

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ-41012/2008

Nr ewid. 157/2009/P/08/099/KPZ

Informacja o wynikach kontroli wykorzystania specjalistycznej aparatury medycznej w procesie realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych w latach 2006-2008 (I półrocze)


Warszawa styczeń 2010 r.

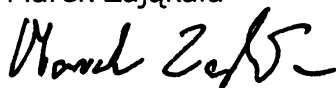
Misją *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

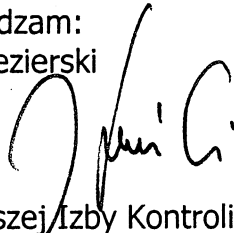
Wizją *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

**Informacja o wynikach kontroli
wykorzystania specjalistycznej aparatury
medycznej w procesie realizacji usług
medycznych, finansowanych ze środków
publicznych, w latach 2006-2008 (I półrocze)**

Dyrektor Departamentu Pracy,
Spraw Socjalnych i Zdrowia


Lech Rejnuś

Akceptuję:
Marek Zająkała

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jeziński

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 7.01. 2010 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-22- 444 50 00
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	8
2.2. Synteza wyników kontroli	8
2.2.1. Stan techniczny posiadanej specjalistycznej aparatury medycznej	8
2.2.2. Zapewnienie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w badaniach rentgenodiagnostycznych.....	10
2.2.3. Wykorzystanie aparatury i jej dostępność – czas oczekiwania na wykonanie badania	13
2.2.4. Udostępnianie majątku publicznych zoz prywatnym podmiotom	15
2.2.5. Zamówienia publiczne.....	16
2.2.6. Inne ustalenia	17
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	18
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	20
3.1. Stan techniczny posiadanej specjalistycznej aparatury medycznej.....	20
3.2. Zapewnienie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w badaniach rentgenodiagnostycznych.....	23
3.3. Wykorzystanie aparatury i jej dostępność – czas oczekiwania na wykonanie badania	29
3.4. Udostępnianie majątku publicznych zoz prywatnym podmiotom	38
3.5. Zamówienia publiczne.....	40
3.6. Inne ustalenia kontroli	43
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	48
4.1. Przygotowanie kontroli.....	48
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	48
5. Załączniki	50

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli numer P/08/099 było „Wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej w realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych, w latach 2006-2008 (I półrocze)”.

Celem kontroli było zbadanie i ocena wykorzystania specjalistycznej aparatury medycznej przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (sp zoz), stosowanej głównie do badań diagnostycznych rentgenowskich, rezonansu magnetycznego i ultrasonograficznych, z uwzględnieniem dostępu do badań dla uprawnionych pacjentów (tj. objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym).

Badaniom kontrolnym i ocenie poddano w szczególności:

- stan techniczny specjalistycznej aparatury medycznej,
- dostępność - tj. czas oczekiwania na wykonanie badań diagnostycznych,
- gospodarowanie przez sp zoz specjalistyczną aparaturą medyczną,
- przestrzeganie przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych, w zakresie zakupu tej aparatury.

Kontrolę przeprowadzono w 53 zakładach opieki zdrowotnej¹, w tym w 11 szpitalach klinicznych, w okresie od 1 sierpnia do 31 grudnia 2008 r., obejmując nią lata 2006-2008 (I półrocze). W zakładach utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej kontrola została przeprowadzona z uwzględnieniem kryteriów legalności, gospodarności, celowości i rzetelności².

W zakładach, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny – legalności, gospodarności i rzetelności³.

¹ W Informacji uwzględniono również wyniki kontroli rozpoznawczych przeprowadzonych w 3 jednostkach w ww. zakresie.

² Art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK”.

³ Art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

Słowniczek ważniejszych pojęć:

audyt kliniczny – systematyczna kontrola lub przegląd medycznych procedur radiologicznych, mające na celu polepszenie jakości udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych poprzez usystematyzowaną analizę, w ramach której praktyka, procedury i wyniki radiologiczne są porównywane z uznanymi standardami oraz, w razie konieczności, modyfikację dotychczasowego postępowania lub wprowadzenie nowych standardów,

gabinet rentgenowski – pomieszczenie pracowni rentgenowskiej, w którym zainstalowana jest na stałe co najmniej jedna lampa rentgenowska,

kontrola jakości – zespół działań wchodzących w skład systemu zarządzania jakością, polegających na kontroli planowania, koordynacji i realizacji, mających na celu utrzymanie lub poprawę jakości funkcjonowania urzędzeń radiologicznych oraz medycznych procedur radiologicznych. Do kontroli jakości należy w szczególności ocena i utrzymanie wymaganych wartości dla wszystkich parametrów eksploatacyjnych urzędzeń radiologicznych,

medyczna procedura radiologiczna – opis czynności niezbędnych do przeprowadzenia badania lub zabiegu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w celu postawienia diagnozy bądź leczenia,

narażenie – proces, w którym organizm ludzki podlega działaniu promieniowania jonizującego,

ochrona radiologiczna pacjenta – zespół czynności i ograniczeń zmierzających do zminimalizowania narażenia pacjenta na promieniowanie jonizujące, które nie będzie nadmiernie utrudniało lub uniemożliwiało uzyskania pożądanych i uzasadnionych informacji diagnostycznych lub efektów leczniczych,

pracownia rentgenowska – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń przeznaczony do wykonywania medycznych procedur radiologicznych z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego,

program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej – system działań gwarantujący spełnienie określonych wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w zależności od prowadzonej działalności,

promieniowanie jonizujące – promieniowanie składające się z cząstek bezpośrednio lub pośrednio jonizujących albo z obu rodzajów tych cząstek lub fal elektromagnetycznych o długości 100 nm (nanometrów),

rentgenodiagnostyka – wszelka działalność diagnostyczna związana z wykorzystaniem aparatów rentgenowskich,

system zarządzania jakością – zespół systematycznie planowanych i wykonywanych działań, koniecznych dla wystarczającego zapewnienia, że dana struktura, układ lub ich części składowe bądź procedury będą działać w sposób zadowalający, spełniając wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 33c ust. 9 pkt 2 ustawy - Prawo atomowe,

urządzenia radiologiczne – źródła promieniowania jonizującego lub urządzenia służące do detekcji promieniowania jonizującego, wykorzystywane do celów leczniczych lub diagnostycznych,

zestaw rentgenowski – aparat lub zestaw aparatury składającej się z urządzeń przeznaczonych do wytwarzania i wykorzystywania promieniowania rentgenowskiego, w których źródłem promieniowania jonizującego jest lampa rentgenowska,

źródło promieniowania jonizującego – źródło promieniotwórcze, urządzenie zawierające takie źródło, urządzenie wytwarzające promieniowanie jonizujące lub urządzenie emitujące substancje promieniotwórcze.

Charakter i przeznaczenie specjalistycznej aparatury medycznej objętej kontrolą.

- **Tomograf rezonansu magnetycznego** - urządzenia do badania struktur anatomicznych człowieka (w dowolnej płaszczyźnie), a także trójwymiarowo, przy pomocy stałego pola magnetycznego o wysokiej energii i fal radiowych, we współdziałaniu z komputerem. Czas badania - od 1 do 3 godzin. Maksymalna przepustowość - ok. 20 pacjentów dziennie.
- **Tomograf komputerowy** - aparatura do badań radiologicznych, funkcjonująca w sprzężeniu z komputerem, umożliwiająca ocenę struktur anatomicznych i ich nieprawidłowości w ciele całego człowieka - w różnych płaszczyznach. Czas badania - zróżnicowany w zależności od obiektu (np. głowa, brzuch, klatka piersiowa, wątroba itp.) - możliwość wykonania do paru badań w ciągu godziny.
- **Ogólnodiagnostyczne urządzenia rentgenowskie** - urządzenia do rentgenodiagnostyki ogólnej (rentgenografii i prześwietleń, przy pomocy promieniowania jonizującego), służące do badań nieinwazyjnych niewidocznych miękkich i twardych części ciała oraz jam ciała i do wykonywania ich zdjęć. Czas badania od kilku (częściej) do kilkudziesięciu minut.
- **Gastrofiberoskop** – giętki aparat do wziernikowania górnego odcinka przewodu pokarmowego (badania: gastroskopia, panendoskopia). Czas jednego badania wynosi około kilkunastu minut.
- **Bronchofiberoskop** – giętkie urządzenie do endoskopowego badania (wziernikowania) tchawicy i oskrzeli, w drodze bezpośredniego oglądu tchawicy i oskrzeli, z użyciem urządzeń optycznych i do wykonania niektórych zabiegów terapeutycznych. Czas jednego badania wynosi 15 - 30 minut.
- **Mammograf** - aparat do badania radiologicznego gruczołu piersiowego, a w szczególności do wykonywania: mammografii klasycznej (obrazowe badanie gruczołu piersiowego - sutka, z użyciem promieni rentgenowskich), kseromammografii - opartej na innym rodzaju detektora promieniowania rentgenowskiego, pneumocystomammografii (połączonej z punkcją torbieli), galaktografii (mammografii kontrastowej).
- **Elektromiograf (EMG)** - aparat do elektromiograficznego badania czynności elektrycznej mięśni, stosowany w rozpoznawaniu chorób mięśni i nerwów obwodowych. Badanie trwa od kilku do kilkudziesięciu minut.

- **Angiograf ogólny z opcją kardiologiczną** - aparat do radiologicznego badania wypełnionych kontrastem naczyń krwionośnych, przy pomocy promieniowania rentgenowskiego (tzw. metoda Dos Santosa, metoda Seldingera i tzw. cyfrowa angiografia subtrakcyjna - DSA, przy wykorzystaniu wzmacniacza rtg oraz komputera). Badanie trwa na ogół około jednej godziny, czasem może się przedłużyć do dwóch godzin.
- **Bieżnia wysiłkowa** - urządzenia do przeprowadzania elektrokardiograficznego testu wysiłkowego, w połączeniu z badaniem EKG, tj. do kontroli ciśnienia tętniczego krwi, oceny wydolności układu krążenia i do rehabilitacji chorych. Badanie trwa zwykle kilkanaście minut.
- **Elektroencefalograf (EEG)** - aparat do rejestracji, przy pomocy elektrod umieszczonych na skórze głowy, czynnościowych prądów mózgu, w celu diagnozowania schorzeń czynnościowych i organicznych mózgu. Badanie trwa kilkadziesiąt minut.
- **Ultrasonograf** - aparat do obrazowania narządów i tkanek jamy brzusznej, ośrodkowego układu nerwowego, narządów szyi i klatki piersiowej, stawów i aparatu więzadłowego, tkanek miękkich i mięśni, jąder, sutka, serca (echokardiografia), oczodołu, ultrasonografy do badania stawów, ultrasonografy do badań wzornikowych - przy pomocy fali ultradźwiękowej (w zakresie 1 do 10 Mhz) i do utrwalania obrazu na papierze, filmie, fotografii, dyskietce. Badanie trwa od kilku do ok. dwudziestu minut.
- **Echokardiograf** - (tzw. echa jednowymiarowego - praktycznie już nie stosowany, dwuwymiarowy i tzw. „dopplerowski”), w połączeniu z komputerami - aparatura do badania serca i naczyń krwionośnych, za pomocą ultradźwięków, w celu nieinwazyjnej oceny ruchu mięśnia sercowego i zastawek wewnątrzsercowych, a także przepływu krwi w obrębie przedsionków i komór serca, dużych naczyń krwionośnych oraz naczyń wieńcowych. Badanie trwa zazwyczaj od kilku do kilkunastu minut.
- **Sprzęt do fizykoterapii** - łaźnie, sauny, urządzenia do leczenia zimnem, wodolecznictwa, światłolecznictwa, elektrolecznictwa, elektrodiagnostyki, wykorzystującego pola elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości, magnetoterapii, aparatury ultradźwiękowej, do balneoterapii. Czas zabiegu od paru do kilkadziesiąt minut, zależnie od wskazań lekarza.

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej w procesie realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych w latach 2006-2008 (I półrocze).

Powyższą ocenę uzasadnia skala stwierdzonych nieprawidłowości, w tym mających bezpośredni wpływ na ograniczenie dostępności do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, jakość tych świadczeń oraz bezpieczeństwo personelu i pacjentów przy badaniach rentgenodiagnostycznych, narażonych na promieniowanie jonizujące. Uzasadnia ją również skala niegospodarnego wykorzystywania majątku trwałego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz nieprzestrzeganie przepisów prawa, głównie ustawy - Prawo zamówień publicznych przy zakupie urządzeń medycznych.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Stan techniczny posiadanej specjalistycznej aparatury medycznej

2.2.1.1. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej⁴ udzielały świadczeń medycznych w dużej mierze przy użyciu przestarzałych technicznie urządzeń diagnostycznych. Blisko połowa z nich została wyprodukowana przed rokiem 2000, w tym większość przed 1997 r.⁵ Najstarsze urządzenia medyczne miały ponad 40 lat⁶. Ograniczona wymiana wyeksploatowanych urządzeń⁷ pogłębiała ich dekapitalizację⁸, która negatywnie wpływała na sprawność techniczną i powodowała wzrost kosztów usuwania awarii, których wysokość w I półroczu 2008 r.

⁴ W zakresie objętym kontrolą.

⁵ Na 1908 urządzeń medycznych, struktura wiekowa tych urządzeń przedstawiała się następująco: wyprodukowane przed 1996 r. – 23,5%, w latach od 1997 do 1999 – 19,6%, od 2000 do 2004 – 34,5%, po roku 2005 – 22,4%.

⁶ Stwierdzono 4 urządzenia pochodzące z lat 1975–1976, tj.: stymat z 1975 r., zestaw reanimacyjny z 1976 r., gastrofiberoskop z 1976 r., aparat rtg X-18 z 1976 r.

⁷ Spowodowany, według wyjaśnień kierowników jednostek kontrolowanych, problemami finansowymi zakładów.

⁸ Wartość badanej aparatury stanowiła 35% ogólnej wartości posiadanej aparatury. Wskaźnik amortyzacji w okresie badanym wzrósł z 60 do 65%.

uksztaltowała się na poziomie kosztów poniesionych w całym 2006 roku (*str. 20 - 21*).

2.2.1.2. Pomimo dysponowania w znacznym stopniu wyeksploatowaną aparaturą medyczną, ponad połowa zakładów⁹ nie zachowywała należytej staranności w utrzymaniu jej właściwego stanu technicznego.

W ograniczonym zakresie dokonywano (lub nie dokonywano w ogóle) okresowych przeglądów technicznych i konserwacji zalecanych przez producentów, niekiedy mimo zawartych umów serwisowych. Nie dla wszystkich urządzeń posiadano instrukcję obsługi w języku polskim oraz dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do użytku¹⁰.

Dokumentacja eksploatacyjna (jeżeli ją prowadzono) była nierzetelna, nie zawierała bowiem pełnych informacji o przeglądach, naprawach i przerwach w pracy, spowodowanych awariami sprzętu, co uniemożliwiało ustalenie stanu technicznego użytkowanych urządzeń (*str. 21*).

2.2.1.3. W ofertach do Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹ podawano natomiast, że urządzenia są sprawne, gdyż było to warunkiem zawarcia umów na finansowanie świadczeń ze środków publicznych (*str. 22*).

Dla Funduszu gwarantem sprawności aparatury i posiadanych atestów były informacje o zawartych przez oferentów umowach serwisowych, zamieszczane w „portalu świadczeniodawcy”¹².

Świadczeniodawcy nie wywiązywali się również z obowiązku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym posiadanej aparatury wykorzystywanej do świadczeń opieki zdrowotnej, do czego zobowiązywały warunki umów zawartych z NFZ (*str. 22 - 23*).

⁹ W 52% zakładów spośród 50, w których zbadano to zagadnienie.

¹⁰ Art. 4 ust. 2, 4 i 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 ze zm.).

¹¹ W dalszej treści używany skrót „NFZ” lub „Fundusz”.

¹² Zgodnie z informacją uzyskaną z Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 29 pkt 2f ustawy o NIK.

2.2.2. Zapewnienie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w badaniach rentgenodiagnostycznych

Aż 88,7% zakładów¹³ realizujących świadczenia rentgenodiagnostyczne nie gwarantowało warunków bezpiecznego stosowania tych urządzeń oraz ochrony pracowników i pacjentów przed zagrożeniami wynikającymi ze stosowania promieniowania jonizującego¹⁴.

2.2.2.1. Prawie dwie trzecie (61,5%) jednostek¹⁵ nie przestrzegało ustawowego obowiązku wykonywania badań wyłącznie sprzętem sprawdzonym pod kątem spełniania wymogów bezpiecznego użytkowania.

Nie przeprowadzano podstawowych (lub przeprowadzano w ograniczonym zakresie)¹⁶ oraz corocznych specjalistycznych testów kontroli fizycznych parametrów urządzeń rentgenodiagnostycznych¹⁷, mających na celu zapobieganie medycznemu wypadkom radiologicznym. Zakłady te nie sprawdzały również urządzeń pomiarowych do wykonywania testów wewnętrznych, mimo że powinny to robić raz na dwa lata¹⁸.

Stwierdzono nawet przypadki użytkowania urządzeń, o których było wiadomo, że nie spełniają norm radiologicznych i narażają pacjentów i obsługę na nadmierną dawkę promieniowania rentgenowskiego (*str.* 23 - 25).

2.2.2.2. Jedna czwarta (24%) zakładów nie wprowadziła klinicznego audytu wewnętrznego w zakresie rentgenodiagnostyki¹⁹, do zadań którego należało m.in. sprawdzanie częstotliwości wykonywanych testów aparatury, mimo że termin jego wdrożenia minął 31 grudnia 2006 r.²⁰

¹³ 47 spośród 53 zbadanych zakładów.

¹⁴ Art. 7 ust. 1 i art. 9 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.).

¹⁵ 24 jednostki spośród 39, w których zbadano to zagadnienie.

¹⁶ Kontrole wykonywane przez pracowników uprawnionych do obsługi tych urządzeń, w danym zakładzie jednostki ochrony zdrowia, według zasad określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

¹⁷ Kontrole wykonywane przez laboratoria badawcze posiadające akredytację w tym zakresie lub, w terminie do dnia 31.12.2010 r., laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej i laboratoria badawcze upoważnione przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

¹⁸ § 10 ust. 2 - 4 i 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

¹⁹ § 12 i 59 ust. 1 rozporządzenia jw.

²⁰ W 6 spośród 25 objętych badaniem.

