klinicznych. Wspomagano się również przeglądem prasowym za okres 1.01.2012 r. – 11.04.2014 r. przygotowanym przez Wydział Prasowy NIK.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził również w 2013 r. kontrolę rozpoznawczą R/13/003 – Funkcjonowanie Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 9 września 2014 r. do 4 lutego 2015 r. (data wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 13 kontrolowanych jednostek. Sformułowano 67 wniosków pokontrolnych.

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski o:

- przeprowadzenie kompleksowej analizy funkcjonowania szpitali klinicznych, mając na uwadze m.in. koszty dydaktyki klinicznej, wyposażenie w majątek, prowadzenie badań naukowych, w celu zidentyfikowania barier dla efektywnego funkcjonowania tych jednostek;
- przygotowanie, na podstawie wyników wspomnianej analizy i dotychczasowych prac, propozycji rozwiązań dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, uwzględniających ich szczególną rolę w systemie opieki zdrowotnej;
- podjęcie skutecznych działań zmierzających do niezwłocznego przekazywania wniosków z kontroli szpitali klinicznych, przeprowadzanych przez uczelnie medyczne oraz ujednoczenie formy ich sporządzania.

Wnioski sformułowane pod adresem szpitali klinicznych koncentrowały się wokół następujących kwestii:

1) w obszarze realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych:

- podjęcia działań wobec uczelni, zmierzających do wynegocjowania stawek za udostępnienie oddziału szpitalnego, pozwalających na pokrycie ponoszonych przez szpital kosztów z tego tytułu;
- wyodrębnienia w ewidencji księgowej ponoszonych kosztów z tytułu umów z o udostępnienie jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia w zawodach medycznych oraz innych porozumień zawartych z uczelniami, np. w zakresie świadczenia usług kształcenia zawodowego pielęgniarów i położnych, co umożliwi analizę ich opłacalności dla szpitala;
- wprowadzenia regulacji wewnętrznych dotyczących zatrudniania nauczycieli akademickich i lekarzy odbywających studia doktoranckie na uczelni medycznej w oparciu o zasady wyrażone w art. 92 ustawy o działalności leczniczej;
- podjęcia działań mających na celu prowadzenie prac badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;
- formalnego uregulowania prowadzonych przez uczelnię programów badawczych w jednostkach organizacyjnych Szpitala;

- zwiększenia nadzoru nad zawieraniem, realizacją i rozliczaniem badań klinicznych oraz przestrzeganiem wewnętrznych przepisów obowiązujących w szpitalu w tym zakresie.
- 2) w obszarze działalności w systemie ochrony zdrowia:
- dostosowania Regulaminu Organizacyjnego do wymagań art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej;
 - każdorazowego zgłaszania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wszystkich zmian dotyczących komórek organizacyjnych szpitala, z zachowaniem terminu wskazanego w przepisie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej;
 - zlecania świadczeń zdrowotnych podmiotom leczniczym w trybie konkursu ofert, w sytuacjach, gdy ich wartość jest równa lub wyższa od kwoty określonej w art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej;
 - określania wartości świadczeń zdrowotnych, zlecanych w trybie konkursu ofert, zgodnie z art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej;
 - przekazywania ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięć konkursów ofert na świadczenia zdrowotne (o wartości przekraczającej, wyrażoną w złotych, równowartość kwoty 130.000 euro) do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, stosownie do wymogów art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach;
 - stosowania ustawy o zamówieniach publicznych przy udzielaniu zamówień nie kwalifikujących się, w myśl ustawy o świadczeniach, do świadczeń zdrowotnych;
 - wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji umów zawartych z NFZ.
- 3) w obszarze sytuacji ekonomicznej z uwzględnieniem działań restrukturyzacyjnych i naprawczych:
- sporządzania planów finansowych szpitala stosownie do wymagań art. 31 ustawy o finansach publicznych;
 - podjęcia działań umożliwiających prowadzenie gospodarki finansowej na podstawie planu finansowego od początku roku, stosownie do postanowień art. 30 ust. 2 ustawy o finansach publicznych i art. 53 ustawy o działalności leczniczej;
 - wykazywania w sprawozdaniach Rb-N o stanie należności, danych zgodnych z ewidencją księgową, stosownie do przepisów § 2 ust. 2 i § 10 ust. 4 rozporządzenia w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych;
 - podejmowania działań na rzecz zapobiegania powstawania przeterminowanych należności, poprzez wszczynanie postępowań windykacyjnych wobec kontrahentów oraz wzmoczenie nadzoru i kontroli w tym zakresie;
 - wprowadzenia do ewidencji szpitala należności dochodzonych na drodze sądowej;
 - terminowego regulowania zobowiązań, zgodnie z przepisami z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych;
 - bieżącego monitorowania stanu zobowiązań Szpitala w celu ograniczenia ponoszonych kosztów;
 - wystąpienia do organu tworzącego o wyposażenie szpitala w majątek w drodze przekazania w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości (gruntów i budynków), zgodnie z postanowieniami art. 54 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, przy jednoczesnym odzwierciedleniu ich przekazania w księgach wieczystych, jak również wprowadzenia użytkowanych nieruchomości do ewidencji bilansowej Szpitala;

- dostosowania Zasad Polityki Rachunkowości i Zakładowego Planu Kont do wymagań określonych w art. 10 ustawy o rachunkowości;
- dostosowania Instrukcji obiegu dokumentów do struktury organizacyjnej szpitala i przepisów obowiązujących w tym zakresie;
- zwiększenia nadzoru nad zawieraniem, realizacją i rozliczaniem umów dzierżawy, najmu i użyczenia pomieszczeń i powierzchni przez szpital innym podmiotom oraz przestrzeganiem wewnętrznych przepisów obowiązujących w szpitalu w tym zakresie;
- zmodyfikowania Programu restrukturyzacji o działania zmierzające do maksymalizacji przychodów, przy jednoczesnym obniżaniu kosztów funkcjonowania szpitala.
- kontynuowania działań restrukturyzacyjnych zmierzających do zbilansowania bieżących przychodów z kosztami oraz uzyskania płynności finansowej szpitala.

Do trzech wystąpień pokontrolnych wpłynęły zastrzeżenia – po kontroli w Ministerstwie Zdrowia oraz w szpitalach w Warszawie i Białymstoku.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków. Według stanu na dzień 20 maja 2015 r. zostały zrealizowane 34 wnioski, 18 było w trakcie realizacji, a 15 wniosków nie zrealizowano.

Wg stanu na 20 maja 2015 r. Delegatura NIK w Poznaniu oraz Departament Zdrowia przekazały rzecznikowi dyscypliny finansów publicznych zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych.

Ponadto 19 marca 2015 r. Zastępca Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych właściwego w sprawach rozpoznawanych przez Międzyresortową Komisję Orzekającą przy Ministrze Finansów, w związku z zawiadomieniem skierowanym przez NIK po kontroli przeprowadzonej w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, wystąpił z wnioskiem o ukaranie za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1b pkt 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli⁹⁵ nieprawidłowości wyniosły łączne **953.334,3 tys. zł**. Kwota ta obejmowała:

Finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości: 953.245,2 tys. zł,

w tym:

1. Uszczuplenia środków lub aktywów: 2.818,7 tys. zł

(zaniechanie windykacji należności i dopuszczenie do ich przedawnienia, bezprawne umorzenie należności, nienaliczenie odsetek z tytułu niezapłaconych należności, zaniżenie należnego wynagrodzenia).

2. Kwoty nienależnie uzyskane: 2,9 tys. zł

(uzyskanie zawyżonego przychodu z tytułu realizacji umowy zawartej z uczelnią medyczną na wynajem jednostek organizacyjnych szpitala).

⁹⁵ Uwzględniono również finansowe rezultaty kontroli rozpoznawczej R/13/003/KZD przeprowadzonej w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

3. Kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa (zapłata za usługi medyczne ponad limit określony w umowie, zapłata za świadczenia wykonawcy wybranego bez zastosowania przepisów o zamówieniach publicznych, udzielenie zamówienia z pominięciem trybów określonych w ustawie prawo zamówień publicznych, zlecenie podmiotom wykonanie świadczeń medycznych z pominięciem postępowania konkursowego).	27.202,1 tys. zł
4. Kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa (zapłacone odsetki w związku z nieterminowym regulowaniem zobowiązań).	26.877,4 tys. zł
5. Kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami (dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych).	3.783,4 tys. zł
6. Sprawozdawcze skutki nieprawidłowości (nie wykazanie w informacji dodatkowej do sprawozdania finansowego ujętych w ewidencji pozabilansowej szpitala gruntów i budynków, błędnie wykazane kwoty należności w sprawozdaniu Rb-N, nieprawidłowe wykazanie należności w sprawozdaniach finansowych, wartość gruntów i budynków należących do uczelni, którymi szpitale dysponowały na podstawie umów obligacyjnych, a nie w drodze nieodpłatnego przekazania w użytkowanie stosownie do postanowień art. 54 ust. 1 oraz 56 ust. 2, co powodowało przekłamanie prezentowanej przez szpitale sytuacji ekonomicznej).	830.316,2 tys. zł
7. Potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości (ujmowanie środków trwałych będących w użyczeniu w ewidencji bilansowej zamiast w ewidencji pozabilansowej, wartość planowanych do wykonania świadczeń zdrowotnych po nierzetelnie przeprowadzonych konkursie ofert).	62.244,6 tys. zł
Korzyści finansowe	89,1 tys. zł,
w tym:	
1. Pozyskane korzyści finansowe (zwrot nienależnie pobranego wynagrodzenia personelu szpitala, uzyskana wpłata z opłaty czynszowej, uzyskanie należnego wynagrodzenia, ustalonego wcześniej w zaniżonej wysokości, uzyskanie należnej kwoty od sponsora badania klinicznego).	89,1 tys. zł

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrol

Lp.	Nazwa szpitala klinicznego	JO NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Delegatura w Białymstoku
2.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Delegatura w Bydgoszczy
3.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Delegatura w Gdańsku
4.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II	Delegatura w Katowicach
5.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Delegatura w Krakowie
6.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Delegatura w Poznaniu
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	Delegatura w Szczecinie
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	Delegatura we Wrocławiu
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	Delegatura w Łodzi
10.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	Departament Zdrowia
11.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie	
12.	Samodzielny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	
13.	Ministerstwo Zdrowia	

Zobowiązania ogółem szpitali klinicznych w latach 2010–2014

w tys. zł

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania ogółem					Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013
1.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	176 543,8	197 099,9	242 759,9	289 852,7	322 149,6	182,5%	163,4%	132,7%	111,1%
2.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	121 804,5	140 715,6	137 205,3	155 318,7	170 091,7	139,6%	120,9%	124,0%	109,5%
3.	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	149 050,8	181 052,1	191 102,8	189 188,2	187 793,7	126,0%	103,7%	98,3%	99,3%
4.	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie	57 288,0	111 846,2	137 681,2	202 066,7	244 253,8	426,4%	218,4%	177,4%	120,9%
5.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrążeń w Warszawie	153 747,5	175 879,5	191 992,8	186 166,5	187 542,1	122,0%	106,6%	97,7%	100,7%
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	123 379,0	137 706,1	142 100,0	131 489,2	128 001,6	103,7%	93,0%	90,1%	97,3%
7.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	40 756,2	54 947,8	73 359,0	72 482,7	84 277,7	206,8%	153,4%	114,9%	116,3%
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów ¹	48 027,5	57 114,2	51 652,4	46 542,5	70 914,8	147,7%	124,2%	137,3%	152,4%
9.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	51 596,6	63 268,5	67 511,8	66 380,0	70 130,6	135,9%	110,8%	103,9%	105,7%
10.	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy ²	36 951,9	36 812,6	39 168,6	37 121,7	43 241,0	117,0%	117,5%	110,4%	116,5%
11.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	49 779,0	61 870,9	55 199,7	51 564,3	48 049,5	96,5%	77,7%	87,0%	93,2%

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania ogółem					Dynamika				
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
12.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	30 707,5	42 126,8	53 874,2	57 606,8	76 172,7	248,1%	180,8%	141,4%	132,2%	
13.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	217 747,3	200 557,2	175 944,8	144 398,6	127 502,3	58,6%	63,6%	72,5%	88,3%	
14.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie ³	7 244,4	8 297,9	11 263,7	15 709,4	13 190,2	182,1%	159,0%	117,1%	84,0%	
15.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II	35 627,1	35 874,3	29 675,4	26 630,4	20 669,1	58,0%	57,6%	69,7%	77,6%	
16.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	54 978,9	41 235,0	36 759,0	33 282,3	30 876,7	56,2%	74,9%	84,0%	92,8%	
17.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	28 497,4	31 957,5	28 966,0	24 719,9	27 657,2	97,1%	86,5%	95,5%	111,9%	
18.	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem	2 803,5	2 515,9	2 131,9	1 732,5	1 895,6	67,6%	75,3%	88,9%	109,4%	
19.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	28 016,5	32 368,1	22 718,2	25 993,5	33 806,8	120,7%	104,4%	148,8%	130,1%	
20.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Instytut Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ⁴	6 020,0	6 216,3	5 013,6	4 731,1	4 875,9	81,0%	78,4%	97,3%	103,1%	
21.	Stomatologiczne Centrum Kliniczne UM w Lublinie ⁸	489,0	375,0	276,4	441,8	736,6	150,6%	196,4%	266,5%	166,7%	
22.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	6 034,1	7 775,6	8 570,8	9 295,5	10 008,3	165,9%	128,7%	116,8%	107,7%	

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania ogółem						Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
23.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	52 026,8	52 529,6	37 494,9	39 634,1	38 811,7	74,6%	73,9%	103,5%	97,9%	
24.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	18 434,4	22 993,4	20 524,0	21 151,0	29 707,0	161,1%	129,2%	144,7%	140,5%	
25.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie	1 660,6	1 652,1	923,3	1 265,9	1 238,8	74,6%	75,0%	134,2%	97,9%	
26.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ⁵	25 376,2	28 029,8	41 739,5	29 146,5	29 448,6	116,0%	105,1%	70,6%	101,0%	
27.	Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni	1 906,8	1 832,7	2 121,6	1 937,3	1 829,8	96,0%	99,8%	86,2%	94,5%	
28.	Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie	9 053,2	5 321,5	6 791,7	5 335,5	18 188,6	200,9%	341,8%	267,8%	340,9%	
29.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	24 157,2	23 216,9	28 280,4	39 952,4	51 753,3	214,2%	222,9%	183,0%	129,5%	
30.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	23 299,7	25 655,8	35 281,2	36 341,4	34 698,2	148,9%	135,2%	98,3%	95,5%	
31.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	27 076,7	28 525,6	34 314,5	32 281,8	31 684,3	117,0%	111,1%	92,3%	98,1%	
32.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mieleckiego SUM w Katowicach	13 819,0	14 331,8	13 334,5	16 306,3	18 618,9	134,7%	129,9%	139,6%	114,2%	
33.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach	19 229,1	15 693,6	13 590,2	13 158,2	17 775,1	92,4%	113,3%	130,8%	135,1%	

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania ogółem					Dynamika				
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
34.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	17 219,1	20 621,6	15 143,4	14 945,2	13 912,1	80,8%	67,5%	91,9%	93,1%	
35.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. S. Szyszko SUM w Katowicach ⁶	13 697,2	17 249,8	15 260,4	15 089,6	13 361,0	97,5%	77,5%	87,6%	88,5%	
36.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	7 077,1	8 494,5	9 591,9	11 405,1	11 317,4	159,9%	133,2%	118,0%	99,2%	
37.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku	7 952,5	11 161,1	8 144,0	10 076,7	11 044,7	138,9%	99,0%	135,6%	109,6%	
38.	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ⁷	6 920,3	10 021,9	10 169,0	7 983,1	6 228,8	90,0%	62,2%	61,3%	78,0%	
39.	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	3 984,6	7 218,8	8 795,2	7 911,2	6 030,4	151,3%	83,5%	68,6%	76,2%	
40.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	2 325,0	2 318,2	2 290,2	2 400,0	2 606,7	112,1%	112,4%	113,8%	108,6%	
41.	Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny	1 753,5	1 283,3	1 172,0	1 225,3	2 247,3	128,2%	175,1%	191,7%	183,4%	
Razem		1 704 059,5	1 925 765,0	2 009 889,2	2 080 261,6	2 244 340,1	131,7%	116,5%	111,7%	107,9%	

Źródło: Dane z kontrolowanych szpitali oraz dane ankietowe Ministerstwa Zdrowia otrzymane z uczelni medycznych

- ¹ Z dniem 1 kwietnia 2009 r. został połączony z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym Nr 5 im. gen. dyw. B. Szareckiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z dniem 1 kwietnia 2010 r. został połączony z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym Nr 3. Wartość zobowiązań w 2009 r. jest sumą zobowiązań 2 szpitali: Szpitala Klinicznego Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Szpitala Klinicznego Nr 3 im. dr. S. Sterlinga Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”.
- ² Jako szpital kliniczny jednostka działa od IV kw. 2008 r.
- ³ Jako szpital kliniczny jednostka działa od I kw. 2009 r.
- ⁴ Z dniem 1 stycznia 2012 Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6 Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi połączył się z Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wartość zobowiązań w okresie 2009–2011 jest sumą zobowiązań 2 powyższych szpitali.
- ⁵ Z początkiem 2013 r. został połączony ze Specjalistycznym Szpitalem Klinicznym UM w Poznaniu, który powstał z połączenia z początkiem 2012 r. Centrum Stomatologii UM w Poznaniu ze 11 Szpitalem Wojskowym SPZOZ w Poznaniu. Wartość zobowiązań na koniec 2012 jest sumą zobowiązań Specjalistycznego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu i Szpitala Klinicznego im. Święćickiego UM w Poznaniu a w okresie 2009–2011 r. jest sumą zobowiązań Szpitala Klinicznego im. Święćickiego UM w Poznaniu i Centrum Stomatologii UM w Poznaniu.
- ⁶ Z dniem 1 sierpnia 2013 r. nastąpiło połączenie SPSK nr 1 w Zabrze z SPSK nr 3 w Zabrze, wartość zobowiązań w okresie 2009–2012 jest sumą zobowiązań 2 powyższych szpitali.
- ⁷ Z dniem 01.01.2014 r. SP Szpital Kliniczny Nr 5 SUM zmienił nazwę na Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- ⁸ Jednostka rozpoczęła działalność w I kw. 2008 r.

Zobowiązania wymagalne szpitali klinicznych w latach 2010-2014

w tys. zł

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania wymagalne					Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013
1.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	56 039,3	65 029,2	71 672,0	71 792,6	88 798,3	158,5%	136,6%	123,9%	123,7%
2.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	65 837,5	27 732,0	28 220,6	63 401,2	87 036,2	132,2%	313,8%	308,4%	137,3%
3.	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	102 718,2	58 229,1	46 775,0	65 934,6	80 558,3	78,4%	138,3%	172,2%	122,2%
4.	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie	38 253,6	89 290,1	76 367,5	86 139,1	70 809,9	185,1%	79,3%	92,7%	82,2%
5.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie	42 063,1	54 612,5	73 551,9	53 450,6	47 148,7	112,1%	86,3%	64,1%	88,2%
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	46 479,8	61 330,7	71 920,2	73 668,9	46 195,6	99,4%	75,3%	64,2%	62,7%
7.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	15 245,8	28 286,5	30 604,6	30 803,9	32 840,9	215,4%	116,1%	107,3%	106,6%
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	23 568,9	26 131,2	19 619,2	15 282,2	29 379,4	124,7%	112,4%	149,7%	192,2%
9.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	14 346,1	22 955,4	25 996,5	24 759,1	22 477,0	156,7%	97,9%	86,5%	90,8%

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania wymagalne						Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
10.	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy ²	15 619,1	14 655,9	14 573,3	9 812,8	15 765,4	100,9%	107,6%	108,2%	160,7%	
11.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	24 042,4	10 543,5	16 083,1	10 764,5	13 660,4	56,8%	129,6%	84,9%	126,9%	
12.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	41,6	0	4 842,5	5 275,4	9 679,9	23246,0%	-	199,9%	183,5%	
13.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	66 892,1	31 895,8	42 004,2	22 540,2	5 292,5	7,9%	16,6%	12,6%	23,5%	
14.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie ³	2 308,4	2 978,1	3 720,0	3 043,0	4 855,9	210,4%	163,1%	130,5%	159,6%	
15.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II	8 954,6	12 309,0	8 358,4	4 732,9	4 218,4	47,1%	34,3%	50,5%	89,1%	
16.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	11 732,2	13 994,0	1 244,5	2 610,0	2 571,2	21,9%	18,4%	206,6%	98,5%	
17.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	11 718,7	7 123,4	6 642,4	6 577,0	2 016,5	17,2%	28,3%	30,4%	30,7%	
18.	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem	736,7	892,5	656,0	341,2	439,7	59,7%	49,3%	67,0%	128,9%	
19.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	3 233,6	13 004,6	765,1	1 269,7	370,9	11,5%	2,9%	48,5%	29,2%	
20.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Instytut Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ⁴	1 446,6	1 359,0	22,3	25,8	55,2	3,8%	4,1%	247,9%	214,3%	

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania wymagalne						Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
21.	Stomatologiczne Centrum Kliniczne UM w Lublinie ⁸	0	0	0	0	27,6	-	-	-	-	
22.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	1 277,4	882,0	1 015,4	537,5	22,9	1,8%	2,6%	2,3%	4,3%	
23.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	23 751,9	20 388,2	485,4	82,7	4,7	0,0%	0,0%	1,0%	5,7%	
24.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	35,0	76,6	0,3	0,3	4,1	11,6%	5,3%	1310,7%	1500,0%	
25.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie	0,9	0	0,4	4,8	2,3	259,3%	25466,7%	570,1%	48,2%	
26.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Świeckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ⁵	168,2	415,4	12 401,9	0	1,2	0,7%	0,3%	0,0%	-	
27.	Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni	6,5	15,8	21,6	12,9	0,7	11,2%	4,6%	3,4%	5,6%	
28.	Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie	0,1	0,1	26,5	0	0,1	102,6%	198,3%	0,4%	-	
29.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
30.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	3,6	0	0	0	0	0,0%	-	-	-	

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania wymagalne						Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
31.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
32.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mieleckiego ŚUM w Katowicach	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
33.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach	4 283,6	4 377,9	1 162,5	194,6	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
34.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
35.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. S. Szyszko ŚUM w Katowicach ⁶	0,1	3 525,1	0	0	0	0,0%	0,0%	-	-	
36.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	0,4	0	0	0	0	0,0%	-	-	-	
37.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
38.	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ⁷	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
39.	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	0	0	0	0	0	-	-	-	-	

Lp.	Nazwa jednostki	Zobowiązania wymagalne						Dynamika			
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2014/2010	2014/2011	2014/2012	2014/2013	
40.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	6,2	0,3	0,2	0,7	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
41.	Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny	0	0	0	0	0	-	-	-	-	
Razem		580 811,9	572 033,8	558 753,6	553 058,0	564 233,9	97,1%	98,6%	101,0%	102,0%	

Źródło: Dane ankietowe Ministerstwa Zdrowia otrzymane z uczelni medycznych

¹ Z dniem 1 kwietnia 2009 r. został połączony z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym Nr 5 im. gen. dyw. B. Szareckiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z dniem 1 kwietnia 2010 r. został połączony z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym Nr 3. Wartość zobowiązań w 2009 r. jest sumą zobowiązań 2 szpitali: Szpitala Klinicznego Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Szpitala Klinicznego Nr 3 im. dr. S. Sterlinga Uniwersytetu Medycznego w Łodzi².

² Jako szpital kliniczny jednostka działa od IV kw. 2008 r.

³ Jako szpital kliniczny jednostka działa od I kw. 2009 r.

⁴ Z dniem 1 stycznia 2012 Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6 Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi połączył się z Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wartość zobowiązań w okresie 2009–2011 jest sumą zobowiązań 2 powyższych szpitali.

⁵ Z początkiem 2013 r. został połączony ze Specjalistycznym Szpitalem Klinicznym UM w Poznaniu, który powstał z połączenia z początkiem 2012 r. Centrum Stomatologii UM w Poznaniu ze 111 Szpitalem Wojskowym SPZOZ w Poznaniu. Wartość zobowiązań na koniec 2012 jest sumą zobowiązań Specjalistycznego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu i Szpitala Klinicznego im. Święćickiego UM w Poznaniu a w okresie 2009–2011 r. jest sumą zobowiązań Szpitala Klinicznego im. Święćickiego UM w Poznaniu i Centrum Stomatologii UM w Poznaniu.

⁶ Z dniem 1 sierpnia 2013 r. nastąpiło połączenie SPSK nr 1 w Zabrze z SPSK nr 3 w Zabrze, wartość zobowiązań w okresie 2009-2012 jest sumą zobowiązań 2 powyższych szpitali.

⁷ Z dniem 01.01.2014 r. SP Szpital Kliniczny Nr 5 SUM zmienił nazwę na Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

⁸ Jednostka rozpoczęła działalność w I kw. 2008 r.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Właściwi przewodniczący komisji senackich
11. Szef Kancelarii Prezydenta RP
12. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
13. Szef Kancelarii Sejmu
14. Szef Kancelarii Senatu
15. Minister Finansów
16. Minister Zdrowia
17. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
18. Rzecznik Praw Pacjentów
19. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia