



KZD. 430.008.2021  
Nr ewid. 4/2022/P/21/057/KZD

Informacja o wynikach kontroli

ZAKUP I WYKORZYSTANIE  
WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ APARATURY MEDYCZNEJ  
W PODMIOTACH LECZNICZYCH

DEPARTAMENT ZDROWIA

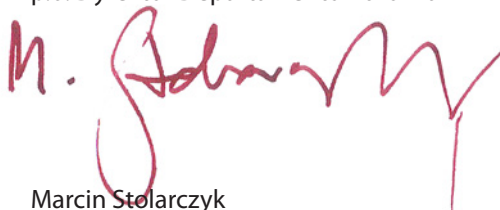
## MISJA

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

### Informacja o wynikach kontroli

**Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych**

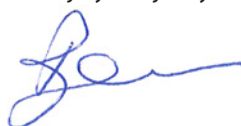
p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia



Marcin Stolarczyk

**Zatwierdzam:**

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 08.03.2022

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

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

|  |    |
|--|----|
| WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....   | 4  |
| 1. WPROWADZENIE.....   | 6  |
| 2. OCENA OGÓLNA .....  | 8  |
| 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....   | 10 |
| 4. WNIOSKI.....  | 15 |
| 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....  | 16 |
| 5.1. Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej .....                               | 16 |
| 5.2. Wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej.....                         | 25 |
| 6. ZAŁĄCZNIKI.....   | 50 |
| 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....   | 50 |
| 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....                 | 56 |
| 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności .....                     | 68 |
| 6.4. Wykaz sprzętu zakwalifikowanego do wysokospecjalistycznej<br>aparatury medycznej..... | 71 |
| 6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....                | 72 |
| 6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....                           | 73 |
| 6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra .....                                       | 78 |

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Aparatura medyczna</b>       | „wyrób medyczny”, rozumiany zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. <i>o wyrobach medycznych</i> <sup>1</sup> , jako narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczona przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:<br>a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby;<br>b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia;<br>c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego;<br>d) regulacji poczęć<br>– której zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz której działanie może być wspomagane takimi środkami; |
| <b>Mapy potrzeb zdrowotnych</b> | o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej</i> , zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzana jest prognoza przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju, w celu zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych;  |
| <b>NFZ lub Fundusz</b>          | Narodowy Fundusz Zdrowia;  |
| <b>OW NFZ</b>                   | oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;  |
| <b>Podmiot leczniczy</b>        | samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. <i>Prawo przedsiębiorców</i> <sup>2</sup> , jednostka budżetowa, a także instytut badawczy, fundacja i stowarzyszenie. Warunkiem jest, aby udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą (art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> <sup>3</sup> );  |

<sup>1</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1565, zwana dalej ustawą *o wyrobach medycznych*.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 162, ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

|   |  |
|---|--|
| <b>Profile systemu zabezpieczenia świadczeń</b> | profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, według których wyznaczany jest poziom systemu zabezpieczenia, zgodnie z art. 95l ust. 3 i 4 tej ustawy. Należy przez to rozumieć oddziały szpitalne oraz odpowiadające im poradnie specjalistyczne, wymienione w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163); |
| <b>Rodzaj świadczeń</b>                         | świadczenia opieki zdrowotnej wskazane w § 2 ust. 1 pkt 1-15 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej <sup>4</sup> );   |
| <b>Świadczenie</b>                              | świadczenie opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcą w danym rodzaju, na określony zakres lub zakresy świadczeń (§ 1 pkt 13 i 14 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU);   |
| <b>Świadczenie zdrowotne</b>                    | 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5</sup> );   |
| <b>Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna</b> | podzbiór „aparatury medycznej”, zwana również „wysokospecjalistycznym urządzeniem medycznym”;  |
| <b>Zakres świadczeń</b>                         | świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania (§ 1 pkt 17 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU).   |

<sup>4</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie OWU.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm., zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy podmioty lecznicze optymalnie wykorzystują wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną w procesie udzielania świadczeń medycznych?<sup>6</sup>

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy prawidłowo zaplanowano i gospodarnie wydatkowano środki na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej?
2. Czy organizacja udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym zapewniała optymalne wykorzystanie aparatury wysokospecjalistycznej?

## Jednostki kontrolowane

17 podmiotów leczniczych (w tym 15 prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz dwa instytuty badawcze)

## Okres objęty kontrolą

Lata 2017–2021 (do 26 października), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.

W ostatnich latach dokonał się istotny przełom w ochronie zdrowia, związany ze stosowaniem nowoczesnych technologii, w szczególności w diagnostyce. Do najbardziej zaawansowanych technik diagnostycznych należą: tomografia komputerowa, ultrasonografia i rezonans magnetyczny. Stosowane są też metody hybrydowe, będące połączeniem radiologii i medycyny nuklearnej oraz łączące różne sposoby obrazowania. Techniki obrazowe wykorzystuje się do wykrywania chorób, np. nowotworowych, oceny skuteczności wdrożonego leczenia oraz monitorowania przebiegu niektórych zabiegów leczniczych. W chwili obecnej nawet 80% rozpoznań jest stawianych lub potwierdzanych na podstawie badań obrazowych. W przypadku procedur radiologicznych, stosowanych w medycynie urazowej lub neurochirurgii, odsetek ten wynosi już nawet 100%<sup>7</sup>. Do zaawansowanych technik radiologicznego obrazowania należy także radiologia zabiegowa (interwencyjna), gdzie pod kontrolą aparatów diagnostycznych wykonuje się małoinwazyjne zabiegi.

Coraz szersze zastosowanie znajduje robotyka, która pozwala na precyzyjne wykonywanie operacji z mniejszym ryzykiem błędu<sup>8</sup>. Możliwości robotów są wykorzystywane między innymi w chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ginekologii, urologii, bariatryi, torakochirurgii, transplantologii.

W Polsce rynek robotyki chirurgicznej jest nadal w początkowym stadium rozwoju. W 2019 r. przeprowadzono blisko 900 zabiegów w asyście robotów da Vinci. Dla porównania, w 2018 r. takich zabiegów było ok. 60<sup>9</sup>.

Wyposażenie podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny decyduje o możliwościach zapewnienia efektywnej opieki medycznej, diagnostyki i leczenia. Niedostateczna liczba sprawnych urządzeń medycznych negatywnie odbija się na jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Jednak szerokie zastosowanie nowoczesnych technologii zwiększa popyt na wyspecjalizowaną kadrę medyczną obsługującą te urządzenia oraz generuje znaczne koszty związane z zakupem aparatury i jej konserwacją. W tej sytuacji istotnego znaczenia nabiera efektywność wykorzystania zakupionego sprzętu.

<sup>6</sup> Optymalne wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w procesie udzielania świadczeń medycznych – na potrzeby niniejszej kontroli, pod tym pojęciem należy rozumieć, takie wykorzystanie aparatury medycznej, które zapewni jak największą korzyść diagnostyczną/leczniczą dla pacjentów (w szczególności, jak największa ich liczba otrzyma świadczenie zdrowotne, o najwyższej możliwej jakości), z uwzględnieniem zasad gospodarnego wydatkowania środków publicznych. Na optymalne wykorzystanie aparatury składa się wiele czynników, jak np.: organizacja procesu udzielania świadczeń, rodzaj i zakres zawartej umowy z OW NFZ, liczba wykwalifikowanego personelu medycznego udzielającego świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, stan techniczny aparatury, precyzyjne zaplanowanie zakupu, w tym zainstalowanie, uruchomienie i przeszkolenie personelu oraz osiągnięcie wskaźników rezultatu w ramach realizowanych projektów lub planowanej liczby wykonanych badań/zabiegów określonych we wnioskach o dofinansowanie.

<sup>7</sup> Zdaniem prof. Andrzeja Urbaniaka kierownika Katedry Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; źródło: <https://dlaszpitali.pl/nawosci-z-branzy/kompleksowa-baza-wiedzy-usprawni-diagnostyke-obrazowa/>, dostęp 25 czerwca 2021 r.

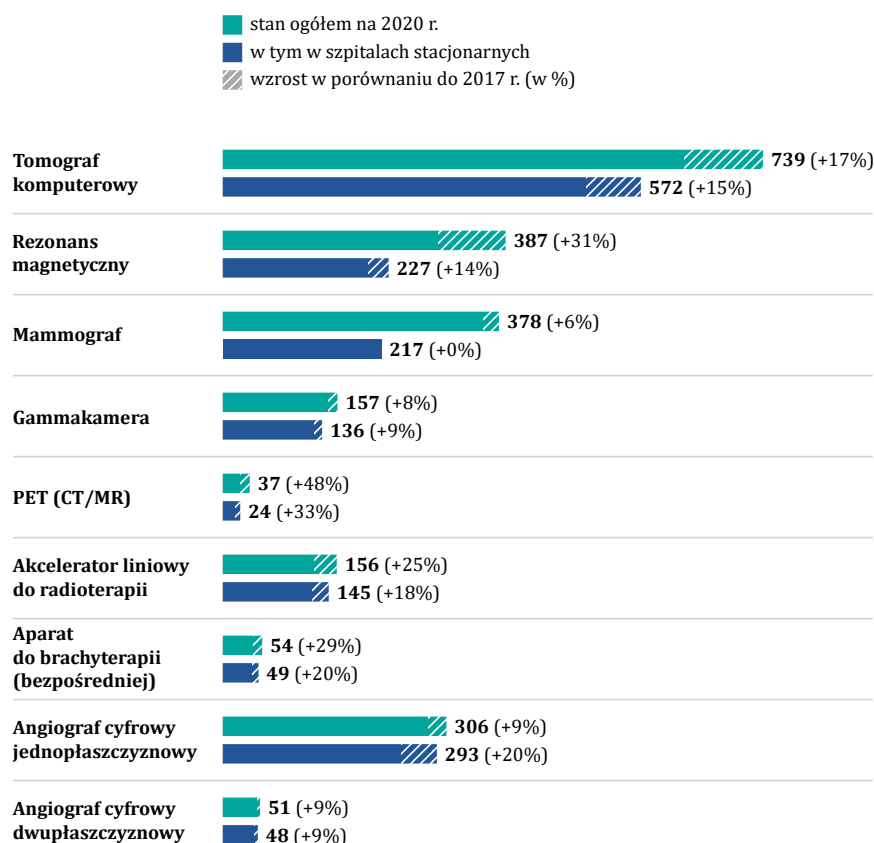
<sup>8</sup> Z. Zdrojewicz, W. Witkiewicz, A. Dołowiec, J. Głód, *Robotyka w medycynie*, w: *Chirurgia Polska*, Tom 16, Nr 2 (2014) s. 84–90.

<sup>9</sup> Źródło: <https://pulsmedycyny.pl/robot-da-vinci-w-polsce-w-2019-r-przeprowadzono-niemal-900-zabiegow-z-wykorzystaniem-tego-systemu-979778> [dostęp 14 grudnia 2021 r.].

Ostatnie lata przyniosły w Polsce znaczną poprawę w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną. Inwestycje w ochronie zdrowia były finansowane m.in. ze środków budżetu państwa, budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu UE.

Wykres nr 1

Wyposażenie podmiotów leczniczych w wybraną wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną w Polsce na przełomie lat 2017–2020



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia<sup>10</sup>

Dla potrzeb kontroli, do aparatury wysokospecjalistycznej zakwalifikowano sprzęt o wartości początkowej<sup>11</sup> powyżej 100 tys. zł, którego stosowanie ogranicza się do specjalistycznych zastosowań. Wykaz tej aparatury wskazano w **Załączniku nr 6.4.** do niniejszej informacji o wynikach kontroli.

Przesłanką podjęcia kontroli były wcześniejsze ustalenia NIK dotyczące zakupu i wykorzystania specjalistycznej aparatury medycznej w procesie udzielania świadczeń, finansowanych ze środków publicznych – kontrole z lat wcześniejszych<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Źródło: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_2018\\_5c3deab703e35.pdf#page=75&zoom=auto,-158,633](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf#page=75&zoom=auto,-158,633) oraz [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/statystyka/2021/biuletyn\\_statystyczny\\_2021\\_6188f67e8ed37.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/statystyka/2021/biuletyn_statystyczny_2021_6188f67e8ed37.pdf).

<sup>11</sup> Wartość początkowa – oznacza cenę nabycia środka trwałego, wartość brutto.

<sup>12</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Informacje o wynikach kontroli: 1) Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych, Warszawa 2013, Nr ewid. 3/2013/P12123/KZD; 2) Wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej w procesie realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych w latach 2006–2008 (I półrocze), Warszawa 2010, Nr ewid. 157/2009/P/08/099/KPZ; 3) Wykorzystanie dotacji Ministra Obrony Narodowej przez wybrane podmioty służby zdrowia, Warszawa 2015, Nr ewid. 33/2015/P/14/038/KON.

## 2. OCENA OGÓLNA

Niezapewnienie optymalnego wykorzystania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

**W większości skontrolowanych podmiotów leczniczych (59%) nie zapewniono optymalnego wykorzystania zakupionej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w procesie udzielania świadczeń medycznych. Nie zawsze prawidłowo planowano zakupy tej aparatury i gospodarnie wydatkowano środki publiczne.**

Zakupy aparatury wysokospecjalistycznej odbywały się niejednokrotnie bez przeprowadzenia rzetelnej analizy rozpoznania potrzeb. W prawie połowie podmiotów (41%) dokonywano jej zakupu pomimo braku kontraktu z NFZ w określonym zakresie, co ograniczało pełne wykorzystanie potencjału zakupionego sprzętu.

Czynnikiem negatywnie wpływającym na efektywne wykorzystanie aparatury wysokospecjalistycznej była niewłaściwa organizacja udzielania świadczeń w skontrolowanych podmiotach. Opóźnienia w przygotowaniu pomieszczeń pracowni diagnostycznych uniemożliwiały zainstalowanie lub uruchomienie urządzeń w trzech skontrolowanych podmiotach (18%). W konsekwencji zakupiona za kwotę 6692,2 tys. zł aparatura przez wiele miesięcy nie była wykorzystywana do diagnozowania i leczenia pacjentów (udzielania świadczeń zdrowotnych), co nosiło znamiona niegospodarności.

Stopień wykorzystania możliwości sprzętu wysokospecjalistycznego był uzależniony od profilu systemu zabezpieczenia świadczeń oraz liczby wykwalifikowanej kadry medycznej. W podmiotach leczniczych wyspecjalizowanych w udzielaniu określonych świadczeń np. onkologicznych, stopień ich wykorzystania był wyższy.

W okresie epidemii COVID-19 nastąpiło dalsze ograniczenie stopnia wykorzystania aparatury specjalistycznej. Powodem było zmniejszenie w 2020 r., w stosunku do poprzedniego roku, liczby udzielonych świadczeń (o 12%) i leczonych pacjentów (o 14%).

Przeszkodą w optymalnym wykorzystaniu sprzętu był także niedobór lekarzy, który w szczególności dotyczył braku osób chętnych do pełnienia dyżurów w mniejszych szpitalach. W konsekwencji odnotowano niepokojąco duży udział (16%) długich terminów wykonania opisów wyników badań obrazowych – powyżej 14 dni od daty przeprowadzenia badania. W skrajnych przypadkach wyniki badań zostały opisane w terminie sięgającym nawet 64 dni (przypadek pilny) oraz 197 dni (przypadek stabilny). Sytuacje takie stwarzały ryzyko niezapewnienia ciągłości leczenia.

W dwóch podmiotach (12%) nie zapewniono warunków do bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego, z tego:

- w jednym, świadczenia udzielane były bez uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych,
- w drugim, bez wdrożenia wymaganych medycznych procedur radiologicznych.

W sześciu podmiotach (35%) dla części wysokospecjalistycznych urządzeń nie prowadzono z wymaganą częstotliwością kontroli parametrów ich pracy. W konsekwencji badania i zabiegi wykonywane były przy wykorzystaniu aparatury stwarzającej ryzyko uzyskania błędnych wyników badań na skutek niskiej jakości diagnostycznej, nieprawidłowego przebiegu leczenia lub niezapewnienia bezpieczeństwa pacjentom.

Zamawianie świadczeń zdrowotnych w 13 podmiotach (76%), prowadzono z naruszeniem przepisów ustawy o działalności leczniczej, w szczególności bez zastosowania procedury konkursu ofert przy udzielaniu zamówień na świadczenia, których wartość przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 tys. euro. Wartość zrealizowanych zamówień na świadczenia zdrowotne,



## OCENA OGÓLNA

z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się uzyskaniem fachowych kwalifikacji, bez przeprowadzenia wymaganego konkursu ofert, wyniosła łącznie 11 442,3 tys. zł.

Minister Zdrowia pomimo upływu blisko czterech lat od rozpoczęcia procedury mającej na celu włączenie chirurgii robotowej do wykazu świadczeń gwarantowanych, do dnia zakończenia kontroli nie dokonał stosownej kwalifikacji. Wycena świadczeń nie uwzględniała kosztów związanych z wykorzystaniem systemów chirurgicznych w ramach rozliczanej procedury medycznej. W efekcie podmioty lecznicze ponosiły wysokie koszty świadczeń udzielanych z wykorzystaniem zakupionych systemów, co też nie sprzyjało ich optymalnemu wykorzystaniu.

### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

#### Niewykorzystywanie zakupionej aparatury

Najczęstszą przesłanką zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej była możliwość sfinansowania jej zakupu ze środków zewnętrznych. Decyzje o zakupie podejmowane były często *ad hoc*, bez rzetelnego rozpoznania potrzeb pacjentów i pomimo braku zainteresowania NFZ zakontraktowaniem rozszerzonego zakresu usług.

Taka praktyka narusza zasadę wyrażoną w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*<sup>13</sup> zobowiązującą do wydatkowania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z uzyskaniem najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, w sposób umożliwiający terminową realizację zadań. Jednocześnie świadczy to o braku skutecznego wykorzystania map potrzeb zdrowotnych, jako narzędzia racjonalizacji wydatków publicznych w systemie ochrony zdrowia, przy dokonywaniu oceny zasadności zakupu aparatury oraz przekazywaniu środków publicznych na jej zakup.

W 10 podmiotach leczniczych (59%) wystąpiły przypadki niewykorzystywania lub niewykorzystywania w pełnym możliwym zakresie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Wpływ na tę sytuację miały opóźnienia w przygotowaniu pomieszczeń pracowni diagnostycznych z powodu niezakończenia w terminie prac budowlanych oraz uzyskaniu zezwolenia do uruchomienia pracowni, długotrwałych awarii urządzeń lub remontu pomieszczeń, a także brak zawartej umowy z OW NFZ w danym zakresie. W szczególności:

- w dwóch podmiotach leczniczych nieprawidłowo zaplanowano zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, co spowodowało opóźnienie w jej instalacji i uruchomieniu. Zakupy urządzeń nie były skorelowane z przygotowaniem pomieszczeń do ich zainstalowania. W konsekwencji dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy, 24-rzędowy tomograf komputerowy oraz aparat RTG typu DR, zakupione za kwotę 3608,8 tys. zł, przez wiele miesięcy (w skrajnym przypadku ponad 20 miesięcy) nie były wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- w jednym podmiocie nie wykorzystywano przez okres pięciu miesięcy zakupionego za kwotę 3083,4 tys. zł angiografu, z powodu zbyt późnego złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na uruchomienie pracowni;
- w czterech podmiotach nie wykorzystywano w pełnym możliwym zakresie zakupionej za kwotę 9518,0 tys. zł wysokospecjalistycznej aparatury medycznej (angiograf, mammograf, rezonans magnetyczny, aparat do radioterapii śródoperacyjnej), ze względu na ograniczony zakres świadczeń realizowanych na podstawie umowy z OW NFZ.

[str. 16, 19, 22–23, 34–37]

#### Niski stopień wykorzystania systemów chirurgicznych da Vinci

W dwóch podmiotach stwierdzono niski stopień wykorzystania systemów chirurgicznych da Vinci z powodu wysokich kosztów zabiegów wykonywanych z ich użyciem. Taki system chirurgiczny miało pięć podmiotów leczniczych (29%), spośród 17 skontrolowanych. Cztery z nich dokonały zakupu w okresie objętym kontrolą, za kwotę 49 383,8 tys. zł. Do końca 2020 r. wykonano łącznie 696 zabiegów z wykorzystaniem tego sprzętu.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm., zwana dalej ustawą o *finansach publicznych*.

Pomimo że Minister Zdrowia już w 2017 r. podjął prace legislacyjne, by wprowadzić jako świadczenie gwarantowane leczenie z wykorzystaniem systemu chirurgii robotowej we wskazaniach: rak jelita grubego, rak gruczołu krokowego i rak błony śluzowej macicy, to ostatecznie do dnia zakończenia kontroli nie dodano tej procedury do wykazu świadczeń gwarantowanych. Dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*<sup>14</sup> dodało do tego wykazu wykorzystanie systemu robotowego w leczeniu nowotworów gruczołu krokowego. [str. 37–39]

Zróżnicowana była liczba wykonywanych badań i zabiegów z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, różnice sięgały nawet do 99%. Stopień wykorzystania możliwości sprzętu był uzależniony od profilu systemu zabezpieczenia świadczeń oraz liczby wykwalifikowanej kadry medycznej.

Aparaturę wysokospecjalistyczną w największym stopniu wykorzystywały szpitale onkologiczne, które stanowiły jedynie 29% skontrolowanych podmiotów, a wykonały aż 66% wszystkich badań/zabiegów w podmiotach objętych kontrolą.

W okresie epidemii COVID-19 nastąpiło zmniejszenie liczby udzielonych świadczeń (o 12%) i leczonych pacjentów (o 14%) z powodu wdrażanych środków ograniczających ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2.

Nieprzerwanie maleje także liczba wykonywanych zabiegów z wykorzystaniem akceleratorów<sup>15</sup>. Tendencja ta miała już miejsce w okresie poprzedzającym epidemię COVID-19. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę że liczba tej aparatury znacznie wzrosła w okresie objętym kontrolą<sup>16</sup>, co powoduje, że na jedno urządzenie przypada mniej zabiegów (w 2020 r. średnio o 10 zabiegów dziennie mniej, w porównaniu do 2017 r., tj. o 29%). Zjawisko to powinno zwrócić uwagę przy ocenie zasadności dokonywania zakupów aparatury, tak aby uwzględnić rzeczywiste potrzeby pacjentów.

Spośród zakupionej aparatury, tylko wnioski o dofinansowanie 29 urzędzeń (24%) przewidywały określenie wskaźników liczby badań/zabiegów do wykonania na planowanej do zakupu aparaturze medycznej. Większość formularzy wniosków nie przewidywała planowanej liczby możliwych do wykonywania badań/zabiegów. [str. 21, 39–42]

W dwóch podmiotach (12%) nie zapewniono bezpieczeństwa stosowania promieniowania jonizującego. W jednym szpitalu wykonano 372 zabiegi radiologiczne z wykorzystaniem angiografu oraz 125 badań diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem tomografu komputerowego, bez uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na prowa-

Zróżnicowane wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

Niezapewnienie bezpieczeństwa stosowania promieniowania jonizującego

<sup>14</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 245. Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.

<sup>15</sup> Akcelerator – liniowy przyspieszacz elektronów, aparat powszechnie stosowany w rutynowej radioterapii czyli do leczenia schorzeń (nowotworów) poprzez naświetlanie ich promieniowaniem jonizującym (K. Ślosarek, Akceleratory terapeutyczne stosowane w radioterapii, Inżynier i Fizyk Medyczny, 2/2014, vol. 3, s. 103–109; źródło: <https://www.inzynier-medyczny.pl/iim/2.2014/#/53/zoomed>).

<sup>16</sup> Vide: wykres nr 1 str. 7 informacji o wynikach kontroli.

dzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Było to niezgodne z art. 33q ust. 1 z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*<sup>17</sup>. Natomiast w drugim podmiocie pomimo uruchomienia pracowni tomografii komputerowej nie wdrożono wymaganych medycznych procedur radiologicznych. [str. 45–46, 48]

#### Opóźnienia w przeprowadzaniu przeглядów technicznych

W sześciu podmiotach (35%) wystąpiły przypadki opóźnienia w przeprowadzaniu przeглядów technicznych wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Dla 11 urzędów (6%) nie prowadzono, z wymaganą częstotliwością, badań i kontroli parametrów fizycznych. Łącznie wystąpiło 17 opóźnień powyżej tygodnia, które wynosiły od dziewięciu do 154 dni (nawet do pięciu miesięcy), średni czas opóźnień wynosił 32 dni (mediana 22 dni). Zgodnie z art. 7 ustawy *o wyrobach medycznych* zabrania się używania wyrobów, dla których upłynął czas bezpiecznego używania określony przez wytwórcę.

W konsekwencji badania/zabiegi wykonywane były przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego stwarzającego ryzyko uzyskania badań o niskiej jakości diagnostycznej i podjęcia złej decyzji lekarskiej dotyczącej rozpoznania choroby, leczenia, czy monitorowania jej przebiegu, a tym samym ryzyko bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia pacjentów. W dalszej konsekwencji może być powodem roszczenia z tytułu błędu w sztuce lekarskiej. [str. 46–48]

#### Wzrost liczby lekarzy udzielających świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

W latach 2017–2021 wzrosła liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinach: radiologii i diagnostyki obrazowej o 14% oraz radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – wzrost po 10%<sup>18</sup>.

W strukturze wiekowej tej grupy lekarzy zwraca uwagę duży odsetek osób powyżej 50. r.ż. Według stanu na 30 czerwca 2021 r. było 69% lekarzy medycyny nuklearnej w wieku powyżej 50. r.ż. i 60% lekarzy radioterapii onkologicznej. Wśród radiologów było to 55%, ale odsetek lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych był porównywalny. [str. 27–31]

#### Niewystarczające zatrudnienie lekarzy specjalistów

Pomimo wzrostu ogólnej liczby lekarzy radiologów, w pięciu skontrolowanych podmiotach (29%) wystąpiły niedobory tej kadry medycznej. Lekarze nie byli zainteresowani pełnieniem dyżurów w godzinach nocnych i w dni świąteczne. Problem rozwiązano umożliwiając dokonywanie oceny i opisywanie obrazów radiologicznych poza miejscem wykonania badań, w ramach teleradiologii.

Z powodu niedoboru lekarzy ze specjalizacją odpowiadającą rodzajowi wykonywanych procedur radiologicznych, w dwóch podmiotach nie zapewniono wymaganej minimalnej obsady przy udzielaniu świadczeń w pracowni tomografii komputerowej oraz w jednym podmiocie pełniono nieprzerwanie kilkudobowe dyżury w pracowni angiografii. Taka sytuacja stwarzała ryzyko udzielania świadczeń niskiej jakości i w konsekwencji niezapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i lekarzy. [str. 32–33]

<sup>17</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 1941, zwana dalej ustawą *Prawo atomowe*.

<sup>18</sup> Dane Naczelnej Izby Lekarskiej, według stanu na 30 czerwca 2021 r., uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.), zwana dalej ustawą *o NIK*.

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W latach 2017–2021 (I połowa) skontrolowane podmioty zakupiły łącznie 119 wysokospecjalistycznych urządzeń, o łącznej wartości 434 006,7 tys. zł, w ramach realizowanych projektów i inwestycji zakupowych.

Celem zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej była przede wszystkim wymiana przestarzałej i wyeksploatowanej aparatury medycznej (w 62 przypadkach – 52%), doposażenie w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości udzielanych świadczeń (w 43 przypadkach – 36%) oraz rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń, a także wprowadzenie nowego zakresu usługi medycznej (w 14 przypadkach – 12%).

W 2021 r. skontrolowane podmioty miały 26% więcej wysokospecjalistycznej aparatury w porównaniu do początku 2017 r. [str. 16–19, 21–22]

W skontrolowanych podmiotach, w okresie objętym kontrolą, 65% opisów wyników badań (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz mammografii) sporządzano w czasie do 3 dni, 11% w czasie od 4 do 7 dni, 8% w czasie od 8 do 14 dni, a 16% w czasie powyżej 14 dni. W skrajnych przypadkach wyniki badań były opisywane w terminie sięgającym nawet do 64 dni (przypadek pilny) oraz do 197 dni (przypadek stabilny). W 2021 r. odsetek opisów badań wykonanych w czasie do 3 dni wzrósł o 8 punktów procentowych w porównaniu do 2017 r. i pozostawał na takim samym poziomie jak w 2020 r.

W trzech podmiotach (18%), w przypadku 41 badań, nie zapewniono terminowego wykonania opisu badania diagnostyki obrazowej i medycyny nuklearnej, w stosunku do terminów określonych w umowach cywilnoprawnych z lekarzami radiologami. Opóźnienia sięgały nawet do 45 dni. Sytuacje takie świadczą o niedochowaniu należytej staranności przy sprawowaniu nadzoru nad realizacją umów zawartych z lekarzami. Ponadto nie wszystkie umowy cywilnoprawne zawierały postanowienia określające termin wykonania opisu badania przez lekarza. Sytuacja dotyczyła siedmiu podmiotów (41%) i stwarzała ryzyko niezapewnienia ciągłości leczenia. [str. 42–45]

Podmioty lecznicze nieprawidłowo udzielały zamówień na świadczenia zdrowotne, z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się uzyskaniem fachowych kwalifikacji do udzielania tych świadczeń.

W 13 podmiotach (76%) stwierdzono nieprawidłowości polegające na naruszeniu przepisów ustawy *o działalności leczniczej*. Dotyczyło to zwłaszcza udzielania zamówień na świadczenia, których wartość przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 tys. euro, bez zastosowania procedury konkursu ofert. Wartość zrealizowanych zamówień bez przeprowadzenia wymaganego konkursu ofert wyniosła łącznie 11 442,3 tys. zł. [str. 33–34]

Regulaminy organizacyjne pięciu podmiotów (29%) nie odzwierciedlały ich faktycznej struktury organizacyjnej oraz zakresów udzielanych świadczeń zdrowotnych, wbrew art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy *o działalności leczniczej*. Nie wymieniono wszystkich istniejących komórek organizacyjnych, w których udzielane były świadczenia z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Regulaminy organizacyjne tych podmiotów nie

Zwiększył się stan wyposażenia podmiotów w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną

Brak określenia w umowach z lekarzami terminów wykonania opisu wyniku badania

Nieprawidłowości podczas zamawiania świadczeń zdrowotnych

Regulaminy organizacyjne skontrolowanych podmiotów niewiarygodnym źródłem informacji

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

były więc wiarygodnym źródłem informacji dla pacjenta o wykonywanej działalności leczniczej, a zwłaszcza o zakresach udzielanych świadczeń zdrowotnych. [str. 25–26]

Brak zgodności  
wpisu w rejestrze  
podmiotów leczniczych  
z wykonywaną  
działalnością

W pięciu skontrolowanych podmiotach (29%), w okresie objętym kontrolą, wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie był zgodny z faktycznie wykonywaną działalnością leczniczą. Tym samym naruszono art. 107 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, który zobowiązuje do zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Spośród 17 skontrolowanych podmiotów leczniczych, 12 (71%) miało aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stosownie do postanowień art. 106 i 107 ustawy *o działalności leczniczej*. [str. 26]



## 4. WNIOSKI

Na podstawie wyników kontroli, NIK wnosi o podjęcie następujących działań: **Minister Zdrowia**

- przyspieszenie zakwalifikowania do grupy świadczeń gwarantowanych wybranych wskazań leczenia z wykorzystaniem chirurgii robotowej, co przyspieszy także rozwój medycyny robotycznej w Polsce;
- przygotowanie rozwiązań w skali całego systemu ochrony zdrowia, zapewniających efektywne wykorzystanie sprzętu medycznego zakupionego ze środków publicznych, także wprowadzenie wymogu zamieszczania we wszystkich wnioskach i umowach o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej planowanych do wykonania wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń;
- wykorzystanie danych gromadzonych w ramach systemu statystyki w ochronie zdrowia oraz map potrzeb zdrowotnych, przy dokonywaniu oceny zasadności zakupu aparatury oraz rozdysponowywaniu środków na zakupy inwestycyjne, w celu efektywnego wydatkowania środków publicznych.

Mając na uwadze efektywne wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz gospodarne wydatkowanie środków publicznych, NIK kieruje wniosek o:

**Samorządy  
województw**

- wprowadzenie wymogu zamieszczania we wszystkich wnioskach i umowach o dofinansowanie inwestycji zakupowych wysokospecjalistycznej aparatury medycznej planowanych do wykonania wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń.

Mając na uwadze skrócenie czasu oczekiwania na opis wyniku badania oraz możliwość egzekwowania terminu udzielenia świadczenia, NIK kieruje wniosek o:

**Podmioty lecznicze**

- określenie maksymalnych terminów czasu opisywania badań radiologicznej diagnostyki obrazowej w wewnętrznych procedurach i umowach cywilnoprawnych zawieranych z lekarzami.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

W okresie objętym kontrolą zwiększył się o 26% stan wyposażenia skontrolowanych podmiotów w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną.

Zakupy aparatury dokonywane były przede wszystkim w celu wymiany wyeksploatowanych urządzeń, doposażenia podmiotów, rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń, a także wprowadzenia nowego zakresu świadczeń. Planowanie zakupu aparatury nie zawsze było prawidłowe i odbywało się bez rzetelnego rozeznania potrzeb, gdy pojawiła się możliwość sfinansowania zakupu ze środków zewnętrznych. Sytuacje takie spowodowały ponoszenie wydatków z przekroczeniem planu finansowego oraz opóźnienia w instalacji i uruchomieniu zakupionej aparatury. W konsekwencji zakupiona droga aparatura przez wiele miesięcy była niewykorzystywana. Co więcej, w przypadku niektórych rodzajów sprzętu (akceleratory) odnotowano zjawisko świadczące o nasyceniu podmiotów leczniczych w ten sprzęt. Może o tym świadczyć malejąca liczba zabiegów przypadająca na jeden akcelerator. Dalsze zwiększanie ich liczby, bez rzetelnej analizy potrzeb pacjentów, może spowodować nieefektywne wykorzystanie środków w skali całego systemu ochrony zdrowia.

Stan wyposażenia podmiotów w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną

Według stanu na 1 stycznia 2017 r., 17 podmiotów leczniczych objętych kontrolą dysponowało 243 wysokospecjalistycznymi urządzeniami medycznymi<sup>19</sup>, o łącznej wartości 899 178,3 tys. zł. Urządzenia te były zamortyzowane w 73%.

Tabela nr 1

Stopień zamortyzowania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w skontrolowanych podmiotach, według stanu na 1 stycznia 2017 r.

| Wyszczególnienie                      | Liczba szpitali posiadających aparaturę | % szpitali | Liczba aparatury (w szt.) | Wartość początkowa aparatury (w tys. zł) | Wartość odpisów amortyzacyjnych (w tys. zł) |
|---------------------------------------|---|------------|---------------------------|--|---|
| Gammakamera                           | 5                                       | 29%        | 15                        | 25 921,4                                 | 19 873,3                                    |
| PET-CT                                | 4                                       | 24%        | 5                         | 51 474,8                                 | 37 363,9                                    |
| PET-MR                                | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Akcelerator/przyspieszacz/liniowy     | 6                                       | 35%        | 39                        | 436 262,6                                | 321 263,5                                   |
| Aparat do brachyterapii/bezpośredniej | 6                                       | 35%        | 13                        | 21 881,5                                 | 15 009,2                                    |
| Aparat kobaltowy GAMMAKNIFE           | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Medyczny akcelerator CYBERKNIFE       | 2                                       | 12%        | 2                         | 46 595,3                                 | 31 535,3                                    |
| Tomograf komputerowy                  | 14                                      | 82%        | 28                        | 89 573,0                                 | 62 152,8                                    |

<sup>19</sup> 0 wartości początkowej powyżej 100 tys. zł.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

| Wyszczególnienie  | Liczba szpitali posiadających aparaturę | % szpitali | Liczba aparatury (w szt.) | Wartość początkowa aparatury (w tys. zł) | Wartość odpisów amortyzacyjnych (w tys. zł) |
|---|---|------------|---------------------------|--|---|
| Rezonans magnetyczny                                      | 10                                      | 59%        | 14                        | 102 141,3                                | 72 243,9                                    |
| Mammograf   | 11                                      | 65%        | 17                        | 9 953,3                                  | 8 033,9                                     |
| Aparat USG do oceny przepływów mózgowych                  | 1                                       | 6%         | 1                         | 168,8                                    | 168,8                                       |
| Stacjonarny aparat RTG                                    | 17                                      | 100%       | 42                        | 39 289,4                                 | 29 319,5                                    |
| Echokardiograf  | 16                                      | 94%        | 43                        | 13 282,2                                 | 10 281,0                                    |
| Elektroencefalograf                                       | 1                                       | 6%         | 1                         | 130,7                                    | 0,0   |
| Elektromiograf  | 3                                       | 18%        | 5                         | 707,4                                    | 540,0                                       |
| Mobilny tomograf komputerowy                              | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia | 2                                       | 12%        | 2                         | 9 584,0                                  | 9 082,1                                     |
| Aparat do radioterapii śródoperacyjnej                    | 2                                       | 12%        | 2                         | 2 189,5                                  | 2 189,5                                     |
| Litotrypter   | 1                                       | 6%         | 1                         | 1 751,2                                  | 1 342,6                                     |
| Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy                      | 7                                       | 41%        | 12                        | 39 576,3                                 | 29 910,2                                    |
| Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy                        | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| System da Vinci   | 1                                       | 6%         | 1                         | 8 695,5                                  | 8 695,5                                     |
| <b>Razem</b>  |   |            | <b>243</b>                | <b>899 178,3</b>                         | <b>659 005,0</b>                            |

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Według stanu na 30 czerwca 2021 r., podmioty lecznicze dysponowały 307 wysokospecjalistycznymi urządzeniami medycznymi, o łącznej wartości 1 108 226,4 tys. zł. Urządzenia te były zamortyzowane w 68%. W porównaniu do początku 2017 r. ich liczba wzrosła o 26%. Zwiększyła się m.in. liczba echokardiografów o 24 aparaty, tomografów komputerowych o 14, jednopłaszczyznowych angiografów o pięć, systemów chirurgicznych da Vinci o cztery oraz o trzy aparaty zwiększyła się liczba rezonansów magnetycznych i mammografów.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 2

Stopień zamortyzowania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w skontrolowanych podmiotach, według stanu na 30 czerwca 2021 r.

| Wyszczególnienie  | Liczba szpitali posiadających aparaturę | % szpitali | Liczba aparatury (w szt.) | Wartość początkowa aparatury (w tys. zł) | Wartość odpisów amortyzacyjnych (w tys. zł) |
|---|---|------------|---------------------------|--|---|
| Gammakamera   | 5                                       | 29%        | 15                        | 28 279,9                                 | 23 843,8                                    |
| PET-CT  | 4                                       | 24%        | 6                         | 66 468,9                                 | 53 843,4                                    |
| PET-MR  | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Akcelerator/przyspieszacz/liniowy                         | 6                                       | 35%        | 39                        | 431 144,5                                | 283 424,8                                   |
| Aparat do brachyterapii/bezpośredniej/                    | 6                                       | 35%        | 12                        | 26 524,4                                 | 18 379,9                                    |
| Aparat kobaltowy GAMMAKNIFE                               | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Medyczny akcelerator CYBERKNIFE                           | 2                                       | 12%        | 3                         | 69 507,2                                 | 59 017,6                                    |
| Tomograf komputerowy                                      | 17                                      | 100%       | 42                        | 131 857,1                                | 81 254,1                                    |
| Rezonans magnetyczny                                      | 11                                      | 65%        | 17                        | 125 074,8                                | 91 437,3                                    |
| Mammograf   | 10                                      | 59%        | 20                        | 21 290,8                                 | 13 538,9                                    |
| Aparat USG do oceny przepływów mózgowych                  | 2                                       | 12%        | 2                         | 427,0                                    | 250,6                                       |
| Stacjonarny aparat RTG                                    | 17                                      | 100%       | 44                        | 48 220,6                                 | 33 479,7                                    |
| Echokardiograf  | 17                                      | 100%       | 67                        | 21 362,9                                 | 14 673,1                                    |
| Elektroencefalograf                                       | 2                                       | 12%        | 2                         | 266,2                                    | 67,8  |
| Elektromiograf  | 3                                       | 18%        | 5                         | 707,4                                    | 586,0                                       |
| Mobilny tomograf komputerowy                              | 0                                       | 0          | 0                         | 0  | 0   |
| Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia | 2                                       | 12%        | 3                         | 12 662,0                                 | 9 891,8                                     |
| Aparat do radioterapii śródoperacyjnej                    | 2                                       | 12%        | 3                         | 2 754,6                                  | 2 472,0                                     |
| Litotrypter   | 3                                       | 18%        | 3                         | 2 160,2                                  | 1 891,2                                     |
| Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy                      | 9                                       | 53%        | 17                        | 55 327,2                                 | 45 484,3                                    |
| Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy                        | 2                                       | 12%        | 2                         | 6 111,4                                  | 1 950,2                                     |
| System da Vinci   | 5                                       | 29%        | 5                         | 58 079,3                                 | 21 038,6                                    |
| <b>Razem</b>  |   |            | <b>307</b>                | <b>1 108 226,4</b>                       | <b>756 524,9</b>                            |

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Okres eksploatacji wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

W 2020 r. okres eksploatacji wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w skontrolowanych podmiotach wynosił do 3 lat – 32% (97 szt.), od 4 do 7 lat – 28% (87 szt.), od 8 do 11 lat – 19% (58 szt.) i powyżej 11 lat – 21% (65 szt.).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Istotnym problemem była awaryjność niektórych urządzeń i ponoszone z tego tytułu koszty, które w okresie objętym kontrolą, w 13 skontrolowanych podmiotach wyniosły 10 324,7 tys. zł. Najczęstszymi awariom ulegały tomografy komputerowe, rezonanse magnetyczne, akceleratory oraz aparaty RTG. W niektórych podmiotach koszty napraw, bez względu na ich liczbę wykonywaną w ciągu roku, były stałe, określone ryczałtowo w umowie serwisowej, np. w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, w zależności od akceleratora koszty serwisu wynosiły od 835,1 tys. zł do 1094,8 tys. zł na jedno urządzenie w skali roku. Występujące awarie niektórych urządzeń (w szpitalach onkologicznych) nie miały wpływu na dostępność świadczeń, które były wówczas udzielane na innym sprawnym sprzęcie lub przez podwykonawców (np. w szpitalach powiatowych).

Planowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej wynikało z konieczności wymiany wyeksploatowanych urządzeń, doposażenia komórek organizacyjnych w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług zdrowotnych, rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń, a także wprowadzenia nowego zakresu świadczeń. Oparte było o zapotrzebowania zgłaszane przez kierowników komórek organizacyjnych.

Planowanie zakupu aparatury

W latach 2017–2021 (I półrocze) 13 skontrolowanych podmiotów leczniczych (76%) występowało do Ministra Zdrowia lub właściwego wojewody z wnioskami o wydanie<sup>20</sup> opinii dotyczącej celowości inwestycji. Łącznie złożono 28 wniosków, z czego 27 uzyskało ocenę pozytywną. Wnioski dotyczyły inwestycji polegających na zakupie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej z dostosowaniem pomieszczeń oraz/lub realizacji inwestycji budowlanych. Tylko w jednym przypadku, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Wojewoda Dolnośląski negatywnie ocenił inwestycję dotyczącą zakupu nowego systemu chirurgicznego da Vinci. W wyniku złożenia protestu oraz skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego ostatecznie organ rozpatrujący protest (Minister Zdrowia) wydał pozytywną opinię dotyczącą celowości tego zakupu.

Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej dokonywane były także na bieżąco, gdy były środki na ich finansowanie. Wówczas decyzje o ich zakupie podejmowane były często *ad hoc*, w ostatnim kwartale danego roku, bez przeprowadzenia rzetelnej analiz potrzeb. Powodowało to, że wydatki na zakup nie były ujmowane w planach finansowych (inwestycyjnych) lub planach postępowań o udzielenie zamówień w danym roku finansowym, a także to, że środki były wydatkowane z przekroczeniem planu finansowego.

Zgodnie z art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, wydatki publiczne powinny być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Wydatki określone w planie finansowym jednostki stanowią nieprzekraczalny limit (art. 52 ust. 1 pkt 2 tej ustawy).

Wydatkowanie środków z przekroczeniem planu finansowego

<sup>20</sup> Na podstawie art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku zakupu trzech wysokospecjalistycznych urządzeń, w dwóch podmiotach leczniczych (12%), wydatkowano środki publiczne z przekroczeniem kwot wydatków określonych w planie finansowym (inwestycyjnym).

### Przykłady

Dyrektor **Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze** nie ujął w planie finansowym na 2018 r. przyznanej przez Województwo Świętokrzyskie<sup>21</sup> dotacji w wysokości 720,0 tys. zł na zakup aparatu RTG w ramach realizacji zadania pn. „Inwestycje w ochronie zdrowia”, mimo że miał taki obowiązek, wynikający z art. 31 pkt 2 ustawy o *finansach publicznych*. Pomimo że dotacja nie była ujęta w planie finansowym, 5 listopada 2018 r. podpisał umowę na zakup aparatu RTG z wybranym w przetargu wykonawcą, przez co zaciągnął zobowiązanie do wydatkowania z tych środków. W dniu 10 grudnia 2018 r. Dyrektor zatwierdził do wypłaty, pochodzącą z tej dotacji, kwotę 720,0 tys. zł, wynikającą z wystawionej w dniu 6 grudnia 2018 r., przez wykonawcę faktury VAT nr 2018/RTG/00128.

W planie finansowym Szpitala na 2019 r. nie ujęto również dotacji ze środków Funduszu Sprawiedliwości, przekazanej przez Ministerstwo Sprawiedliwości na zakup nowego tomografu komputerowego, w wysokości 3500,0 tys. zł. W konsekwencji zaciągnięto zobowiązanie oraz dokonano wydatku w wysokości 3498,9 tys. zł z naruszeniem ustawy o *finansach publicznych*.<sup>22</sup>

W **Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu** na zakup dwóch wysokospecjalistycznych urządzeń medycznych wydatkowano wyższą kwotę środków, niż przewidziano na ten cel w aktualnym planie inwestycyjnym<sup>23</sup>, a także bez uzyskania poprzedzającej te wydatki akceptacji Rady Społecznej Szpitala. Dotyczyło to zakupu:

- 1) w 2018 r. – robota chirurgicznego, na który wydatkowano kwotę wyższą o 155,9 tys. zł, niż określona w planie inwestycyjnym na ten cel;
- 2) w 2021 r. – cybernetycznie zrobotyzowanego akceleratora do radioterapii stereotaktycznej, na który wydatkowano kwotę wyższą o 2082,3 tys. zł, niż określona w planie inwestycyjnym na ten cel.

W pozostałych 15 skontrolowanych podmiotach (88%) wydatki na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej ponoszone były w wysokościach ustalonych w planie finansowym.

Zgodnie z art. 13a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*<sup>24</sup>, zamawiający jest zobowiązany do sporządzenia planu postępowań o udzielenie zamówień, które przewiduje przeprowadzić w danym roku finansowym, nie później niż 30 dni od dnia przyjęcia planu finansowego.

Plan postępowań o udzielenie zamówień powinien zawierać informacje dotyczące: przedmiotu zamówienia; rodzaju zamówienia według podziału

<sup>21</sup> Umowa nr 37/D/2018 z 31 października 2018 r.

<sup>22</sup> Zakup tomografu komputerowego był przedmiotem kontroli NIK przeprowadzonej w 2020 r. – P/20/037 – Realizacja zadań Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości.

<sup>23</sup> Stanowiącym załącznik do planu finansowego.

<sup>24</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r., zwana dalej ustawą *Pzp*. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

na zamówienia na roboty budowlane, dostawy lub usługi; przewidywanego trybu lub innej procedury udzielenia zamówienia; orientacyjnej wartości zamówienia; przewidywanego terminu wszczęcia postępowania w ujęciu kwartalnym lub miesięcznym.

W dwóch podmiotach (12%) wystąpiły nieprawidłowości, którymi było niesporządzenie planu postępowań o udzielenie zamówień lub nieujęcie w planie prowadzonych postępowań na dostawy aparatury medycznej.

### Przykłady

W **Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie** nie zaktualizowano zatwierdzonego wcześniej planu zamówień publicznych na 2018 r., mimo że w zawartej 21 grudnia 2017 r. umowie o dofinansowanie ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020, uzyskano zapewnienie finansowania sprzętu medycznego o szacunkowej wartości 2502,0 tys. zł, ze wskazaniem, że zakup tych urządzeń nastąpi w roku 2018. Ponadto w załączniku nr 3 do umowy o dofinansowanie określono, że realizacja zadania trzeciego pn. *Zakup aparatury medycznej* zakończy się do 31 grudnia 2018 r. Natomiast w załączniku nr 7a zawarto wykaz wyposażenia planowanego do zakupu w ramach tego zadania, wraz z podaniem: rodzaju sprzętu, ilości oraz ceny jednostkowej brutto. Zaniechanie aktualizacji planu zamówień publicznych było działaniem nierzetelnym.

W **Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach** nie sporządzono planów zamówień publicznych za 2019 i 2020 r., pomimo że przeprowadzono w tym okresie postępowania na dostawy aparatury medycznej.

We wnioskach o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej nie określano planowanej liczby możliwych do wykonywania badań/zabiegów. W większości formularze wniosków nie wymagały podania takich danych. Tylko we wnioskach o dofinansowanie 29 urządzeń (24%) określono wskaźniki liczby badań/zabiegów do wykonania na planowanej do zakupu aparaturze medycznej. Wskaźniki rezultatu określone były przede wszystkim przy dokonywaniu zakupu aparatury dofinansowanej ze środków unijnych.

Często wnioski składane do instytucji zarządzających programami operacyjnym określały wskaźniki produktu oraz wskaźniki rezultatu dla całości projektu, bez określenia szczegółowych wskaźników dla poszczególnej aparatury medycznej.

W latach 2017–2021 (I połowa) skontrolowane podmioty zakupiły łącznie 119 wysokospecjalistycznych urządzeń, o łącznej wartości 434 006,7 tys. zł, w ramach realizowanych projektów i inwestycji zakupowych.

Źródłem sfinansowania zakupu aparatury były:

- 63 711,0 tys. zł – środki własne (15%);
- 89 643,4 tys. zł – dotacja podmiotu tworzącego (21%);
- 26 869,8 tys. zł – dotacja Ministra Zdrowia (6%);
- 75 826,4 tys. zł – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020, Osi priorytetowej IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie 9.2. Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych (17%);
- 29 273,9 tys. zł – regionalne programy operacyjne (7%);

**Wnioski o dofinansowanie zakupu aparatury medycznej**

**Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej**

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 3103,4 tys. zł – Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2021 (1%);
- 94 307,4 tys. zł – Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (22%);
- 23 755,6 tys. zł – Narodowa Strategia Onkologiczna (5%);
- 27 515,8 tys. zł – inne źródła (6%), w tym: środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości, dotacji celowej z rezerwy ogólnej budżetu państwa, środki innych jednostek samorządu terytorialnego.

Największy udział w wydatkach na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej – 22%, w skontrolowanych podmiotach leczniczych, stanowiły środki Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Trzy podmioty otrzymały w formie darowizny<sup>25</sup> dwa tomografy komputerowe i jeden echokardiograf, o wartości 5952,4 tys. zł. Natomiast jeden podmiot używał tomografu komputerowego o wartości 2600,0 tys. zł, użyczonego – na podstawie umowy – przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego.

Celem zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej była przede wszystkim wymiana przestarzałej i wyeksploatowanej aparatury medycznej (w 62 przypadkach – 52%), doposażenie w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości udzielanych świadczeń (w 43 przypadkach – 36%) oraz rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń, w tym również wprowadzenie nowego zakresu usługi medycznej (w 14 przypadkach – 12%).

Skontrolowane podmioty w latach 2017–2021 (I półrocze) zakupiły od dwóch (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Czerwonej Górze) do 15 urzędów (Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy – Oddział w Gliwicach).

Szczegółowym badaniem objęto zakup 50 wysokospecjalistycznych urządzeń medycznych o łącznej wartości 237 695,1 tys. zł.

W 15 podmiotach leczniczych (88%) terminy realizacji zamówień i wysokości wynagrodzeń wykonawców, z tytułu dostawy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, były zgodne z treścią zawartych umów. Kompletność dostawy, prawidłowość uruchomienia i dostarczenia instrukcji obsługi oraz przeszkolenie personelu medycznego potwierdzano w protokołach zdawczo-odbiorczych.

Niezainstalowanie i nieuruchomienie zakupionej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

W dwóch podmiotach leczniczych, spośród 17 skontrolowanych (12%), zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej o łącznej wartości 3608,8 tys. zł, nie były skoordynowane z realizowanymi inwestycjami budowlanymi, co spowodowało opóźnienie w ich instalacji i uruchomieniu. W konsekwencji zakupiona aparatura przez wiele miesięcy nie była wykorzystywana, a bieg terminu gwarancji rozpoczynał się od dnia odbioru przedmiotu umowy.

<sup>25</sup> Od Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, Ministra Zdrowia oraz Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.



### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej** zaplanowano zakup dwupłaszczyznowego angiografu cyfrowego. Decyzja o zakupie urządzenia nie uwzględniała konieczności przebudowy pomieszczeń niezbędnych do użytkowania zakupionego sprzętu. W rezultacie do dnia zakończenia czynności kontrolnych (15 października 2021 r.), tj. przez ponad dziewięć miesięcy (dostawa 22 grudnia 2020 r.) angiograf o wartości 1481,2 tys. zł<sup>26</sup> nie został uruchomiony. Angiograf był zapakowany i stał w odrębnym pomieszczeniu. Zakup tego urządzenia nie był skorelowany z wykonaniem niezbędnej adaptacji pomieszczenia, tak aby można było go zainstalować i uruchomić.

W **Szpitalu Pomnik Chrztu Polski** w Gnieźnie zaplanowano zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej (m.in. tomograf komputerowy oraz aparat RTG typu DR) w ramach inwestycji pn. „Modernizacja i rozbudowa SOR wraz z zakupem wyposażenia i budową lądowiska”. Głównym założeniem inwestycyjnym projektu była całościowa, kompleksowa modernizacja, rozbudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, która miała doprowadzić do poprawy jakości i dostępności do świadczonych usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego, wzmocnić infrastrukturę ratownictwa medycznego oraz sprawić, że diagnostyka pacjentów będzie szybsza i dokładniejsza. Z powodu niezakończenia prac budowlanych związanych z remontem i rozbudową SOR, dwukrotnie przesuwany był termin dostawy (aneksy do umowy). Przedwczesne zrealizowanie zaplanowanych zakupów sprzętu medycznego opóźniło ich zainstalowanie i uruchomienie. Zakupiony aparat RTG typu DR o wartości 1058,4 tys. zł<sup>27</sup> został dostarczony i odebrany 13 grudnia 2019 r, a tomograf komputerowy o wartości 1069,2 tys. zł<sup>28</sup> 18 grudnia 2019 r. Pracownie tomografii komputerowej i RTG zostały uruchomione dopiero we wrześniu 2021 r., tj. w trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych przez NIK.

W **Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu** przewidywano, że instalacja oraz uruchomienie cybernetycznie zrobotyzowanego akceleratora może nie nastąpić w pierwotnie zakładanym terminie do 30 listopada 2021 r. i określono w umowie z Wykonawcą alternatywny termin „trzech miesięcy od przekazania pomieszczenia spełniającego wymagania instalacyjne akceleratora oraz ochrony radiologicznej. Zrobotyzowany akcelerator do radioterapii stereotaktycznej został dostarczony 25 maja 2021 r. W trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych (październik 2021 r.) przygotowywana była dopiero dokumentacja projektowo-kosztorysowa, obejmująca zarówno prace budowlane, jak i zakres instalacji sanitarnych, elektrycznych i teletechnicznych oraz projekt ochrony radiologicznej i wyposażenia meblowego. Dokumentacja ta miała być podstawą do ogłoszenia przetargu na wykonanie prac adaptacyjnych.

<sup>26</sup> Z czego: 1184,9 tys. zł (80%) stanowiły środki z dotacji celowej z rezerwy ogólnej budżetu państwa, 237,0 tys. zł (16%) – środki Powiatu oraz 59,3 tys. zł (4%) środki własne.

<sup>27</sup> Z czego: 449,8 tys. zł (43%) stanowiły środki Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020, 455,8 tys. zł (43%) – środki własne oraz 152,8 tys. zł (14%) środki Powiatu Gnieźnieńskiego (podmiot tworzący).

<sup>28</sup> Z czego: 454,4 tys. zł (43%) stanowiły środki Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020, 460,4 tys. zł (43%) – środki własne oraz 154,4 tys. zł (14%) środki Powiatu Gnieźnieńskiego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W jednym podmiocie (**Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**) nieterminowo uregulowano należności za dwa wysokospecjalistyczne urządzenia medyczne, w tym:

- 1) raty za angiograf: 4054,5 tys. zł, 715,5 tys. zł i 129,6 tys. zł płacono kolejno pięć, dziewięć i 10 dni po terminie określonym w umowie. Szpital nie został obciążony odsetkami za zwłokę;
- 2) za echokardiograf – płatności w kwotach 44,9 tys. zł i 254,1 tys. zł dokonano z opóźnieniem 16 i 41 dni po terminie umownym. Skutkowało to naliczeniem przez dostawcę odsetek za zwłokę na kwotę 1,7 tys. zł. Szpital wystąpił do dostawcy o umorzenie odsetek. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych w tej jednostce dostawca nie podjął czynności windykacyjnych. Nieterminowe uregulowanie zobowiązania wynikło z konieczności przejściowego (do czasu refundacji ze środków unijnych) sfinansowania części wydatków ze środków własnych.

Zwiększone  
koszty zakupu  
wysokospecjalistycznej  
aparatury medycznej

W jednym podmiocie, spośród 17 skontrolowanych, poniesiono dodatkowe koszty, które były skutkiem nałożenia korekty finansowej przez instytucję zarządzającą. Szpital nie podjął działań w celu ustalenia zakresu odpowiedzialności i uzyskania od inwestora zastępczego odszkodowania w celu naprawienia szkody.

### Przykład

W **Szpitalu Ogólnym im. dr. Witolda Gineła w Grajewie** poniesiono zwiększone o 169,5 tys. zł koszty realizacji projektu „Wykonanie pracowni zabiegowej z montażem angiografu w części pomieszczeń Szpitala Ogólnego im. Witolda Gineła w Grajewie”. W wyniku naruszenia przepisów o zamówieniach publicznych, Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego zastosowała korektę finansową udzielonego dofinansowania. Był to efekt nieprawidłowego działania Szpitala i niewłaściwie opracowanej SIWZ. Stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- a) wadium od oferenta wpłynęło na rachunek Szpitala po terminie wymaganym w SIWZ (z opóźnieniem 84 minut) i w tej sytuacji oferta powinna być odrzucona;
- b) w SIWZ nie przewidziano możliwości podzielenia zamówienia na części, w skład którego wchodził m.in. angiograf, aparat USG, defibrylator, pompy infuzyjne, wózki transportowe, łóżka, co mogło mieć wpływ na krąg wykonawców zainteresowanych zamówieniem i prowadzić do utrudnienia uczciwej konkurencji. Ponadto w protokole postępowania nie uzasadniono odstąpienia od dokonania podziału zamówienia;
- c) w zestawieniu niezbędnych parametrów technicznych angiografu, które było częścią SIWZ, zawarto warunek, aby oferowane urządzenie miało „pojemność cieplną kołpaka  $\geq 4,5$  MHU”. Premiowanie urządzenia o największej pojemności cieplnej kołpaka może sugerować preferowanie wyłącznie jednego produktu, na co zwracali uwagę również wykonawcy w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.

Zarząd Województwa Podlaskiego nałożył na Szpital, a następnie utrzymał w mocy korektę finansową – obowiązek zwrotu 5% otrzymanego dofinansowania. Skarga Szpitala skierowana do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku w sprawie zastosowanej korekty finansowej, została oddalona wyrokiem z 9 października 2019 r.



Korektę finansową, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rozwoju z dnia 29 stycznia 2016 r. w sprawie warunków obniżania korekt finansowych oraz wydatków poniesionych nieprawidłowo związanych z udzielaniem zamówień<sup>29</sup>, obniżono do 5%, bowiem w ocenie Instytucji Zarządzającej działanie beneficjenta nie było zamierzone.

### 5.2. Wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

Organizacja udzielania świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej nie zawsze była właściwa. Regulaminy organizacyjne 29% skontrolowanych podmiotów nie odpowiadały faktycznej strukturze organizacyjnej i zakresom udzielanych świadczeń zdrowotnych, a wpisy w rejestrze podmiotów leczniczych były niezgodne z wykonywaną działalnością. Nieprawidłowe zaplanowanie zakupu spowodowało niewykorzystywanie zakupionej aparatury lub niewykorzystywanie jej w pełnym możliwym zakresie.

Liczba wykonywanych badań i zabiegów z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej była zróżnicowana. Stopień wykorzystania sprzętu był uzależniony od profilu systemu zabezpieczenia świadczeń oraz liczby wykwalifikowanej kadry medycznej. Pomimo wzrostu ogólnej liczby lekarzy radiologów, nadal występowały niedobory tej kadry medycznej i pacjenci długo oczekiwali na opis wyniku badania. W umowach cywilnoprawnych zawieranych z lekarzami (w siedmiu podmiotach – 41%), nie określano terminów wykonania opisu badania. W 13 (76%) skontrolowanych podmiotach nieprawidłowo udzielano zamówień na świadczenia zdrowotne. Wystąpiły także przypadki niezapewnienia bezpieczeństwa stosowania promieniowania jonizującego przy udzielaniu świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych tej aparatury.

Świadczenia zdrowotne wykonywane z zastosowaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej udzielane były w głównej mierze na podstawie zawartych umów z OW NFZ w rodzaju: 1) leczenie szpitalne, w tym świadczenia, dla których ustalono odrębny sposób finansowania w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz 3) rehabilitacja lecznicza i 4) profilaktyczne programy zdrowotne.

Sposób i warunki udzielania przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika<sup>30</sup>. W regulaminie organizacyjnym określa się także: strukturę organizacyjną zakładu leczniczego, rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń oraz organizację i zadania poszczególnych jedno-

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

<sup>29</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2179. Stawka obniżenia i rodzaje naruszeń obowiązujące w 2018 r.

<sup>30</sup> Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

stek lub komórek organizacyjnych, a także warunki ich współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym (art. 24 ust. 1 pkt 3–4 i 6–7 ustawy o działalności leczniczej).

Regulamin organizacyjny oprócz funkcji normatywnej powinien pełnić przede wszystkim rolę informacyjną i służyć jako źródło informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a zwłaszcza o przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, który ma zapewnić właściwą dostępność i jakość tych świadczeń.

W pięciu skontrolowanych podmiotach (29%) regulaminy organizacyjne nie odpowiadały faktycznej strukturze organizacyjnej i zakresom udzielanych świadczeń zdrowotnych, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej. Niewymienione były istniejące komórki organizacyjne i zakresy realizowanych świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej.

Spośród 17 skontrolowanych podmiotów leczniczych, 12 (71%) miało aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stosownie do postanowień art. 106 i 107 ustawy o działalności leczniczej.

Niezgodność  
wpisu w rejestrze  
podmiotów leczniczych  
z wykonywaną  
działalnością

W pięciu skontrolowanych podmiotach (29%), w okresie objętym kontrolą, wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie był zgodny z faktycznie wykonywaną działalnością leczniczą.

Zgodnie z art. 106 ust. 3 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej, do rejestru wpisuje się dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność związana jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że w myśl przepisu § 7 ust. 1 pkt 1 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru<sup>31</sup>, w dziale III księgi rejestrowej wpisuje się dane dotyczące komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, w tym o rozpoczęciu działalności komórki.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest zobowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Aktywna zawodowo  
kadra lekarzy specjalistów  
udzielających świadczeń  
z wykorzystaniem  
wysokospecjalistycznej  
aparatury medycznej

Konsultanci krajowi (w dziedzinach radiologii i diagnostyki obrazowej, medycyny nuklearnej oraz radioterapii onkologicznej) przekazywali Ministrowi Zdrowia raporty roczne, w których dokonywano oceny zasobów i potrzeb kadrowych w tych dziedzinach medycyny. W raportach przedstawiano niepokojący obraz sytuacji kadry medycznej. Problemy dotyczyły m.in. niedoboru specjalistów radiologów, pomimo rosnącej liczby lekarzy.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 605.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Szczególnie trudna sytuacja była w małych szpitalach. Na dyżurach nie było lekarzy, co wydłużało czas diagnozy i było niekorzystne dla pacjenta. Dostępność do badań radiologicznych było zróżnicowana terytorialnie i zależała od rozmieszczenia sprzętu oraz liczby lekarzy udzielających świadczeń.

Wśród absolwentów medycyny było małe zainteresowanie tzw. specjalizacjami trudnymi, w tym specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej, gdzie prawie połowa rezydenckich miejsc szkoleniowych była nieobsadzona, czy specjalizacją w dziedzinie radioterapii onkologicznej. Natomiast coraz większe było zainteresowanie specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, gdzie brakowało miejsc szkoleniowych.

W 2021 r. liczba aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej<sup>32</sup> wynosiła 3935, w tym 3415 osób to specjaliści drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz 520 osób ze specjalizacją pierwszego stopnia. Na przestrzeni lat 2017–2021 wzrosła liczba specjalistów w tej dziedzinie medycyny. W porównaniu do 2017 r. był to wzrost o 14%.

W latach 2017–2021 największą liczbę aktywnych zawodowo radiologów zarejestrowano w województwach: mazowieckim i śląskim. Z kolei w województwach: opolskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim zarejestrowano najmniejszą liczbę lekarzy ze specjalizacją w tej dziedzinie medycyny. Najwyższy wskaźnik lekarzy radiologów na 10 tys. ludności odnotowano w województwie lubelskim i mazowieckim – 1,4, a najniższy w województwach: opolskim (0,6) oraz lubuskim i warmińsko-mazurskim – 0,7.

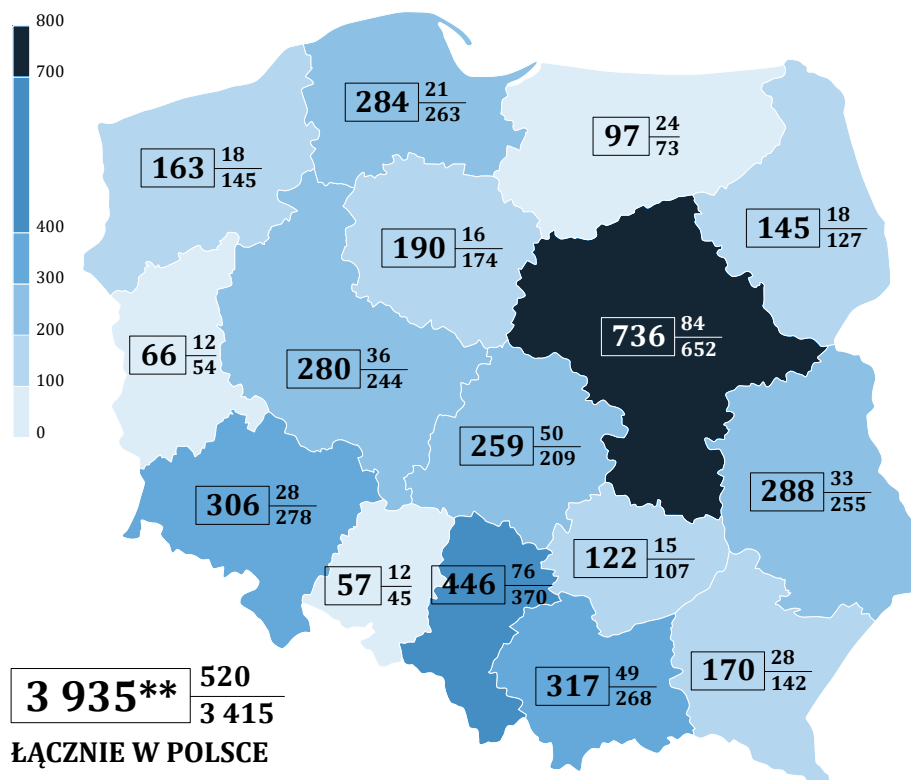
<sup>32</sup> Specjaliści pierwszego i drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.), zwana dalej ustawą *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Mapa nr 1

Liczba aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w poszczególnych województwach (stan na 30 czerwca 2021 r.)

liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej >  $\frac{XX}{XX}$   $\frac{X}{XX}$  < w tym ze specjalizacją pierwszego stopnia < w tym ze specjalizacją drugiego stopnia oraz specjalistów\*



\*specjaliści pierwszego i drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

\*\* brak możliwości przyporządkowania dziewięciu lekarzy do województwa z powodu braku adresu zamieszkania w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej (CRL)

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Specjalizację w dziedzinie radioterapii onkologicznej miało 835 lekarzy, w tym 678 (specjaliści drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) oraz 157 ze specjalizacją pierwszego stopnia. W porównaniu do 2017 r. ich liczba była wyższa o 10%.

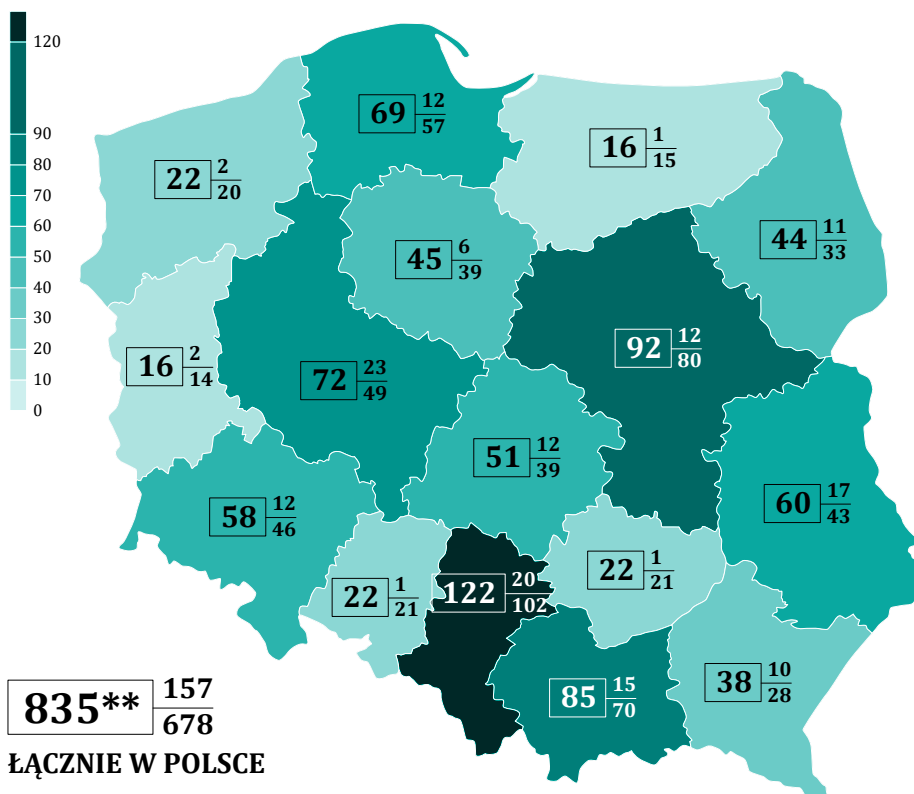
Województwami, w których zarejestrowano najwięcej aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w tej dziedzinie medycyny były: śląskie, mazowieckie i małopolskie, natomiast najmniej w województwach: warmińsko-mazurskim i lubuskim. Najwyższy wskaźnik tych lekarzy na 10 tys. ludności odnotowano w województwie podlaskim – 0,4, a najniższy 0,1 w województwach: warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Mapa nr 2

Liczba aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radioterapii onkologicznej w poszczególnych województwach (stan na 30 czerwca 2021 r.)

liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radioterapii onkologicznej >  $\frac{XX}{XX}$  < w tym ze specjalizacją pierwszego stopnia < w tym ze specjalizacją drugiego stopnia oraz specjalistów\*



\*specjaliści pierwszego i drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry \*\* brak możliwości przyporządkowania jednego lekarza do województwa z powodu braku adresu zamieszkania w CRL

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Specjalizację w dziedzinie medycyny nuklearnej miało 322 lekarzy, w tym 311 osób to specjaliści drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz 11 osób ze specjalizacją pierwszego stopnia. W porównaniu do 2017 r. ich liczba była wyższa o 10%.

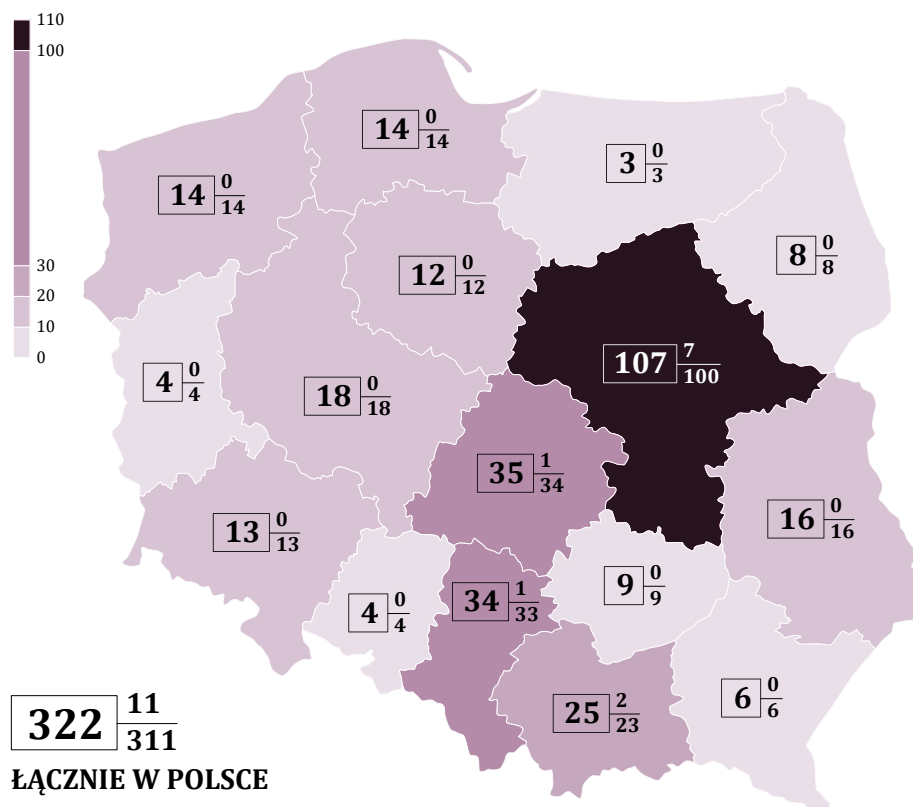
W województwie mazowieckim zarejestrowano najwięcej aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej, z kolei najmniej w województwach: warmińsko-mazurskim, opolskim, lubuskim, podkarpackim, podlaskim i świętokrzyskim. Najwyższy wskaźnik tych lekarzy na 10 tys. ludności odnotowano w województwie mazowieckim – 0,2, a najniższy 0,02 w województwie warmińsko-mazurskim.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Mapa nr 3

Liczba aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej w poszczególnych województwach (stan na 30 czerwca 2021 r.)

liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej >  $\frac{XX}{XX}$   $\frac{X}{XX}$  < w tym ze specjalizacją pierwszego stopnia < w tym ze specjalizacją drugiego stopnia oraz specjalistów\*



\*specjaliści pierwszego i drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

**Struktura wiekowa lekarzy udzielających świadczeń z użyciem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej**

W strukturze wiekowej lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej zwraca uwagę duży odsetek osób powyżej 50. r.ż., którzy stanowili 69% (w tym lekarze powyżej 60. r.ż. stanowili 33%). Podobnie było w grupie lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radioterapii onkologicznej, gdzie 60% z nich przekroczyło 50. r.ż. W grupie radiologów było to 55%, a odsetek lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych był porównywalny.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 1

Struktura wiekowa aktywnych zawodowo lekarzy udzielających świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej (stan na 30 czerwca 2021 r.)

Struktura wiekowa lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej

| liczba ogółem* | do 40 lat  | od 41 do 50 lat | od 51 do 60 lat | powyżej 60 lat |
|----------------|------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 3 935<br>100%  | 930<br>24% | 837<br>21%      | 1 154<br>29%    | 1 014<br>26%   |

Struktura wiekowa lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radioterapii onkologicznej

| liczba ogółem* | do 40 lat  | od 41 do 50 lat | od 51 do 60 lat | powyżej 60 lat |
|----------------|------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 835<br>100%    | 158<br>19% | 172<br>21%      | 263<br>31%      | 242<br>29%     |

Struktura wiekowa lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny nuklearnej

| liczba ogółem* | do 40 lat | od 41 do 50 lat | od 51 do 60 lat | powyżej 60 lat |
|----------------|-----------|-----------------|-----------------|----------------|
| 322<br>100%    | 28<br>9%  | 71<br>22%       | 118<br>37%      | 105<br>33%     |

\* Specjaliści pierwszego i drugiego stopnia oraz specjaliści, którzy uzyskali tytuł specjalisty, o którym mowa w art. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Personel medyczny udzielający świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, w badanych komórkach organizacyjnych<sup>33</sup> skontrolowanych podmiotów, miał wymagane kwalifikacje, określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>34</sup> (zał. 2 i 3 cz. IV–IX) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>35</sup> (zał. 3, 3a, 4).

Osoby wykonujące badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a także osoby nadzorujące ich wykonywanie podnosiły na bieżąco swoje kwalifikacje w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta. Osoby te legitymowały się certyfikatami potwierdzającymi ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta lub zaświadczeniami o ukończeniu innych szkoleń obejmujących tematykę ochrony radiologicznej.

Kwalifikacje personelu medycznego

<sup>33</sup> Badaniem objęto komórki organizacyjne spośród: pracowni diagnostycznych, zakładu medycyny nuklearnej, zakładu radioterapii, pracowni badań czynnościowych lub komórek zabiegowo-diagnostycznych.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń AOS.

<sup>35</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Dostępność lekarzy radiologów w pracowniach diagnostyki obrazowej

Kierownictwo dziewięciu skontrolowanych podmiotów (53%) informowało o problemach z zatrudnieniem specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Dla zapewnienia całodobowej dostępności i ciągłości udzielania świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, dziewięć podmiotów (53%) zawarło umowy o udzielanie świadczeń w zakresie wykonywania opisu wyników badań rentgenowskich, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w ramach teleradiologii<sup>36</sup>.

#### Przykłady

**Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie**, by zapewnić opisywanie badań w godzinach nocnych i w święta, udzielił zamówień na sporządzanie opisów badań, wykonywanych za pomocą aparatu rentgenowskiego, tomografu komputerowego oraz rezonansu magnetycznego, w systemie teleradiologii.

**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem** udzielił zamówień dotyczących opisywania badań tomografii komputerowej w systemie teleradiologii, w przypadku nieobecności lekarza współpracującego ze Szpitalem lub dużej liczby badań do opisu.

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu** zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczących opisu badań radiologicznych, wykonywanych w tym szpitalu (RTG, tomografii komputerowej), z wykorzystaniem teleradiologii. Umowa obejmowała opisywanie badań przez 24 godziny na dobę, przez siedem dni w tygodniu.

Świadczenia diagnostyki obrazowej wykonywane były za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, przede wszystkim z powodu niedoboru kadry lekarskiej lub braku zainteresowania lekarzy pełnieniem dyżurów w godzinach nocnych i świątecznych.

### Niezapewnienie wymaganego personelu medycznego

Z powodu niedoboru lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w regionie podlaskim, w dwóch podmiotach<sup>37</sup> stwierdzono niezapewnienie wymaganej minimalnej obsady takich specjalistów w pracowniach tomografii komputerowej. Było to niezgodne z § 6 ust. 2 rozporządzenia 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*<sup>38</sup>, który zobowiązywał jednostki ochrony zdrowia udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie tomografii komputerowej do zatrudniania co najmniej jednego lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w każdej pracowni, na każdą zmianę roboczą.

<sup>36</sup> Usługa polegająca na elektronicznym przesyłaniu obrazów radiologicznych, w celu ich opisu lub konsultacji, z jednego miejsca do innego za pomocą łącz do transmisji zapewnionych przez niezależnego dostawcę (art. 3 pkt 47b ustawy *Prawo atomowe*).

<sup>37</sup> W Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie oraz w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem.

<sup>38</sup> Dz. U. Nr 59, poz. 365, ze zm., uchylony z dniem 21 września 2021 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie *minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1725).



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Braki kadry medycznej spowodowały, że w jednym podmiocie występowały przypadki pełnienia dyżurów przez lekarzy specjalistów, w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi wykonywanych procedur radiologicznych, trwających nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny. W skrajnych przypadkach lekarze dyżurowali bez przerwy przez 120 godzin (pięć dób).

W ocenie NIK, taka organizacja udzielania świadczeń budzi wątpliwości co do możliwości zapewnienia odpowiedniej jakości świadczonych usług i w konsekwencji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także lekarzy pełniących tak długie dyżury.

Pełnienie  
nieprzerwanych  
kilkudobowych  
dyżurów medycznych

### Przykład

W Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w Pracowni Angiografii (czynnej 24 godziny na dobę), w okresie od marca 2020 r. do sierpnia 2021 r. występowały przypadki pełnienia dyżurów przez lekarzy kardiologów, wykonujących inwazyjne zabiegi naczyniowe oraz radiologiczne zabiegi diagnostyczne, trwające nieprzerwanie kilka dób. W skrajnych przypadkach lekarze dyżurowali po 120 godzin (pięć dób). W każdym miesiącu występowało po kilka takich przypadków. Na przykład w lipcu 2021 r. lekarz kierujący pracownią pełnił 15 całodobowych dyżurów medycznych, w tym dwa razy nieprzerwanie udzielał świadczeń przez pięć dób.

Byli to lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych, których nie dotyczyło ograniczenie czasu pracy do 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, określone w art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto lekarze ci – niebędący pracownikami jednostki – nie korzystali z co najmniej 11-godzinnej przerwy, przysługującej pracownikom w każdej dobie, stosownie do art. 97 ust. 1 i 2 przywołanej ustawy.

W celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, wszystkie skontrolowane podmioty korzystały z możliwości udzielenia zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych, wykonywanych z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, podmiotom wykonującym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>39</sup>. W 13 podmiotach (76%) stwierdzono nieprawidłowości, które wystąpiły podczas zamawiania świadczeń, polegające na naruszeniu przepisów ustawy o działalności leczniczej:

Zamówienia  
na udzielanie świadczeń  
zdrowotnych

- nieprzeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, w sytuacji gdy wartość zamówienia zobowiązywała do jego przeprowadzenia, ponieważ przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 tys. euro (w dziewięciu skontrolowanych podmiotach – 53%); kwoty wydatkowane bez zastosowania tej procedury wyniosły łącznie 11 442,3 tys. zł;
- braku szacowania lub nieprawidłowym szacowaniu wartości przedmiotu zamówienia, niezgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów art. 26a ustawy o działalności leczniczej (w siedmiu skontrolowanych podmiotach – 41%);

<sup>39</sup> Lekarzom, technikom elektroradiologii oraz pielęgniarkom.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- niestosowaniu nazw i kodów, określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień<sup>40</sup> do opisu przedmiotu zamówienia w szczegółowych warunkach konkursu ofert, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (w siedmiu skontrolowanych podmiotach, 41%);
- niestosowaniu wszystkich wymaganych kryteriów wyboru ofert, co było niezgodne z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (w dwóch skontrolowanych podmiotach, 12%);
- niezawieraniu w umowach wymaganych postanowień (w trzech skontrolowanych podmiotach, 18%);
- zawarciu umów bez zachowania siedmiodniowego terminu na złożenie odwołania od rozstrzygnięcia konkursu ofert, co było niezgodne z art. 154 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (w trzech skontrolowanych podmiotach, 18%);
- nieprzekazaniu wyniku rozstrzygnięcia postępowania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (w pięciu skontrolowanych podmiotach, 29%).

Przyczyną powstania nieprawidłowości była najczęściej błędna interpretacja przepisów, stan epidemii COVID-19 i brak lekarzy zainteresowanych przystąpieniem do konkursu ofert.

### Wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna była wykorzystywana z różną intensywnością, w zależności od komórki organizacyjnej. Całodobowo funkcjonowały przede wszystkim pracownie RTG, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, obsługując pacjentów hospitalizowanych w oddziałach i przyjętych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Natomiast pacjenci ambulatoryjni korzystali z tych pracowni w dni powszednie. Całodobowo wykorzystywana była również aparatura hemodynamiczna oraz ultrasonograficzna.

W siedmiu skontrolowanych podmiotach (41%), wysokospecjalistyczna aparatura była wykorzystywana w pełni. Pozwalał na to sposób organizacji pracy w tych pracowniach/zakładach.

W pozostałych 10 podmiotach (59%) wystąpiły przypadki niewykorzystywania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w pełnym możliwym zakresie.

### Niewykorzystywanie zakupionej aparatury medycznej

- 1) W trzech podmiotach (18%) nie wykorzystywano zakupionej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej z powodu niedostosowania pomieszczeń do jej zainstalowania lub opóźnień w uzyskaniu zezwolenia na uruchomienie pracowni.

<sup>40</sup> Określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1, ze zm.).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nabycie drogiego urządzenia medycznego, które następnie nie było wykorzystywane do diagnostyki i leczenia pacjentów, naruszało zasadę wyrażoną w art. 44 ust. 3 ustawy *o finansach publicznych* zobowiązującą do wydatkowania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z uzyskaniem najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, w sposób umożliwiający terminową realizację zadań.

### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej** nie wykorzystywano zakupionego w grudniu 2020 r., za kwotę 1481,2 tys. zł, dwupłaszczyznowego angiografu, z powodu niedostosowania pomieszczeń przeznaczonych do jego eksploatacji. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych (15 października 2021 r.) angiograf nie został zainstalowany, co było działaniem niegospodarnym.

W **Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie** nie wykorzystywano (ponad rok i 8 miesięcy), zakupionego (za kwotę 1069,2 tys. zł) i dostarczonego w grudniu 2019 r. 24-rzędowego tomografu komputerowego oraz aparatu RTG typu DR kupionego za kwotę 1058,4 tys. zł. Przyczyną było niezakończenie prac budowlanych związanych z remontem oraz rozbudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Opóźnienia prac budowlanych były wynikiem czynników niezależnych od Szpitala. Pracownie tomografii komputerowej i RTG zostały uruchomione dopiero we wrześniu 2021 r., tj. w trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych NIK.

W **Szpitalu Ogólnym im. Witolda Gineła w Grajewie**, w okresie od 28 września 2018 r. do 5 marca 2019 r. nie wykorzystywano angiografu zakupionego za kwotę 3083,4 tys. zł, z powodu opóźnionego wystąpienia do Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej PPWIS) o wydanie zezwolenia na uruchomienie Pracowni Angiografii. Wniosek o wydanie zezwolenia na uruchomienie pracowni został skierowany do PPWIS dopiero 21 lutego 2019 r., a stosowne zezwolenia Szpital uzyskał 27 lutego 2019 r.

- 2) W trzech podmiotach (18%) wystąpiły przypadki niewykorzystywania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej do diagnostyki i leczenia pacjentów (udzielania świadczeń zdrowotnych) z powodu awarii.

### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**, w Oddziale Kardiologii, od 20 maja 2021 r. do dnia zakończenia kontroli NIK (21 października 2021 r.) nie wykorzystywano zainstalowanego tam angiografu<sup>41</sup>. Przyczyną było niezabezpieczenie przed gryzoniami okablowania zasilającego i sygnałowego angiografu, które doprowadziło do poważnych uszkodzeń. Po zgłoszeniu awarii urządzenia, autoryzowany serwis stwierdził: *w maszynowni aparatu liczne ślady ogryzionych resztek izolacji kabli sygnałowych i zasilających biegnących trasą kablówką pod sufitem przez kolejne pomieszczenia. Ostry zapach zgnilizny/padliny sugeruje obecność szczurów. Do dalszej diagnozy wymagana jest wymiana lampy RTG oraz większości kabli sygnałowych i zasilających biegnących na trasie od maszynowni do sterowni i/lub ramienia.* Serwis wycenił koszt naprawy na kwotę 983,8 tys. zł.

<sup>41</sup> O wartości początkowej 2386,0 tys. zł, w całości zamortyzowany.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu** zakupiona w 2014 r. gammakamera nie była wykorzystywana od stycznia 2019 r. z powodu awarii, która nie została usunięta ze względu na brak autoryzowanego serwisu duńskiego producenta na terenie Polski. Prawo do autoryzowania przeglądów i części zamiennych na terenie Polski ma wyłącznie producent urządzenia. Po wygaśnięciu umowy gwarancyjnej producent nie reagował na wnioski i prośby o naprawę i przegląd urządzenia. Reorganizacja pracy w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (wydłużenie godzin pracy i przesunięcia personelu) utrzymywała dostępność do badań scyntygraficznych.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** nie wykorzystywano wysokospecjalistycznej aparatury medycznej do diagnostyki i leczenia (udzielania świadczeń) w zakresie badań medycyny nuklearnej oraz badań rezonansu magnetycznego, łącznie przez 224 dni w okresie objętym kontrolą. Przyczyną były awarie i konieczność okresowego wyłączenia urządzeń z eksploatacji.

Niewykorzystanie  
możliwości zakupionej  
aparatury medycznej

- 3) W jednym podmiocie (**Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej**) z powodu długotrwałego remontu Pracowni Brachyterapii zaprzestano leczenia z wykorzystaniem aparatu do brachyterapii, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 września 2020 r., tj. na rok i 9 miesięcy).
- 4) W czterech podmiotach (24%) nie w pełni wykorzystywano możliwości wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w przypadku wprowadzenia nowego zakresu udzielanych świadczeń. Szpitale te nie zawarły umowy z OW NFZ na odrębne finansowanie takich świadczeń lub nie miały finansowania dla procedur medycznych w nowo utworzonych pracowniach.

### Przykłady

W **Szpitalu Ogólnym in. Witolda Gineła w Grajewie** nie wykorzystano w pełnym zakresie możliwości angiografu, zakupionego w 2018 r. za kwotę 3083,4 tys. zł. W okresie od 24 października do 13 grudnia 2019 r. zawieszono wykonywanie zabiegów planowych w Pracowni Angiografii. Przyczyną były wysokie koszty udzielanych świadczeń i brak umowy z Podlaskim OW NFZ na wykonywanie procedur w tej pracowni. Umowy zostały zawarte dopiero po 15. i 17. miesiącach od uruchomienia tej pracowni. Pomimo zawieszenia działalności Pracowni Angiografii, Szpital nadal ponosił koszty wynagrodzeń osób ją obsługujących, które wyniosły w tym okresie 56,0 tys. zł.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym** nie wykorzystano w pełnym zakresie możliwości mammografu, zakupionego w 2018 r. za kwotę 1429,6 tys. zł (sfinansowanego w 99% z dotacji podmiotu tworzącego). W przeliczeniu, średnio wykonywano jedno badanie na dwa dni. Łącznie wykonano 494 badania mammograficzne, w tym 96 w 2018 r., 166 w 2019 r., 140 w 2020 r. i 92 w I półroczu 2021 r. W latach 2017–2019 z wykorzystaniem tego aparatu wykonano również 75 biopsji. Szpital nie miał umowy z Mazowieckim OW NFZ na przesiewowe badania mammograficzne.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu** nie wykorzystano pełnych możliwości rezonansu magnetycznego, zakupionego w 2019 r. za kwotę 3160,0 tys. zł. W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. wykonano tylko 403 badania u pacjentów hospitalizowanych. Umowa z Mazowieckim OW NFZ, dotycząca odrębnego finansowania badań wykonywanych za pomocą rezonansu magnetycznego obowiązywała dopiero od 1 lipca 2021 r., pomimo że Szpital już na etapie

planowania zakupu tego sprzętu i utworzenia Pracowni rezonansu magnetycznego (lipiec 2019 r.) podjął działania mające na celu zapewnienie wykonywania badań diagnostycznych przy użyciu rezonansu, w ramach umowy zawartej z NFZ. Następnie poinformował o zakupie rezonansu i gotowości przystąpienia do postępowania konkursowego i rokowań. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ przesuwiał terminy postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów na to świadczenie także z uwagi na stan zagrożenia epidemicznego.

**W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu** nie wykorzystywano od 2018 r. aparatu do radioterapii śródoperacyjnej. Szpital nie miał umowy z Dolnośląskim OW NFZ, dotyczącej leczenia (udzielania świadczeń) z użyciem tego urządzenia. Aparat został zakupiony w 2009 r., w całości z dotacji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w ramach Funduszu Nauki i Technologii Polskiej, za kwotę 1845,0 tys. zł. W latach 2010–2020 Szpital podejmował działania, by zapewnić finansowanie zabiegów radioterapii śródoperacyjnej. Jednak, by zakontraktować świadczenia z wykorzystaniem tego aparatu, Szpital musiał spełniać wymagania dla całej radioterapii (radioterapia śródoperacyjna jest jednym z elementów kontraktu radioterapii i w obecnym procesie kontraktowania nie można wyodrębnić w postępowaniu ofertowym jedynie radioterapii śródoperacyjnej). Urządzenie to było wykorzystywane w ramach jednego z zakładów leczniczych Szpitala, Ośrodka Badawczo-Rozwojowego. Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Szpital otrzymał dotację podmiotową na finansowanie w 2020 r. kosztów związanych z utrzymaniem „stanowiska do radioterapii śródoperacyjnej IORT za pomocą fotonów promieni X o niskiej energii”. Kwota dotacji wyniosła 494,3 tys. zł<sup>42</sup>.

- 5) W jednym podmiocie leczniczym (**Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu**), w 2020 r. wyłączono z użytkowania jeden akcelerator z uwagi na znaczny spadek liczby leczonych pacjentów, spowodowany epidemią COVID-19.

Dwa podmioty<sup>43</sup> (12%) nie poinformowały Dyrektora OW NFZ o występujących przerwach w udzielaniu świadczeń, trwających od jednego do 21 miesięcy. Było to niezgodne z § 9 pkt 1 i 5 załącznika do *rozporządzenia w sprawie OWU*, który stanowi, że świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym. W przypadku przerwy w udzielaniu świadczeń, której nie można było wcześniej przewidzieć, niezwłocznie powiadamia o tym zdarzeniu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę. Przerwy spowodowane były przede wszystkim długotrwałym remontem pomieszczeń pracowni brachyterapii oraz awariami aparatury medycznej, wykorzystywanej do udzielania świadczeń w zakresie badań medycyny nuklearnej.

W Polsce rynek robotyki chirurgicznej jest nadal w początkowym stadium rozwoju. W publicznym systemie ochrony zdrowia z systemu chirurgicznego da Vinci korzysta 12 podmiotów leczniczych<sup>44</sup>. Możliwości robotów

Nieogłoszenie przerwy w udzielaniu świadczeń

Niewykorzystanie możliwości zakupionych systemów da VINCI

<sup>42</sup> Kwota miała zostać przeznaczona na realizację badań naukowych dotyczących leczenia chorych z nowotworami piersi, a także (po raz pierwszy w Polsce) z nowotworami skóry i odbytnicy.

<sup>43</sup> Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej oraz Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie.

<sup>44</sup> Źródło: Pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r., znak NKM.0910.7.2021.4.KCZ.



są wykorzystywane między innymi w chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ginekologii, urologii, bariatryi, torakochirurgii, transplantologii. Barię są jednak wysokie koszty zakupu sprzętu, koszty eksploatacji i konserwacji, a także wyższe koszty materiałów jednorazowych wykorzystywanych w czasie zabiegów, które nie są uwzględnione w wycenie procedury. Aktualnie zabiegi wykonywane z użyciem systemów chirurgii robotowej nie są odrębnymi świadczeniami gwarantowanymi, wydzielonymi ze względu na sposób wykonania.

W 2017 r. Minister Zdrowia podjął decyzję o zakwalifikowaniu jako świadczenie gwarantowane leczenia za pomocą systemu chirurgicznego da Vinci w konkretnych chorobach: rak jelita grubego, rak gruczołu krokowego, rak błony śluzowej macicy. Na wprowadzenie tego świadczenia wpływ miała pozytywna opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT) z dnia 23 maja 2017 r., który wskazał na zasadność finansowania tej technologii ze środków publicznych.

Projekt rozporządzenia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji<sup>45</sup>. Obejmował on między innymi zakwalifikowanie jako świadczenie gwarantowane leczenia za pomocą systemu chirurgii robotowej. Świadczenie miało być realizowane przez świadczeniodawców spełniających warunki określone w tym projekcie. Ostatecznie jednak świadczenie to nie zostało dodane do wykazu świadczeń gwarantowanych.

W listopadzie 2021 r. Minister Zdrowia ponownie zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie analizy aktualizującej wydane rekomendacje dla zastosowania systemu chirurgicznego, co do wskazań, wielkości populacji i kosztów oraz potencjalnego wpływu na budżet NFZ. Zlecił także weryfikację warunków udzielania świadczeń oraz ponowną ocenę skutków regulacji wprowadzanych nowym projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia, które zmienia rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (numer w wykazie prac legislacyjnych RCL – MZ 600) i wprowadza świadczenie pn. „leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego”. Wstrzymano jednak czasowo to zlecenie, by ustalić ostateczną listę wskazań do tego typu leczenia.

Systemy chirurgiczne da Vinci miało pięć podmiotów leczniczych (29%)<sup>46</sup>, spośród 17 skontrolowanych. Cztery jednostki dokonały zakupu w okresie objętym kontrolą. Wartość zakupionej aparatury wyniosła 49 383,8 tys. zł. Do końca 2020 r. w skontrolowanych podmiotach wykonano łącznie 696 zabiegów z wykorzystaniem tych systemów. Najwięcej w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (339 zabiegów do końca 2020 r.), które tym samym osiągnęło planowany wskaźnik rezultatu.

<sup>45</sup> Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 600.

<sup>46</sup> Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch podmiotach stwierdzono niski stopień wykorzystania potencjału systemu chirurgicznego da Vinci. Przyczyną były wysokie koszty procedur wykonywanych z wykorzystaniem tych systemów, które wynosiły nawet 234% przychodów.

### Przykłady

**W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu**, w latach 2017–2021 (I półrocze) wykonano jedynie 172 zabiegi medyczne z wykorzystaniem systemu da Vinci, średnio 34,4 rocznie (16%), podczas gdy deklarowane przez Szpital możliwości w tym zakresie były określone na poziomie 250 zabiegów rocznie.

**W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**, w latach 2019–2020 przeprowadzono kolejno 78 i 109 zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego da Vinci. W tych latach jeden zabieg wykonywano średnio co cztery dni w roku 2019 i co trzy dni w roku 2020.

Zgodnie z opracowaną przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu kalkulacją kosztów hospitalizacji, w trakcie których wykonano zabieg z wykorzystaniem systemu da Vinci, w 2019 r. dla resekcji odbytnicy koszty te wynosiły 28,5 tys. zł przy refundacji na poziomie od 15,5 tys. zł do 18,2 tys. zł, a dla prostatektomii – 22,7 tys. zł, przy refundacji na poziomie od 11,1 tys. zł do 12,7 tys. zł.

W Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, w roku 2020 koszty wykonania 25 zabiegów z wykorzystaniem systemu robotycznego da Vinci wyniosły 759,4 tys. zł, natomiast osiągnięte przychody z tego tytułu, w ramach zawartych umów z OW NFZ, wyniosły 323,8 tys. zł (43% kosztów). Natomiast w 2021 r. koszty wykonania 89 zabiegów wyniosły 2444,5 tys. zł, przy osiągniętych przychodach z tego tytułu 1211,2 tys. zł (43% kosztów).

W Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej w Poznaniu koszty wykonania 178 zabiegów z wykorzystaniem systemu robotycznego da Vinci w 2019 r. wyniosły 4001,1 tys. zł, natomiast osiągnięte przychody z tego tytułu, w ramach zawartych umów z OW NFZ, wyniosły 3215,0 tys. zł (80% kosztów). Natomiast w roku 2020 koszty wykonania 152 takich zabiegów wyniosły 4435,0 tys. zł, przy osiągniętych przychodach z tego tytułu w wysokości 3063,2 tys. zł (69% kosztów).

Po zakończeniu kontroli, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*<sup>47</sup> dodano do wykazu świadczeń gwarantowanych leczenie nowotworów gruczołu krokowego z wykorzystaniem systemu robotowego. Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.

Skala wykonywanych badań/zabiegów zależała od profilu systemu zabezpieczenia świadczeń, rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń, liczby i rodzaju wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, będącej na stanie

Skala wykonywanych badań/zabiegów z użyciem wybranej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

<sup>47</sup> Vide: przypis nr 14.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

jednostki oraz liczby personelu udzielającego świadczeń z wykorzystaniem tej aparatury. Pomiedzy skontrolowanymi podmiotami leczniczymi występowały duże dysproporcje, co do liczby wykonanych badań w przeliczeniu na jedno urządzenie.

W latach 2017–2021 (I półrocze), w pracowniach/zakładach 17 skontrolowanych podmiotów wykonano łącznie 4747,3 tys. badań/zabiegów z wykorzystaniem 22 rodzajów wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, w tym: w 2017 r. – 1245,0 tys., w 2018 r. – 1215,0 tys., w 2019 r. – 1217,3 tys. i w 2020 r. – 1070,0 tys. (łączna liczba badań/zabiegów była mniejsza o 12% w porównaniu do roku 2019 i o 14% w porównaniu do 2017 r.). Z wykorzystaniem tej aparatury udzielono świadczeń 2357,0 tys. pacjentom, w tym w 2020 r. – 537,7 tys., a ich liczba zmniejszyła się o 14% w porównaniu do roku poprzedzającego.

Najwięcej badań/zabiegów z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej wykonano w pięciu szpitalach onkologicznych. Udział wykonanych tam badań/zabiegów stanowił 66% wszystkich takich badań/zabiegów wykonanych w 17 skontrolowanych podmiotach.

W największym stopniu wykorzystywane były akceleratory. Urządzenia takie miało sześć z 17 skontrolowanych podmiotów (35%)<sup>48</sup>. Udział badań/leczenia z wykorzystaniem akceleratorów w ogólnej liczbie wykonanych badań z wykorzystaniem aparatury objętej kontrolą stanowił 36%. Łącznie wykonano 1696,0 tys. zabiegów z wykorzystaniem akceleratorów u 197,5 tys. pacjentów. Średniorocznie<sup>49</sup> na jedno urządzenie przypadało 9,5 tys. zabiegów.

W 2020 r. liczba wykonanych zabiegów z wykorzystaniem akceleratora zmniejszyła się o 6% w porównaniu do roku poprzedzającego. Zmniejszyła się także o 12% liczba pacjentów leczonych z wykorzystaniem tego urządzenia.

Wykonywano również dużo badań z wykorzystaniem tomografu komputerowego oraz rezonansu magnetycznego. Od 1 kwietnia 2019 r. badania z wykorzystaniem tej aparatury są finansowane ze środków publicznych bez limitów.

W latach 2017–2020 badania tomografii komputerowej wykonywane były w 15 podmiotach (88%), spośród 17 skontrolowanych. Łącznie wykonano 805,3 tys. badań u 550,5 tys. pacjentów. Badania te stanowiły 17% wszystkich wykonanych badań. Średniorocznie na jedno urządzenie przypadało 8,2 tys. badań<sup>50</sup>, od 3,5 tys. w Szpitalu Ogólnym w Wysokim Mazowieckiem do 21,2 tys. w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu (różnica wynosiła 17,7 tys. badań).

W 2019 r. liczba wykonywanych badań tomografii komputerowej zwiększyła się o 11% w porównaniu do roku poprzedzającego, a w 2020 r. zmniejszyła się o 8%.

<sup>48</sup> Szpitale onkologiczne oraz Wojskowy Instytut Medyczny.

<sup>49</sup> Będący średnią wyliczaną z danych za lata 2017–2020. Analizie poddano aparaturę, która była wykorzystywana przez cały rok kalendarzowy.

<sup>50</sup> Z analizy wyłączono tomografy komputerowe do planowania radioterapii.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Badania rezonansu magnetycznego wykonywane były w 10 skontrolowanych podmiotach (59%). Łącznie wykonano 239,4 tys. badań u 201,4 tys. pacjentów. Stanowiły one 5% wszystkich wykonanych badań. Średniorocznie na jedno urządzenie przypadało 4,2 tys. badań, od 2,0 tys. w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu do 6,7 tys. w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach (różnica wynosiła 4,7 tys. badań).

W 2019 r. liczba wykonanych badań rezonansu magnetycznego zwiększyła się o 10% w porównaniu do roku poprzedzającego, a w 2020 r. zmniejszyła się o 17%.

Badania mammograficzne wykonywane były w 11 podmiotach (65%)<sup>51</sup>. Łącznie wykonano 319,7 tys. badań u 285,2 tys. pacjentek. Stanowiły one 7% wszystkich wykonanych badań. Średniorocznie na jedno urządzenie przypadało 3,4 tys. badań, od 0,1 tys. w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, do 8,2 tys. w Narodowym Instytucie Onkologii Państwowym Instytucie Badawczym Oddział w Gliwicach (różnica wynosiła 8,1 tys. badań).

W 2020 r. liczba wykonanych mammografii zmniejszyła się o 20% w porównaniu do roku poprzedzającego.

Przyczyną zmniejszenia liczby wykonanych badań/zabiegów w 2020 r. była mniejsza liczba leczonych i zgłaszających się na badania pacjentów w okresie epidemii COVID-19.

Nieprzerwanie maleje liczba wykonywanych zabiegów przypadająca na jeden akcelerator. Tendencja ta miała już miejsce w okresie poprzedzającym epidemię. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że liczba akceleratorów znacznie wzrosła w okresie objętym kontrolą<sup>52</sup>, co było jednym z powodów zmniejszenia liczby wykonywanych zabiegów na jednym urządzeniu.

Średnią liczbę badań/zabiegów wykonanych dziennie w skontrolowanych podmiotach, w latach 2017–2020, z wykorzystaniem wybranej wysoko-specjalistycznej aparatury medycznej, w przeliczeniu na jedną aparaturę, przedstawiono na poniższym wykresie.

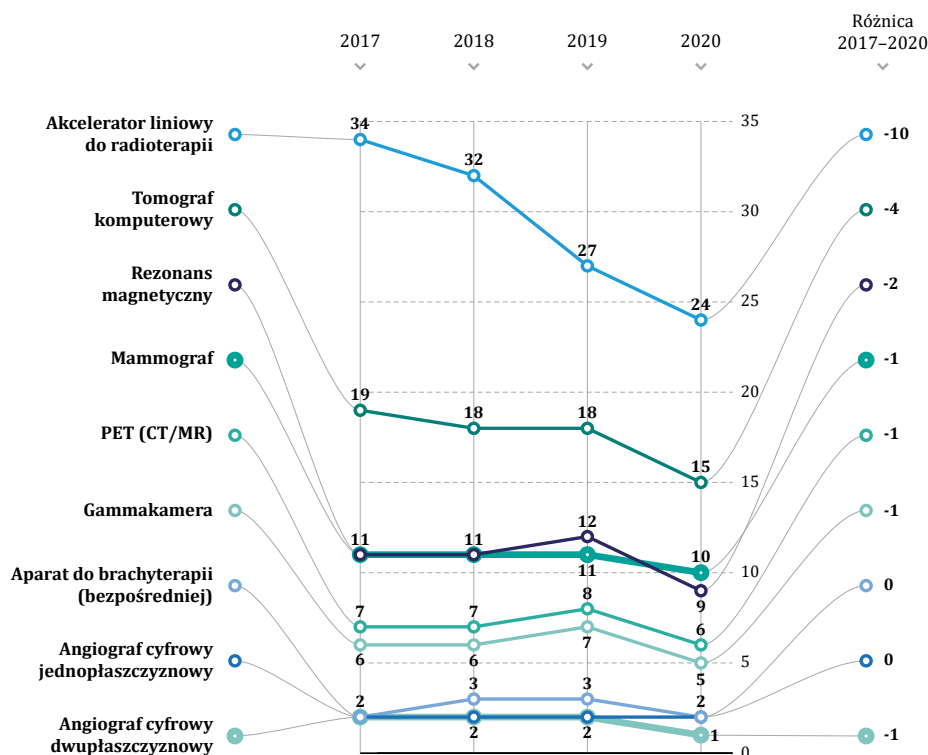
<sup>51</sup> W 2017 r. zaprzestano wykonywania badań mammograficznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach, ze względu na ujemny wynik finansowy pracowni mammograficznej i małe zainteresowanie pacjentek. Umowa z OW NFZ wygasła z dniem 30 czerwca 2017 r., a 22 grudnia 2017 r. Szpital utracił zezwolenie na prowadzenie tej pracowni. Natomiast w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z dniem 14.01.2017 r. zaprzestano udzielania świadczeń z powodu zakończenia funkcjonowania pracowni mammograficznej i wyłączenia z użytkowania wyeksploatowanego mammografu.

<sup>52</sup> *Vide*: wykres nr 1 str. 7 informacji o wynikach kontroli.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 2

Średnia liczba wykonywanych badań/zabiegów dziennie z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, przypadająca na jedną aparaturę<sup>53</sup>, w latach 2017–2020



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### Czas wykonania opisów badań diagnostyki obrazowej i medycyny nuklearnej

Na podstawie analizy zbiorczych danych z systemu informatycznego pracowni/zakładów 15 podmiotów leczniczych, spośród 17 objętych kontrolą<sup>54</sup>, ustalono czas wykonania opisu badania: tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) oraz mammografii (MMG). Czas mierzony był od wykonania badania w pracowni/zakładzie do przekazania autoryzowanego opisu badania przez lekarza.

W latach 2017–2021 (I półrocze), na 1296,6 tys. wykonanych badań 65% opisów tych badań sporządzono w czasie do trzech dni, 11% w czasie od czterech do siedmiu dni, 8% w czasie od ośmiu do 14 dni, a 16% w czasie powyżej 14 dni. W 2021 r. odsetek opisów badań wykonanych w czasie do trzech dni wzrósł o 8 punktów procentowych w porównaniu do 2017 r. i pozostawał na takim samym poziomie jak w 2020 r.

<sup>53</sup> Do wyliczenia średniej liczby badań/zabiegów wykonywanych dziennie, przypadającej na jedno urządzenie, przyjęto 366 dni 2020 r. oraz 365 dni w latach 2017–2019.

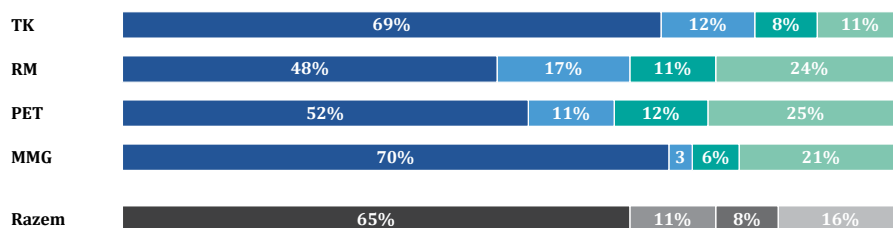
<sup>54</sup> W dwóch podmiotach: w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu oraz Narodowym Centrum Onkologii Państwowym Instytucie Badawczym Oddziału w Gliwicach nie było możliwości wygenerowania z jednego systemu wymaganych danych do analizy.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Infografika nr 3

#### Odsetek wykonanych opisów w poszczególnych rodzajach badań i przedziałach czasowych w latach 2017–2021 (I półrocze)

Odsetek wykonanych opisów badań w czasie: ■ do 3 dni ■ od 4 do 7 dni ■ od 8 do 14 dni ■ powyżej 14 dni



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Zwiększenie liczby zlecanych badań przy niedoborze radiologów może wydłużać czas oczekiwania na opis badania. Dla pacjenta kluczowe jest szybkie otrzymanie wyniku badania wraz z opisem, tj. informacji niezbędnych do podjęcia dalszych decyzji terapeutycznych.

W 2019 r., w porównaniu do roku 2017, liczba opisów badań tomografii komputerowej zwiększyła się o 25%, a rezonansu magnetycznego o 15%. Natomiast w 2020 r., w porównaniu do roku poprzedzającego, liczba tych opisów zmniejszyła się odpowiednio: o 9% i 28%. Przyczyną było zmniejszenie liczby pacjentów z powodu zmian organizacji pracy i wprowadzania rozwiązań ograniczających ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2 w okresie epidemii COVID-19.

Szczegółowym badaniem czasu realizacji świadczeń objęto w 17 skontrolowanych podmiotach dokumentację medyczną 867 wybranych losowo badań: tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz mammografii. Analizie poddano czas wykonania opisu badania przez lekarza, mierzony od wykonania badania w pracowni do udostępnienia opisu wyniku badania.

W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że spośród badań:

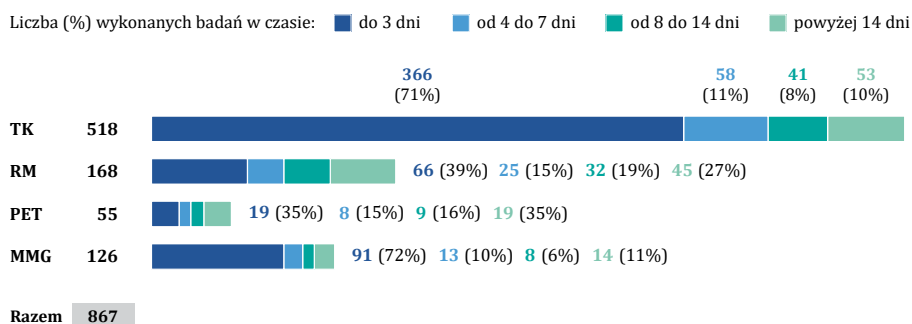
- 1) tomografii komputerowej (518 badań):
  - w trybie pilnym (247 badań): w czasie do trzech dni wykonano 88% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 6%, w czasie od ośmiu do 14 dni 4%, a w czasie powyżej 14 dni 2%;
  - w trybie stabilnym (271 badań): w czasie do trzech dni wykonano 55% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 16%, w czasie od ośmiu do 14 dni 12%, a w czasie powyżej 14 dni 17% badań (w skrajnym przypadku nawet do 168 dni – w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu);
- 2) rezonansu magnetycznego (168 badań):
  - w trybie pilnym (56 badań): w czasie do trzech dni wykonano 57% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 14%, w czasie od ośmiu do 14 dni 18%, a w czasie powyżej 14 dni 11% (w skrajnym przypadku nawet do 64 dni – w SPS Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim);

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w trybie stabilnym (112 badań): w czasie do trzech dni wykonano 30% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 15%, w czasie od ośmiu do 14 dni 20%, a w czasie powyżej 14 dni 35% badań (w skrajnym przypadku nawet do 197 dni – w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu);
- 3) pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) 55 badań:
- w trybie pilnym (24 badań): w czasie do trzech dni wykonano 21% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 21%, w czasie od ośmiu do 14 dni 25%, a w czasie powyżej 14 dni 33% (w skrajnym przypadku do 48 dni – w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach);
  - w trybie stabilnym (31 badań): w czasie do trzech dni wykonano 45% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 10%, w czasie od ośmiu do 14 dni 10%, a w czasie powyżej 14 dni 11% badań (w skrajnym przypadku nawet do 137 dni – w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu);
- 4) mammografii (126 badań):
- w trybie pilnym (25 badań): w czasie do trzech dni wykonano 64% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 4%, w czasie od ośmiu do 14 dni 20%, a w czasie powyżej 14 dni 12% (w skrajnym przypadku do 32 dni – w Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej);
  - w trybie stabilnym (101 badań): w czasie do trzech dni wykonano 74% opisów badań, w czasie od czterech do siedmiu dni 12%, w czasie od ośmiu do 14 dni 3%, a w czasie powyżej 14 dni 11% badań (w skrajnym przypadku nawet do 180 dni – w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu).

### Infografika nr 4

#### Czas wykonywania opisów badań przez lekarzy na podstawie badania dokumentacji medycznej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Tylko w jednym podmiocie (**Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach**) określono w wewnętrznej procedurze<sup>55</sup> maksymalne terminy

<sup>55</sup> Zarządzenie nr 27/2018 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z dnia 19 czerwca 2018 r. w sprawie zasad konsultowania pacjentów przebywających w oddziałach szpitalnych oraz terminów wykonywania opisów badań wykonywanych na zlecenie lekarza oddziału lub poradni Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wykonywania opisu badań radiologicznych oraz medycyny nuklearnej, wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach lub pacjentów z poradni Centrum.

W 10 podmiotach (59%) maksymalne terminy wykonywania opisu badań radiologicznej diagnostyki obrazowej określano w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartych z lekarzami lub podmiotami zewnętrznymi. W pozostałych siedmiu podmiotach (41%) umowy nie zawierały postanowień określających termin wykonania opisu badania przez lekarza. Taka sytuacja stwarzała ryzyko niezapewnienia ciągłości leczenia.

W trzech podmiotach (18%) nie zapewniono terminowego wykonywania opisów badań diagnostyki obrazowej oraz medycyny nuklearnej, w stosunku do terminów określonych w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z lekarzami. Opóźnienia wynosiły od jednego do 45 dni. Przyczyną był przede wszystkim: brak lekarzy, duża liczba zleczanych badań, także obejmujących więcej niż jeden obszar badania, brak wystarczających informacji klinicznych o pacjencie i konieczność ich uzyskania bezpośrednio od pacjenta lub lekarza, który wystawił skierowanie.

### Przykłady

**W Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu**, w 22 przypadkach spośród 26 poddanych analizie (85%), opisy badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego zostały wykonane z opóźnieniem wynoszącym: w przypadku 11 badań tomografii komputerowej – od jednego do 24 dni, a w przypadku 11 badań rezonansu magnetycznego – od dwóch do 34 dni.

**W Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach**, w 14 przypadkach spośród 25 poddanych analizie (56%), opisy badań PET/CT zostały wykonane z opóźnieniem, wynoszącym: w przypadku 11 badań pilnych – od dwóch do 45 dni, a w przypadku czterech badań rutynowych – od jednego do ośmiu dni. Zgodnie z zawartymi umowami, lekarze mieli obowiązek opisanie badań pilnych w ciągu trzech dni oraz badań standardowych w ciągu 10 dni.

**W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**, spośród 12 (42%) analizowanych opisów badań rezonansu magnetycznego, wykonanych u pacjentów spoza oddziałów Szpitala, pięć zostało opisanych z opóźnieniem od czterech do 22 dni po terminie określonym w umowie z podmiotem leczniczym.

Udzielanie, w ramach zarejestrowanej działalności, świadczeń zdrowotnych w zakresie rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki, która wymaga podawania pacjentom produktów radiofarmaceutycznych, co naraża pacjentów i personel na promieniowanie jonizujące, wymaga zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, zgodnie z art. 33q ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*.

W jednym podmiocie leczniczym, spośród 17 skontrolowanych, udzielono 497 świadczeń w zakresie radiologii zabiegowej i diagnostyki obrazowej bez uzyskania zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, z wykorzystaniem angiografu i tomografu komputerowego. Urządzenia te nie były jednak w pełni wykorzystywane, ponieważ wprowadzono nowy zakres świadczeń i nie zapewniono ich

Bezpieczeństwo  
stosowania  
promieniowania  
jonizującego

odrębnego finansowania lub nie zapewniono finansowania procedur medycznych w nowo utworzonych pracowniach.

### Przykład

**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem** nie dysponował zgodą Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego na prowadzenie działalności związanej z narażeniem dla celów medycznych na promieniowanie jonizujące, która miała obejmować udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem angiografu w zakresie radiologii zabiegowej, w Pracowni Radiologii Zabiegowej. Zgoda taka powinna zawierać wyszczególnienie procedur postępowania medycznego, które można wykonywać z zastosowaniem tego urządzenia. Pierwszy zabieg z wykorzystaniem angiografu wykonano 14 sierpnia 2019 r. Do 27 września 2021 r. wykonano 372 takie zabiegi. Dopiero 29 września 2021 r., w trakcie kontroli NIK, Szpital wystąpił o zgodę na prowadzenie działalności związanej z narażeniem dla celów medycznych na promieniowanie jonizujące, z wykorzystaniem angiografu.

Z kolei taką samą zgodę na prowadzenie działalności w zakresie rentgenodiagnostyki w Pracowni Tomografii Komputerowej, Szpital uzyskał z opóźnieniem – 17 października 2018 r., pomimo że badania tomografii komputerowej wykonywane były w tej pracowni od 1 lipca 2018 r. na podstawie umowy zawartej z Podlaskim OW NFZ w tym zakresie. W tym okresie wykonano 125 badań.

### Bezpieczeństwo użytkowania urządzeń radiologicznych

W 10 podmiotach leczniczych (59%) zapewniono bezpieczne użytkowanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, poprzez prowadzenie na bieżąco i z wymaganą częstotliwością kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych. Sprzęt i aparatura medyczna poddawana była badaniom i kontroli parametrów pracy oraz konserwacji, z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów lub autoryzowanego serwisu.

Na podstawie szczegółowego badania dokumentacji 197 sztuk wysokospecjalistycznej aparatury medycznej stwierdzono, że średni czas eksploatacji badanych urządzeń radiologicznych, wykorzystywanych w podmiotach leczniczych do wykonywania badań diagnostycznych, zabiegów i leczenia w zakresie rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej oraz radioterapii, a także systemów robotycznych wynosił siedem lat (mediana 5 lat). W tym czasie eksploatacji do 10 lat dotyczył 73% urządzeń (144 szt.), od 11 do 20 lat – 25% (49 szt.), powyżej 20 lat – 2% (4 szt.).

Przypadki opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych wysokospecjalistycznej aparatury medycznej wystąpiły w sześciu podmiotach leczniczych (35%). Dotyczyły 11 urządzeń radiologicznych (6%), wykorzystywanych do wykonywania badań diagnostycznych i zabiegów w zakresie rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz medycyny nuklearnej, dla których nie zapewniono wymaganej częstotliwości przeglądów technicznych. Łącznie wystąpiło 17 opóźnień w dokonaniu przeglądu technicznego powyżej tygodnia, które wynosiły od dziewięciu do 154 dni (tj. nawet do pięciu miesięcy), średni czas opóźnień wynosił 32 dni (mediana 22 dni).

Było to także niezgodne z § 7 ust.1 *rozporządzenia sprawie OWU*, który zobowiązuje świadczeniodawcę do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny, dla których ma dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów, wykonanych przez uprawnione podmioty.



Zgodnie z art. 7 ustawy *o wyrobach medycznych*, zabrania się używania wyrobów, dla których upłynął czas bezpiecznego używania, określony przez wytwórcę.

W konsekwencji badania/zabiegi wykonywane były przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego stwarzającego ryzyko uzyskania badań o niskiej jakości diagnostycznej i podjęcia złej decyzji lekarskiej dotyczącej rozpoznania choroby, leczenia, czy monitorowania jej przebiegu, a tym samym ryzyko bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia pacjentów. Aparatura bez ważnego przeglądu technicznego powinna być wycofana z użytkowania do czasu uzyskania potwierdzenia jej sprawności.

### Przykłady

W **Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie** do udzielania świadczeń zdrowotnych wykorzystywane były urządzenia radiologiczne bez ważnych przeglądów technicznych:

- 1) Gammakamera użytkowana w Zakładzie Medycyny Nuklearnej – aparat bez ważnego przeglądu technicznego w dniach: 01.05.–13.06.2018 r. tj. 44 dni oraz 01–24.07.2019 r. tj. 24 dni;
- 1) Tomograf komputerowy użytkowany w Pracowni Tomografii Komputerowej – aparat bez ważnego przeglądu technicznego w dniach: 01–09.02.2017 r. tj. dziewięć dni, 01–15.04.2018 r. tj. 15 dni, 01–05.11.2018 r. tj. pięć dni, 01–13.03.2019 r. tj. 13 dni;
- 2) Rezonans magnetyczny użytkowany w Pracowni Rezonansu Magnetycznego – aparat bez ważnego przeglądu technicznego w dniach: 01.03.–02.04.2017 r. tj. 33 dni, 01–20.05.2018 r. tj. 20 dni, 01–09.09.2018 r. tj. dziewięć dni, 01–17.01.2019 r. tj. 17 dni;
- 3) Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy użytkowany w Pracowni Radiologii Zabiegowej – aparat bez ważnego przeglądu technicznego w dniach: 01–22.03.2018 r. tj. 22 dni, 01–23.04.2020 r. tj. 23 dni;
- 4) Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy użytkowany w Pracowni Hemodynamiki – aparat bez ważnego przeglądu technicznego w dniach: 01–16.07.2018 r. tj. 16 dni.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** cyfrowy aparat RTG, stanowiący wyposażenie SOR, był wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych bez ważnego przeglądu technicznego – 66 dni po wskazanym terminie.

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**, w Oddziale Kardiologii użytkowany był echokardiograf przez okres 154 dni, tj. pięć miesięcy, bez wymaganego przeglądu technicznego.

Parametry fizyczne urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych, wykorzystywanych w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie w zakresie rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej oraz radioterapii, podlegają kontroli, zgodnie z art. 331 ustawy *Prawo atomowe*. Kontrola taka obejmuje wykonywanie testów: odbiorczych i eksploatacyjnych. Testy eksploatacyjne dzielą się na podstawowe i specjalistyczne, Zgodnie z art. 331 ust. 4 ustawy *Prawo atomowe*, niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych w przypadku, gdy nie zostały wykonane np. testy eksploatacyjne.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch skontrolowanych podmiotach (12%) do udzielania świadczeń zdrowotnych stosowano urządzenia radiologiczne, dla których nie wykonano wymaganych testów podstawowych i specjalistycznych, zgodnie z częstotliwością wykonywania kontroli parametrów fizycznych dla tych urządzeń, określonych w Załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej<sup>56</sup>.

### Przykłady

W **Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie**, w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, do udzielania świadczeń zdrowotnych wykorzystywana była gammakamera bez przeprowadzonych testów podstawowych, w zakresie:

- 1) Test modułu CT (miesięczny) – nie wykonano testów w maju i grudniu 2020 r.
- 2) Test jednorodności przestrzennej detektora na 60 mln zliczeń (wykonywany raz w miesiącu) – nie wykonano w październiku 2020 r.

W **Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem** okresowo użytkowane były urządzenia radiologiczne, dla których nie zapewniono wymaganej częstotliwości wykonania eksploatacyjnych testów specjalistycznych (co najmniej raz na 12 miesięcy). Bez wykonanych testów specjalistycznych użytkowano:

- od 2 do 30 czerwca 2021 r. angiograf, udzielając w tym czasie 11 świadczeń z użyciem tego urządzenia;
- od 21 do 23 stycznia 2017 r., od 24 stycznia do 11 lutego 2019 r. i od 9 do 19 stycznia 2021 r. aparat RTG Radsped, wykonując w tym czasie co najmniej 71 świadczeń przy jego zastosowaniu;
- od 20 do 23 stycznia 2017 r. i od 9 do 19 stycznia 2021 r. aparat RTG Fluorosped, wykonując w tym czasie co najmniej 22 świadczenia z użyciem tego urządzenia.

### Opracowanie i wdrożenie procedur radiologicznych

Wykonanie badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, odbywa się zgodnie ze szczegółowymi medycznymi procedurami radiologicznymi opracowanymi w jednostce ochrony zdrowia, zgodnie z art. 33f ust. 1 i 3 ustawy *Prawo atomowe*.

Tymczasem w jednym podmiocie leczniczym (**Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie**) pomimo uruchomienia 20 września 2021 r. pracowni tomografii komputerowej, do czasu zakończenia czynności kontrolnych w jednostce (20 października 2021 r.), nie wdrożono wymaganych medycznych procedur radiologicznych dla badań diagnostycznych wykonywanych z wykorzystaniem tomografu komputerowego.

### Wykonywanie badań komercyjnych

Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą może pobierać opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 44 ustawy *o działalności leczniczej*), o ile szczególne przepisy nie przewidują, iż w danej sytuacji świadczenie zdrowotne powinno zostać udzielone nieodpłatnie. Niedopuszczalne jest pobieranie od pacjentów ubezpieczonych opłat za świadczenia objęte umową z Funduszem (art. 132 ust. 1 w związku z art. 193 pkt 4 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*), za świadczenia udzielane w stanach nagłych (art. 15 ustawy *o działalności leczniczej*, art. 19 ustawy *o świadcze-*

<sup>56</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 884, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

niach opieki zdrowotnej) oraz za świadczenia udzielone na podstawie przepisów szczególnych, o których mowa w art. 12–13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ponadto ograniczenia w używaniu aparatury do udzielania świadczeń komercyjnych mogą wynikać z umów o dofinansowanie lub dotacji.

W dwóch podmiotach (12%) stwierdzono wykonywanie odpłatnych świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, wbrew postanowieniom zawartych umów, na mocy których przyznano środki na jej zakup, które taką możliwość wykluczały.

### Przykłady

W **Szpitalu Ogólnym im. Witolda Gineła w Grajewie**, w okresie od stycznia do sierpnia 2021 r. wykonano 80 odpłatnych badań, na kwotę 5,0 tys. zł, z wykorzystaniem cyfrowego aparatu RTG, zakupionego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Było to sprzeczne z § 4 ust. 5 umowy zawartej ze Skarbem Państwa–Ministrem Zdrowia, na mocy której przyznano Szpitalowi środki na zakup RTG. Zgodnie z powołanym przepisem, Szpital zobowiązał się wykorzystywać zakupiony sprzęt w czasie trwania umowy i przez okres pięciu lat od dnia jej zakończenia – wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, środków Przeciwdziałania COVID-19 lub udzielania świadczeń osobom uprawnionym na podstawie umów międzynarodowych. Na podstawie tej umowy Szpital otrzymał dofinansowanie na zakup aparatu RTG w wysokości 1200,0 tys. zł.

W **Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach** analiza 10 płatnych badań wykonanych w okresie objętym kontrolą wykazała, że trzy płatne badania, na łączną kwotę 1,3 tys. zł, zostały przeprowadzone za pomocą rezonansu magnetycznego. Natomiast zgodnie z § 2 pkt 6 umowy nr 1/15/12015/38/430 z dnia 12 sierpnia 2015 r., dotyczącej realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a ŚCO, sprzęt zakupiony w ramach tej umowy mógł być wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ lub ministra właściwego do spraw zdrowia. Na podstawie powyższej umowy Szpital otrzymał dofinansowanie na zakup rezonansu magnetycznego w wysokości 5148,6 tys. zł.

W większości przypadków umowy o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej nie zawierały postanowień wykluczających możliwość ich komercyjnego wykorzystania. W pięciu skontrolowanych podmiotach stwierdzono jedynie 12 umów, których postanowienia wykluczały możliwość ich komercyjnego wykorzystania.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

|  |  |
|--|--|
| <b>Cel główny kontroli</b>                         | Pytanie definiujące cel główny kontroli: Czy podmioty lecznicze optymalnie wykorzystują wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną w procesie udzielania świadczeń medycznych?   |
| <b>Cele szczegółowe</b>                            | Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na pytania definiujące cele szczegółowe kontroli: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Czy prawidłowo zaplanowano i gospodarnie wydatkowano środki na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej?</li><li>2. Czy organizacja udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym zapewniała optymalne wykorzystanie aparatury wysokospecjalistycznej?</li></ol>   |
| <b>Zakres podmiotowy</b>                           | Kontrola została przeprowadzona w 17 podmiotach leczniczych (w tym 15 prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz dwóch instytutach badawczych).<br><br>Kontrola prowadzona była na terenie województw: dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego oraz wielkopolskiego.  |
| <b>Kryteria kontroli</b>                           | Kontrola podmiotów leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których podmiotem tworzącym były jednostki samorządu terytorialnego, zostały przeprowadzone na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> <sup>57</sup> , z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o <i>NIK</i> , tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.<br><br>Kontrola instytutów badawczych została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o <i>NIK</i> , z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o <i>NIK</i> , tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. |
| <b>Okres objęty kontrolą</b>                       | Kontrolą objęto lata 2017–2021 do dnia zakończenia czynności kontrolnych w poszczególnych jednostkach z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.<br><br>Czynności kontrolne w jednostkach kontrolowanych przeprowadzone były w okresie od 5 sierpnia do 22 października 2021 r. Kontrola została zakończona 26 października 2021 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).   |
| <b>Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK</b> | W ramach przygotowania przedkontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o <i>NIK</i> , uzyskano informacje z Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej oraz sześciu urzędów wojewódzkich (dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego oraz wielkopolskiego), dotyczące dofinansowania zakupu aparatury medycznej podmiotom leczniczym w latach 2017–2020.<br><br>W ramach postępowania kontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o <i>NIK</i> , zasięgnięto informacji z:   |

<sup>57</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o *NIK*.

## ZAŁĄCZNIKI

- 1) Naczelnej Izby Lekarskiej, w sprawie liczby aktywnych zawodowo lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, radioterapii onkologicznej oraz medycyny nuklearnej, w podziale na województwa oraz ich struktury wiekowej;
- 2) Ministerstwa Zdrowia, w sprawie dofinansowania ze środków publicznych systemów chirurgicznych Da Vinci podmiotom leczniczym w latach 2017–2021, liczby ośrodków chirurgii robotycznej w Polsce oraz rozważania zasadności kwalifikacji, jako świadczenia gwarantowanego, świadczenia opieki zdrowotnej polegającego na stosowaniu systemu chirurgicznego Da Vinci w wybranych wskazaniach.

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i ujęta w planie pracy na 2021 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego przeprowadzono analizę: wyników wcześniejszych kontroli NIK, skarg i wniosków kierowanych do NIK od stycznia 2017 r., doniesień medialnych, informacji prasowych, interpelacji kierowanych do Ministra Zdrowia, a także stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

Pozostałe informacje

Wyboru jednostek do kontroli dokonano spośród podmiotów leczniczych, które w latach 2017–2020 udzielały świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonywały zakupów wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz przeprowadzały zabiegi z użyciem autoryzowanych systemów robotycznych da Vinci.

Wyniki kontroli przedstawiono w 17 wystąpieniach pokontrolnych. W 15 wystąpieniach pokontrolnych sformułowano ogółem 62 wnioski pokontrolne.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Pod adresem kierowników podmiotów leczniczych skierowano wnioski dotyczące:

- podjęcia działań mających na celu niezwłoczne uruchomienie dwupłaszczyznowego angiografu cyfrowego i udzielanie świadczeń z jego wykorzystaniem;
- kontynuowanie działań na rzecz optymalnego wykorzystania systemu Da Vinci oraz aparatu do radioterapii śródoperacyjnej;
- zapewnienie terminowego opisywania wyników badań PET/CT, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z postanowieniami zawartych umów;
- szacowania wartości zamówienia i przeprowadzania postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli wartość zamówienia przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 tys. euro;
- podjęcia skutecznych działań mających na celu wyłonienie, w trybie konkursu ofert, wykonawcy opisów badań wykonywanych za pomocą aparatu rentgenowskiego, tomografu komputerowego oraz rezonansu magnetycznego;
- każdorazowego ustalania wartości zamówienia na etapie poprzedzającym zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i dokumentowanie tych czynności;

## ZAŁĄCZNIKI

- pisemnego zatwierdzania opisu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, kryteriów oceny ofert oraz szczegółowych warunków wymaganych od świadczeniodawców;
- określania w regulaminie konkursu na świadczenia zdrowotne wymaganych kryteriów oceny ofert;
- stosowania w opisie przedmiotu zamówienia nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV);
- zawierania umów na świadczenia zdrowotne dopiero po upływie terminu do wniesienia odwołania;
- przekazywania ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, których wartość przedmiotu umowy przekracza kwotę 130,0 tys. euro; do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich;
- określenia w umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wartości tych umów;
- powiadamiania na bieżąco OW NFZ o przerwach w udzielaniu świadczeń;
- aktualizowania na potrzeby OW NFZ danych o potencjale wykonawczym;
- terminowego dokonywania przeglądów wykorzystywanej aparatury wysokospecjalistycznej;
- terminowego wykonywania eksploatacyjnych testów specjalistycznych dla urzędzeń radiologicznych;
- przeszkolenia pracowników w zakresie bieżącego prowadzenia dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie testów podstawowych;
- racjonalnego wydatkowania środków publicznych na przeglądy techniczne i naprawy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej;
- wprowadzenia medycznych procedur radiologicznych dla badań diagnostycznych z wykorzystaniem tomografu komputerowego;
- podjęcia działań w celu wyeliminowania błędów w składanych sprawozdaniach;
- wprowadzenia jednolitych procedur ustalających kolejność dostępu do świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej;
- zapewnienia pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia;
- podjęcia działań w celu rozdzielenia świadczeń komercyjnych od tych finansowanych ze środków publicznych, w ramach umowy z OW NFZ, w zakresie badań tomografii komputerowej;
- wprowadzenia rozwiązań organizacyjnych zapobiegających wystąpieniu sytuacji wykorzystywania urzędzeń radiologicznych do badań płatnych, w przypadku których umowa o dofinansowanie ich zakupu wyklucza taką możliwość;
- dostosowania regulaminu organizacyjnego do faktycznej struktury organizacyjnej szpitala i przepisów ustawy o *działalności leczniczej*;
- uaktualnienia danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą celem odzwierciedlenia faktycznej struktury organizacyjnej oraz terminowego zgłaszania zmian danych objętych rejestrem;



## ZAŁĄCZNIKI

- zaprowadzenia ewidencji urządzeń radiologicznych, zgodnie z wymogiem określonym w art. 33j ustawy *Prawo atomowe*;
- zapewnienia zgodności zaciąganych zobowiązań i wydatków z Wieloletnią Prognozą Finansową Województwa Wielkopolskiego;
- przestrzegania limitów wydatków na zakupy inwestycyjne określone w planach inwestycyjnych jednostki i zasięgania opinii Rady Społecznej w przypadku dokonania zmian w tych planach;
- podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie przypadków zaciągania zobowiązań oraz dokonywania wydatków w sposób naruszający przepisy ustawy *o finansach publicznych*;
- rzetelnego sporządzania protokołów przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówień publicznych;
- uwzględniania w planie zamówień publicznych wszystkich prowadzonych postępowań;
- terminowego przekazywania do publikacji Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej ogłoszeń o udzieleniu zamówienia zawierających informację o wynikach postępowania;
- terminowego przedstawiania sprawozdań z wykorzystania dotacji uzyskiwanych z instytucji zewnętrznych;
- właściwego zabezpieczenia okablowań zasilających lub sterujących wysokospecjalistyczną aparaturą medyczną, zlokalizowanych w piwnicach i rozważenie zasadności dokonania takiego zabezpieczenia w pozostałych pomieszczeniach;
- podjęcia działań, mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanej, trwającej ponad 24 godziny pracy lekarzy;
- poinformowania Ministra Zdrowia o wygenerowaniu dochodu z tytułu udzielenia odpłatnych świadczeń, z wykorzystaniem aparatu RTG zakupionego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, w wysokości 5014,03 zł, w celu uzgodnienia dalszego postępowania;
- podjęcia działań w celu ustalenia zakresu odpowiedzialności Inwestora Zastępczego, w związku z naliczeniem Szpitalowi korekty finansowej, obniżającej dofinansowanie.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków wynika, że według stanu na dzień 11 lutego 2022 r. z 62 wszystkich sformułowanych wniosków pokontrolnych 43 zostało zrealizowane, 18 było w trakcie realizacji, a jeden był niezrealizowany.

Do jednego wystąpienia pokontrolnego, skierowanego do Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej, wpłynęło jedno zastrzeżenie, które zostało oddalone przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w NIK.

Finansowe skutki nieprawidłowości wyniosły łącznie 17 269,6 tys. zł, w tym:

- 1) 14 400,6 tys. zł – kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, w tym:
  - 11 442,3 tys. zł – podmioty lecznicze udzielały zamówień na świadczenia zdrowotne bez przeprowadzenia wymaganych konkursów ofert, w sytuacji, gdy wartość tych zamówień przekroczyła wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 tys. euro, czym naruszono art. 26 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*,

Finansowe rezultaty kontroli

## ZAŁĄCZNIKI

- 2238,3 tys. zł – kwota wydatkowanych środków publicznych na zakup dwóch wysokospecjalistycznych urządzeń medycznych w wysokości wyższej, niż przewidziane w aktualnym planie inwestycyjnym na ten cel oraz bez uzyskania poprzedzającej te wydatki akceptacji Rady Społecznej Szpitala,
  - 720,0 tys. zł – kwota nieujętej w planie finansowym dotacji na zakup aparatu RTG, przyznanej z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, wbrew obowiązкови wynikającemu z art. 31 pkt 2 ustawy *o finansach publicznych*; a następnie zaciągnięcie zobowiązania do wydatkowania tej kwoty poprzez podpisanie umowy i jej wydatkowanie, czym naruszono art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy *o finansach publicznych*;
- 2) 1322,7 tys. zł – kwota uszczuplenia środków lub aktywów, w tym:
- 169,5 tys. zł – kwota zwiększonych kosztów realizacji projektu wynikające z korekty finansowej, którą nałożyła Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Podlaskiego, za naruszenie ustawy Pzp podczas postępowania w sprawie o udzielenie zamówienia publicznego,
  - 169,5 tys. zł – kwota odszkodowania, o jaką mógł wystąpić Szpital od wykonawcy Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za korektę finansową nałożoną za zapisy zawarte w SIWZ,
  - 983,8 tys. zł – uszkodzenie angiografu z winy Szpitala wskutek niezabezpieczenia okablowania (wyceniony koszt naprawy);
- 3) 6,3 tys. zł – kwoty nienależnie uzyskane – przychody z tytułu komercyjnego wykorzystania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, wbrew postanowieniom umowy o dofinansowanie;
- 4) 1540,1 tys. zł – kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, w tym:
- 1481,2 tys. zł – kwota zakupu dwupłaszczyznowego angiografu cyfrowego, który nie był wykorzystywany do udzielania świadczeń i do dnia zakończenia czynności kontrolnych (tj. ponad dziewięć miesięcy od dostawy) nie został zainstalowany,
  - 58,9 tys. zł – z tytułu ponoszonych kosztów na: wynagrodzenia osób zatrudnionych do obsługi Pracowni Angiografii w okresie zawieszenia jej działalności oraz naprawę i zapewnienie bieżących testów eksploatacyjnych aparatu RTG, który nie był wykorzystywany do udzielania świadczeń.

### Wykaz jednostek kontrolowanych

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) oraz sześć Delegatur NIK: w Białymstoku, Katowicach, Kielcach, Poznaniu, Warszawie i we Wrocławiu. Departament Zdrowia przeprowadził dwie kontrole a sześć Delegatur NIK przeprowadziło łącznie 15 kontroli.



## ZAŁĄCZNIKI

| Lp. | Nazwa jednostki kontrolowanej  | Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej            | Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę |
|-----|--|---|---|
| 1.  | Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie   | gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak<br>Dyrektor | Departament Zdrowia                                   |
| 2.  | Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie  | Jarosław Rosłon<br>Dyrektor                                   |   |
| 3.  | Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem   | Bożena Grotowicz<br>Dyrektor                                  | Delegatura NIK w Białymstoku                          |
| 4.  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku  | dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski<br>Dyrektor            |   |
| 5.  | Szpital Ogólny im. dr. Witolda Gineła w Grajewie   | Sebastian Wysocki<br>Dyrektor                                 |   |
| 6.  | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach (dawniej Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach) | prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski<br>Dyrektor        | Delegatura NIK w Katowicach                           |
| 7.  | Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej  | Lech Wędrychowicz<br>Dyrektor                                 |   |
| 8.  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  | Youssef Sleiman<br>Dyrektor                                   | Delegatura NIK w Kielcach                             |
| 9.  | Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach   | prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź<br>Dyrektor             |   |
| 10. | Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu  | prof. dr hab. Julian Malicki<br>Dyrektor                      | Delegatura NIK w Poznaniu                             |
| 11. | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach   | Remigiusz Pawelczak<br>Dyrektor Naczelny                      |   |
| 12. | Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie  | Grzegorz Sieńczewski<br>Dyrektor                              |   |
| 13. | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim   | Krystyna Płukis<br>Dyrektor                                   | Delegatura NIK w Warszawie                            |
| 14. | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej   | Artur Wnuk<br>Dyrektor  |   |
| 15. | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu   | Grzegorz Magnuszewski<br>Dyrektor                             |   |
| 16. | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu  | prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz<br>Dyrektor                 | Delegatura NIK we Wrocławiu                           |
| 17. | Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  | dr hab. n. med. Adam Maciejczyk<br>Dyrektor                   |   |

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

### Obowiązki państwa w zakresie ochrony zdrowia

Stosownie do art. 68 ust. 1–2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.<sup>58</sup> każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Państwo realizuje ten obowiązek, organizując system ochrony zdrowia. Polski system opieki zdrowotnej został oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa *o świadczeniach opieki zdrowotnej*, która określa m.in. warunki i zakres udzielania świadczeń oraz zasady i tryb ich finansowania.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*).

### Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*, świadczeniobiorcy 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 ograniczanie.

Na podstawie art. 31 d ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej* Minister Zdrowia wydaje rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13 tej ustawy, wraz z określeniem poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego oraz warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

### Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w harmonogramem<sup>59</sup>, stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawierającym wykaz informacji dotyczących m.in. dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy (§ 6 ust. 1 załącznika do *rozporządzenia w sprawie OWU*).

### Funkcjonowanie podmiotów leczniczych

W ustawie *o działalności leczniczej*, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność

<sup>58</sup> Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

<sup>59</sup> Definicja harmonogramu zawarta została w § 1 pkt 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia w sprawie OWU.

## ZAŁĄCZNIKI

lecniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy o *działalności leczniczej*).

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

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

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 2, 4 i 7 tej ustawy, w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się: cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, a także warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny świadczeniodawcy, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy o *działalności leczniczej*.

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej*, Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zwane dalej: OWU), które stanowią załącznik do tego rozporządzenia.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

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

Jak stanowi § 3 ust. 2 OWU świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności. Świadczeniodawca jest także obowiązany, na podstawie § 3 ust. 4 OWU, podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń. Zgodnie z § 4 OWU, świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione, lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

Zgodnie z § 7 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o *świadczeniach opieki zdro-*

wotnej, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 tej ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny ze stosownymi certyfikatami, atestami lub innymi dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumentami potwierdzającymi dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

### Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Podstawą finansowania większości świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest umowa NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą umową świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub pozostawania w gotowości do ich udzielania przez cały czas trwania stosunku prawnego (okres obowiązywania umowy). Wyrazem tego są również obowiązki świadczeniodawcy, wśród których jednym z istotniejszych jest zapewnienie świadczeniobiorcom stałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem i planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 OWU).

### Warunki realizacji świadczeń

Warunki realizacji świadczeń radiologicznych, ultrasonograficznych, tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego oraz innych świadczeń diagnostycznych zostały określone w załącznikach do rozporządzenia w sprawie świadczeń AOS (zał. 2 i 3 cz. IV–IX) oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego (zał. 3, 3a, 4).

Warunki realizacji programu profilaktyki raka piersi zostały określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych<sup>60</sup>.

### Ocena wniosków inwestycyjnych

W latach 2016–2018 ocena wniosków inwestycyjnych realizowana w ramach systemu IOWISZ dotyczyła:

- działalności leczniczej w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli chodzi o pozyskanie środków unijnych;
- działalności w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kontekście kryteriów oceny ofert, gdzie w przypadku inwestycji podlegały ocenie tylko te o wartości przewyższającej odpowiednio trzy i dwa mln złotych, w okresie dwóch lat.

Za pośrednictwem systemu można było dokonać wstępnej samooceny przygotowywanej inwestycji. Ocena celowości inwestycji obejmowała badanie jej zgodności, z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, mapami potrzeb zdrowotnych, a także priorytetami zdrowotnymi i rozwojowymi na poziomie kraju oraz jej wpływu na dotychczas niezaspokojone potrzeby zdrowotne. Pozytywna opinia o celowości inwestycji była warunkiem koniecznym w uzyskaniu współfinansowania ze środków europejskich dla projektu inwestycyjnego w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W rozporządzeniu określono m.in. 34 kryteria brane pod uwagę przy ocenie wniosków, wraz z przypisanymi im wagami

<sup>60</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 2209.

oraz minimalną ilość punktów potrzebnych do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. W formularzu przypisano poszczególnym kryteriom wagi od 0,2 do 1,0. W przypadku 12 kryteriów, wagi wynosiły od 0,2 do 0,5.

W dniu 13 lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z dnia 12 kwietnia 2018 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>61</sup> oraz dwa akty wykonawcze do ww. ustawy<sup>62</sup>. Nowe akty wykonawcze rozróżniły tzw. „inwestycje odtworzeniowe”, które nie skutkowały zmianą zakresu udzielanych świadczeń, od pozostałych inwestycji, których celem była zmiana zakresu świadczonych usług medycznych.

Ustawa z 10 grudnia 2020 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>63</sup> dokonała kolejnej modyfikacji procesu oceny inwestycji. Najważniejsze zmiany to:

- rozszerzenie kręgu podmiotów leczniczych, dla których pozytywna opinia o celowości inwestycji (OCI) będzie warunkiem jej dofinansowania ze środków publicznych oraz uzyskania kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ;
- zniesienie konieczności ubiegania się o OCI w przypadku drobnych inwestycji – nieprzekraczających 2 mln zł; uznano, że takie inwestycje w małym stopniu wpływają na rozwój rynku usług medycznych;
- dla przedsięwzięć przekraczających 50 mln zł (np. budowa szpitala) wydanie OCI będzie poprzedzone dodatkową oceną Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych działającą przy Ministrze Zdrowia (w skład Komisji wejdzie po jednym przedstawicielu wskazanym przez szefa KPRM i prezesa NFZ oraz ministrów: finansów, rozwoju regionalnego i zdrowia).

Z dniem 6 lutego 2021 r. weszły w życie nowe akty wykonawcze dotyczące formularzy IOWISZ<sup>64</sup>. Uproszczono formularz wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji. Wniosek i jego ocena mają dotyczyć całości inwestycji, a nie jak dotychczas jej poszczególnych elementów.

Podmioty, o których mowa w art. 95e ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej* występują z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego

<sup>61</sup> Dz. U. poz. 1128.

<sup>62</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347, uchylony z dniem 1 stycznia 2021 r.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348, uchylony z dniem 1 stycznia 2021 r.).

<sup>63</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 2345.

<sup>64</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 249, uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 252, uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r.).



do spraw zdrowia, zwanego dalej „organem wydającym opinię”, o wydanie opinii o celowości inwestycji (OCI):

- 1) polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,
- 2) innej niż inwestycja określona w pkt 1, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami określonymi w art. 95d ust. 1 oraz ust. 1a–1e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł.

Przepisów art. 95d ust. 1–1c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie stosuje się w przypadku inwestycji, która będzie realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja będzie realizowana na potrzeby określone w art. 95d ust. 1d tej ustawy.

Opinii o celowości inwestycji nie wydaje się w odniesieniu do: szpitalnego oddziału ratunkowego, szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci oraz podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy o działalności leczniczej.

Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (zwana dalej *Komisją Oceny Wniosków*), która jest organem opiniodawczo-doradczym tego ministra. Do zakresu obowiązków Komisji Oceny Wniosków należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosku dotyczącego inwestycji, której wartość kosztorysowa na dzień jego złożenia przekracza 50 mln zł.

Uprawnione do złożenia wniosku są podmioty: wykonujące działalność leczniczą, zamierzające wykonywać działalność leczniczą lub zamierzające utworzyć podmiot leczniczy. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej składa się do organu wydającego opinię, w postaci elektronicznej.

Zgodnie z art. 95e ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej złożenie wniosku o wydanie opinii, podlega opłacie w wysokości 4 tys. zł. Opłata stanowi przychód Funduszu Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym<sup>65</sup>.

Wniosek o wydanie opinii, składa się do organu wydającego opinię za pośrednictwem Systemu IOWISZ; rozpatrywane są zgodnie z kolejnością ich wpływu. W przypadku braków formalnych, organ wzywa do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. Wojewoda wydaje opinię w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Zgodnie z art. 95ga ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, pozytywna opinia o celowości inwestycji, jest ważna trzy lata od dnia jej wydania.

<sup>65</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1875.

Podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu (art. 95i ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*) do Ministra Zdrowia za pośrednictwem wojewody w terminie 14 dni od dnia doręczenia negatywnej opinii. Minister Zdrowia rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia. W terminie 14 dni, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, na pozytywną. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu Ministrowi Zdrowia.

Wyroby medyczne, do których zalicza się wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną, podlegają przeglądom określonym przez ich producenta, który wskazuje zarówno częstotliwość wymaganych przeglądów, jak i podmioty uprawnione do ich wykonywania. Przeglądy wymagane przez producenta (wytwórcę, importera, dystrybutora), mogą być wykonywane przez użytkownika, bądź też na warunkach określonych przez producenta (wytwórcę, importera, dystrybutora), przez podmioty przez niego wskazane. Wykonywanie przeglądów jest niezbędne dla zachowania uprawnień gwarancyjnych, jednak sam fakt, iż urządzenie jest na gwarancji nie zwalnia z wykonania przeglądu. Ustalenie, czy do danego urządzenia wytwórca, importer lub dystrybutor wymaga wykonywania okresowych przeglądów i na jakich warunkach, dokonywane jest na podstawie dokumentów dostarczonych odbiorcy wraz z urządzeniem.

Wyroby medyczne

Zgodnie z art. 90 ust. 6 ustawy *o wyrobach medycznych*, świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu. Przepisy nie narzucają formy takiej dokumentacji, może więc być ona ustalona przez producenta (wytwórcę, importera).

Dokumentacja techniczna wyrobu medycznego nazywana jest jego paszportem technicznym. Osoby wykonujące przeglądy techniczne sprzętu medycznego zobowiązane są do wykonywania aktualnych wpisów. W paszporcie znajdują się m.in. podstawowe dane i parametry pracy urządzenia oraz uwagi dotyczące jego obsługi. Przy każdym przeglądzie, serwisie, naprawie, kalibrowaniu itp., przeprowadzający usługę musi uzupełnić w paszporcie datę jej wykonania, swoją nazwę, a także opis wykonanych czynności i uwagi dotyczące danej aparatury (zawsze, aż do końca okresu ich użytkowania). Paszport techniczny urządzenia medycznego musi być przechowywany co najmniej przez pięć lat od dnia, w którym dane urządzenie przestało być używane.

Urządzenia radiologiczne oraz urządzenia pomocnicze stosowane w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie, z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej oraz radioterapii, podlegają kontroli ich parametrów fizycznych (art. 331 ustawy *Prawo atomowe*). Kontrola ta obejmuje wykonywanie testów: odbiorczych i eksploatacyjnych. Testy eksploatacyjne dzielą się na podstawowe i specjalistyczne. Zgodnie z art. 331 ust. 4 ustawy

Kontrola parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych



*Prawo atomowe* niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych w przypadku, gdy nie zostały wykonane testy (odbiorcze i eksploatacyjne), gdy testy eksploatacyjne nie są wykonywane z określoną częstotliwością lub uzyskane wyniki tych testów przekraczają dopuszczalne odchylenia badanych fizycznych parametrów urządzeń.

Testy odbiorcze urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych są wykonywane niezwłocznie po ich instalacji oraz naprawie przeprowadzonej w zakresie, który może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu lub na dawkę, jaką otrzymuje pacjent. Wykonują je osoby upoważnione przez kierownika jednostki ochrony zdrowia, przy udziale przedstawicieli odpowiednio dostawcy lub podmiotu uprawnionego do instalowania, uruchamiania lub obsługi tych urządzeń (art. 331 ust. 7 ustawy *Prawo atomowe*).

Testy podstawowe są wykonywane przez osoby upoważnione przez kierownika jednostki ochrony zdrowia do obsługi urządzeń radiologicznych. Testy eksploatacyjne oraz testy specjalistyczne w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie, z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub medycyny nuklearnej, są wykonywane przez podmiot, który ma akredytację w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. *o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku*<sup>66</sup> i specjalistę w dziedzinie fizyki medycznej lub specjalistę w dziedzinie inżynierii medycznej, zatrudnionych w jednostce ochrony zdrowia, w której są wykonywane testy. Testy te mogą wykonywać również osoby zatrudnione w jednostce ochrony zdrowia i upoważnione przez jej kierownika do obsługi urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych, w zakresie określonym w upoważnieniu, pod nadzorem specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej, zatrudnionych w tej jednostce ochrony zdrowia.

Zasady i częstotliwość wykonywania kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych nad przestrzeganiem wymogów ochrony radiologicznej pacjenta zostały określone w Załączniku nr 6 do *rozporządzenia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego*<sup>67</sup>. Z kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych wykonujący kontrolę sporządza protokół wyników testów, który jest przechowywany przez okres nie krótszy niż 10 lat.

### Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne

Powierzenie realizacji świadczeń zdrowotnych innym podmiotom zostało wyłączone z obowiązku stosowania przepisów zamówień publicznych (art. 26 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*), a zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej* przewidziano dla tych zamówień procedurę konkursu ofert. W art. 26 ust. 1 i 2 ustawy określono warunki do udzielania zamówień, z których wynika, że przyjmującym zamówienie może być podmiot leczniczy lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określo-

<sup>66</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 514, ze zm.

<sup>67</sup> Vide: przypis nr 56.

nej dziedzinie medycyny (w tym grupowej praktyki zawodowej). Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Nie każde zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga przeprowadzenia konkursu ofert. Stosowanie procedury konkursowej zawężone zostało tylko do tych zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, których wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro (art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej). Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie netto przyjmującego zamówienie, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością (art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Jednocześnie wprowadzony został zakaz dzielenia zamówienia na części lub zaniżania jego wartości w celu uniknięcia procedury konkursowej (art. 26a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej). Ominięciu procedury nie może również służyć wybór podstawy ustalenia wartości zamówienia świadczeń powtarzających się okresowo (art. 26 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej). Ustalenia wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż trzy miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia (art. 26a ust. 8 ustawy o działalności leczniczej). Sposób przeprowadzenia konkursu reguluje art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy udzielającym i przyjmującym zamówienie, którą zawiera się na piśmie na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony, co do zasady nie krótszy niż trzy miesiące (art. 27 ust. 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej). Art. 27 ust. 4 tej ustawy wskazuje obligatoryjne elementy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>68</sup>. Umowa winna również zawierać, jeżeli strony dopuszczą taką możliwość, postanowienia dotyczące możliwości przeniesienia praw i obowiązków przyjmującego zamówienie wynikających z umowy na osobę trzecią (art. 27 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej).

Postanowienia ograniczające prawo do swobodnych zmian warunków umowy (art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej) zawierają przepis, który każe uznać za nieważną „zmianę postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie, której

<sup>68</sup> [1] określenie zakresu świadczeń zdrowotnych; [2] określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin ich udzielania; [3] minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych; [4] przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzonej przez udzielającego zamówienia; [5] określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości; [6] ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności; [7] ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia; [8] postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia; [9] zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy”.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta, z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia oraz bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy (art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej).

**Dokumentacja medyczna** Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w art. 24–30a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w art. 11, 13a, 13b i 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>69</sup>, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>70</sup>. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. jednak podmioty lecznicze mogły prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami tego rozporządzenia do dnia 31 grudnia 2020 r.

Zgodnie z treścią § 1, uchylonego rozporządzenia, dokumentacja medyczna mogła być prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej. Dokumentacja zbiorcza to dokumentacja dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (§ 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej). Dokumentacja indywidualna dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych; obejmuje dokumentację indywidualną wewnętrzną (np. historia choroby) i zewnętrzną (np. skierowanie do szpitala, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie). W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (§ 2 ust. 1 pkt 1, ust. 2 i 4 pkt 1–2, ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Z dniem 15 kwietnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>71</sup>.

Zgodnie z § 1 ust. 1–3 rozporządzenia, dokumentację medyczną – w postaci elektronicznej – prowadzi podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis

<sup>69</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm., zwana dalej ustawą o systemie informacji.

<sup>70</sup> Dz. U. poz. 2069.

<sup>71</sup> Dz. U. poz. 666, ze zm.

rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Elektroniczna dokumentacja medyczna – zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy *o systemie informacji*, to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w tym:

- a) dokumentacja medyczna określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. *w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej*<sup>72</sup> (w tym, opis badań diagnostycznych, np. diagnostyki obrazowej);
- b) skierowania wystawiane na świadczenia opieki zdrowotnej, których wykaz określony został w *rozporządzeniu w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej* (m.in. skierowania na leczenie w szpitalu finansowane ze środków publicznych, skierowania na badania finansowane ze środków publicznych: echokardiograficzne płodu, endoskopowe przewodu pokarmowego, rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej i medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych, oraz ze środków innych niż środki publiczne).

Elektroniczna dokumentacja medyczna musi być tworzona i udostępniana z wykorzystaniem Platformy P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych).

Stan epidemii SARS-CoV-2 wprowadzony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. *w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii*<sup>73</sup> od 20 marca 2020 r. do odwołania.

Zgodnie z art. 2 pkt 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*<sup>74</sup>, stan epidemii oznacza sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Ustawa o *zwalczaniu zakażeń* określa między innymi zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zadania organów administracji publicznej dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zamówienia publiczne, których przedmiotem są towary lub usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, były możliwe bez stosowania przepisów *Prawa zamówień publicznych*, jeżeli zachodziło wysokie praw-

Elektroniczna dokumentacja medyczna

Stan epidemii

Kluczowe przepisy tarcz antykryzysowych dotyczące zamówień publicznych

<sup>72</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1153.

<sup>73</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 491, ze zm.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, ze zm., zwana dalej ustawą o *zwalczaniu zakażeń*.

dopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego (art. 6 i 6a ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych<sup>75</sup>, obowiązujące odpowiednio od 3 marca do 4 września 2020 r. oraz od 29 listopada 2020 r.).

O niezbędności tych zamówień można mówić w sytuacji, gdy dostawy lub usługi były niezbędne do realizacji celów wymienionych w art. 2 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19. Wyłączenie było w szczególności możliwe w zakresie zamówień na zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, czy preparatów do dezynfekcji<sup>76</sup>, jak również do zamówień publicznych, których przedmiotem były dostawy sprzętu IT, czy też usługi z tego zakresu<sup>77</sup>. Zamawiający nie powinien przedmiotowego wyłączenia stosować „automatycznie”, a każda jego decyzja o niestosowaniu Prawa zamówień publicznych na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19 wymagała uprzedniej analizy konkretnego stanu faktycznego pod kątem spełnienia przesłanek wskazanych w tym przepisie.

Zamawiający, w terminie 7 dni od dnia udzielenia zamówienia zamieszcza w Biuletynie Zamówień Publicznych informację o udzieleniu tego zamówienia, w której podaje: nazwę (firmę) i adres siedziby zamawiającego; datę i miejsce zawarcia umowy lub informację o zawarciu umowy drogą elektroniczną; opis przedmiotu umowy, z wyszczególnieniem odpowiednio ilości rzeczy lub innych dóbr oraz zakresu usług; cenę albo cenę maksymalną, jeżeli cena nie jest znana w chwili zamieszczenia ogłoszenia; wskazanie okoliczności faktycznych uzasadniających udzielenie zamówienia bez zastosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – *Prawo zamówień publicznych*<sup>78</sup>; oraz nazwę (firmę) podmiotu albo imię i nazwisko osoby, z którymi została zawarta umowa.

Do zamówień dotyczących inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie stosuje się warunku uzyskania opinii o celowości inwestycji (art. 6 ust. 3 ustawy o zwalczaniu COVID-19). Zamawiający, w terminie 14 dni od dnia udzielenia zamówienia zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej, a jeżeli jej nie posiada, na swojej stronie internetowej, informację o udzieleniu zamówienia, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko

<sup>75</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm., zwana dalej ustawą o zwalczaniu COVID-19.

<sup>76</sup> Źródło: <https://www.uzp.gov.pl/zamowienia-covid-19/komunikat-w-sprawie-art.-6-tzw.-ustawy-o-covid-19> [dostęp 30.06.2021 r.].

<sup>77</sup> UZP wskazuje, że art. 6 ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19 mógł być zastosowany do zamówień publicznych, których przedmiotem jest wyposażenie stanowisk pracy zdalnej, o której mowa w art. 3 ustawy o COVID (np. zakup laptopów, telefonów) czy też dostosowanie infrastruktury informatycznej zamawiającego w celu wprowadzenia i wykonywania takiej pracy.

<sup>78</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm., obowiązująca od 1 stycznia 2021 r. Uprzednio obowiązywała ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), która została uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r.



podmiotu, z którym zawarł umowę o wykonanie zamówienia (art. 6 ust. 4 ustawy o zwalczaniu COVID-19).

Ustawa Pzp utraciła moc z dniem 1 stycznia 2021 r., tj. w dniu, w którym weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, dalej: nowa ustawa Pzp (art. 89 w zw. z art. 109 ustawy z dnia 11 września 2019 r. *Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo zamówień publicznych*<sup>79</sup>, zwana dalej: ustawą wprowadzającą nową ustawę Pzp). Do umów w sprawie zamówienia publicznego oraz umów ramowych, o których mowa w ustawie Pzp zawartych przed dniem 1 stycznia 2021 r. oraz po dniu 31 grudnia 2020 r. w następstwie postępowań o udzielenie zamówienia wszczętych przed dniem 1 stycznia 2021 r., stosuje się przepisy dotychczasowe (art. 91 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy wprowadzającej nową ustawę Pzp). W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących stosowania ustawy Pzp, w szczególności w kontekście naruszenia dyscypliny finansów publicznych należy mieć na uwadze nowe (obowiązujące od 1 stycznia 2021 r.) regulacje zawarte w nowej ustawie Pzp oraz ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. *o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych*<sup>80</sup>. Zgodnie bowiem z art. 24 ust. 1 ustawy *o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych* jeżeli w czasie orzekania w sprawie o naruszenie dyscypliny finansów publicznych obowiązuje ustawa inna niż w czasie popełnienia tego naruszenia, stosuje się ustawę nową, z tym że należy stosować ustawę obowiązującą w czasie popełnienia naruszenia, jeżeli jest ona względniejsza dla sprawcy.

Uchylenie ustawy Pzp z dniem 1 stycznia 2021 r. w kontekście przedmiotowej kontroli

<sup>79</sup> Dz. U. poz. 2020, ze zm.

<sup>80</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 289, ze zm.



### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.).
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).
9. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941).
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 289, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r.
15. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, ze zm.).
17. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.).
18. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567, ze zm.).

## ZAŁĄCZNIKI

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 390, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 884).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, ze zm.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (Dz. U. poz. 711, ze zm.).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1153).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605).
31. 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, ze zm.), uchylone z dniem 21 września 2021 r.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą

- na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1725).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1890).
  34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz. U. poz. 1539), uchylone z dniem 13 lipca 2018 r.
  35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347), uchylone z dniem 1 stycznia 2021 r.
  36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 252), uchylone z dniem 1 stycznia 2022 r.
  37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2487).
  38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348), uchylone z dniem 1 stycznia 2021 r.
  39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 249), uchylone z dniem 1 stycznia 2022 r.
  40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2488).
  41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach (Dz. U. poz. 895).

#### 6.4. Wykaz sprzętu zakwalifikowanego do wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

| Wyszczególnienie aparatury medycznej<br>(o wartości początkowej powyżej 100 tys. zł) |   |
|--|---|
| Sprzęt pracowni diagnostycznych  |   |
| Medycyna nuklearna   |   |
| 1.   | Gammakamera   |
| 2.   | PET-CT  |
| 3.   | PET-MR  |
| Radioterapia   |   |
| 4.   | Akcelerator/przyspieszacz/liniowy                         |
| 5.   | Aparat do brachyterapii/bezpośredniej/                    |
| 6.   | Aparat kobaltowy GAMMAKNIFE                               |
| 7.   | Medyczny akcelerator CYBERKNIFE                           |
| Diagnostyka obrazowa   |   |
| 8.   | Tomograf komputerowy                                      |
| 9.   | Rezonans magnetyczny                                      |
| 10.  | Mammograf   |
| 11.  | Aparat USG do oceny przepływów mózgowych                  |
| 12.  | Stacjonarny aparat RTG                                    |
| Pracownie badań czynnościowych   |   |
| 13.  | Echokardiograf  |
| 14.  | Elektroencefalograf                                       |
| 15.  | Elektromiograf  |
| Sprzęt zabiegowo-diagnostyczny   |   |
| Aparatura operacyjna i śródoperacyjna  |   |
| 16.  | Mobilny tomograf komputerowy                              |
| 17.  | Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia |
| 18.  | Aparat rentgenowski do radioterapii śródoperacyjnej       |
| Litotrypter  |   |
| 19.  | Litotrypter   |
| Aparatura hemodynamiczna   |   |
| 20.  | Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy                      |
| 21.  | Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy                        |
| Sprzęt robotyczny  |   |
| 22.  | System da Vinci   |

### **6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
9. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Wojewodowie
13. Marszałkowie województw

## 6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 28 marca 2022

NKM.07.3.2022.8.KCZ

**Pan**  
**Marian Banaś**  
**Prezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**

**Szanowny Panie Prezesie,**

w odpowiedzi na pismo z dnia 9 marca 2022 r. o znaku: KZD.430.008.2021, przy którym została przekazana Informacja Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/21/057 *Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych*, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Na wstępie uprzejmie informuję, że przyjęta do kontroli grupa podmiotów leczniczych jest zbyt mała, aby mogła stanowić podstawę do formułowania wniosków o charakterze ogólnym. Jednostkowe przypadki nieprawidłowości nie świadczą bowiem o problemie systemowym, tym bardziej, że w znacznej części kontrolowanych podmiotów nie stwierdzono żadnych uchybień.

### **1) Cześć 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia.**

W odniesieniu do ww. wniosku o „*przyspieszenie zakwalifikowania do grupy świadczeń gwarantowanych wybranych wskazań leczenia z wykorzystaniem chirurgii robotowej, co przyspieszy także rozwój medycyny robotycznej w Polsce*”, uprzejmie informuję, iż ww. wniosek został już częściowo zrealizowany, poprzez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń



gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>1</sup>, na mocy którego do wykazu świadczeń gwarantowanych (czyli finansowanych ze środków publicznych) dodano leczenie nowotworu gruczołu krokowego z wykorzystaniem systemu robotowego. Wskazane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. Zostało to również podniesione w Informacji NIK na stronie 35, w akapicie drugim.

## **2) Część 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia.**

W odniesieniu do ww. wniosku o „przygotowanie rozwiązań w skali całego systemu ochrony zdrowia, zapewniających efektywne wykorzystanie sprzętu medycznego zakupionego ze środków publicznych, także wprowadzenie wymogu zamieszczania we wszystkich wnioskach i umowach o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej planowanych do wykonania wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń”, w zakresie części dotyczącej „zamieszczania we wszystkich wnioskach i umowach o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej planowanych do wykonania wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń”, uprzejmie informuję, że nie jest możliwe określenie ww. wskaźników z uwagi na fakt, że wartość wskaźnika jest zależna od wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia zawartego przez poszczególny podmiot. Określenie wskaźnika do każdej umowy znacznie wydłużyłoby czas procedowania wniosków oraz wymagałoby corocznej aktualizacji wskaźnika w odniesieniu do wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto należy zaznaczyć, że realizatorzy wszystkich zawartych umów w ramach programów polityki zdrowotnej i programów wieloletnich (o charakterze nie inwestycyjnym) zobowiązani są do przekazywania corocznej informacji na temat udzielonych świadczeń na zakupionym w ramach umowy o dofinansowanie sprzęcie. Dodatkowo w zawieranych umowach zawarte są zapisy dotyczące obostrzeń wykorzystania sprzętu przez 5 lat wyłącznie w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ponadto informuję, że w ramach umów zawieranych ze środków budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz umów zawieranych w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 nie jest możliwe określenie proponowanych wskaźników z uwagi na zależność wartości wskaźnika od wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia zawartego przez dany podmiot. Dodatkowo zmiany kontraktów miałyby znaczący wpływ na wykonanie wskaźnika określonego w umowach. Reasumując konieczność określania

---

<sup>1</sup> Dz. U. poz. 245.

wskaźnika do każdej umowy znacznie wydłużyłaby czas procedowania wniosków oraz wymagałaby corocznej aktualizacji wskaźnika w odniesieniu do wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednocześnie wyjaśniam, że do każdej umowy na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 jest przypisany zamknięty katalog wskaźników obowiązkowych wykonania rzeczowego (obejmujący wskaźniki produktu i rezultatu). W ramach tego katalogu uzgodnionego z Komisją Europejską do każdej zawieranej przez Ministra Zdrowia umowy o dofinansowanie przypisuje się wyłącznie te wskaźniki, której dotyczą danego projektu. Przedmiotowy katalog nie obejmuje wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń.

### **3) Część 4. Wnioski, wniosek nr 3 do Ministra Zdrowia.**

W odniesieniu do ww. wniosku o „*wykorzystanie danych gromadzonych w ramach systemu statystyki w ochronie zdrowia oraz map potrzeb zdrowotnych, przy dokonywaniu oceny zasadności zakupu aparatury oraz rozdysponowywaniu środków na zakupy inwestycyjne, w celu efektywnego wydatkowania środków publicznych*”, uprzejmie informuję, iż konieczne byłoby doprecyzowanie jakie dane gromadzone w ramach systemu statystyki w ochronie zdrowia należy wykorzystywać przy dokonywaniu oceny zasadności zakupu aparatury oraz rozdysponowywaniu środków na zakupy inwestycyjne, w celu efektywnego wydatkowania środków publicznych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji jest niezbędne w przypadku wniosku składanego przez podmioty określone w art. 95e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup>, którego wartość zakupu ogółem przekracza 2 000 000 zł. Z powyższego obowiązku wyłączone są jednostki określone w art. 95d ust. 2 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. szpitalny oddział ratunkowy, szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci, podmiot leczniczy prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>3</sup>). W świetle powyższego przepisu wszystkie podmioty lecznicze, które są zobligowane do posiadania pozytywnej opinii o celowości

---

<sup>2</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 633

inwestycji, przedkładają ww. dokument jako niezbędny załącznik do wniosku o dofinansowanie.

**4) Cześć 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 19, stwierdzenie: „Często wnioski składane do instytucji zarządzających programami operacyjnym określały wskaźniki produktu oraz wskaźniki rezultatu dla całości projektu, bez określenia szczegółowych wskaźników dla poszczególnej aparatury medycznej”.**

Odnosząc się do powyższego, uprzejmie informuję, iż do każdej umowy na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 jest przypisany zamknięty katalog wskaźników obowiązkowych wykonania rzeczowego (obejmujący wskaźniki produktu i rezultatu). W ramach tego katalogu uzgodnionego z Komisją Europejską do każdej zawieranej przez Ministra Zdrowia umowy o dofinansowanie przypisuje się wyłącznie te wskaźniki, której dotyczą danego projektu. Przedmiotowy katalog nie obejmuje wskaźników badań/zabiegów, jako punkt odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń.

**5) Cześć 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 43, stwierdzenie: „W dwóch podmiotach (12%) stwierdzono wykonywanie odpłatnych świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, wbrew postanowieniom zawartych umów, na mocy których przyznano środki na jej zakup, które taką możliwość wykluczały.”** (dotyczy Szpitala Ogólnego im. Witolda Gineła w Grajewie oraz Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach).

Odnosząc się do powyższego, uprzejmie informuję, iż zapis dotyczący udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych widnieje w § 2 ust. 6 umowy nr 1/15/1/2015/38/430 zawartej ze Świętokrzyskim Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach, jednak zgodnie z jej zapisami: „w okresie trwania umowy oraz w okresie 5 lat po jej wygaśnięciu albo rozwiązaniu Zleceniodawca lub osoba przez niego upoważniona może przeprowadzić u Zleceniobiorcy kontrolę”. W chwili obecnej termin możliwej kontroli upłynął. Jednostka po raz ostatni przekazała informację o sposobie wykorzystania sprzętu w roku 2019 za rok 2018. Z informacji przekazanych przez jednostkę brak jest możliwości stwierdzenia, czy badania były przeprowadzane odpłatnie.

Ponadto uprzejmie informuję, iż zapis dotyczący udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych widnieje w § 4 ust. 5 umowy nr DOI/SO/COVID-19/2288/2020.730 zawartej 17 grudnia 2020 r. ze Szpitalem Ogólnym im. Witolda Gineła w Grajewie. Stosownie do § 3 ust. 3 pkt 1 ww. umowy, w przypadku nienależytego wykonania umowy, polegającego w szczególności na wykonaniu umowy w sposób sprzeczny z postanowieniami umownymi, w tym dokonanie niedozwolonych umową czynności wymienionych w § 5 ust. 4 lub ust. 5, Ministrowi przysługują kary umowne w wysokości 0,2% kwoty określonej w § 2 ust. 1. W wyniku przeprowadzonej kontroli Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Białymstoku – zgodnie z zaleceniami kontroli, jednostka poinformowała Ministerstwo Zdrowia o stwierdzonych nieprawidłowościach pismem z dnia 20 listopada 2021 r. W związku z powyższym wszczęta została procedura w zakresie dochodzenia kary umownej.

**6) Ustalenia zawarte na stronach: 8, 10-13, 18-21, 29-33 oraz 40-42 Informacji o wynikach kontroli.**

Należy zauważyć, iż Minister Zdrowia nie może odnieść się do zdecydowanej większości ustaleń/stwierdzeń znajdujących się w Informacji na ww. stronach z powodu braku szczegółowych informacji dotyczących nazw podmiotów leczniczych, nazw, numerów i dat zawarcia umów o dofinansowanie z tymi podmiotami oraz źródeł finansowania tych umów, jak również ich braku przyporządkowania do nieprawidłowości stwierdzonych w Informacji o wynikach kontroli. Powyższe uniemożliwia dalszą weryfikację i wyjaśnienie ustaleń w odniesieniu do poszczególnych podmiotów leczniczych objętych kontrolą.

***Z wyrazami szacunku***

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

## 6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
MARIAN BANAŚ

KZD.430.008.2021  
P/21/057

Warszawa, 19 kwietnia 2022 r.

### OPINIA

**Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia  
przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>  
do Informacji o wynikach kontroli *Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej  
w podmiotach leczniczych***

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje w całości wnioski systemowe zamieszczone w Informacji o wynikach kontroli P/21/057 *Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych*.

W odniesieniu do uwagi zamieszczonej we wstępie Stanowiska Ministra Zdrowia i dotyczącej niewystarczającej liczby podmiotów objętych kontrolą, Izba zwraca uwagę na powtarzalność stwierdzonych nieprawidłowości w skontrolowanych jednostkach. Wskazuje to, że dobór próby do badania był całkowicie wystarczający. Sformułowane wnioski mają służyć wypracowaniu mechanizmów skutecznego monitorowania efektywności wykorzystania wysokospecjalistycznej aparatury medycznej zakupionej ze środków publicznych.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentacji Ministra Zdrowia wskazującej na niemożność „zamieszczania we wszystkich wnioskach i umowach o dofinansowanie zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej planowanych do wykonania wskaźników/badań, jako punktu odniesienia dla monitorowania wykorzystania tych urządzeń”, gdyż „wartość tego wskaźnika zależy od wartości kontraktu zawartego pomiędzy podmiotem leczniczym a Narodowym Funduszem Zdrowia”. Przy podejmowaniu decyzji o alokacji środków w sektorze ochrony zdrowia konieczne jest posiadanie bieżących informacji m.in. o skali wykorzystania posiadanego dotychczas sprzętu medycznego.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w celu racjonalizacji inwestycji w ochronie zdrowia, zgodnie z potrzebami ludności, opracowano mapy potrzeb zdrowotnych oraz wdrożono tzw. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Efektywność wykorzystania inwestycji ocenianych przy zastosowaniu ww. Instrumentu również zależy w dużej mierze od skali finansowania świadczeń przez NFZ. Fakt ten nie stanowił przeszkody we wdrożeniu tych narzędzi. Wobec powyższego, argumenty przedstawione przez Ministra Zdrowia nie są przekonujące. Tym bardziej, że ustalenia niniejszej kontroli wskazują, że dotychczas funkcjonujący system zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej nie gwarantuje jej efektywnego wykorzystania, zgodnie z potrzebami ludności. Szczegółowa analiza danych, dokonana w toku kontroli przez NIK wskazuje bowiem, w odniesieniu do niektórych rodzajów sprzętu, na zmniejszającą się liczbę badań przypadających na jeden aparat.

Planowanie zakupów inwestycyjnych w systemie ochrony zdrowia, stanowi jedno z najtrudniejszych zadań w procesie zarządzania jednostkami należącymi do tego systemu. Decyzje podejmowane są bowiem na różnych szczeblach i przez różne podmioty. Wymaga to skoordynowanych działań planistycznych, zarówno na poziomie całego kraju, jak i poszczególnych regionów.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623.



## ZAŁĄCZNIKI

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjęła do wiadomości fakt zakwalifikowania do świadczeń gwarantowanych leczenia chirurgicznego nowotworu gruczołu krokowego z wykorzystaniem systemu robotowego, co zostało ujęte w informacji o wynikach kontroli i świadczy o częściowej realizacji jednego z wniosków. Wprowadzone zmiany przyczynią się do skrócenia czasu hospitalizacji pacjenta oraz zmniejszenia częstości występowania śródoperacyjnych i pooperacyjnych zdarzeń niepożądanych. Zasadnym jest jednak dalsze rozszerzanie zakresu wskazań do leczenia z wykorzystaniem chirurgii robotowej w celu pełnego wykorzystania zakupionej aparatury.

  
PREZES  
Najwyższej Izby Kontroli  
Marian Banaś