Mimo upływu prawie czterech lat obowiązywania ustawy – Prawo atomowe, Minister Zdrowia nie powołał członków komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych (m.in. w zakresie radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii obrazowej), które miały utworzyć²¹ zespoły uprawnione do przeprowadzenia klinicznych audytów zewnętrznych. Z tego powodu do końca 2008 r. jednostki ochrony zdrowia nie były poddane klinicznemu audytowi zewnętrznemu w zakresie rentgenodiagnostyki (termin jego wdrożenia upływa z dniem 31 grudnia 2009 r.²²), tj. kontroli jakości udzielanych świadczeń, w tym dotyczących m.in. spełniania wymogów bezpieczeństwa stosowanej aparatury medycznej (*str. 26*).

2.2.2.3. W ponad jednej trzeciej (38,2%) zakładów²³ nie opracowano (lub zrobiono to ze znacznym opóźnieniem) systemu zarządzania jakością, mającego m.in. na celu utrzymanie lub poprawę jakości medycznych procedur radiologicznych i funkcjonowania urządzeń radiologicznych, mimo że termin jego wdrożenia upłynął 31 grudnia 2006 r.²⁴

Jedna trzecia (34%) jednostek²⁵ nie opracowała programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, który winien zawierać co najmniej opis urządzeń i procedur mających na celu ochronę pracownika i pacjenta przed zagrożeniem²⁶.

W 9,4% zakładów²⁷ nie powołano, lub powołano ze znacznym opóźnieniem, inspektora ochrony radiologicznej, sprawującego nadzór nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej²⁸ (*str. 26 - 27*).

2.2.2.4. W 7,5% jednostek²⁹ pracownie, w których stosowano aparaty rentgenowskie, nie miały zezwolenia na ich uruchomienie lub zgody na udzielanie

²¹ Patrz art. 33g ustawy - Prawo atomowe oraz § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

²² § 59 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r.

²³ 13 spośród 34 objętych badaniem.

²⁴ § 9 i 55 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r.

²⁵ 18 spośród 53 zbadanych.

²⁶ Art. 7 ust. 2 ustawy - Prawo atomowe oraz § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

²⁷ 5 spośród 53 zbadanych.

²⁸ Art. 7 ust. 3 ustawy - Prawo atomowe.

²⁹ 4 spośród 53 zbadanych.

świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. badań rentgenodiagnostycznych i badań diagnostycznych³⁰.

W niemal jednej piątej (18,9%) zakładów³¹ stwierdzono przypadki stosowania aparatów rentgenowskich bez wymaganego zezwolenia na ich uruchomienie i stosowanie³² (*str.* 27).

2.2.2.5. W prawie co czwartym (22,6%) zakładzie³³ badania rentgenodiagnostyczne wykonywał personel, w tym lekarze, nieposiadający wymaganych specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej lub certyfikatu ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta³⁴ (*str.* 28).

2.2.2.6. W co szóstym (17%) zakładzie³⁵ nie przestrzegano warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

W 9,4% jednostek³⁶ nie wszyscy pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące posiadali orzeczenie lekarskie (wydane przez uprawnionego lekarza) o braku przeciwwskazań do takiego zatrudnienia.

W 7,5% zakładów³⁷ nie przeprowadzano regularnych kontrolnych pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych dla oceny narażenia pracowników³⁸ (*str.* 28).

2.2.2.7. W niemal połowie (45,3%) zakładów³⁹ pracownice rentgenowskie nie miały pełnej dokumentacji⁴⁰, w tym m.in.: zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich i uruchomienie pracowni, protokołów pomiarów dozymetrycznych, dawek otrzymanych przez pracowników, dokumentów programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej (*str.* 26).

³⁰ Art. 4 ust. 1 pkt 6 oraz art. 33e ust. 1 ustawy - Prawo atomowe.

³¹ 10 spośród 53 zakładów.

³² Art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy - Prawo atomowe.

³³ 12 spośród 53 zakładów.

³⁴ Termin uzyskania certyfikatu upłynął 31 grudnia 2008 r. Patrz § 5 ust. 4 i § 6 ust. 1 oraz § 56 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r.

³⁵ 9 spośród 53 jednostek.

³⁶ 5 spośród 53.

³⁷ 4 spośród 53.

³⁸ Art. 9 ust. 2 oraz art. 10 ust. 1 ustawy - Prawo atomowe.

³⁹ 24 spośród 53.

⁴⁰ § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r.

2.2.2.8. Dopiero po upływie prawie 4 lat obowiązywania ustawy - Prawo atomowe, Minister Zdrowia wydał 27 marca 2008 r. rozporządzenie⁴¹ określające krajową bazę danych urzędzeń radiologicznych (prowadzoną przez Głównego Inspektora Sanitarnego), zawierającą m.in. informacje o ich typie, przeznaczeniu, roku produkcji i uruchomieniu oraz dacie wykonania aktualnych testów specjalistycznych.

W tym samym dniu Minister Zdrowia wydał rozporządzenie⁴² określające minimalne wymagania dla jednostek udzielających świadczenia z zakresu rentgenodiagnostyki, dotyczące ich wyposażenia w urządzenia radiologiczne i pomocnicze oraz kwalifikacji personelu⁴³.

2.2.3. Wykorzystanie aparatury i jej dostępność – czas oczekiwania na wykonanie badania

2.2.3.1. Przyczyną wydłużonego okresu oczekiwania na badania diagnostyczne było niepełne wykorzystanie urzędzeń medycznych. Wynikało ono z ograniczonego czasu dostępności i pracy aparatów diagnostycznych w pracowniach funkcjonujących w ramach oddziałów szpitalnych, spowodowanego m.in. brakiem wystarczającej liczby personelu uprawnionego do obsługi tej aparatury⁴⁴, awariami urzędzeń, niewystarczającymi, w stosunku do potrzeb, środkami finansowymi przyznanymi przez NFZ na realizację tych świadczeń (*str.* 29 - 32).

W niemal co trzecim (31,1%)⁴⁵ zakładzie nabyte ze środków publicznych drogie urządzenia medyczne przez dłuższy okres (wynoszący nawet kilka lat) nie były wykorzystywane, co NIK oceniła jako działanie niegospodarne (*str.* 31 - 34).

Ilościowy stan posiadanej przez zakłady specjalistycznej aparatury był zawyżony z tytułu utrzymywania na stanie ewidencyjnym urzędzeń, które nie były użytkowane z powodu wyeksploatowania w stopniu uniemożliwiającym ich dalsze

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie bazy danych urzędzeń radiologicznych (Dz. U. Nr 59, poz. 366).

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365).

⁴³ Spełnianie przez jednostki kontrolowane wymogów rozporządzenia – nie było przedmiotem kontroli z uwagi na jego późny termin wydania.

⁴⁴ Lekarze wykonujący te badania, przeważnie realizowali równocześnie inne zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych.

⁴⁵ 14 zakładów spośród 45 zbadanych w tym zakresie.

stosowanie. Jedna trzecia (35,8%) zakładów⁴⁶ nie podejmowała decyzji o ich likwidacji lub zbyciu i pozostawały one na stanie tych jednostek przez długi, nawet paroletni okres (*str.* 33).

2.2.3.2. Zdecydowana większość (93,6%)⁴⁷ zakładów nie przestrzegała ustawowego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych według kolejności zgłaszania się pacjentów, tj. w sposób zapewniający sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do tych świadczeń⁴⁸.

Na niektóre badania diagnostyczne i świadczenia z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury diagnostycznej nie były prowadzone listy oczekujących, mimo takiego obowiązku, a jeśli sporządzano je, były nierzetelne i niezgodne z ustawowymi wymogami. Nie była również możliwa weryfikacja sposobu wywiązywania się z obowiązku udzielania świadczenia według kolejności zgłoszeń.

Dodatkowym utrudnieniem weryfikacji tych danych były stwierdzone przypadki niszczenia list oczekujących, pomimo że stanowią one integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawców, a tym samym istniał prawny obowiązek przechowywania ich przez okres 20 lat⁴⁹ (*str.* 34).

Nie był przestrzegany ustawowy obowiązek powoływania zespołu oceny przyjęć, do zadań którego należała okresowa (co najmniej raz w miesiącu) ocena prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. W zakładach, w których były takie zespoły stwierdzono, że nie wywiązywały się one ze swoich zadań⁵⁰ (*str.* 35).

Świadczeniodawcy nierzetelnie wywiązywali się z ustawowego obowiązku przekazywania informacji do NFZ (lub nie były one przekazywane) o średnim czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie oczekujących na poszczególne świadczenia medyczne⁵¹. Nie wywiązywali się również z obowiązku umieszczania w miejscu

⁴⁶ 19 spośród 53 zakładów zbadanych.

⁴⁷ 44 spośród 47 zbadanych w tym zakresie zakładów.

⁴⁸ Art. 20 ust. 1, 2 i 5 ustawy 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.).

⁴⁹ Art. 18 ust. 4f ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

⁵⁰ Art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁵¹ Art. 23 ust. 1 ustawy jw.

udzielania świadczeń informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na poszczególne świadczenia⁵² (str. 35 - 36).

2.2.3.3. Informacje publikowane przez oddziały i gromadzone w centralnym wykazie Narodowego Funduszu Zdrowia o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń⁵³ - były nierzetelne. Ocena ta jest tym bardziej zasadna zważywszy, że świadczeniodawcy odmawiali zapisów na listy oczekujących w przypadkach wyczerpania się limitów środków otrzymanych z NFZ na dany okres sprawozdawczy (str. 37).

2.2.4. Udostępnianie majątku publicznych zoz prywatnym podmiotom

W niemal połowie (46,2%) jednostek⁵⁴ stwierdzono przypadki niegospodarności przy udostępnianiu, osobom fizycznym i prawnym, aparatury i pomieszczeń publicznych zakładów oraz z tytułu udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne realizowane przez podmioty prywatne (podwykonawców), które ponadto nie były uprawnione do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Ujawniono również okoliczności wskazujące, zdaniem NIK, na podejrzenie popełnienia przestępstwa⁵⁵, polegającego na niedopełnieniu obowiązku dbałości o interesy finansowe publicznego zoz, przy zawieraniu i realizacji zamówienia na świadczenia zdrowotne. Z tytułu zlecenia rentownej działalności w zakresie realizacji usług medycznych podmiotowi prywatnemu (wyłonionemu w nierzetelnie przeprowadzonym konkursie ofert i nie posiadającym uprawnień do ich realizacji) publiczny zoz kupował od tego podmiotu świadczenia po cenach wyższych niż koszty, które ponosił zakład wykonując te świadczenia samodzielnie. Pozbawił się również możliwości uzyskiwania zysków z tytułu odpłatnego udzielania tych świadczeń innym podmiotom (str. 38 - 40).

⁵² § 10 ust. 4 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), a następnie § 11 ust. 4 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w sprawie jw.

⁵³ Art. 23 ust. 2 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁵⁴ Zagadnienie to zbadano w 13 publicznych zakładach, tj. w 24,5% ogólnej liczby skontrolowanych jednostek.

⁵⁵ Patrz art. 231 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.).

2.2.5. Zamówienia publiczne

W blisko połowie jednostek objętych kontrolą⁵⁶ stwierdzono nieprawidłowości w przygotowywaniu i przeprowadzaniu postępowań o udzielenie zamówień publicznych na dostawy aparatury medycznej oraz materiałów i artykułów medycznych związanych z funkcjonowaniem tej aparatury. Wartość badanych postępowań, zakończonych udzieleniem zamówienia, stanowiła 7,5% ogólnej wartości zamówień zrealizowanych w tym okresie⁵⁷.

2.2.5.1. Ujawnione przypadki rażącego nieprzestrzegania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, które stanowiły 2,1% wartości kontrolowanych zamówień⁵⁸, dotyczyły udzielenia zamówienia publicznego w sposób niegwarantujący zasady uczciwej konkurencji oraz równego traktowania oferentów, bezstronności i obiektywizmu postępowania⁵⁹, co było naruszeniem dyscypliny finansów publicznych⁶⁰. Polegały one na:

- niestosowaniu ustawy przy udzieleniu zamówienia, którego wartość zobowiązywała do jej stosowania⁶¹,
- zastosowaniu niewłaściwego trybu udzielenia zamówień publicznych⁶²,
- dokonaniu podziału zamówienia na części, w celu uniknięcia stosowania przepisów ustawy⁶³,
- upozorowanym postępowaniu przetargowym, w celu usankcjonowania wcześniej podjętej decyzji o zakupie konkretnego urządzenia, od określonego dostawcy,
- bezpodstawnym odrzuceniu oferty i unieważnieniu postępowania⁶⁴ (*str. 40 - 42*).

2.2.5.2. Stwierdzone uchybienia formalnoprawne dotyczyły m.in.: braku pełnej dokumentacji z danego postępowania, opóźnień w przekazywaniu ogłoszeń

⁵⁶ 49% jednostek, tj. 26 spośród 53 zakładów objętych kontrolą.

⁵⁷ Wartość objętych kontrolą, w okresie badanym, zrealizowanych zamówień publicznych wynosiła 199,8 mln zł.

⁵⁸ Stwierdzono 6 przypadków na ogólną kwotę zamówień – 4.154,5 tys. zł.

⁵⁹ Art. 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).

⁶⁰ Art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 ze zm.).

⁶¹ Naruszenie art. 4 pkt 8 ustawy - Prawo zamówień publicznych.

⁶² Naruszenie art. 67 ustawy jw.

⁶³ Naruszenie art. 32 ust.2 ustawy jw.

⁶⁴ Naruszenie art. 89 ustawy jw.

o udzieleniu zamówień do publikacji w Biuletynie Zamówień Publicznych i Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, wadliwości oświadczeń złożonych przez członków komisji przetargowej oraz przez osoby wykonujące czynności w postępowaniu, nie zawierania w treści publikowanych ogłoszeń niektórych wymaganych informacji, co ograniczało wiedzę o warunkach udzielania zamówienia (*str. 41 - 43*).

2.2.5.3. Zawieranie umów z dostawcą, który został wyłoniony w drodze postępowania przetargowego, o treści odbiegającej od złożonej oferty i warunków określonych w SIWZ, w tym dotyczących niezabezpieczenia interesów zamawiającego w przypadku niewywiązania się z postanowień umownych (np. brak terminu dostaw, ich instalacji i przekazania technicznego oraz sankcji z tytułu niewykonania postanowień w tym zakresie), NIK oceniła jako działania nielegalne⁶⁵ jak również prowadzące do niegospodarności⁶⁶ (*str. 43 - 44*).

2.2.6. Inne ustalenia

2.2.6.1. W niemal połowie (43,4%) jednostek⁶⁷ księgi rachunkowe prowadzone były w sposób nierzetelny. Stwierdzone nieprawidłowości w ewidencji i dokumentacji księgowej dotyczyły w szczególności: niedokonywania bieżących zapisów odzwierciedlających stan rzeczywisty posiadanych urządzeń medycznych, nierzetelnego ujmowania wartości aparatury, nieprawidłowego ujmowania w księgach urządzeń medycznych pochodzących z darów i dotacji, niezgodnego z przepisami przeprowadzania inwentaryzacji i naliczania amortyzacji (*str. 43 - 45*).

Ujawniono również przypadki:

- wprowadzenia do ewidencji urządzeń medycznych nie oddanych do użytkowania w celu ukrycia przed organem założycielskim istotnych okoliczności, które powodowałyby konieczność zwrotu dotacji otrzymanej na jego zakup,
- wadliwego prowadzenia ksiąg rachunkowych, które polegały na naruszeniu ustawowego wymogu nieodwracalnego wyłączenia możliwości dokonywania zapisów księgowych w zbiorach tworzących księgi rachunkowe w danym roku

⁶⁵ Naruszenie art. 144 ustawy jw. w brzmieniu obowiązującym do 23 października 2008 r.

⁶⁶ Nieprawidłowości dotyczyły 6 zrealizowanych zamówień, o wartości 12.541,4 tys. zł (w 4 jednostkach), co stanowiło 6,3% łącznej kwoty badanych zamówień.

⁶⁷ 23 spośród 53 jednostek.

obrotowym⁶⁸, co podlega odpowiedzialności karnej na podstawie ustawy o rachunkowości⁶⁹ i Kodeksu karnego skarbowego⁷⁰ (*str.* 45).

2.2.6.2. W 18,9% jednostkach stwierdzono nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, regulujących dopuszczalność nabywania aparatury i sprzętu medycznego⁷¹ (*str.* 46 - 47).

2.2.6.3. Odnotowano pojedyncze przypadki nieprawidłowości dotyczących:

- przechowywania w Szpitalu niezabezpieczonych leków przeterminowanych (z datą ważności nawet do 1981 r.)⁷²,
- nierzetelnego nadzoru nad eksploatacją urządzeń, w tym: nieprzypisanie w strukturze organizacyjnej jednostki komórki zajmującej się sprawami technicznymi zadań związanych z utrzymaniem w ruchu aparatury i urządzeń medycznych oraz niewyznaczenie osób odpowiedzialnych za te zadania, nieudokumentowanie zmian miejsca użytkowania niektórych urządzeń,
- niedostosowania statutu i regulaminu porządkowego do aktualnej struktury organizacyjnej (*str.* 46).

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

W związku z wejściem Polski do Unii Europejskiej zostały dostosowane przepisy prawa także w zakresie stosowanej aparatury medycznej. Zmianom tym nie towarzyszyły jednak odpowiednie środki finansowe, które w relatywnie krótkim czasie pozwoliłyby wyposażyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w aparaturę odpowiadającą standardom unijnym. I właśnie ten brak środków finansowych był jedną z głównych przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości.

Stwierdzono również liczne przypadki braku należytej dbałości o aparaturę medyczną, jej stan techniczny i racjonalne wykorzystywanie.

Nieprawidłowości te potwierdzają, iż nadal aktualny pozostaje wniosek NIK, sformułowany po wcześniejszych kontrolach, dotyczący wzmocnienia nadzoru nad

⁶⁸ Naruszenie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.).

⁶⁹ Art. 77 ust. 1 ustawy jw.

⁷⁰ Art. 61 § 3 Kodeksu karnego skarbowego (Dz. U. z 2007 r. Nr 111, poz. 765 ze zm.).

⁷¹ Art. 42 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁷² Przeterminowane i wycofane ze stosowania leki są odpadami niebezpiecznymi i zgodnie z art. 70 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz. U. z 2007 r. Nr 39, poz. 251 ze zm.) osoby odpowiedzialne za niewłaściwe postępowanie z nimi podlegają karze aresztu lub grzywny. Zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 162, poz. 1153) – jednostki ochrony zdrowia (...) posiadają opracowaną procedurę postępowania z odpadami medycznymi.

funkcjonowaniem publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez ich organy założycielskie.

Na wykorzystanie aparatury medycznej w szpitalach miały wpływ również ograniczone możliwości finansowania udzielanych świadczeń, wyrażone limitami określonymi w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, brak wykwalifikowanego personelu, w tym kadry posiadającej kwalifikacje zgodne z wymogami Funduszu, a także wzrost zapotrzebowania na pewne rodzaje diagnostyki obrazowej, m.in. badanie z użyciem rezonansu magnetycznego.

Ustalenia kontroli upoważniają do przedstawienia Ministrowi Zdrowia wniosku o podjęcie działań w celu zapewnienia niezbędnej kadry do wykonywania świadczeń z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej. A ponadto Ministrowi Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu wniosku dotyczącego wzmocnienia nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej w zakresie stosowanej aparatury wytwarzającej promieniowanie jonizujące, w celu wykonania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie bazy danych urządzeń radiologicznych.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Stan techniczny posiadanej specjalistycznej aparatury medycznej

3.1.1. Zakłady opieki zdrowotnej, objęte kontrolą, dysponowały w I półroczu 2008 r. urządzeniami medycznymi o łącznej wartości około 1.200 mln zł brutto, umorzonymi w 68%, w tym wartość badanej aparatury specjalistycznej stanowiła 35% i wzrosła o 12,8% w stosunku do 2006 r. Ograniczony zakres wymiany zużytego sprzętu⁷³ skutkowało pogłębianiem się jego dekapitalizacji. Wobec zamortyzowania badanych urządzeń na początku 2006 r. w wysokości 60%, na dzień 30.06.2008 r. wskaźnik ten zwiększył się do 65%.

Wysoka dekapitalizacja aparatury oddziaływała negatywnie na jej sprawność techniczną oraz powodowała wzrost kosztów usuwania awarii, które wzrosły w 2007 r. w stosunku do 2006 r. o 58,2%, a w I półroczu 2008 r. wyniosły 6,4 mln zł, tj. 100% kosztów poniesionych z tego tytułu w roku 2006.

Na 1908 (objętych kontrolą) urządzeń ich struktura wiekowa kształtowała się następująco: wyprodukowane przed 1996 r. – 23,5%, w latach 1997 do 1999 - 19,6%, 2000 do 2004 - 34,5%, po roku 2005 - 22,4%. Przykładowo:

*Stopień zużycia 17 spośród 26 aparatów diagnostycznych w **COM w Jarosławiu** wynosił 100%. Spośród 41 urządzeń objętych kontrolą, 18 miało powyżej 10 lat, z tego 8 powyżej 20 lat.*

*Pomimo że **ZOZ MSWiA w Białymstoku** systematycznie prowadził przeglądy i konserwację oraz niezwłocznie zgłaszał serwisantom awarie, to jednak m.in. tomograf komputerowy w 2006 r. nie funkcjonował przez 99 dni, a w 2007 r. przez 70 dni, bieżnia wysiłkowa w 2006 r. była nieczynna przez 91 dni, a mammograf w I połowie 2008 r. nie działał przez 61 dni.*

*Na skutek 64 awarii sprzętu, w okresie badanym, **Mazurskie Centrum Zdrowia w Elku** utraciło możliwość wykonania m.in. ok. 2.040 badań gastrofiberoskopowych, 1130 mammograficznych, 660 ultrasonograficznych i 260 kolonoskopowych.*

*Z powodu awarii aparatura medyczna (w 85% umorzona) była niewykorzystywana w **Szpitalu w Mielcu** przez: 43 dni w 2006 r., 78 dni w 2007 r. i 192 dni w I półroczu 2008 r.*

*W **Szpitalu w Przemyślu** 5 aparatów z powodu awarii nie było użytkowanych przez okres od 330 do 912 dni. Szpital nie podejmował żadnych działań naprawczych ze względu na ekonomiczną nieopłacalność ich reperacji.*

⁷³ Spowodowany, według wyjaśnień kierowników jednostek kontrolowanych, problemami finansowymi zakładów.

W Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze 6 urządzeń (14% badanych) było nieużytkowanych z powodu awarii przez 255 dni, a poniesione koszty awarii odpowiadały 98,5% wartości netto badanej aparatury.

Wysoka dekapitalizacja badanej aparatury w Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu wpływała znacząco na jej awaryjność, pomimo przeprowadzenia wymaganych przeglądów bieżących i serwisowych. Z powyższego powodu urządzenia były nieużytkowane przez 1417 dni, co nie wpłynęło jednak w sposób istotny na wydłużenie czasu oczekiwania na badania, z uwagi na ograniczone środki otrzymane z NFZ. W badanym okresie skasowano zużyty sprzęt o wartości 2.943,4 tys. zł.

3.1.2. Pomimo świadczenia usług medycznych w oparciu o wyeksploatowaną aparaturę diagnostyczną, w 52% zakładów (spośród 50, w których zbadano to zagadnienie) nie dokonywano, lub dokonywano w ograniczonym zakresie, okresowych jej przeglądów i konserwacji, nie przestrzegając tym samym zaleceń producentów zawartych w instrukcjach ich używania, których ponadto dla wielu urządzeń w języku polskim nie posiadano.

Nie sporządzano harmonogramów (lub ich nie przestrzegano) obowiązkowych przeglądów technicznych, nie prowadzono również dokumentacji pozwalającej określić czasu pracy aparatury. Dokumentacja eksploatacyjna (w przypadkach jej prowadzenia) była nierzetelna, tj. nie zawierała pełnych informacji o dokonanych przeglądach, naprawach i przerwach w pracy spowodowanych awariami sprzętu.

Nie dla wszystkich urządzeń medycznych, w oparciu o które realizowano świadczenia medyczne, posiadano dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do użytku. Stanowiło to naruszenie przepisów ustawy o wyrobach medycznych⁷⁴, które zobowiązywały użytkowników do zachowania należytej staranności w utrzymaniu właściwego ich stanu technicznego, zgodnie z instrukcją obsługi załączoną w języku polskim. Świadczeniodawcy realizujący usługi medyczne finansowane ze środków NFZ, również na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁵, zobowiązani byli do ich udzielania w oparciu o aparaturę i sprzęt posiadający dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów i dopuszczenie do użytku.

⁷⁴ Patrz art. 4 ust. 4 i 5 tej ustawy.

⁷⁵ § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzednio rozporządzenie z dnia 6 października 2005 r., które utraciło moc 30 marca 2008 r.

Pomimo braku umów serwisowych i niedokonywania przeglądów technicznych, zakłady wykazywały w ofertach do NFZ, że wykonywane są te czynności.

Nie wywiązywały się one również z obowiązku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym posiadanej aparatury, która służyła im do świadczeń opieki zdrowotnej, a do czego zobowiązywały warunki umów zawartych z NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości charakteryzują następujące przykłady:

*W **Poznańskim Ośrodku Specjalistycznym Usług Medycznych**, który posiadał m.in. 17 specjalistycznych urządzeń medycznych, w większości wyeksploatowanych i przestarzałych technicznie, w całym okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono przeglądu technicznego niektórych z nich. Siedem urządzeń nie posiadało żadnych dokumentów potwierdzających dopuszczenie ich do użytku. Dwa z nich nie posiadały instrukcji obsługi, a kolejne dwa instrukcji w języku polskim. Dokumentacja eksploatacyjna tych urządzeń prowadzona była nierzetelnie.*

*Niektóre urządzenia w **Szpitalu Klinicznym Nr 3 w Łodzi** nie były poddawane przeglądom technicznym przez cały okres objęty kontrolą. Umowy serwisowe przeglądów okresowych (co 6 miesięcy) kardioangiografu zostały zawarte bez szczegółowej analizy kosztów, a płatności dokonywano, pomimo że firma nie wykonywała przeglądów, co NIK oceniła jako działanie niegospodarne.*

*Posiadane przez **Szpital w Radziejowie** stare urządzenia (48% uległo 100% umorzeniu) nie były poddawane wymaganym przeglądom technicznym. Pomimo braku umów serwisowych pogwarancyjnych i niedokonywaniu przeglądów technicznych, Szpital wykazywał w ofertach do NFZ nierzetelne informacje o tym, że ma zawarte umowy serwisowe i dokonywane są przeglądy. Ponadto, nie posiadał instrukcji obsługi w języku polskim dla ultrasonografu z 1991 r. i nie dysponował dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie do użytku tego urządzenia i gastrofiberoskopu z 1995 r.*

*W **Szpitalu w Pucku** m.in. brak kompletnych wpisów w tzw. paszportach technicznych urządzeń uniemożliwiał ustalenie, czy w dniu składania ofert do NFZ objęte nimi ogólnodiagnostyczne urządzenia rentgenowskie i echokardiograf były sprawne technicznie. Nie wszystkie urządzenia miały dokumentację potwierdzającą dopuszczenie do używania.*

***Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Gdyni** m.in. nie dokonywał przeglądów echokardiografu, 2 gastrofiberoskopów, 3 ultrasonografów i bieżni do rehabilitacji kardiologicznej. Nie dla wszystkich urządzeń posiadał dokumentację potwierdzającą dopuszczenie ich do używania.*

***Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem**, pomimo wskazań producentów do przeprowadzania corocznych przeglądów i konserwacji, w ogóle nie przeprowadzał przeglądów dwóch (z czterech) aparatów rtg. Nie prowadził żadnej dokumentacji pozwalającej na ustalenie zakresu przeprowadzonych napraw i usług serwisowych aparatów emg i ultrasonografów. Nie posiadał certyfikatów, atestów i innych dokumentów*

potwierdzających dopuszczenie urządzeń do stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie spośród 42 urządzeń aż 34 aparaty nie były poddawane okresowym przeglądom stanu technicznego. Wykonywano wyłącznie przeglądy urządzeń objętych gwarancją producenta lub serwisami pogwarancyjnymi. 16 urządzeń nie miało certyfikatów potwierdzających dopuszczenie ich do użytkowania. Z powodu problemów kadrowych wykonywanie badań usg Doppler ograniczono do 3 razy w tygodniu (po 5 godzin), pomimo że zgodnie z umową z NFZ miały być wykonywane 4 razy w tygodniu.

Nie były dokonywane przeglądy techniczne niektórych urządzeń w **ZOZ w Wieluniu**, pomimo zawartych umów serwisowych. Do użytkowanej aparatury nie posiadano instrukcji obsługi w języku polskim.

Wszystkie urządzenia objęte kontrolą (15 spośród 21) nie były poddawane przeglądom technicznym i nie miały dokumentów dopuszczenia do użytkowania, mimo to były wykazywane przez **ZOZ Poznań-Jeżyce** w ofertach do NFZ. Ponadto, zakład ten w ofertach do NFZ potwierdził nieprawdę wykazując wykorzystywanie w diagnostyce w latach 2006-2007 ultrasonografu, którego od 2002 nie posiadał, ponieważ został on użyzony.

Z tytułu nierzetelnego nadzoru nad eksploatacją urządzeń medycznych w **Instytucie Reumatologii w Warszawie**, nie został wykonany bezpłatny, gwarancyjny przegląd aparatu rtg.

W Szpitalu Klinicznym CMKP w Warszawie ponad 50% badanych diagnostycznych urządzeń nie było poddawanych okresowej ocenie stanu technicznego. Przeglądy były wykonywane dopiero w przypadku wystąpienia awarii. Nierzetelnie prowadzona była dokumentacja eksploatacyjna urządzeń.

W CSK MSWiA w Warszawie nie wykazywano i nie aktualizowano potencjału wykonawczego posiadanej aparatury medycznej.

3.2. Zapewnienie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w badaniach rentgenodiagnostycznych

3.2.1. 61,5% jednostek zbadanych (tj. 24 jednostki na 39 jednostek, w których było badane to zagadnienie) nie wykonywało (lub wykonywało w ograniczonym zakresie, ze znacznym opóźnieniem) obowiązkowych podstawowych⁷⁶ i corocznych specjalistycznych testów kontroli fizycznych parametrów urządzeń rentgenodiagnostycznych⁷⁷.

W przypadku posiadania urządzeń pomiarowych do wykonywania testów wewnętrznych, w 4 przypadkach nie wywiązano się z obowiązku dokonania (raz na

⁷⁶ Zakres i częstotliwość wykonywania testów podstawowych określa załącznik Nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

⁷⁷ Kontrola w zakresie zachowania wszystkich parametrów eksploatacyjnych określonych przez producentów.

dwa lata) ich wzorcowania lub sprawdzania⁷⁸. Zaniechanie tych działań kierownicy jednostek uzasadniali trudnościami finansowymi zakładów.

Znaczenie przeprowadzania powyższych testów, których celem jest zapobieżenie medycznym wypadkom radiologicznym, było tym większe, że badane jednostki ochrony zdrowia dysponowały przestarzałymi technicznie urządzeniami, które również nie były poddawane okresowym przeglądom technicznym.

W ZOZ w Chełmnie nie były wykonywane specjalistyczne testy kontrolujące parametry wszystkich użytkowanych urządzeń radiologicznych, w tym wyprodukowanego w 1980 r. stomatologicznego aparatu rtg, dla którego nie posiadano zezwolenia Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PWIS) na jego użytkowanie.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie nie wykonywał testów podstawowych i specjalistycznych kontroli fizycznych parametrów użytkowanych m.in. 6 aparatów rentgenowskich (rok produkcji: 1993, 1996 – 2 szt., 1998, 2000, 2002), które nie były poddawane okresowym przeglądom stanu technicznego, nie posiadano zezwoleń na ich użytkowanie, wydawanych przez PWIS.

Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanym nie przeprowadzał corocznych specjalistycznych testów kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, w tym 4 użytkowanych aparatów rtg. Równocześnie nie przeprowadzono przeglądów i konserwacji dwóch z tych aparatów, mimo zaleceń producentów do corocznego ich wykonywania. Szpital nie posiadał również żadnych certyfikatów, atestów lub innych dokumentów potwierdzających dopuszczenie ich do stosowania.

W ZOZ Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze testy podstawowe kontroli fizycznych parametrów urządzeń (których realizacja uwarunkowana była zakupem specjalistycznego oprzyrządowania o wartości ok. 15 tys. zł) dla aparatów rtg zaczęto wykonywać z 15-miesięczną zwłoką, dla tomografu komputerowego ze zwłoką 17 m-cy, a testy specjalistyczne (wykonywane odpłatnie przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne) tomografu komputerowego po upływie 22 m-cy od wymaganego terminu (koszt testu ok. 2,0 tys. zł), a dla stacjonarnych aparatów rtg (koszt testu ok. 1 tys. zł) do zakończenia kontroli nie były wykonywane. Nie przeprowadzono również badań w zakresie natężenia pola magnetycznego wytwarzanego przez 4 lancetrony⁷⁹, użytkowane na bloku operacyjnym Szpitala (koszt wykonania pomiaru dla 1 urządzenia ok. 1,5 tys. zł).

W ZOZ MSWiA w Białymstoku, z powodu braku odpowiedniej aparatury, nie były wykonywane podstawowe testy kontroli fizycznych parametrów ogólnodiagnostycznych aparatów rtg i tomografu komputerowego. Państwowy Inspektor Sanitarny MSWiA wydał decyzję

⁷⁸ Patrz przypis 18.

⁷⁹ Badania wymagane przepisami § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. Nr 73, poz. 645).

(z października 2008 r.) nakazującą zapewnienie możliwości ich przeprowadzenia w terminie do końca 2009 r.

W ZOZ w Suchej Beskidzkiej nie były wzorcowane aparaty kontroli pracy ciemni, będące na wyposażeniu od 8 lat (obowiązek co dwa lata), a udokumentowanie testów dotyczących radiografii ogólnej ograniczało się do niepodpisanego i nieoznaczonego datą zestawienia samych tylko wartości (bez syntezy wyników pomiaru), z powodu braku fantomów nie wykonywano testów w zakresie rozdzielczości przestrzennej i kratki przeciwrozproszeniowej oraz testu kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, a brak opcji dla tomografu komputerowego skutkowało niewykonywaniem także podstawowych testów kontroli jego parametrów.

Stwierdzono przypadki użytkowania urządzeń pomimo posiadania wiedzy o narażaniu pacjentów i personelu medycznego na nadmiar pochłanianej dawki promieniowania rentgenowskiego, z powodu niespełniania przez te urządzenia norm radiologicznych.

Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy niedopełnił obowiązku corocznego wykonania testów specjalistycznych m.in. 11-letniego mammografu i trzech 21-letnich aparatów rtg. Wykonując badania diagnostyczne przy użyciu tych urządzeń Szpital posiadał wiedzę o narażaniu pacjentów i obsługi na nadmiar pochłanianej dawki promieniowania X. Użytkowanie tych aparatów, także ze względu na stare konstrukcje, zagrażało bezpieczeństwu.

Użytkowany w ZOZ Poznań-Jeżyce aparat rentgenowski z 1993 r. nie spełniał od stycznia 2005 r. obowiązujących wymogów technicznych, nie miał atestu pracy, nie był obejmowany konserwacjami i przeglądami technicznymi. Z przeprowadzonego w lutym 2008 r. testu specjalistycznego wynikało, że nie był on bezpieczny dla pacjentów i personelu medycznego, co oznaczało, że nie powinien być wykorzystywany do diagnostyki. Według wyjaśnień dyrektora Zakładu, aparat ten wykorzystywany był do usług medycznych w sytuacjach awaryjnych.

Szpital Praski w Warszawie użytkował aparat rtg przez 10 m-cy po stwierdzonej (podczas testu specjalistycznego) niezgodności badanych parametrów z wymaganymi.

Szpital Powiatowy w Chrzanowie nie podjął stosownych działań w 53,8% przypadków pomiarów jakościowych wykonanych przez PWIS, który nie akceptował od 4,5 do 25% wyników parametrów badań wykonanych na 4 aparatach rtg i na 1 mammografie.

Mimo upływu ponad roku od otrzymania negatywnego wyniku kontroli parametrów fizycznych aparatu rentgenowskiego zębowego Optident, ZOZ w Węgrowie nie podjął działań mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. W odpowiedzi na wnioski pokontrolne, kierownik jednostki poinformował NIK o podjętej decyzji kasacji aparatu ze względu na jego wiek i zużycie techniczne.

3.2.2. 6 (spośród 25) jednostkach kontrolowanych nie przeprowadzono corocznego klinicznego audytu wewnętrznego⁸⁰ w zakresie rentgenodiagnostyki, który obejmuje m.in. kontrolę częstości wykonywanych testów.

Klinicznego audytu wewnętrznego nie wdrożyły: Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie, Szpital Wojewódzki w Jeleniej Górze, Szpital Praski w Warszawie, Szpital Miejski w Elblągu, Wojewódzki Szpital w Przemyślu, Szpital w Pucku.

Do zakończenia kontroli jednostki ochrony zdrowia nie zostały poddane klinicznemu audytowi zewnętrznemu w zakresie rentgenodiagnostyki (termin upływa 31 grudnia 2009 r.⁸¹), który powinien być wykonywany przez zespół powołany przez komisję do spraw procedur medycznych i audytów klinicznych zewnętrznych, na wniosek konsultanta wojewódzkiego⁸². Do końca 2008 r. nie został wybrany zespół, ponieważ Minister Zdrowia nie powołał ww. komisji. Do zadań zespołu miałyby należeć m.in. kontrola dokumentów systemu zarządzania jakością, wykonywania testów wewnętrznych, wyników klinicznych audytów wewnętrznych.

3.2.3. 38,2% (13 spośród 34) zakładów nie wprowadziło systemu zarządzania jakością, lub opracowany system nie spełniał obowiązujących wymogów⁸³.

34% (18) jednostek nie wdrożyło programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami⁸⁴ lub zrobiło to ze znacznym opóźnieniem.

W 5 (9,4%) zakładach nie powołano lub powołano ze znacznym opóźnieniem inspektora ochrony radiologicznej, który sprawuje nadzór nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej⁸⁵.

W 24 zakładach (45,3%) pracownice rentgenowskie nie miały pełnej wymaganej dokumentacji⁸⁶.

Brak dokumentacji dotyczył m.in.: zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni i uruchomienie pracowni, projektów pracowni, protokołów pomiarów dozymetrycznych, dokumentów programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, programów szkoleń pracowników. W jednym

⁸⁰ Termin wdrożenia klinicznego audytu wewnętrznego upłynął z dniem 31 grudnia 2006 r., § 59 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

⁸¹ Patrz przypis 22.

⁸² Patrz przypis 21.

⁸³ Patrz art. 33c ust. 7 ustawy - Prawo atomowe oraz § 9 rozporządzenia z dnia 25 sierpnia 2005 r.

⁸⁴ Patrz przypis 26.

⁸⁵ Patrz przypis 28.

⁸⁶ Patrz przypis 40.

przypadku (Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu) dokumentacja była przechowywana przez inspektora ochrony radiologicznej, a nie w pracowniach rentgenowskich, co stanowiło naruszenie przepisów.

3.2.4. W 4 jednostkach (7,5%) pracownice, w których stosowano aparaty rentgenowskie, nie posiadały zezwolenia na ich uruchomienie⁸⁷ lub zgody⁸⁸ na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. badań rentgenodiagnostycznych i badań diagnostycznych (wydawanych przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego⁸⁹).

W Klinice Kardiochirurgii Szpitala Klinicznego Nr 2 w Szczecinie od 2003 r. używano aparat rtg przewoźny bez zezwolenia na jego stosowanie oraz użytkowanie w sali wybudzeń i intensywnej terapii kardiologicznej. Pracownia diagnostyczna Nr 1 również nie miała zezwolenia na jej uruchomienie. Szpital Miejski w Elblągu i „Pro-Medica” Sp. z o.o. w Elku – nie posiadały zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Użytkowany aparat rtg w Szpitalu w Pucku uzyskał zezwolenie na stosowanie w 2003 r., zezwolenie na uruchomienie pracowni uzyskano natomiast dopiero we wrześniu 2008 r.

W 10 zakładach (18,9%) stwierdzono przypadki stosowania aparatów rentgenowskich bez wymaganego zezwolenia na ich uruchomienie i stosowanie⁹⁰.

Np.: 7 spośród 9 aparatów rtg zainstalowanych w pracowniach i gabinetach Zakładu Radiologii Lekarskiej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie – nie posiadało zezwolenia na uruchomienie i stosowanie.

Zakład Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie nie posiadał zezwolenia na 2 aparaty rtg.

Użytkowane od 2005 i 2006 r. w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim w Krośnie dwa aparaty rtg z ramieniem C uzyskały zezwolenie dopiero na początku 2008 r.

W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie 1, spośród 3 użytkowanych zestawów rtg, nie posiadał zezwolenia, uzyskał natomiast zezwolenie aparat rtg nieużytkowany od 2001 r.

Wykorzystywanych 6 aparatów rtg (w tym 4 z lat 1993-1998 oraz 2 z roku 2000 i 2002), w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie nie posiadało zezwolenia na ich stosowanie.

Przez 11 miesięcy Szpital Kliniczny we Wrocławiu użytkował bez zezwolenia zmodernizowany aparat do angiografii.

⁸⁷ W rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy - Prawo atomowe.

⁸⁸ Art. 33e ust. 1 ustawy - Prawo atomowe.

⁸⁹ Dla jednostek podległych (podporządkowanych, nadzorowanych albo, dla których jest organem założycielskim): Ministrowi Obrony Narodowej – komendant wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych – państwowy inspektor sanitarny MSWiA (art. 5 ust. 4 ustawy - Prawo atomowe).

⁹⁰ Art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy - Prawo atomowe.

3.2.5. W 12 zakładach (22,6%) stwierdzono przypadki wykonywania badań rentgenodiagnostycznych przez personel nie posiadający wymaganych specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej lub certyfikatu ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta⁹¹.

*Np.: Badania rentgenodiagnostyczne w **Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanym** były wykonywane przez lekarzy nie posiadających specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej.*

*Lekarz **Zakładu Badań Obrazowych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie** nie posiadał specjalizacji w zakresie radiologii lub radiodiagnostyki. 2 spośród 5 pracowników zatrudnionych w pracowni rtg nie odbyło szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.*

*W **CSK MSWiA w Warszawie** tylko 12 spośród 100 osób posiadało certyfikaty.*

*Spośród 11 osób zatrudnionych w pracowniach rtg (w tym 2 lekarzy radiologów) w **ZOZ w Węgrowie** 5 nie odbyło szkolenia.*

*Zatrudnieni w **ZOZ w Suchej Beskidzkiej**, wykonujący i nadzorujący badania oraz zabiegi lecznicze (lekarze, technicy elektroradiologii, pielęgniarki i fizyk medyczny w liczbie 27 osób) nie posiadali certyfikatu.*

3.2.6. W 9 zakładach (17%) nie przestrzegano warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

W 5 (9,4%) jednostkach nie wszyscy pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące posiadali orzeczenie lekarskie (wydane przez uprawnionego lekarza) o braku przeciwwskazań do takiego zatrudnienia.

W 4 (7,5%) zakładach nie przeprowadzano regularnych kontrolnych pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych dla oceny narażenia pracowników⁹².

*Np.: Orzeczeń lekarskich nie posiadało: 5 pracowników zatrudnionych w pracowni rtg (kierownik i technicy) **Szpitala w Pucku** (przez okres od 12 dni do ponad 4 miesięcy), lekarz i 3 pracowników pracowni **Szpitala Powiatowego w Kartuzach** (przez ponad 10 miesięcy i od 11 do 24 dni), 4 pracowników pracowni **Akademickiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku** (przez okres od 8 dni do ponad 3,5 miesiąca). Spośród 114 osób narażonych na promieniowanie jonizujące w **Szpitalu Klinicznym Nr 2 w Szczecinie** tylko 14 posiadało aktualne badania lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania tej pracy.*

*Od października 2007 r. w **Szpitalu Praskim** nie przeprowadzano regularnej kontroli narażenia personelu na promieniowanie jonizujące,*

⁹¹ Termin uzyskania certyfikatu upłynął 31 grudnia 2008 r. Patrz przypis 34.

⁹² Patrz przypis 38.

uzasadniając brakiem środków finansowych. Dozymetryczne pomiary pracowników pracowni w **Sucej Beskidzkiej** w 2007 r. dokonano tylko dwukrotnie z powodu nieuregulowania przez Szpital należności za pomiary wykonane wcześniej. Dla 14 osób zatrudnionych w **Pracowni Zabiegowej (Litotrypsji) Oddziału Urologii Szpitala Klinicznego Nr 2 w Szczecinie** brak było, w okresie lipiec 2007 - maj 2008r., wyników badań napromieniowania błon dozymetrycznych⁹³, co uniemożliwiło dokonanie oceny narażenia pracowników w danym roku kalendarzowym⁹⁴. Ponadto, ustalono że błony dozymetryczne, z powodu zbyt późnego wysłania ich do badań, były przeterminowane.

3.3. Wykorzystanie aparatury i jej dostępność – czas oczekiwania na wykonanie badania⁹⁵

3.3.1. Dane ogólne.

Jedynie wykorzystanie ogólnodiagnostycznych urządzeń rentgenowskich, w objętym kontrolą zakresie, nie nasuwało większych uwag. Były one użytkowane w sposób zapewniający bieżące wykonywanie niezbędnych badań i zabiegów. Okres oczekiwania na wykonanie pozostałych badań⁹⁶, w przypadku 456 urządzeń, był zróżnicowany w poszczególnych zakładach i często ulegał znacznemu wydłużeniu, przekraczając nawet 90 dni od daty zgłoszenia przez pacjenta⁹⁷.

Wydłużone okresy oczekiwania dotyczyły m.in. badań przy pomocy urządzeń rezonansu magnetycznego (na 12 zbadanych – w 6 jednostkach powyżej 1,5 miesiąca, w tym w 3 powyżej 3 miesięcy), tomografu komputerowego (na 27 zbadanych w 4 powyżej 1,5 miesiąca), usg (na 43 zbadanych w 7 zakładach powyżej 1,5 miesiąca, w tym w 2 powyżej 3 miesięcy), usg Doppler (na 11 w 4 powyżej 1,5 miesiąca, w tym 2 powyżej 3 miesięcy), echokardiografu (na 26 w 4 powyżej 3 miesięcy), fizykoterapii (na 25 w 5 powyżej 1,5 miesiąca, w tym 3 powyżej 3 miesięcy). Czas oczekiwania na badania przy pomocy elektromiografu i angiografu wynosił od 15 do powyżej 90 dni.

Znaczne zróżnicowanie wykorzystania pozostałych urządzeń (grup urządzeń) w realizacji ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych wynikało przede wszystkim z ograniczonego czasu dostępności i pracy aparatów diagnostycznych w pracowniach

⁹³ Patrz art. 17 ust. 2 ustawy - Prawo atomowe.

⁹⁴ Patrz § 7 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20, poz. 168).

⁹⁵ Część danych została ustalona szacunkowo przez jednostki kontrolowane, ponieważ nie prowadzono rejestru pacjentów oczekujących na świadczenia (lub niektóre świadczenia).

⁹⁶ Dane analityczne, ilustrujące czas oczekiwania na wykonanie badania (zabiegu) w jednostkach objętych kontrolą, przedstawiono w tabeli stanowiącej załącznik Nr 4 do niniejszej Informacji.

⁹⁷ Ustalenie to nie obejmowało pacjenta, którego badanie było celowo planowane na okres po zabiegu lub po zakończeniu przepisanej terapii (np. badania kontrolne).

funkcjonujących w ramach oddziałów szpitalnych i było spowodowane brakiem wystarczającej liczby personelu medycznego do obsługi tej aparatury, w tym lekarzy posiadających umiejętności do wykonywania badań, potwierdzonych certyfikatami odpowiedniego towarzystwa, wymaganymi przez NFZ przy kontraktowaniu tych świadczeń (lekarze wykonujący te badania przeważnie realizowali również inne zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych). Czas oczekiwania na świadczenia wydłużały również przestoje w pracy spowodowane awariami urządzeń, ograniczone możliwości finansowe, wyrażone limitami określonymi w umowach z NFZ oraz wzrost zapotrzebowania na pewne rodzaje diagnostyki obrazowej, np. badania z użyciem rezonansu magnetycznego.

Przyczyny niepełnego wykorzystania aparatury i wydłużonego okresu oczekiwania na badania ilustrują następujące przykłady:

W ZOZ MSWiA w Białymstoku na wykonanie tomografii komputerowej, gastroskopii, ultrasonografii i testów wysiłkowych pacjenci oczekiwali od 15 do 45 dni, głównie z braku lekarzy specjalistów i długiego czasu usuwania awarii urządzeń medycznych (zamortyzowanych ok. 95%). M.in. tomograf komputerowy w 2006 r. nie był użytkowany z powodu awarii przez 99 dni, a w 2007 r. przez 70 dni, co wydłużyło oczekiwanie o odpowiednio 48 i 38 dni. Bieżnia wysiłkowa w 2006 r. była nieczynna przez 91 dni, wydłużając kolejkę średnio o 44 dni, a mammograf w I połowie 2008 r. nie działał przez 61 dni, powodując wydłużenie oczekiwania na badania o 12 dni. Pomimo oczekiwania przeciętnie 46-90 dni na wykonanie echokardiografii, po zainstalowaniu nowego aparatu nie przygotowano pomieszczenia dla dotychczas używanego i był on jedynie wykorzystywany do badań przyłóżkowych.

Zabiegi ginekologiczne z użyciem akceleratorów i aparatu do brachyterapii HDR realizowano w Białostockim Centrum Onkologii w Białymstoku przez 2 dni w tygodniu (co spowodowało wydłużenie czasu oczekiwania na badania do 1 miesiąca), z uwagi na brak wystarczającej liczby lekarzy anestezjologów.

Wydłużony okres oczekiwania na zabiegi fizykoterapeutyczne (przekraczający 90 dni) w ZOZ w Radziejowie, na badania echokardiogramem do 60 dni w Wojewódzkim Szpitalu w Białej Podlaskiej - uzasadniany był wzrastającym zapotrzebowaniem na tego rodzaju usługi i wzrostem liczby przyjmowanych pacjentów.

W Szpitalu Uniwersyteckim w Bydgoszczy nastąpił znaczny wzrost czasu oczekiwania na badania rezonansem magnetycznym (z 67 dni w 2006 r. do 147 dni w I półroczu 2008 r.) i tomografem komputerowym (odpowiednio z 71 do 102 dni), m.in. ze względu na skrócenie czasu wykonywania badań z 14 do 10 godzin dziennie, wskutek zaprzestania zapłaty dodatków osobom przeprowadzającym badanie, a także awarii sprzętu.

Z powodu problemów kadrowych w **Zakładzie Diagnostyki Radiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu w Lublinie** ograniczono wykonywanie badań usg Doppler do 3 razy w tygodniu (po 5 godzin) i usg piersi do 5-6 badań dziennie przez 5 dni w tygodniu, co skutkowało wydłużeniem okresu oczekiwania odpowiednio do 80 dni (z 49 w roku poprzednim) i do 90 dni (z 75 dni).

Wydłużenie okresu oczekiwania w **Wojewódzkim Szpitalu w Białej Podlaskiej** na badania echokardiografem z 15-45 dni w 2006 r. do 52 w 2007 r. i 60 dni w I półroczu 2008 r. spowodowane było wzrostem liczby przyjmowanych pacjentów oraz awaryjnym przestojem aparatu w I połowie 2008 r.

Z uwagi na ograniczone środki z NFZ, przy równoczesnym wzrastającym zapotrzebowaniu na badania artroskopowe, w **Szpitalu Miejskim w Elblągu** okres oczekiwania na to badanie w latach 2007-2008 wynosił ponad 90 dni. Ograniczone środki z NFZ również były główną przyczyną powyżej 90-dniowego okresu oczekiwania na badania ultrasonografem Doppler Duplex i zabiegi fizykoterapeutyczne w **Szpitalu Powiatowym w Mielcu**.

W **Wojewódzkim Szpitalu we Wrocławiu**, pomimo zwiększenia ogólnej ilości realizowanych ambulatoryjnie badań diagnostycznych, w tym z tytułu nowo zakupionych urządzeń, średni czas oczekiwania na badania w 2007 r. nie uległ istotnej zmianie w porównaniu z rokiem poprzednim (od 6 do 194 dni), a w niektórych przypadkach wzrósł (np. badań ultrasonograficznych o 39 dni). Przyczyną było ograniczenie ich finansowania przez NFZ. Przy spełnieniu stawianych przez NFZ wymogów sprzętowych i personalnych, Szpital uzyskał finansowanie świadczeń z zakresu gastroscopii, kolonoskopii i badań ultrasonograficznych na poziomie wynoszącym w 2006 r. odpowiednio 72,2% i 16,1%, a w 2007 r. 84,5% i 82,1% wielkości wnioskowanej w ofertach.

Szpital Kliniczny we Wrocławiu uzyskał finansowanie świadczeń z zakresu rezonansu magnetycznego na poziomie wynoszącym w 2006 r. 65,9%, a w 2007 r. 52,0% wielkości wnioskowanej w ofertach. Czas oczekiwania na to badanie nie uległ zmianie w tym okresie i kształtował się w przedziale 46-90 dni.

Z przyczyn nie podpisania przez NFZ ze **Szpitałem Miejskim w Elblągu** kontraktu na prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej nie był wykorzystywany system Ergoline, natomiast wyeksploatowany (sprawny, z 1995 r.) ultrasonograf Doppler był traktowany jako sprzęt rezerwowy na wypadek awarii pozostałych urządzeń.

3.3.2. Opóźnienia w instalowaniu i uruchamianiu aparatury.

W 14 zakładach (31,1% spośród zbadanych 45) wystąpiły przypadki wydłużonego okresu instalowania i uruchamiania nabytej, kosztownej aparatury medycznej, co przyczyniało się do wydłużenia czasu oczekiwania na badania diagnostyczne.

Zakupiona aparatura przez dłuższy okres, wynoszący nawet kilka lat, nie była użytkowana m.in. z powodu niedostosowania pomieszczeń przeznaczonych do jej zainstalowania, nie przeszkolenia personelu do jej obsługi, jak również z tytułu zakupu niekompletnych zestawów urządzeń, co uniemożliwiało jej stosowanie.

Działaniem niegospodarnym, w ocenie NIK, było nabywanie ze środków publicznych drogich urządzeń medycznych, które następnie nie były wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem. Naruszało ono również podstawową zasadę, wyrażoną w ustawie o finansach publicznych, zobowiązującą do wydatkowania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, w celu uzyskiwania jak najlepszych efektów⁹⁸.

W 116 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Sp. ZOZ w Opolu zakupiony z dotacji Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) zestaw do pośredniej radiografii cyfrowej CR z aparatem rtg za kwotę 599,5 tys. zł, po upływie roku od daty zakupu pozostawał nierozpakowany. Od 4 lat niewykorzystywany był zestaw do kolonoskopii CFE z powodu braku w zestawie myjki endoskopowej do sterylizacji, zakupiony również z dotacji MON, za 32,5 tys. zł. Nieużywany sprzęt utracił zabezpieczenie gwarancyjne i serwisowe. Pomimo zakontraktowania z NFZ świadczeń endoskopowych, badania z użyciem kolonoskopu nie były realizowane.

W ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku po zainstalowaniu nowego echokardiografu nie przygotowano pomieszczenia dla dotychczasowego (o wartości początkowej 787,9 tys. zł) i od 2007 r. był on wykorzystywany jedynie do krótkich badań przyłóżkowych.

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku sprawny tomograf komputerowy (o wartości początkowej 5.976,4 tys. zł) został w 2005 r. zdemontowany i przekazany w depozyt do magazynu. Rok przed zdemontowaniem dokonano jego naprawy i konserwacji na kwotę 258,8 tys. zł, w tym wymiany lampy rtg 254 tys. zł.

Cyfrowy aparat rtg o wartości 1.186,6 tys. zł (dofinansowany przez Ministra Zdrowia w wysokości 1.067,9 tys. zł), zakupiony pod koniec 2007 r., nie był użytkowany (do dnia zakończenia kontroli) z powodu niedostosowania pomieszczenia do jego zainstalowania. Z braku odpowiedniego pomieszczenia oraz przeszkolonego personelu do wykonywania badań nie był również użytkowany rejestrator zapisu EEG o wartości 36,8 tys. zł.

W Wojewódzkim Szpitalu w Lublinie zakupiono ze środków budżetowych bieżnie do prób wysiłkowych o wartości 71,3 tys. zł, pomimo że Szpital posiadał już taki sam typ bieżni (o wartości 40 tys. zł), która była niewykorzystana. Od roku niewykorzystywany był sprawny aparat usg (z 1998 r. o wartości 305,9 tys. zł) z uwagi na nabycie nowego. Przez 11 miesięcy od dnia nabycia (w 2007 r.) nie był również użytkowany aparat rtg z ramieniem C i torem wizyjnym (o wartości 459,9 tys. zł), ponieważ Szpital nie posiadał zezwolenia na jego użytkowanie.

⁹⁸ Art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).

Od 6 lat w **Poznańskim Ośrodku Usług Medycznych** pozostawał nieużytkowany sprzęt medyczny o wartości początkowej 192,7 tys. zł, w tym endoskop-gastrofibrylator oraz videogastroskop, stanowiący wyposażenie nieistniejącej od 2002 r. poradni gastroenterologicznej.

Przez ponad 2 lata nie został zagospodarowany dla celów diagnostycznych nowy śródoperacyjny zestaw rtg (przejezdny) o wartości 454 tys. zł, który **Wojewódzki Szpital w Szczecinie** otrzymał (na wniosek Szpitala) od Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego. Sprzęt nie miał zezwolenia PWIS na jego użytkowanie.

Od 7 miesięcy nie był użytkowany w **Instytucie Reumatologii w Warszawie** sprawny technicznie gastrofiberoskop, z powodu niezapełnienia odpowiedniej myjni dezynfektora endoskopów.

Przez blisko 9 miesięcy nie był użytkowany aparat rtg w **Szpitalu Praskim w Warszawie**, z powodu przenoszenia go do innej komórki organizacyjnej i braku zgody na jego stosowanie w nowym pomieszczeniu.

Od prawie roku pozostawał niezainstalowany aparat rtg, o wartości 226,8 tys. zł, z powodu braku adaptacji jego pomieszczenia, polegającej na zmianie konstrukcji sufitu w **Szpitalu Dziecięcym w Kielcach**.

Uruchomienie komory kriogenicznej w **Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie** nastąpiło po 1,5-roczej zwłoce od daty zakupu, z powodu opóźnienia w dopuszczeniu do użytkowania zmodernizowanych pomieszczeń.

Dopiero po 6 miesiącach nastąpiło uruchomienie dwóch aparatów rtg w **Instytucie Reumatologii w Warszawie**. Zwłoka ta spowodowana była m.in. brakiem odpowiedniego przystosowania pomieszczeń.

Po ok. 13 miesiącach od zakupu **CSK MSWiA** w Warszawie przewidział pełną eksploatację rezonansu magnetycznego, z uwagi na nieprzygotowanie właściwego zasilania, co spowodowało konieczność wyłączenia z eksploatacji dotychczas użytkowanego takiego urządzenia. Okres oczekiwania na wykonanie tych badań wydłużył się do ponad 90 dni.

Nieprzeszkolenie personelu było powodem rozpoczęcia badań w **Powiatowym Szpitalu w Chrzanowie** dopiero po 3 miesiącach od przekazania do eksploatacji systemu do polisomnografii (o wartości 80,4 tys. zł). Również z powyższego powodu, z miesięcznym opóźnieniem rozpoczęto użytkowanie tomografu komputerowego (o wartości 2.136,3 tys. zł). Ponadto, uregulowano należność niezgodnie z warunkami umowy, tj. przed zakończeniem szkolenia personelu w zakresie obsługi tego aparatu.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie** nie wykorzystywano 5 sprawnych urządzeń medycznych, które zostały zastąpione nowymi: od roku i pół roku - 2 aparaty rtg (znajdujące się w magazynie) i 3 gastrofibroskopy optyczne (stanowiące rezerwę wyposażenia pracowni endoskopowej) zastąpione videogastrofiberoskopami.

3.3.3. Postępowanie z aparaturą nieużytkowaną.

Kolejną grupę aparatów medycznych nieużytkowanych stanowiły urządzenia nieeksploatowane wskutek niesprawności, zastąpione nowymi urządzeniami. W 19 zakładach (35,8%) dotyczyło to aparatury wyeksploatowanej w stopniu uniemożliwiającym jej dalsze użytkowanie, a mimo to ujmowanej na stanie

ewidencyjnym Szpitali, przez długi, nawet paroletni okres. Kontrolowane jednostki nie podejmowały jednak decyzji o jej likwidacji lub zbyciu. Np.:

W Szpitalu Uniwersyteckim w Bydgoszczy zestaw do badań angiograficznych z 1997 r. został zdemontowany dopiero po 2 latach od jego nieużytkowania, a po upływie 2,5 roku zdjęto go ze stanu środków trwałych na podstawie protokołu likwidacji.

W komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala w Lublinie znajdował się nieużytkowany, z tytułu wyeksploatowania, gastrofiberoskop z 1976 r. (niesprawny), ultrasonograf z 1991 r. (aparat sprawny).

Przewoźny aparat rtg z ramieniem C i gastrofiberoskop z 1999 r. i 1986 r. (niesprawne) w Szpitalu Klinicznym w Poznaniu były wyłączone z eksploatacji z powodu wyeksploatowania.

Wojewódzki Szpital w Krośnie posiadał na stanie 4 urządzenia wyłączone z eksploatacji z przyczyn złego stanu technicznego z lat 1986-1990.

Trzy aparaty medyczne (w 100% umorzone, wyprodukowane w latach 1995-2000), o łącznej wartości 382,7 tys. zł, Szpital Wojewódzki w Jeleniej Górze wycofał z użytkowania. Od roku nie podjął jednak decyzji w sprawie sposobu dalszego zagospodarowania 2 z nich, tj. stomatologicznego aparatu rtg (12,1 tys. zł) – nieużytkowanego z powodu braku zapotrzebowania na taki rodzaj świadczeń oraz mammografu (27,2 tys. zł) – wyłączonego z powodu niewłaściwego stanu technicznego.

Na stanie ewidencyjnym Wojewódzkiego Szpitala we Wrocławiu pozostawały od ponad 4 lat 3 urządzenia, które z uwagi na ich wyeksploatowanie i zastąpienie nową aparaturą, nie były wykorzystywane.

Od roku w COM w Jarosławiu niezagospodarowanych było 5 urządzeń medycznych wyeksploatowanych i nieczynnych.

Od kilku lat pozostawało na stanie 5 niesprawnych i nieużytkowanych urządzeń w Szpitalu Klinicznym CMKP w Warszawie.

3.3.4. Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Nierzetelne i niezgodne z obowiązującymi przepisami prowadzenie list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne i świadczenia, udzielane z użyciem kontrolowanej aparatury oraz przekazywanie do NFZ nieprawdziwych danych o średnim przewidywanym czasie oczekiwania i łącznej liczbie osób oczekujących, stwierdzono w 44 jednostkach (93,6%) spośród 47, w których zostało zbadane powyższe zagadnienie.

Sposób prowadzenia list oczekujących nie zapewniał sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kryteriów medycznych⁹⁹. Zapisy pacjentów (prowadzone w różnej formie, np. w zeszytach, na drukach kalendarzy, w notesach) nie spełniały

⁹⁹ Patrz przypis 48.

ustawowych wymogów¹⁰⁰. Tym samym nie pozwalały na ustalenie kolejności zgłaszania się pacjentów (brak było m.in. daty zapisu pacjentów i przyczyn ich skreśleń z listy), okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz weryfikację sposobu wywiązywania się z obowiązku udzielania świadczenia według kolejności zgłoszeń.

Stwierdzono również niszczenie list oczekujących, pomimo że stanowią one integralną część dokumentacji medycznej, prowadzonej przez świadczeniodawcę¹⁰¹, istnieje zatem prawny obowiązek przechowywania ich przez 20 lat¹⁰².

W 22,7% jednostek nie zostały powołane (lub powołano ze znacznym opóźnieniem) zespoły oceny przyjęć. W pozostałych zakładach powołane zespoły nie wywiązywały się z ustawowego obowiązku dokonywania okresowej (co najmniej raz w miesiącu) oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń¹⁰³.

Niewywiązywanie się z obowiązku prowadzenia list oczekujących, nieprawidłowy sposób ich prowadzenia oraz błędne założenia metodyczne przy sporządzaniu raportów – sprawozdań, były przyczynami zaniechania lub nierzetelnego przekazywania do NFZ danych o średnim przewidywanym czasie oczekiwania oraz łącznej liczbie oczekujących¹⁰⁴.

Świadczeniodawcy nie wywiązywali się również z obowiązku¹⁰⁵ umieszczania w miejscu udzielania świadczeń informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości ilustrują następujące przykłady:

W Wojewódzkim Szpitalu w Krośnie nie przestrzegano obowiązku wykonywania świadczeń według kolejności zgłoszenia odnotowanego na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Rejestr pacjentów oczekujących prowadzony był tylko w zakresie badań tomografii komputerowej, od października 2006r. do października 2007 r. Przekazywane w tym okresie meldunki do NFZ o ilości osób oczekujących były niezgodne ze stanem faktycznym, gdyż wykazywano w nich tylko liczbę osób, których wpisano na listę w danym miesiącu, po wcześniejszym oczekiwaniu 30 dni. W pozostałym

¹⁰⁰ Art. 20 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁰¹ Patrz art. 20 ust. 4 ustawy jw.

¹⁰² Patrz przypis 49.

¹⁰³ Patrz przypis 50.

¹⁰⁴ Patrz przypis 51.

¹⁰⁵ Patrz przypis 52.

okresie nie prowadzono listy oczekujących, a w sprawozdaniach do NFZ wykazywano „0”.

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu kontrola list oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych w sześciu ośrodkach kosztów¹⁰⁶, w czterech z nich wykazała rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a danymi przekazanymi do NFZ. Przyczyną rozbieżności były błędne założenia metodyczne przy sporządzaniu raportów.

*Listy osób oczekujących na świadczenia realizowane przez pracownię fizykoterapeutyczną i diagnostyki obrazowej oraz z wykorzystaniem urządzeń próby wysiłkowej w **116 Szpitalu Wojskowym w Opolu** zawierały jedynie (w notatnikach-kalendarzach) pod poszczególnymi datami nazwisko i imię pacjenta oraz godzinę wizyty. Do pracowni endoskopowej nie prowadzono list oczekujących. Dopiero pod koniec 2007 r. powołano zespół oceny przyjęć pacjentów, który nie dokonywał ocen prawidłowości prowadzenia ewidencji oczekujących.*

W Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu nie było możliwości ustalenia dostępności do świadczeń urograficznych z kontrastem niejonowym, udzielanych w pracowni rtg, a także badań echokardiograficznych z kolorowym obrazowaniem przepływu u dzieci z wrodzonymi wadami serca, udzielanych w pracowni echokardiograficznej (które objęte były umową z NFZ), ponieważ nie prowadzono list osób oczekujących na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Zespół oceny przyjęć nie zajmował się problematyką prowadzenia list oraz dostępnością do tych świadczeń.

Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego, Pracownia Elektrokardiologii Inwazyjnej oraz Zakład Rentgenodiagnostyki i Ultrasonografii w ZOZ w Suchoj Beskidzkiej, stosujące aparaturę do badań diagnostycznych, nie prowadziły wymaganego rejestru¹⁰⁷ osób oczekujących na udzielenie świadczenia. Na podstawie odrębnie prowadzonych zapisów w notesach, które następnie były niszczone, sporządzano sprawozdanie z kolejki osób oczekujących w danym miesiącu (zamiast na dzień ostatni miesiąca) i przesyłano do oddziału NFZ.

*Szpital Kliniczny w Lublinie nie prowadził list pacjentów oczekujących na badania usg Dopplerowskim w **Klinice Chirurgii Naczyń i Angiologii**, oraz gastroskopowe w **Pracowni Endoskopowej II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego**, mimo że były to świadczenia objęte kontraktem z NFZ.*

¹⁰⁶ Patrz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).

¹⁰⁷ Patrz § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, Dz. U. Nr 114, poz. 780 (które utraciło moc z dniem 30 marca 2008 r.), a następnie rozporządzenie z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz. U. Nr 123, poz. 801).

*W miesięcznych sprawozdaniach do NFZ z wykonania kontraktów **ZOZ w Wieluniu** nie informował o pacjentach oczekujących na tomograf komputerowy.*

*Listy oczekujących na tomografię komputerową, echokardiografię i test wysiłkowy za lata 2006 i 2007 w **ZOZ MSWiA w Białymstoku** zostały zniszczone. Zniszczona również została dokumentacja dotycząca zapisów na badania z użyciem endoskopu za lata 2006 i 2007 w **Szpitalu w Pucku**.*

*Nie rejestrowano daty i godziny wpisu pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczeń wykonywanych na **Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej** oraz w **Zakładzie Radiologii** (w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego), tym samym **Szpital Kliniczny w Katowicach** nie miał informacji o faktycznym czasie oczekiwania na te badania. Nie przekazywał do NFZ danych o liczbie pacjentów oczekujących na badania i średnim czasie oczekiwania.*

*W **Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Kielcach** wpisywano na listę oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne pacjentów zgłoszonych telefonicznie, przy czym zapisywano jedynie nazwisko pod konkretną datą wykonania badania. Nie można było zatem ustalić faktycznego czasu oczekiwania tych pacjentów na badania. Oczekujących i zarejestrowanych telefonicznie pacjentów nie wykazywano również w raportach do NFZ.*

*W **Wojewódzkim Szpitalu w Białej Podlaskiej** stwierdzono niezgodności danych przekazanych do NFZ z listami oczekujących w kwietniu 2008 r. (przekazano 7 osób oczekujących w poradni endokrynologicznej zamiast 5) i czerwcu 2008 r. (wykazano rzeczywisty czas oczekiwania na badanie w pracowni tomografii komputerowej 6 dni zamiast 34).*

*W **Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem** zespół został powołany prawie po upływie trzech lat od obowiązującego terminu. Nie dokonywał on jednak obowiązujących ocen list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczenia.*

Z ustaleń kontroli wynika, że po upływie 4 lat od wejścia w życie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, publikowane na stronie internetowej oddziałów wojewódzkich NFZ, jak również gromadzone w centralnym wykazie Funduszu¹⁰⁸, sporządzane były na podstawie nierzetelnych danych. Brak wiarygodności tych danych był tym większy, zważywszy, że świadczeniodawcy odmawiali zapisów w przypadkach wyczerpania limitów środków finansowych otrzymanych z NFZ na dany okres sprawozdawczy, co znajduje uzasadnienie w świetle obowiązujących w tym zakresie przepisów.

¹⁰⁸ Patrz przypis 53.

Świadczeniodawca może bowiem w okresie rozliczeniowym zaciągać zobowiązania tylko do kwoty określonej corocznie przez Fundusz na realizację poszczególnych świadczeń¹⁰⁹, a wpisanie na listę oczekujących jest dla niego zobowiązaniem do udzielenia danego świadczenia¹¹⁰.

3.4. Udostępnianie majątku publicznych zoz prywatnym podmiotom

13 publicznych zakładów (24,5% ogólnej liczby skontrolowanych jednostek) udostępniało składniki majątku trwałego na rzecz innych jednostek (osób fizycznych) i (lub) współpracowało z prywatnymi podmiotami przy realizacji świadczeń medycznych. Podmioty współpracujące były najczęściej bezpośrednio powiązane z kontrolowaną jednostką, działając na jej terenie, wykorzystując określoną część jej pomieszczeń i urządzeń oraz personel medyczny. Podjęte przedsięwzięcia miały na celu wyłączenie z ich struktur organizacyjnych działalności przynoszącej ujemny wynik finansowy.

W 6 przypadkach (co stanowiło 46,2% zakładów, które udostępniały majątek) stwierdzono jednak brak dostatecznej staranności o interes ekonomiczny zakładu.

Ujawniono również okoliczności wskazujące, zdaniem NIK, na podejrzenie popełnienia przestępstwa¹¹¹ polegającego na niedopełnieniu obowiązku dbałości o finanse szpitala przy zawieraniu umów na świadczenia zdrowotne z podwykonawcami, czego skutkiem było działanie na szkodę interesu publicznego.

Przykłady:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku zaprzestał prowadzenia rentownej działalności w zakresie rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, zlecając ich wykonywanie niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, wyłonionemu na podstawie nierzetelnie przeprowadzonego konkursu ofert oraz nieuprawnionemu do prowadzenia tych świadczeń¹¹². W tym celu wdzierzał niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej pracownie wraz z aparaturą. Skutkiem powyższego była konieczność zakupu przez Szpital świadczeń po cenach wyższych od kosztów, które ponosił wykonując samodzielnie te badania. Szpital pozbawił się równocześnie możliwości uzyskiwania zysków z tytułu odpłatnego udzielania tych świadczeń innym podmiotom.

¹⁰⁹ § 14 ust. 1 i § 32 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹¹⁰ Art. 20 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹¹¹ Patrz przypis 55.

¹¹² Podmiot ten w aktach rejestrowych nie posiadał w zakresie działania przedmiotowych świadczeń, tj. nie spełniał wymogu art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Z szacunków przeprowadzonych przez NIK wynika, że koszty przedmiotowych badań, wykonanych pacjentom hospitalizowanym przez niepubliczny zakład, z którym zawarto umowę, poniesione w latach 2005-2008 (I półrocze) przez Szpital były o 321,3 tys. zł wyższe od kosztów jakie poniósłby Szpital, gdyby sam realizował badania, zaś utracony przychód wyniósł co najmniej 4.071,1 tys. zł.

Na uwagę zasługuje fakt, że nie zachodziły okoliczności uzasadniające podjęcie przez Szpital powyższego przedsięwzięcia, ponieważ dysponował on urządzeniami i personelem do jego obsługi, a jego sytuacja finansowa nie wskazywała na konieczność zaprzestania tej działalności, gdyż za lata 2004-2005 Szpital uzyskał zysk zarówno z działalności operacyjnej, jak i gospodarczej oraz zysk netto.

Na niekorzystnych dla **ZOZ w Suchej Beskidzkiej** warunkach finansowych zawarta została umowa na korzystanie z bloku operacyjnego przez niepubliczny zoz. Należność została ustalona na bazie kosztów poniesionych przez Szpital w I półroczu 2006 r. i nie przewidziano corocznej waloryzacji stawki wyjściowej. Ponadto, stwierdzono, że podstawą naliczania należnego czynszu wg stawki minutowej były odręczne notatki kierownika bloku (często bez podpisu), bez podania źródła danych i czasu pobytu pacjenta na bloku, w sali wybudzeń oraz czasu pracy toru wizyjnego.

Stwierdzonym nieprawidłowościom sprzyjał brak wytypowania osób odpowiedzialnych za zadania związane z odpłatnym udostępnianiem pomieszczeń Szpitala i za rzetelne sporządzanie raportów o zużyciu przez podmiot prywatny leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego użytku, które stanowiły podstawę wyliczenia dodatkowych opłat, należnych Szpitalowi oprócz czynszu.

Dokonanie oceny efektywności sprzedaży (w lipcu 2008 r.) przez **Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych w Poznaniu** prywatnemu podmiotowi wyposażenia stacji dializ wraz z zapasami materiałowymi za 376,7 tys. zł nie było możliwe. Zbycie zostało bowiem poprzedzone (w marcu 2008 r.) wynajęciem temu podmiotowi stacji dializ i przeniesieniem praw i obowiązków wynikających z kontraktu z NFZ w zakresie usług nefrologii i hemodializy (o wartości 12.023,5 tys. zł).

Zakład nie dysponował szczegółowym wykazem zbytych składników majątkowych i dokumentami stwierdzającymi prawidłowość ich wyceny¹¹³. Zaznaczyć należy, że realizację usług medycznych powierzono podmiotowi prywatnemu nie posiadającemu uprawnień do ich wykonywania, co stanowiło naruszenie obowiązujących w tym zakresie przepisów¹¹⁴.

Ponadto, **Poznański Ośrodek** bezpodstawnie wycofał z użytkowania sprawny ultrasonograf Siemens o wartości początkowej 110,3 tys. zł (rok produkcji 1996) i przekazał nieodpłatnie osobie fizycznej, która była autorem orzeczenia technicznego (o wysokim stopniu wyeksploatowania urządzenia i nieopłacalności jego naprawy), stanowiącego podstawę jego likwidacji. Kontrola nie potwierdziła jednak faktu, że w okresie ostatnich dwóch lat

¹¹³ Zakład nie miał załącznika do umowy sprzedaży, który zawierał szczegółowy wykaz wyposażenia oraz zapasów materiałowych, poszczególne jednostkowe ceny sprzedaży netto oraz łączną kwotę netto i brutto zobowiązania z tego tytułu.

¹¹⁴ Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zoz, zakład może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru zoz. Według art. 35 ust. 1 tej ustawy, publiczny zoz może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne niepublicznemu zoz, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu.

urządzenie to było wyłączane z użytkowania z powodu awarii i dokonywania napraw.

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie użył pomieszczenia biurowe Ministerstwu SWiA bez sporządzenia stosownej umowy najmu. Z tego tytułu Ministerstwo partycypowało tylko w kosztach utrzymania wynajmowanej części budynku w zryczałtowanej opłacie eksploatacyjnej. Stwierdzono również, że zastępca dyrektora ds. Marketingu i Administracji Szpitala (której podlegały działy odpowiedzialne za zakup i obsługę techniczną aparatury) pełniła jednocześnie funkcję dyrektora Departamentu Zdrowia MSWiA, co zdaniem NIK stwarzało możliwość zaistnienia konfliktu interesów.

3.5. Zamówienia publiczne

Kontrolą objęto zrealizowane zamówienia publiczne na dostawy, roboty budowlane i usługi o wartości 199,8 mln zł¹¹⁵, co stanowiło 7,5% ogólnej ich wartości w okresie badanym.

3.5.1. Ujawniono 6 zakupów¹¹⁶ z pominięciem ustawy - Prawo zamówień publicznych i stosowanie niewłaściwego trybu udzielania zamówień oraz nieprawidłowości naruszające zasady uczciwej konkurencji, równego traktowania oferentów, bezstronności i obiektywizmu postępowania¹¹⁷, co stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹¹⁸.

W Samodzielnym Publicznym ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 3 im. dr. Seweryna Sterlinga Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nie stosowano ustawy, pomimo że wartość zamówień (na dostawę aparatu rtg oraz 3 lamp do aparatów rtg na łączną kwotę 283,5 tys. zł) przekraczała wyrażoną w złotych równowartość 6 tys. i 14 tys. euro (w datach dokonanych zakupów¹¹⁹).

Zamówienia z wolnej ręki udzieliło Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu na dostawę rezonansu magnetycznego wraz z pracami projektowymi i adaptacją pomieszczeń, na łączną wartość 2.629,5 tys. zł, pomimo że nie zachodziły żadne okoliczności przewidziane prawem do zastosowania tego trybu¹²⁰.

Przy zakupie aparatu elektrochirurgicznego, o łącznej wartości zakupu 31,4 tys. zł, w 116 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu dokonano podziału zamówienia na części w celu uniknięcia stosowania procedur przewidzianych

¹¹⁵ Przeprowadzone w okresie 2006 r. – I półrocze 2008 r.

¹¹⁶ Wartość dokonanych zakupów – 4.154,5 tys. zł, co stanowiło 2,1% ogólnej kwoty badanych zamówień.

¹¹⁷ Patrz przypis 59.

¹¹⁸ Patrz przypis 60.

¹¹⁹ Patrz przypis 61.

¹²⁰ Patrz przypis 62.

ustawą¹²¹. Oddzielnie zakupiono (w trybie zakupu z wolnej ręki) aparat (o wartości 21,7 tys. zł¹²²), a po upływie 1,5 miesiąca dokupiono niezbędny do jego uruchomienia osprzęt (o wartości 9,8 tys. zł). Z ustaleń kontroli wynika, że Szpital posiadał środki pieniężne na zakup ww. osprzętu, a tym samym ich brak, powoływany jako przyczyna takiego postępowania, nie znalazł potwierdzenia.

Postępowanie przetargowe na zakup zestawu endoskopowego o wartości 220 tys. zł, przeprowadzone w ww. Szpitalu, miało charakter pozorny i służyło jedynie usankcjonowaniu już wcześniej podjętej decyzji o zakupie tego urządzenia od konkretnego dostawcy. Zakupiony sprzęt był już bowiem użytkowany przez Szpital na podstawie umowy zawartej z późniejszym zwycięzcą przetargu, a wymagania techniczne ujęte w SIWZ zostały oparte na parametrach sprzętu tego dostawcy. Wykonawca nie dostarczył fabrycznie nowych (wyprodukowanych w 2008 r.) niektórych elementów aparatury, pomimo to Szpital zaniechał wyegzekwowania warunków zawartej umowy.

W postępowaniu o udzielenie zamówienia na zakup sterylizatora (o wartości 242,4 tys. zł) **Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanym** za prawidłową przyjął ofertę, której zakres rzeczowy obejmował dostawę składników nie ujętych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia¹²³. Stwierdzono również inne liczne nieprawidłowości w toku całego procesu przygotowawczo-realizacyjnego, w tym: w ogłoszeniu o wszczęciu postępowania przetargowego podano zły termin składania ofert, nie zawarto wymaganego (przez art. 30 ustawy) pełnego i precyzyjnego opisu przedmiotu zamówienia, podstawowych danych technicznych i cech jakościowych. W umowie na dostawę nie zawarto zapisów określających zakresu kar za nieterminowe wykonanie zamówienia, wskutek czego, z tytułu opóźnienia dostarczenia przedmiotu zamówienia, Szpital utracił możliwość dochodzenia kar umownych.

Na skutek nieprecyzyjnych zapisów w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (niedoprecyzowania wykazu dokumentów nie budzących wątpliwości formalnoprawnych, które wykonawcy byli zobowiązani dołączyć do oferty) oraz mało wnikliwej oceny spełniania warunków przedkładanych ofert, w **Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie** doszło do bezpodstawnego odrzucenia złożonej oferty¹²⁴ i unieważnienia postępowania¹²⁵ w przetargu nieograniczonym na dostawę i montaż cyfrowego aparatu rtg wraz z wyposażeniem gabinetu opisowego (wartość zamówienia 747,7 tys. zł).

3.5.2. Nieprawidłowości stwierdzono zarówno na etapie przygotowania, jak i przeprowadzania postępowania, w tym m.in.: brak wymaganych informacji w treści ogłoszeń¹²⁶ (co ograniczało wiedzę potencjalnych oferentów o warunkach udzielanych zamówień), nieprzestrzeganie ustawowego terminu ustalania wartości

¹²¹ Patrz przypis 63.

¹²² W dniu dokonywania zakupu aparatu wartość zamówienia powodująca konieczność stosowania przepisów ustawy wynosiła 26,3 tys. zł.

¹²³ Naruszenie art. 82 ust. 3 ustawy jw.

¹²⁴ Naruszenie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy jw.

¹²⁵ Naruszenie art. 93 ust. 1 pkt 1 ustawy jw.

¹²⁶ Patrz art. 41 pkt 4-8 i 11-14 ustawy jw.

zamówienia, opóźnienia w przekazywaniu ogłoszeń o udzieleniu zamówienia publicznego do publikacji w Biuletynie Zamówień Publicznych i Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich¹²⁷. Uchybienia formalnoprawne dotyczyły natomiast m.in.: nierzetelnych informacji w rocznych sprawozdaniach o zamówieniach publicznych, braku pełnej dokumentacji z danego postępowania, wadliwości oświadczeń złożonych przez członków komisji przetargowej oraz przez osoby wykonujące czynności w postępowaniu, braku zakresu obowiązków członków komisji, zwracanie pobranego wadium ze znacznym opóźnieniem (nawet po 2 latach), żądanie w ogłoszeniach o zamówieniach i pobieranie opłat za specyfikacje istotnych warunków zamówienia.

Przykładowo:

*W treści ogłoszeń o przetargu, w **SPSZOZ Szpital Miejski w Elblągu i „Pro-Medica” Sp. z o.o. w Elku**, nie zawarto m.in. opisu warunków udziału w postępowaniu i sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków oraz informacji dotyczących wadium i terminu związania ofertą¹²⁸.*

*Wartość zamówienia na zakup ultrasonografu (800 tys. zł) w **Instytucie Reumatologii w Warszawie** ustalono 14 m-cy przed rozpoczęciem postępowania, pomimo iż winna być określona nie wcześniej niż 3 m-ce przed wszczęciem postępowania¹²⁹.*

*W procedurze postępowania zakupu gastrofiberoskopu przez **116 Szpital Wojskowy w Opolu** brak było w dokumentacji ogłoszenia zamówienia na portalu internetowym Urzędu Zamówień Publicznych¹³⁰, nie przekazano do UZP ogłoszenia o udzieleniu zamówienia publicznego¹³¹, termin dostawy zamówienia określony w SIWZ był niezgodny z terminem wpisanym do umowy oraz brakowało dowodów o przekazaniu odpowiedzi na wniesione protesty oferentów¹³². W procedurze na zakup systemu radiografii cyfrowej z aparatem rtg nie udzielono natomiast odpowiedzi na jedno z zapytań zgłoszonych przez oferenta¹³³.*

*W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie** zagubiono ofertę firmy, która w postępowaniu o zamówienie publiczne 4 zestawów rtg (o wartości 1.071 tys. zł) wybrana została (we wrześniu 2007 r.) jako najkorzystniejsza, mimo że ustawowo zakład obowiązany był do przechowywania tej dokumentacji przez 4 lata w sposób gwarantujący jej nienaruszalność¹³⁴. W ogłoszeniach o zamówieniach publicznych żądano opłat za specyfikacje istotnych warunków zamówienia w wysokości 30 zł, pomimo że*

¹²⁷ Patrz art. 95 ust. 1 i 2 ustawy jw.

¹²⁸ Naruszenie art. 41 pkt. 7,8,11 ustawy jw.

¹²⁹ Art. 35 ust. 1 ustawy jw.

¹³⁰ Naruszenie art. 11 ust. 1 ustawy jw.

¹³¹ Naruszenie art. 95 ust. 1 ustawy jw.

¹³² Naruszenie art. 144 ust. 1 ustawy jw.

¹³³ Naruszenie art. 38 ust. 1 ustawy jw.

¹³⁴ Patrz art. 97 ust. 1 ustawy jw.

nie dokonano wyceny kosztów druku ani kosztów przekazania. Łącznie w okresie objętym kontrolą pobrano, z naruszeniem ustawy¹³⁵, 10,9 tys. zł.

Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych (w 3 na 5 zbadanych zamówień) zwrócił pobrane od trzech oferentów wadium, w łącznej kwocie 58,8 tys. zł, dopiero po upływie roku (w 2 przypadkach) i ok. 2 lat (w 1 przypadku). Do końca 2008 r. nie zapłacono natomiast odsetek z tytułu niezwróconego w terminie wadium¹³⁶.

3.5.3. Z naruszeniem przepisów zostały zawarte niektóre umowy z wybranymi oferentami. Dokonane zmiany o treści odbiegającej od oferty i warunków określonych w SIWZ były niekorzystne dla zamawiającego¹³⁷, co NIK oceniła jako działanie prowadzące do niegospodarności.

Z uwagi na niespełnienie niektórych parametrów technicznych aparatu rtg (o wartości 283,5 tys. zł łącznie z montażem i uruchomieniem) określonych w SIWZ i umowie, **Szpital Wojewódzki w Jeleniej Górze** zawarł ugodę, na podstawie której określono nowy termin wykonania przedmiotu umowy, przy jednoczesnej rezygnacji z naliczania kar umownych (w wysokości 224 tys. zł do dnia zawarcia ugody) z tytułu opóźnienia w realizacji zamówienia.

Dostawcy nie wywiązali się z postanowień umowy i warunków określonych w SIWZ w zakresie dostarczenia nowych analizatorów hematologicznych dla laboratoriów **SP Szpitala Klinicznego we Wrocławiu**. Zawarte w tym przedmiocie umowy nie określały jednak terminu dostarczenia nowych (objętych dzierżawą) aparatów, jak również nie przewidywały żadnych sankcji umownych z tytułu niewykonania postanowień w tym zakresie.

We wszystkich 6 skontrolowanych zamówieniach, w umowach na dostawę aparatury (na łączną kwotę 12.040,8 tys. zł) **Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie** nie określił terminu ich instalacji i przekazania technicznego, jako warunku zapłaty za dostawę.

W umowie o dostawę pulsoksymetrów, pomp objętościowych i strzykawkowych (o wartości 17,0 tys. zł) w **WS Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie** zmieniono termin płatności określony w ofercie na korzyść wykonawcy.

3.6. Inne ustalenia kontroli

3.6.1. Ewidencja i dokumentacja księgowa.

W 23 jednostkach (42,6% badanych) stwierdzono nieprawidłowości w ewidencji i dokumentacji księgowej, w tym dot. aparatury medycznej.

¹³⁵ Patrz art. 42 ust. 2 ustawy jw.

¹³⁶ Patrz art. 46 ust. 1 ustawy jw.

¹³⁷ Patrz przypis 65.

3.6.1.1. W związku z niedokonywaniem lub nieprawidłowym dokonywaniem zapisów, ewidencja księgowa nie odzwierciedlała stanu faktycznego posiadanych urządzeń medycznych.

116 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Opolu wprowadził w listopadzie 2007 r. do ewidencji środków trwałych i przyjął dokumentem OT zestaw do pośredniej radiografii cyfrowej CR z aparatem rtg o wartości 599,5 tys. zł, pomimo że do końca 2008 r. nie został on oddany do użytkowania¹³⁸. Równocześnie przekazano do organu założycielskiego nierzetelne dane o bieżącej wartości umorzenia, podczas gdy w księgach rachunkowych nie rozpoczęto dokonywania odpisów amortyzacyjnych. Powyższe działanie miało na celu ukrycie istotnych okoliczności, które powodowałyby konieczność zwrotu dotacji przeznaczonej na zakup tego urządzenia.

Od co najmniej 2,5 roku ultrasonograf będący w użytkowaniu Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie nie został ujęty w ewidencji księgowej i nie był wykazany w dokumentacji.

Z 4-miesięcznym opóźnieniem Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku wprowadził do ewidencji księgowej aparat rtg o wartości 175,5 tys. zł, otrzymany w formie darowizny.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu nie rozliczono i nie wprowadzono do ewidencji księgowej wartości prac adaptacyjnych pomieszczenia na potrzeby zakupionego aparatu usg oraz wartości dostarczonego dodatkowego wyposażenia.

W ewidencji ZOZ Poznań-Jeżyce nie odnotowano wydzierżawienia 2 rtg i 1 ultrasonografu, likwidacji 2 gastrofiberoskopów oraz niektórych nowo zakupionych aparatów. Różnica wartości początkowej środków trwałych pomiędzy zapisami na kontach syntetycznych a zapisami w ewidencji ilościowo-wartościowej wynosiła 381,4 tys. zł na początek 2006 r., 438,8 tys. zł na koniec 2006 r. i 253,3 tys. zł na koniec 2007 r.

Ultrasonograf okulistyczny wprowadzono do ewidencji po upływie 43 dni od rozpoczęcia użytkowania, co wpłynęło na zaniżenie wartości jego umorzenia.

3.6.1.2. Z naruszeniem przepisów przeprowadzano inwentaryzację i dokonywano odpisów amortyzacyjnych oraz księgowano dotacje na zakup środków trwałych i inwestycje, a także darowizny sprzętu i aparatury medycznej.

Niektóre dotacje na zakup środków trwałych i inwestycje, a także darowizny sprzętu i aparatury medycznej w POSUM i ZOZ Poznań-Jeżyce zostały zaksięgowane jako pozostałe przychody operacyjne, a nie jako zwiększenie funduszu założycielskiego¹³⁹.

Środki trwałe nie zostały zinwentaryzowane na ostatni dzień roku obrotowego (nie uwzględniono ruchu środków trwałych w okresie od dnia spisu z natury do dnia kończącego rok obrotowy), a różnice inwentaryzacyjne (nadwyżki

¹³⁸ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 15 ustawy o rachunkowości aktywa trwałe, w tym maszyny i urządzenia, spełniają kryteria uznania ich za środek trwały m. in. wtedy, gdy są kompletne i zdadne do użytku.

¹³⁹ Naruszenie art. 57 ustawy o zoz.

w kwocie 23,6 tys. zł oraz 64,2% wartości niedoborów¹⁴⁰ w wysokości 16,8 tys. zł) wprowadzono do ksiąg rachunkowych do roku następnego, zamiast roku, na który przypadał termin inwentaryzacji. Pozostała część niedoborów w wysokości 9,4 tys. zł (pomimo upływu blisko 3 lat) nie została wyksięgowana. Należy zauważyć, że stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości wyczerpują znamiona czynu określonego w art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

W SP ZOZ w Oleśnie dokonywano odpisu amortyzacyjnego od zakupionego, ale nie przekazanego do użytkowania zestawu do magnetoterapii¹⁴¹

3.6.1.3. Nierzetelny sposób rejestrowania danych w ewidencji środków trwałych nie zapewniał kompletnej informacji o stanie i ruchu środków trwałych oraz o osobach za nie odpowiedzialnych. Skutkiem powyższego występowały niezgodności pomiędzy ewidencją księgową według użytkownika, a faktyczną ich lokalizacją. W kartach środków trwałych brakowało również danych (lub wpisane były niewłaściwe) określających tożsamość poszczególnych zaewidencjonowanych aparatów (rok produkcji, numer fabryczny, nazwa producenta, data nabycia i cena ich zakupu) – co utrudniało (bądź uniemożliwiało) ich identyfikację ze stanem w naturze.

W zbadanych 52 Kartach środka trwałego w Wojewódzkim Szpitalu w Przemysłu żadna nie zawierała daty produkcji, 31 numeru fabrycznego, a w 21 Kartach nie ujęto numeru w księdze. Również zapisy w księgach inwentarzowych w poszczególnych ośrodkach kosztów w 47 przypadkach nie zawierały numeru fabrycznego aparatu.

W CSK MSWiA w Warszawie spośród 47 urzędzeń dla 5 nie można było ustalić daty ich produkcji, dla 14 terminu ich dostarczenia, dla 7 włączenia do eksploatacji, a dla 5, zakupionych ze środków otrzymanych od organu założycielskiego, ich wartości.

3.6.1.4. Księgi rachunkowe w **Poznańskim Ośrodku Specjalistycznym Usług Medycznych w Poznaniu** prowadzone były wadliwie. Naruszały ustawowy wymóg nieodwracalnego wyłączenia możliwości dokonywania zapisów księgowych w zbiorach tworzących księgi rachunkowe jednostki dotyczących danego roku obrotowego (tj. nie spełniały wymogu ich zamknięcia za dany rok obrotowy)¹⁴², co podlega odpowiedzialności karnej na podstawie ustawy o rachunkowości¹⁴³ i Kodeksu karnego skarbowego¹⁴⁴.

¹⁴⁰ Naruszenie art. 26 ust. 1 i art. 27 ust. 2 ustawy o rachunkowości.

¹⁴¹ Zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy o rachunkowości, rozpoczęcie amortyzacji następuje nie wcześniej niż po przyjęciu środka trwałego do używania.

¹⁴² Patrz przypis 68.

¹⁴³ Patrz przypis 69.

¹⁴⁴ Patrz przypis 70.

3.6.2. Wyrażanie zgody na zakup i przyjęcie darowizny aparatury i sprzętu medycznego.

Publiczny zoz może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o przeznaczeniu i standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz na zasadach określonych przez ten podmiot¹⁴⁵. Do zadań rady społecznej działającej przy publicznych zoz należy przedstawianie podmiotowi, który utworzył zakład, wniosków i opinii w sprawach zbycia oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego¹⁴⁶.

W 18,9 % jednostek skontrolowanych stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów prawa, regulujących dopuszczalność nabywania aparatury medycznej. Dotyczyło to głównie braku zgody organu założycielskiego na nabycie sprzętu medycznego przez nadzorowaną jednostkę, a także braku opinii rady społecznej w przedmiotowej sprawie.

Bez uzyskania zgody organu założycielskiego Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie zakupił echokardiograf cyfrowy (o wartości 229,9 tys. zł), Białostockie Centrum Onkologii - aparaturę i sprzęt medyczny o łącznej wartości 12.044,5 tys. zł, w ramach dotacji Ministra Zdrowia przeznaczonej na wyposażenie i modernizację zakładów radioterapii oraz realizację populacyjnego programu profilaktyki raka piersi, ZOZ w Suchej Beskidzkiej - nosze i fantom oraz sprzedał dźwignik o łącznej wartości 68,1 tys. zł.

Z naruszeniem zasad organu założycielskiego Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie oraz Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przyjęły aparaturę (o łącznej wartości 777,7 tys. zł) bez sporządzenia umowy darowizny i bez wymaganej opinii techniczno-ekonomicznej właściwych komórek organizacyjnych Szpitali.

Nabycie urządzeń przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Akademickie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej Sp. Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku, Wojewódzki Szpital w Przemyślu, Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie – nie było poprzedzone uzyskaniem opinii rady społecznej.

3.6.3. Nieprawidłowości stwierdzone w pojedynczych przypadkach.

3.6.3.1. W 116 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Sp. ZOZ w Opolu ujawniono przechowywanie leków przeterminowanych (z datą ważności: 2002 i 2003 r. oraz 1981 r.), stanowiących bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia

¹⁴⁵ Patrz przypis 71.

¹⁴⁶ Art. 46 ppkt 1b. Zgodnie z art. 44b ustawy o zoz, rada społeczna działająca przy publicznym zoz jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład oraz organem doradczym kierownika publicznego zoz.

ludzkiego. Leki te przechowywano bowiem w sposób niezabezpieczony, tj. w otwartej skrzyni w pomieszczeniach magazynowych Szpitala¹⁴⁷. Stosowne działania (przekazanie ich do utylizacji) podjęto dopiero podczas kontroli NIK¹⁴⁸.

3.6.3.2. W SP Szpitalu Klinicznym Nr 1 we Wrocławiu, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher w Warszawie stwierdzono nierzetelny nadzór nad eksploatacją urządzeń. W swoich strukturach organizacyjnych nie powołano komórki zajmującej się sprzętem i aparaturą medyczną lub nie przypisano komórce ds. technicznych zadań związanych z utrzymaniem w ruchu aparatury, bądź nie wyznaczono osoby odpowiedzialnej za powyższe zadania.

3.6.3.3. W trzech jednostkach statut, regulamin organizacyjny i regulamin porządkowy nie były dostosowane do aktualnej struktury organizacyjnej (np. obejmowały nie działające już poradnie i przychodnie).

¹⁴⁷ Patrz przypis 72.

¹⁴⁸ Stosowna informacja o stwierdzonym zagrożeniu skierowana została do dyrektora Szpitala w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Do kontroli zostały wytypowane największe w województwie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w których w ostatnich 2-3 latach NIK nie przeprowadzała badań (dobór celowy). Uwzględniono również skargi, które wpłynęły do Najwyższej Izby Kontroli, dotyczące przedmiotu kontroli.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

W trakcie postępowania kontrolnego zasięgnięto informacji w 23 jednostkach nie kontrolowanych, w tym w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pobrano wyjaśnienia od pracowników tych jednostek¹⁴⁹. W trakcie kontroli, w 2 jednostkach kontrolerzy poinformowali kierowników jednostek kontrolowanych o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego albo niepowetowanej szkody w mieniu, w celu zapobieżenia występującemu niebezpieczeństwu lub szkodzie¹⁵⁰.

W wyniku kontroli do kierowników wszystkich 53 skontrolowanych jednostek skierowano wystąpienia pokontrolne, zawierające uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. W 2 przypadkach kierownicy skontrolowanych jednostek skorzystali z przysługującego prawa i zgłosili zastrzeżenia do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne kierownicy jednostek kontrolowanych informowali o podjętych działaniach, zmierzających do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowościach.

Według stanu na dzień 30 września 2009 r.: z ogólnej liczby 208 wniosków pokontrolnych 152 zrealizowano, 33 pozostawało w fazie realizacji, nie zrealizowano 23 wniosków pokontrolnych.

¹⁴⁹ Na podstawie art. 29 pkt 2f ustawy o NIK.

¹⁵⁰ Na podstawie art. 51 ustawy o NIK.

Do czasu sporządzenia niniejszej informacji, z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości, skierowano zawiadomienia: 1 o popełnieniu przestępstwa, 1 o wykroczeniu oraz 2 o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych.

Finansowe rezultaty kontroli wyniosły ogółem 14.262 tys. zł., w tym: uszczuplenie środków lub aktywów - 5.322,2 tys. zł, co stanowiło 37,3%.

5. Załączniki

- Załącznik Nr 1.** Charakterystyka stanu prawnego dotyczącego kontrolowanej działalności oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych.
- Załącznik Nr 2.** Struktura czasu oczekiwania na wybrane badania diagnostyczne.
- Załącznik Nr 3.** Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.
- Załącznik Nr 4.** Wykaz skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej – kierownik jednostki (na dzień zakończenia kontroli).
- Załącznik Nr 5.** Ministrowie Zdrowia w latach 2006 – 2008 (I półrocze).
- Załącznik Nr 6.** Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.

Załącznik Nr 1

Charakterystyka stanu prawnego w badanym zakresie

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane są przez zakłady opieki zdrowotnej (zwane w dalszej treści zoz), które działają na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁵¹.

Warunki udzielania, zakres, zasady i tryb ich finansowania oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak również zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją tych świadczeń – zostały uregulowane ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵².

Wymagania jakim powinny odpowiadać wyroby medyczne¹⁵³ w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, określone zostały w ustawie o wyrobach medycznych, natomiast szczególne zasady ochrony osób przed zagrożeniami wynikającymi ze stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych – w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe¹⁵⁴.

W sprawach nieuregulowanych powyższymi ustawami, publiczne zoz zobowiązane zostały do stosowania ogólnie obowiązujących przepisów.

1. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (zwanym w dalszej treści sp zoz) są wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych (art. 1) i gospodarują samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym otrzymanym i zakupionym. Zbycie aktywów trwałych, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył ten zakład. Zasady te mogą polegać w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody od organu założycielskiego (art. 53).

¹⁵¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹⁵² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹⁵³ Zakłady opieki zdrowotnej nabywają i stosują wyroby medyczne odpowiadające wymaganiom ustawy o wyrobach medycznych (art. 9 ust. 4 ustawy o zoz). Przez wyrób medyczny należy rozumieć m.in. aparaturę medyczną stosowaną w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 3 ust. 1 pkt 17 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. Nr 93, poz. 896 ze zm.).

¹⁵⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o przeznaczeniu i standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz na zasadach określonych przez ten podmiot (art. 42)¹⁵⁵.

Sp zoz pokrywa koszty działalności i zobowiązania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów (art. 35b ust. 1). Mogą one uzyskiwać środki finansowe (art. 54 ust. 1) m.in.:

- z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy,
- na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym,
- na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej,
- z wydzielonej działalności gospodarczej, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,

Zakłady te mogą również (art.55) otrzymywać dotacje budżetowe od podmiotu, który utworzył zakład, z przeznaczeniem m.in. na:

- realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- cele szczególne określone w odrębnych przepisach.

Publiczny zoz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w odrębnych przepisach, a ujemny wynik finansowy pokrywa we własnym zakresie (art. 60 ust. 1 i art. 61 ust. 1). Zgodnie z przepisami ustawy o rachunkowości oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku

¹⁵⁵ Dla publicznych zoz utworzonych przez Ministra Zdrowia mają zastosowanie przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2001 r. w sprawie określenia zasad zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego oraz w sprawie zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2001 r. Nr 5, poz. 34 ze zm.).

kosztów w publicznych zoz¹⁵⁶, (obowiązującego od dnia 1 stycznia 1999 r.), zoz ma obowiązek wyodrębniania ośrodków kosztów związanych: z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, działalności wspierającej działalność podstawową oraz wszystkich kosztów ponoszonych przez zakład, z uwzględnieniem rodzajów kosztów w ośrodkach ich powstawania (par. 1 rozporządzenia).

Wartość majątku sp zoz określa jego fundusz założycielski (zwiększany o dotacje przekazane z budżetu państwa, dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe) oraz fundusz zakładu stanowiący wartość majątku po odliczeniu funduszu założycielskiego (zwiększony i zmniejszony m.in. o wartość aktywów, będących skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów), art. 56-58 ustawy o zoz.

W wykonaniu ustawowej delegacji¹⁵⁷, Minister Zdrowia określił wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zoz¹⁵⁸.

Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych¹⁵⁹. Zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w tej sprawie¹⁶⁰ zoz jest obowiązany prowadzić indywidualną i zbiorczą dokumentację medyczną – wewnętrzną i zewnętrzną. W szczególności do dokumentacji medycznej wewnętrznej zbiorczej zalicza się księgi główne przyjęć i wypisów, księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć, księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala, księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej szpitala, księgi zabiegów komórki

¹⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, z dnia 22 grudnia 1998 r., w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).

¹⁵⁷ Art. 9 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).

¹⁵⁹ Por. art. 18 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 ze zm.). Przepisy te utraciły moc obowiązującą z dniem 31 maja 2006 r. – wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 29 listopada 2005 r. sygn. akt K 22/05. 28 grudnia 2006 r. ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819).

organizacyjnej szpitala, księgi porad ambulatoryjnych wykonywanych w poradni szpitala¹⁶¹.

W ustawie o zoz określony został również m.in. czas pracy pracowników zatrudnionych w komórkach organizacyjnych radiologii, radioterapii i medycyny nuklearnej, do których obowiązków należy m.in. stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego. Czas ten nie mógł przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień (art. 32g ust. 3, i 5). Od 1 stycznia 2008 r. przeciętny tygodniowy czas pracy powyższej kategorii pracowników został skrócony do 25 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy¹⁶².

2. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40). Świadczeniobiorcy zaś mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie (art. 15 ust. 1). Przez potrzeby zdrowotne natomiast należy rozumieć liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29).

Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany również „Funduszem” (art. 14 ustawy)¹⁶³.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą (art. 132 ust.1) wyłonionym po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań na zasadach

¹⁶¹ Patrz również punkt 4.2.4. dot. listy oczekujących na udzielenie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, które zawarte zostały w art. 20-24 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁶² Art. 32g ustawy o zoz zmieniony przez art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2007 r. Nr 176, poz. 1240).

¹⁶³ Fundusz zarządza środkami finansowymi, którego przychodami są przede wszystkim należne składki na ubezpieczenie zdrowotne (art. 97 ust. 1).

określonych w tej ustawie (art. 139)¹⁶⁴. Do umów tych nie stosuje się bowiem przepisów o zamówieniach publicznych (art. 138).

Świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Zasady i warunki na jakich ustalana jest kolejność udzielania świadczeń zawarte zostały w art. 20-24 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę. Kryteria medyczne jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r.¹⁶⁵ Sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 października 2005 r., które zostało zastąpione z dniem 1 stycznia 2008 r. rozporządzeniem z dnia 27 grudnia 2007 r.¹⁶⁶

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶⁷ zostały uregulowane w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia z dnia 6 października 2005 r. (które zostało uchylone z dniem 30 marca 2008 r.¹⁶⁸), a następnie z dnia 6 maja 2008 r.¹⁶⁹ Świadczeniodawca został zobowiązany m.in. do:

- udzielania świadczeń w sposób kompleksowy zapewniający wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej,

¹⁶⁴ Patrz również – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).

¹⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

¹⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia, z dnia 5 października 2005 r., w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 206, poz. 1724), które (z dniem 1 stycznia 2008 r.) zostało zastąpione rozporządzeniem o takim samym tytule z dnia 27 grudnia 2007 r. (Dz. U. Nr 250, poz. 1886).

¹⁶⁷ Przez zakres świadczeń rozumie się świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania (§ 1 pkt 16).

¹⁶⁸ Rozporządzenie z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Wymienione rozporządzenie zostało uchylone z dniem 30 marca 2008 r. (art. 18 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. zmieniająca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 166, poz. 1172, z którego wynika, że przepisy wykonawcze wydane na podstawie wymienionych przepisów ustawy mogły obowiązywać nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy zmieniającej).

¹⁶⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

- udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom (określonym w odrębnych przepisach) oraz wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające ich dopuszczenie do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty¹⁷⁰.

3. Pojęcie wyrobu medycznego, zasady wprowadzania jego do obrotu oraz nadzór nad tymi wyrobami określa ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych¹⁷¹. Wyrobem medycznym, według tych przepisów, jest narzędzie, przyrząd, aparat, sprzęt, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, włączając oprogramowanie niezbędne do właściwego stosowania wyrobu, przeznaczone przez wytwórcę do stosowania u ludzi m.in. w celu diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia i łagodzenia przebiegu choroby lub kompensowania urazów i upośledzeń (art. 3 ust. 1 pkt 17).

Wyrób medyczny wprowadzony do obrotu i do używania, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, (przez podmioty uprawnione, w rozumieniu art. 4 ust. 3), powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i konserwowany oraz używany zgodnie z przewidzianym przez wytwórcę zastosowaniem (art. 4 ust. 2). Podmiot uprawniony, który wprowadza wyrób na terytorium RP, zobowiązany jest do oznakowania wyrobu medycznego oraz dostarczenia użytkownikowi instrukcji używania i etykiety tego wyrobu w języku polskim (art. 4 ust. 5). Użytkownicy tych wyrobów zostali zobowiązani do zachowania należytej staranności w zakresie doboru, instalowania, uruchamiania oraz przeprowadzania przeglądów i konserwacji, a w szczególności do przestrzegania instrukcji używania dostarczonej przez wytwórcę (art. 4 ust. 2 i 4 ustawy).

Do obrotu i do używania mogą być wprowadzone wyroby medyczne oznakowane znakiem CE¹⁷², który umieszcza się po przeprowadzeniu odpowiednich dla niego procedur oceny zgodności z wymaganiami zasadniczymi (art. 5 ust. 1 i 2 oraz art. 16 - 19)¹⁷³. Po przeprowadzeniu tych procedur, jednostka notyfikowana (w rozumieniu art.

¹⁷⁰ § 8 i 7 załączników do ww. rozporządzeń.

¹⁷¹ Dz. U. Nr 93, poz. 896 ze zm.

¹⁷² Patrz art. 6 – 11 ustawy o wyrobach medycznych.

¹⁷³ Zabronione jest wprowadzanie do obrotu i używania wyrobu medycznego, dla którego termin ważności, określony przez wytwórcę, upłynął (art. 12).

27 – 29) autoryzowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia¹⁷⁴, wydaje na okres 5 lat certyfikaty potwierdzające spełnienie tych wymagań (art.26).

4. W odniesieniu do aparatury medycznej, będącej źródłem promieniowania jonizującego, wymóg posiadania odpowiednich świadectw i zezwoleń wynika z postanowień ustawy Prawo atomowe¹⁷⁵.

Wykonywanie działalności związanej z narażeniem, polegającej na uruchamianiu pracowni, w których mogą być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w tym pracowni rentgenowskich, wymaga zezwolenia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej (art. 4 ust. 1 pkt 6). Zezwolenie na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty wydaje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny (art.5 ust. 4)¹⁷⁶.

Główny Inspektor Sanitarny prowadzi krajową bazę danych urządzeń radiologicznych na podstawie przesyłanych (nie rzadziej niż raz w roku), przez organ który wydał zezwolenie, informacji dotyczących urządzeń radiologicznych (art. 33k. ust. 1 i 2).

Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej sprawuje osoba posiadająca uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, które nadaje Główny Inspektor Sanitarny¹⁷⁷.

Kierownik jednostki organizacyjnej zatrudniającej pracowników w warunkach narażenia jest obowiązany zapewnić opiekę medyczną, niezbędne środki ochrony indywidualnej i sprzęt dozymetryczny oraz prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych i rejestrowanie danych w tym zakresie¹⁷⁸.

Jednostki ochrony zdrowia wykonujące zabiegi lub leczenie z zakresu m.in. rentgenodiagnostyki są obowiązane podjąć działania zmierzające do zapobieżenia medycznym wypadkom radiologicznym. W tym celu dokonuje się kontroli

¹⁷⁴ Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad tymi jednostkami w zakresie spełniania wymagań określonych w art. 27 ustawy o wyrobach medycznych (art. 29).

¹⁷⁵ Art. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe.

¹⁷⁶ Natomiast dla jednostek organizacyjnych podległych: Ministrowi Obrony Narodowej – komendant wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych – państwowy inspektor sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (art. 4 pkt. 1 i 2).

¹⁷⁷ Art. 7 ust. 3 i 7 ustawy - Prawo atomowe.

¹⁷⁸ Art. 26 ustawy - Prawo atomowe.

fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych, a także wprowadza się system zarządzania jakością¹⁷⁹. Wymagania i szczegółowe zasady realizacji systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce, wymagania dotyczące szkolenia specjalistycznego osób wykonujących i nadzorujących wykonywanie badań oraz zasady wykonywania kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych – Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej¹⁸⁰.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem¹⁸¹:

- wewnętrzne podstawowe testy kontroli fizycznych parametrów wykonywane są przez pracowników jednostki ochrony zdrowia uprawnionych do obsługi urządzeń radiologicznych, natomiast specjalistyczne testy wykonywane są co najmniej raz na rok przez laboratoria badawcze posiadające akredytację w zakresie wykonywania testów specjalistycznych,
- aparatura pomiarowa używana do wykonania testów wewnętrznych i akceptacyjnych podlega wzorcowaniu lub sprawdzaniu raz na dwa lata,
- kliniczny audyt wewnętrzny jest przeprowadzany co najmniej raz na rok, zewnętrzny audyt kliniczny w zakresie rentgenodiagnostyki jest wykonywany przez zespół powołany przez komisję do spraw procedur medycznych i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, na wniosek konsultanta wojewódzkiego.

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie bazy danych urządzeń radiologicznych¹⁸² określił organizację bazy danych urządzeń radiologicznych oraz zakres informacji przekazywanych Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

5. Samodzielne publiczne zoz, jako jednostki sektora finansów publicznych¹⁸³, udzielając zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane zobowiązane są do

¹⁷⁹ Art. 33c ust. 7 ustawy - Prawo atomowe.

¹⁸⁰ Dz. U. Nr 194, poz. 1625.

¹⁸¹ § 10, 12 i 13 rozporządzenia.

¹⁸² Dz. U. Nr 59, poz. 366. Przepis zobowiązujący do wydania tego rozporządzenia (art. 33k ust. 3 ustawy) został wprowadzony do tej ustawy 1 maja 2004 r.

¹⁸³ Patrz art. 4 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, ze zm.).

stosowania zasad i trybu określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁸⁴ (zwanej w dalszej treści „PZP”).

5.1. Zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Czynności związane z przygotowaniem oraz przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia wykonują osoby zapewniające bezstronność i obiektywizm. Zamówienia udziela się wyłącznie wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami ustawy (art. 7 PZP).

Zachowaniu zasady uczciwej konkurencji służą m.in. wymogi zawarte w art. 29 PZP, zgodnie z którym przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję, albo przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia i zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważny”.

Zamawiający nie może również określać warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia w sposób, który mógłby utrudnić uczciwą konkurencję (art. 22 PZP).

Oferta podlega odrzuceniu m.in., jeżeli jej złożenie stanowi czyn nieuczciwej konkurencji w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji¹⁸⁵ lub oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia (art. 89 ust. 1 pkt 3 i 4).

5.2. Postępowanie o udzielenie zamówienia jest jawne. Zamawiający może ograniczyć dostęp do informacji związanych z postępowaniem o udzielenie zamówienia tylko w przypadkach określonych w ustawie (art. 8 PZP).

5.3. Zgodnie z art. 9, postępowanie o udzielenie zamówienia (z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ustawie), prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej i w języku polskim. Przekazanie oświadczeń, wniosków, zawiadomień i informacji faksem lub drogą elektroniczną jest dopuszczalne, przy czym każda ze stron na

¹⁸⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.

¹⁸⁵ Ustawa z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503, ze zm.). Art. 3 tej ustawy stanowi, że czynem nieuczciwej konkurencji jest działanie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, jeżeli zagraża ono lub narusza interes innego przedsiębiorcy lub klienta.

żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania (art. 27 PZP). Z postępowania sporządza się pisemny protokół, który wraz z załącznikami przechowuje przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania, w sposób gwarantujący jego nienaruszalność (art. 96 i 97 PZP).

5.4. Podstawowymi trybami udzielania zamówienia są przetarg nieograniczony oraz przetarg ograniczony. Zamawiający może udzielić zamówienia w trybie negocjacji z ogłoszeniem, dialogu konkurencyjnego, negocjacji bez ogłoszenia, zamówienia z wolnej ręki, zapytania o cenę albo licytacji elektronicznej tylko w przypadkach określonych w ustawie (art.10 PZP). Ustawy nie stosuje się do zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14.000 euro (art. 4 pkt. 8).

Za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia odpowiada kierownik zamawiającego oraz inne osoby w zakresie, w jakim powierzono im czynności w postępowaniu i przygotowaniu postępowania. Jeżeli przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzieleniu zamówienia na podstawie przepisów odrębnych jest zastrzeżone dla organu innego niż kierownik zamawiającego, przepisy dotyczące kierownika zamawiającego stosuje się odpowiednio do tego organu (art. 18) Kierownik zamawiającego zobowiązany jest do powołania komisji przetargowej (art. 19 ust. 1) jeżeli wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone (na podstawie delegacji art. 11 ust. 8 PZP) w drodze rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów¹⁸⁶. Szczegółowe zadania komisji oraz sposób powoływania i odwoływania jej członków regulują art. 20 i 21.

5.5. Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy, bez podatku od towarów i usług ustalone przez zamawiającego z należytą starannością. Zamawiający nie może w celu uniknięcia stosowania przepisów ustawy dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości (art. 32 ust. 1 i 2)¹⁸⁷.

Ustalenia wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem wszczęcia postępowania jeżeli przedmiotem zamówienia są dostawy lub usługi

¹⁸⁶ Patrz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich: z dnia 19 maja 2006 r., (Dz. U. Nr 87, poz. 604 ze zm.) oraz z dnia 19 grudnia 2007 r. (Dz. U. Nr 241, poz. 1762).

¹⁸⁷ Patrz również ust. 3-7 art. 32 PZP.

oraz nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem wszczęcia postępowania, jeśli przedmiotem zamówienia są roboty budowlane (art.35 ust.1 i 2 PZP).

Prezes Rady Ministrów co najmniej raz na dwa lata określa, w drodze rozporządzenia, średni kurs złotego w stosunku do euro stanowiący podstawę przeliczania wartości zamówień (art. 35 ust. 3).

6. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁸⁸, odpowiedzialności w zakresie dyscypliny finansów publicznych podlegają kierownicy jednostek sektora finansów publicznych oraz pracownicy tych jednostek, którym powierzono określone obowiązki w zakresie gospodarki finansowej lub czynności przewidziane w przepisach o zamówieniach publicznych. Art. 17 tej ustawy wskazuje, które czynności związane z realizacją zamówień publicznych stanowią naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Zgodnie z tym artykułem, naruszeniem dyscypliny finansów publicznych m.in. jest udzielenie zamówienia publicznego:

- wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych (ust. 1 pkt 1),
- z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych dotyczących m.in., przesłanek stosowania poszczególnych trybów udzielenia zamówienia publicznego (ust. 1 pkt 2a),
- którego przedmiot lub warunki zostały określone w sposób naruszający zasady uczciwej konkurencji (ust. 1 pkt 3).

Naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest również unieważnienie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych, określających przesłanki upoważniające do unieważnienia takiego postępowania (ust. 3).

¹⁸⁸ Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 (obowiązuje od 1 lipca 2005 r.).

Załącznik Nr 2

Struktura czasu oczekiwania na wybrane badania diagnostyczne.

Rodzaj sprzętu	Rozkład czasu oczekiwania w dniach																	
	2006						2007						2008 (I poł.)					
	<7	7-14	15-45	46-90	>90	%	<7	7-14	15-45	46-90	>90	%	<7	7-14	15-45	46-90	>90	%
Tomograf rezonansu magnetycznego	0.00	22.22	22.22	33.33	22.22	100.00	9.09	18.18	27.27	27.27	18.18	100.00	0.00	16.67	33.33	25.00	25.00	100.00
Tomograf komputerowy	25.93	22.22	33.33	14.81	3.70	100.00	25.93	29.63	29.63	11.11	3.70	100.00	25.93	29.63	29.63	11.11	3.70	100.00
RTG	76.74	23.26	0.00	0.00	0.00	100.00	75.00	25.00	0.00	0.00	0.00	100.00	77.27	22.73	0.00	0.00	0.00	100.00
Gastrofiberoskop	44.44	27.78	13.89	13.89	0.00	100.00	40.54	32.43	18.92	8.11	0.00	100.00	41.67	25.00	22.22	11.11	0.00	100.00
Bronchofiberoskop	85.71	14.29	0.00	0.00	0.00	100.00	85.71	14.29	0.00	0.00	0.00	100.00	87.50	12.50	0.00	0.00	0.00	100.00
Mammograf	46.15	26.92	23.08	3.85	0.00	100.00	50.00	17.86	28.57	3.57	0.00	100.00	50.00	25.00	21.43	3.57	0.00	100.00
Elektromiograf	0.00	33.33	33.33	0.00	33.33	100.00	0.00	0.00	66.67	0.00	33.33	100.00	0.00	0.00	66.67	0.00	33.33	100.00
Angiograf	0.00	28.57	14.29	14.29	42.86	100.00	0.00	28.57	14.29	14.29	42.86	100.00	0.00	28.57	42.86	14.29	14.29	100.00
Bieżnia	44.44	29.63	18.52	7.41	0.00	100.00	42.86	28.57	17.86	10.71	0.00	100.00	42.86	28.57	17.86	10.71	0.00	100.00
EEG	55.56	27.78	11.11	5.56	0.00	100.00	47.06	35.29	11.76	5.88	0.00	100.00	47.06	35.29	17.65	0.00	0.00	100.00
USG	32.56	18.60	27.91	13.95	6.98	100.00	37.21	16.28	20.93	18.60	6.98	100.00	37.21	18.60	27.91	11.63	4.65	100.00
USG Doppler	16.67	8.33	33.33	25.00	16.67	100.00	16.67	8.33	33.33	25.00	16.67	100.00	18.18	9.09	36.36	18.18	18.18	100.00
Echokardiograf	36.00	16.00	20.00	8.00	20.00	100.00	36.00	20.00	20.00	8.00	16.00	100.00	34.62	23.08	23.08	3.85	15.38	100.00
Fizykoterapia	20.83	12.50	37.50	16.67	12.50	100.00	20.83	16.67	37.50	16.67	8.33	100.00	20.00	24.00	36.00	8.00	12.00	100.00

Załącznik Nr 3

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 176, poz. 1240).
3. 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.).
4. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.).
11. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 ze zm.), obowiązuje od 1 lipca 2005 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielными publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).
14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568), a poprzednia z dnia 22 czerwca 2005 r. (Dz. U. Nr 116, poz. 985 ze zm.), uchylone z dniem 9.12.2006 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem

- fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 187).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099).
 17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 ze zm.), uchylone z dniem 31.05.2006 r.
 18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 83, poz. 903), utraciło moc z dniem 5 czerwca 2009 r.
 19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), a następnie rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
 20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 206, poz. 1724). Powyższe rozporządzenie zostało zastąpione z dniem 1 stycznia 2008 r. rozporządzeniem o takim samym tytule z dnia 27 grudnia 2007 r. (Dz. U. Nr 250, poz. 1884).
 21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
 22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).
 23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).
 24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 140, poz. 994).
 25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. Nr 239, poz. 1737).
 26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie bazy danych urzędów radiologicznych (Dz. U. Nr 59, poz. 366).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365).
29. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2007 r. w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich (Dz. U. Nr 241, poz. 1762), a poprzednio rozporządzenie z dnia 19 maja 2006 r. o takim samym tytule (Dz. U. Nr 87, poz. 604).
30. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2001 r. w sprawie określenia zasad zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego oraz w sprawie zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2001 r. Nr 5, poz. 34 ze zm.).

Załącznik Nr 4

Wykaz skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej – kierownik jednostki (na dzień zakończenia kontroli).

1. Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku – Marek Chojnowski
2. Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku – Marzena Juczewska
3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku – Bogusław Poniatowski
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie – Zbigniew Skonieczny
5. Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmnie – Mariola Burc
6. Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – Wanda Korzycka-Wilińska
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. F. Żaczka w Pucku Ewa Bonk-Woźniakiewicz
8. Szpital Powiatowy im. dr. A. Majkowskiego w likwidacji w Kartuzach – Zdzisław Kreft (likwidator szpitala)
9. Akademickie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Gdańsku z siedzibą w Gdyni – Zdzisław Sićko
10. „Hutniczy” Szpital Chorób Wewnętrznych w Częstochowie – Barbara Magnuszewska-Pankiewicz
11. Szpital Specjalistyczny im. Szymona Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej – p.o. Zbigniew Grzywnowicz
12. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Andrzej Płazak
13. Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej - Tadeusz Jasiński
14. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach – Włodzimierz Wielgus
15. Szpital Powiatowy w Chrzanowie – Ewa Potocka
16. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej – Janusz Baczewski
17. Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem – Daniel Zarzycki
18. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie – Ryszard Śmiech
19. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej – Dariusz Oleński
20. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie – Adam Borowicz
21. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu – Bożena Łaz
22. Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – Marek Konieczko

23. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 3 im. dr. Seweryna Sterlinga Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Edward Gabryś
24. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Elblągu – Wiesława Lech
25. Mazurskie Centrum Zdrowia „Pro-Medica” Sp. z o.o. w Ełku – Zarząd
26. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie – Krystyna Piskorz-Ogórek
27. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Namysłowie – Piotr Rogalski
28. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie – Andrzej Prochota
29. 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu – Paweł Salachna
30. Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych w Poznaniu – Leszek Pobjewski
31. Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań Jeżyce w Poznaniu – Elżbieta Wrzeńska-Żak
32. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – Paweł Daszkiewicz
33. Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu – Leszek Kołacz
34. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie – Mariusz Kocój
35. Wojewódzki Szpital w Przemyślu – Janusz Hamryszczak
36. Szpital Powiatowy w Białogardzie – Maciej Kiełbratowski
37. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie – Mariusz Pietrzak
38. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie – Ryszard Chmurowicz
39. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach – Katarzyna Lebiotkowska
40. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żaganiu – Zdzisław Pawłowski
41. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatu Krośnieńskiego w Krośnie Odrzańskim – Wojciech Rutkowski
42. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze – Stanisław Woźniak
43. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu – Wojciech Witkiewicz
44. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu – Andrzej Zdeb
45. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie – Artur Skóra
46. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku – Stanisław Kwiatkowski
47. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie – Grzegorz Gielerak

- 48.** Szpital Powiatowy w Wołominie - Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej – Ryszard Olszanowski
- 49.** Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu – Janusz Szkodny
- 50.** Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher w Warszawie – Sławomir Maśliński
- 51.** Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie – Paweł Obermeyer
- 52.** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – Jan Czeczot
- 53.** Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie – Wiesław Marszał.

Załącznik Nr 5

Ministrowie Zdrowia w latach 2006 – 2008 (I półrocze).

1. Zbigniew Religa od 31.10.2007 r. do 7.09.2007 r. i od 10.09.2007 r. do 16.11.2007 r.,
2. Jarosław Kaczyński od 7.09.2007 r. do 9.09.2007 r.¹⁸⁹,
3. Ewa Kopacz od 16.11.2007 r.

¹⁸⁹ Zastępstwo Ministra Zdrowia na podstawie art. 36 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 199 ze zm.).

Załącznik Nr 6

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. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Odpowiedzialności Konstytucyjnej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
13. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego