



KZD-4101-03/2012
Nr ewid. 3/2013/P12123/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**ZAKUP I WYKORZYSTANIE
APARATURY MEDYCZNEJ
WSPÓŁFINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW
REGIONALNYCH PROGRAMÓW OPERACYJNYCH**

1. WPROWADZENIE.....	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	10
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	10
2.2. Synteza wyników kontroli.....	10
2.3. Uwagi końcowe i wnioski.....	12
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI.....	14
3.1. Tworzenie warunków dla zapewnienia równego dostępu do badań diagnostycznych z wykorzystaniem aparatury medycznej.....	14
3.1.1. Minister Zdrowia.....	14
3.1.2. Jednostki samorządu terytorialnego.....	16
3.1.3. Instytucje Zarządzające RPO 2007–2013.....	18
3.2. Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej.....	23
3.2.1. Wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczną aparaturę medyczną przed otrzymaniem dofinansowania z UE.....	23
3.2.2. Planowanie zakupu aparatury przez podmioty lecznicze.....	24
3.2.3. Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej z udziałem środków z RPO 2007–2013.....	25
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI.....	34
4.1. Przygotowanie kontroli.....	34
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	34
5. ZAŁĄCZNIKI.....	37

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć¹

Alokacja 2007–2013	wysokość dofinansowania programów operacyjnych z budżetu UE.
Beneficjent	osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, realizująca projekty finansowane z budżetu państwa lub ze źródeł zagranicznych na podstawie decyzji lub umowy o dofinansowanie projektu ¹ .
Działanie	instrument pomocy wdrażający priorytet operacyjny w ramach programu operacyjnego, o odrębnym przeznaczeniu i zasadach realizacji; grupa projektów realizujących ten sam cel w ramach priorytetu programu operacyjnego.
Fundusze strukturalne	fundusze tworzone w budżecie Wspólnoty Europejskiej, umożliwiające pomoc w restrukturyzacji i modernizacji gospodarki krajów członkowskich drogą interwencji w kluczowych sektorach i regionach (poprawa struktury).
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego	fundusz wchodzący w skład funduszy strukturalnych, którego zadaniem jest zmniejszanie dysproporcji w poziomie rozwoju regionów należących do Unii Europejskiej.
Institucja Pośrednicząca (IP)	organ administracji publicznej lub inna jednostka sektora finansów publicznych, której została powierzona, w drodze porozumienia zawartego z instytucją zarządzającą, część zadań związanych z realizacją programu operacyjnego.
Institucja Wdrażająca (instytucja pośrednicząca II stopnia – IP II)	podmiot publiczny lub prywatny, któremu na podstawie porozumienia lub umowy została powierzona, w ramach programu operacyjnego, realizacja zadań odnoszących się bezpośrednio do beneficjentów; instytucja wdrażająca (instytucja pośrednicząca II stopnia) pełni również funkcję instytucji pośredniczącej w rozumieniu art. 2 pkt 6 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.
Institucja Zarządzająca (IZ)	w przypadku regionalnego programu operacyjnego zarząd województwa, odpowiedzialny za przygotowanie i realizację RPO.
Korekta finansowa	korekta przeprowadzana po wykryciu indywidualnych bądź systemowych nieprawidłowości. Polega na anulowaniu całości lub części finansowego wkładu Wspólnoty, który może być ponownie wykorzystany, po konsultacjach z Komisją, w ramach innego projektu. Jeżeli korekty dokonało państwo członkowskie, korekty dokonuje IZ lub upoważniona przez nią IP.

¹ Art. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz 712 ze zm.).

Koszty kwalifikowalne	koszty, których poniesienie jest merytorycznie uzasadnione i które spełniają kryteria zasadności wyznaczone przez instytucję zarządzającą. Zasady kwalifikowalności wydatków, określane w odniesieniu do terminów ich ponoszenia, podmiotu który je ponosi oraz kategorii wydatków związanych z realizacją projektu, zostały określone w załącznikach do uzupełnień programów operacyjnych.
Kryteria wyboru projektów	określony zestaw wymogów formalnych i merytorycznych, które muszą być spełnione, aby projekt został dofinansowany ze środków pomocowych.
Lista rankingowa	lista wniosków o dofinansowanie projektów, ułożona zgodnie z przyznaną przez Komisję Oceny Projektów punktacją. Lista wniosków wybranych do dofinansowania wraz z protokołem z oceny jest rekomendowana zarządowi województwa.
Nieprawidłowość	jakiegokolwiek naruszenie przepisów prawa wspólnotowego wynikające z działania lub zaniechania ze strony IZ/IP/IP II stopnia, beneficjenta, które powoduje lub mogłoby spowodować szkodę w budżecie ogólnym UE.
Oś priorytetowa	jeden z priorytetów strategii zawarty w programie operacyjnym, obejmujący grupę powiązanych ze sobą operacji posiadających określone mierzalne cele ² .
Perspektywa finansowa	średniookresowy plan finansowy UE, konstruowany na okres kilku lat (dotyczył lat 1989–1993, 1994–1999 i 2000–2006, a obecnie 2007–2013), ustalający zarówno pułap wszystkich wydatków, jak i ich strukturę.
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców.
Program operacyjny	dokument przedłożony przez państwo członkowskie i przyjęty przez Komisję, określający strategię rozwoju wraz ze spójnym zestawem priorytetów, które mają być osiągnięte z pomocą funduszu lub w przypadku celu Konwergencja, z pomocą Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) ³ .
SIMIK 07-13	System Informatyczny Monitoringu i Kontroli Finansowej Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności w okresie 2007–2013. System ten umożliwia zarządzanie, monitorowanie, kontrolę i ocenę programów operacyjnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych.

² Art. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 25 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.”.

³ Art. 2 pkt 1 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.

Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴ , zwanej dalej również „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.
Świadczenie specjalistyczne	świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Wkład własny	określona w umowie o dofinansowanie projektu albo decyzji część nakładów ponoszonych przez beneficjenta na jego realizację, niepodlegająca zwrotowi.
Wniosek o dofinansowanie projektu	dokument przedkładany przez potencjalnego beneficjenta do instytucji wdrażającej w celu uzyskania środków finansowych na realizację projektu w ramach programu operacyjnego.
Wniosek o płatność	wniosek kierowany przez instytucję zarządzającą lub pośredniczącą do instytucji certyfikującej w celu dokonania okresowych płatności na rzecz beneficjentów. Płatności te umożliwiają zwrot ze środków funduszy strukturalnych (lub EFRR) części wydatków kwalifikowanych, faktycznie poniesionych przez beneficjentów w ramach realizacji projektu.
Współfinansowanie ze źródeł krajowych	wkład środków krajowych do programów lub projektów realizowanych przy udziale środków pomocowych.
Umowa o dofinansowanie projektu	umowa zawarta z beneficjentem, na podstawie której realizuje projekt współfinansowany w ramach programu operacyjnego.
Angiograf ogólny z opcją kardiologiczną	aparat do radiologicznego badania wypełnionych kontrastem naczyń krwionośnych, przy pomocy promieniowania rentgenowskiego (tzw. metoda Dos Santosa, metoda Seldingera i tzw. cyfrowa angiografia subtrakcyjna – DSA, przy wykorzystaniu wzmacniacza rtg oraz komputera). Badanie trwa na ogół około jednej godziny, czasem może się przedłużyć do dwóch godzin.
Gammakamery	(inaczej kamery scyntylicyjne) są nowszą generacją aparatów medycyny nuklearnej. Duża głowica tego aparatu obejmuje swoim polem widzenia całość badanego narządu (wątroby, serca, mózgu, nerek), a badanie trwa znacznie krócej w porównaniu ze scyntygrafiaem. Gammakamery ruchome (rotujące) umożliwiają uzyskanie obrazów warstwowych (tomograficznych), podobnie jak w tomografii komputerowej.
Litotrypter	urządzenie do litotrypsji, wytwarza fale uderzeniowe powodujące kruszenie (po uprzednim zlokalizowaniu) kamienia w drogach moczowych, przebieg zabiegu kontrolowany na ekranie monitora.

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Mammograf	specjalny aparat rentgenowski przystosowany do badania gruczołu piersiowego (sutka) przy pomocy miękkiego promieniowania.
Ogólnodiagnostyczne urządzenia rentgenowskie	urządzenia do rentgenodiagnostyki ogólnej (przy pomocy promieniowania jonizującego), służące do badań nieinwazyjnych niewidocznych miękkich i twardych części ciała oraz jam ciała i do wykonywania ich zdjęć w formie zapisu cyfrowego. Czas badania od kilku (częściej) do kilkudziesięciu minut.
Tomograf komputerowy	aparatura do badań radiologicznych, funkcjonująca w sprzężeniu z komputerem, umożliwiająca ocenę struktur anatomicznych i ich nieprawidłowości w ciele całego człowieka w różnych płaszczyznach. Czas badania zróżnicowany w zależności od obiektu, możliwość wykonania do paru badań w ciągu godziny.
Tomograf rezonansu magnetycznego	urządzenie do badania struktur anatomicznych człowieka (w dowolnej płaszczyźnie), także trójwymiarowo, przy pomocy stałego pola magnetycznego o wysokiej energii i fal radiowych, we współdziałaniu z komputerem. Czas badania od 1 do 3 godzin. Maksymalna przepustowość ok. 20 pacjentów dziennie.
Ultrasonograf	aparat do obrazowania narządów i tkanek jamy brzusznej, narządów szyi i klatki piersiowej, stawów i aparatu więzadłowego, tkanek miękkich i mięśni, jąder, sutka, serca (echokardiografia), oczodołu - przy pomocy fali ultradźwiękowej (w zakresie 1 do 10 Mhz) i do utrwalania obrazu na odpowiednim nośniku. Badanie trwa od kilku do ok. dwudziestu minut.

Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy, przeprowadziła kontrolę zakupów specjalistycznej aparatury medycznej współfinansowanych ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2007–2013⁵. Badaniami objęto zakupy angiografów, analizatorów biochemicznych wieloparametrowych, aparatów RTG, gammakamer, litotryptera, tomografów komputerowych i rezonansów magnetycznych oraz ultrasonografów⁶. Kontrola została ujęta w planie pracy NIK pod nr P/12/123.

Celem głównym kontroli była ocena skuteczności wykorzystania zakupionej aparatury medycznej. Ocena ta dotyczyła w szczególności wywiązywania się beneficjentów z umów o dofinansowanie jej zakupu, uzyskanych rezultatów oraz wpływu zrealizowanej inwestycji na dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Celem kontroli była także ocena realizacji zadań Instytucji Zarządzającej (IZ) Regionalnym Programem Operacyjnym 2007–2013 (RPO) przez zarządy badanych województw w zakresie dofinansowania zakupu aparatury medycznej.

Zbadano i oceniono również działania Ministra Zdrowia oraz jednostek samorządu terytorialnego⁷ w zakresie tworzenia warunków dla zapewnienia równego dostępu do badań diagnostycznych z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej, jak również wykonywanie przez organy administracji samorządowej obowiązków z zakresu nadzoru nad utworzonymi podmiotami leczniczymi.

Badaniami kontrolnymi, które przeprowadzono w okresie od 14 maja do 9 listopada 2012 r. objęto okres od 1 stycznia 2009 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych w jednostkach (31 października 2012 r.). Uczestniczyło w nich osiem delegatur NIK⁸ i Departament Zdrowia.

Kontrolą objęto łącznie 46 jednostek, w tym:

- Ministerstwo Zdrowia,
- 14 jednostek samorządu terytorialnego⁹, zwanych w dalszej treści także „JST” oraz Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Programów Unijnych, której powierzono pełnienie funkcji Instytucji Pośredniczącej II stopnia we wdrażaniu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007–2013¹⁰,
- 30 podmiotów leczniczych, w tym 27 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym są JST i trzy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez spółki kapitałowe, których właścicielem lub współwłaścicielem są JST, zwanych dalej również „zakładami”.

⁵ W ramach RPO 2007–2013 podpisano umowy o dofinansowanie 640 projektów obejmujących adaptację, modernizację pomieszczeń oraz zakup aparatury medycznej o wartości 3.859.203,1 tys. zł. W latach 2009–2011, w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIS) Ministerstwo Zdrowia podpisało 18 umów o dofinansowanie zakupu aparatury medycznej o wartości 414.589 tys. zł. Z części 46 – Zdrowie wydatkowano na ten cel 364.832 tys. zł (informacja MZ dla NIK z 26 kwietnia 2012 r.).

⁶ W Programach badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2009, 2010, 2011 podmioty wykonujące działalność leczniczą, udzielające stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych zostały zobowiązane do przekazania wojewódzkim centrum zdrowia publicznego lub innej komórce właściwej w sprawach statystyki medycznej wskazanej przez wojewodę sprawozdań MZ-29, w których wyszczególniono m.in. wspomnianą aparaturę.

⁷ Będących podmiotami tworzącymi kontrolowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

⁸ W Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu i Zielonej Górze.

⁹ W tym: dziewięć jednostek samorządu województwa i pięć jednostek samorządu powiatowego.

¹⁰ Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, na podstawie art. 59 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.

Ponadto, w ramach przygotowań do kontroli planowej koordynowanej, Departament Zdrowia przeprowadził kontrole rozpoznawcze w zakresie wykorzystania specjalistycznej aparatury w trzech samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹¹, których wyniki uwzględniono w tej informacji.

Kontrola w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzona została pod względem legalności, celowości, gospodarności i rzetelności¹², w jednostkach samorządu terytorialnego i podległych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej powołanych przez spółki kapitałowe utworzone przez JST – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności¹³.

¹¹ Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, Szpital Czerniakowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

¹² Por. art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o NIK”.

¹³ Por. art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2007–2013, zakłady opieki zdrowotnej mogły występować o środki unijne na dofinansowanie projektów zakupu nowoczesnej aparatury medycznej, dostosowujących ich wyposażenie do obowiązujących standardów oraz umożliwiających poszerzenie zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Ponad 30% z 33 skontrolowanych szpitali nie osiągnęło jednak zaplanowanych rezultatów, przede wszystkim przewidywanej liczby udzielanych świadczeń, realizując przyjęte założenia na poziomie od 3,1% do 90,7%.

W ocenie NIK na stopień wykorzystania badanej aparatury wpływ miało podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z jej zakupem.

Wpływ na tę sytuację miały również nieprawidłowości stwierdzone w szpitalach, polegające na niezapewnieniu właściwych warunków udzielania świadczeń, a także opóźnieniach w przygotowaniu pomieszczeń pracowni diagnostycznych.

W efekcie, z powodu niskiej wartości kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) lub nawet ich braku, a także ograniczenia możliwości wykorzystania zakupionej aparatury do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, nastąpiło pogorszenie wyników finansowych niektórych kontrolowanych jednostek.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Organy administracji publicznej, Minister Zdrowia i JST, nie dokonywały rzetelnych analiz potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, mimo że obowiązek taki wynika z art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴.

2.2.1.1. Minister Zdrowia nie miał pełnej informacji o dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przy użyciu specjalistycznej aparatury diagnostycznej. W badanym okresie wprowadzono wprawdzie, uwzględniając uwagi NIK, regulacje prawne zmierzające do poprawy wiarygodności danych o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na badanie, ale ocena skuteczności tych regulacji nie mogła być dokonana z uwagi na krótki okres ich obowiązywania. Dane dotyczące rozmieszczenia specjalistycznej aparatury medycznej zgromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)¹⁵, na podstawie sprawozdań MZ-29, różniły się od danych uzyskanych bezpośrednio od wojewodów w trakcie kontroli NIK. Minister Zdrowia nie wykorzystywał uprawnień do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych, które uwzględniałyby rzetelność informacji przekazywanych w sprawozdaniach. W ocenie NIK takie kontrole mogłyby przyczynić się do poprawy wiarygodności danych przekazywanych przez podmioty lecznicze. (str. 14–15)

2.2.1.2. Skontrolowane JST nie sporządzały rzetelnych analiz potrzeb zdrowotnych¹⁶, określających liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia świadczeniobiorców. Jednostki te nie dysponowały także

¹⁴ Art. 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, stanowi iż zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują m.in. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany.

¹⁵ CSIOZ prowadzi badania statystyczne w imieniu Ministra Zdrowia m.in. w zakresie zasobów ochrony zdrowia.

¹⁶ Wynikających z oceny stanu zdrowia mieszkańców na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych.

kompletnymi i aktualnymi danymi o wyposażeniu podległych jednostek ochrony zdrowia w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną. (str. 17)

2.2.2. W dziesięciu JST¹⁷ stwierdzono zaniedbania w realizacji obowiązków w zakresie nadzoru i kontroli podległych SPZOZ, określonych w art. 67 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁸ i art. 121 – 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹. (str. 17–18)

2.2.3. Instytucje Zarządzające nie dysponowały wystarczającymi informacjami o rozmieszczeniu aparatury medycznej na terenie badanych województw i wyposażeniu podmiotów wykonujących działalność leczniczą. (str. 18–19)

2.2.4. W 33 podmiotach leczniczych skontrolowano zakup aparatury medycznej w ramach 39 projektów²⁰, o całkowitej wartości 406.826,7 tys. zł, w tym dofinansowanie UE – 278.933,7 tys. zł. Badaniem kontrolnym objęto 75 urzędzeń, o całkowitej wartości 124.746,6 tys. zł. (str. 25)

2.2.4.1. W pięciu podmiotach leczniczych, z 33 skontrolowanych (15,2%), nierzetelne przygotowanie projektu skutkowało opóźnieniem dostawy, instalacji i uruchomienia aparatury medycznej²¹. W konsekwencji, nowoczesna aparatura medyczna przez wiele miesięcy była niewykorzystywana. (str. 25–27)

2.2.4.2. W dwóch podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowości wskazujące na podejrzenie popełnienia przestępstwa. W jednym podmiocie leczniczym poświadczono nieprawdę w dokumentach stanowiących podstawę przyznania 692,1 tys. zł dofinansowania z UE, a w drugim – jak wykazała kontrola IZ Województwa Śląskiego – przedstawiono do refundacji faktury na dostawę aparatury medycznej o wartości 1.430,21 tys. zł, której koszt wcześniej już sfinansowano z pożyczki udzielonej przez zarząd województwa. (str. 27–28)

2.2.4.3. W sześciu zakładach pobierano opłaty za badania diagnostyczne, mimo że aparatura zakupiona w ramach projektów dofinansowanych ze środków UE mogła być wykorzystywana wyłącznie do udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. (str. 28–29)

2.2.4.4. Dziesięć zakładów opieki zdrowotnej z 33 skontrolowanych (30,3%) nie osiągnęło planowanych wskaźników rezultatu (tj. „wykonanie planowanej liczby badań lub diagnozowanych pacjentów” bądź wskaźnika zatrudnienia – „utworzenie nowych miejsc pracy – etatów”) określonych w projektach i nie poinformowało o tym IZ RPO. (str. 29)

2.2.5. W skontrolowanych podmiotach leczniczych naruszano regulacje prawne obowiązujące przy udzielaniu oraz rejestrowaniu świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej:

- w 11 (33,3%) nie zapewniono wymaganego personelu medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²²; (str. 29–30)

¹⁷ Samorząd Województwa Podlaskiego, Powiat Dąbrowski, Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Powiat Tucholski, Samorząd Województwa Pomorskiego, Samorząd Województwa Śląskiego, Powiat Ostrowski, Samorząd Województwa Dolnośląskiego, Powiat Nowosolski.

¹⁸ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217.

²⁰ W okresie od 1 stycznia 2009 r. do 15 maja 2012 r.

²¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Szpital Powiatowy Szpital w Radomsku, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

²² Stosownie do postanowień § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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.).

- w sześciu (18,2%) prowadzono nierzetelnie dokumentację związaną z ewidencją czasu pracy lekarzy specjalistów oraz techników elektroradiologii zatrudnionych w pracowniach diagnostycznych; (str. 30–31)
- w 11 (33,3%) prowadzono księgi pracowni diagnostycznych niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²³; (str. 31)
- siedem podmiotów (21,2%) nie wywiązywało się z obowiązku poinformowania pacjentów o godzinach, miejscu i czasie udzielania świadczeń diagnostycznych, a także sposobie rejestracji pacjentów oczekujących na te świadczenia²⁴, co stanowiło naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; (str. 33)
- w dziewięciu (27,3%) prowadzono listy oczekujących na badania diagnostyczne niezgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (str. 31–32)

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Rozwój technologii medycznych, zwłaszcza w zakresie diagnostyki obrazowej sprawia, że moralne zużycie aparatury medycznej²⁵ dokonuje się obecnie w tempie wielokrotnie szybszym niż jeszcze 10 lat temu.

W konsekwencji, potrzeby inwestycyjne podmiotów leczniczych są wyższe od możliwości finansowych zarówno własnych, jak i ich podmiotów tworzących. W tej sytuacji szczególnie istotna jest kwestia właściwej identyfikacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie aparatury oraz określenie priorytetów w tym zakresie.

Aplikowanie o fundusze UE przez podmioty wykonujące działalność leczniczą stwarza szanse na rozwój i podnoszenie ich konkurencyjności pod warunkiem, że pozyskane środki zostaną efektywnie wykorzystane. Fakt posiadania przez podmioty lecznicze specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej nie przesądza jeszcze o możliwości poprawy dostępu do świadczeń, co potwierdzają ustalenia kontroli.

W ocenie NIK obowiązujące regulacje prawne nie sprzyjają prowadzeniu skoordynowanej polityki w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w sprzęt i aparaturę medyczną. Ograniczenia te dotyczą na przykład braku możliwości monitorowania przez samorząd województwa zarówno liczby badań finansowanych ze środków prywatnych, jak i publicznych, ale realizowanych przez te podmioty, dla których nie jest on podmiotem tworzącym. Utrudnia to ocenę, w jakim stopniu zaspokajane są potrzeby populacji zamieszkałej na terenie województwa w zakresie badań diagnostycznych z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej.

W obowiązujących przepisach nie wskazano również organu władzy publicznej, odpowiedzialnego za koordynację działań wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie aplikowania o środki UE na zakup aparatury medycznej. W tej sytuacji zwiększenie aktywności i współpracy poszczególnych

²³ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

²⁴ Stanowiło to naruszenie § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

²⁵ Zużycie moralne (ekonomiczne) składników środków trwałych oznacza utratę ich wartości użytkowych na skutek postępu technicznego.

jednostek samorządu terytorialnego, będących podmiotami tworzącymi zakładów opieki zdrowotnej powinno być dobrą praktyką, która daje szansę na poprawę efektywności wykorzystania środków unijnych.

Efektywnym rozwiązaniem mogłaby być stała współpraca jednostek realizujących inwestycje finansowane z UE na określonym terenie, w tym wspólne ich planowanie w oparciu o analizę potrzeb zdrowotnych. Poprawa współpracy i koordynacji w procesie dokonywania zakupów aparatury medycznej współfinansowanej ze środków UE jest szczególnie istotna w związku z pozyskaniem przez Polskę środków w nowej perspektywie budżetowej UE 2014–2020.

3.1 Tworzenie warunków dla zapewnienia równego dostępu do badań diagnostycznych z wykorzystaniem aparatury medycznej

Zadania władz publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określone zostały w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do zadań Ministra Zdrowia, wyszczególnionych w art. 11 wspomnianej ustawy, należy m.in. ocena dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

3.1.1. Minister Zdrowia

Minister Zdrowia nie dysponował rzetelnymi danymi pozwalającymi na ocenę dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przy użyciu specjalistycznej aparatury diagnostycznej oraz potrzeb zdrowotnych istniejących w tym zakresie. Utrudniało to prowadzenie polityki zdrowotnej i tworzenie warunków dla zapewnienia równego dostępu do badań diagnostycznych z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej.

Podstawowym wskaźnikiem, wykorzystywanym przez Ministra Zdrowia do oceny dostępności świadczeń zdrowotnych, były informacje dotyczące liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania. Listy oczekujących były tworzone dla danej komórki organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, a tylko w wyjątkowych przypadkach (świadczeń i procedur trudno dostępnych) na konkretne świadczenie. W odniesieniu do świadczeń diagnostycznych monitorowane były dane dotyczące liczby oczekujących i czasu oczekiwania:

- do komórek organizacyjnych (jeżeli badanie diagnostyczne udzielane jest przez wyodrębnioną komórkę organizacyjną),
- na świadczenia rezonansu magnetycznego.

W 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych. W informacji o wynikach kontroli NIK poinformowała Ministra Zdrowia, iż listy nie spełniały swojego zadania w zarządzaniu procesem udzielania świadczeń w szpitalu, nie stanowiły wiarygodnego źródła informacji dla pacjentów i płatnika oraz nie zapobiegały możliwości wystąpienia korupcji. Brak wiarygodnego narzędzia monitorowania czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne uniemożliwiał również interpretację danych o zaspokojeniu potrzeb w tym zakresie, a tym samym utrudniał Ministrowi Zdrowia prowadzenie polityki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się o przygotowanie rozwiązań mających na celu wzmocnienie nadzoru nad prowadzeniem list osób oczekujących. Z ustaleń obecnej kontroli wynika, iż podjęte zostały prace w tym zakresie zmierzające do poprawy wiarygodności uzyskiwanych danych, także w odniesieniu do świadczeń trudno dostępnych. Jednak ocena wpływu przyjętych regulacji na rzetelność prowadzenia list osób oczekujących nie mogła być dokonana z uwagi na krótki okres ich obowiązywania²⁶.

²⁶ Z dniem 12 stycznia 2012 r. weszła w życie nowelizacja rozporządzenia określającego szczegółowy zakres danych przekazywanych przez świadczeniodawców (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.). Zmiany miały m.in. na celu wprowadzenie obowiązku przekazywania danych, dotyczących poszczególnych osób wpisanych na listę oczekujących, co ma pozytywnie wpłynąć na rzetelność przekazywanych danych – w szczególności przekazywanie numerów PESEL osób oczekujących, ma wyeliminować dotychczasową, często występującą praktykę, wliczania przez świadczeniodawców fikcyjnych pacjentów do ogólnej liczby osób oczekujących oraz uniemożliwi kilkakrotne wykazywanie tego samego pacjenta.

Jak wynikało z wyjaśnień uzyskanych w trakcie kontroli: „dające się interpretować dane miały być dostępne dopiero po kilku miesiącach od wdrożenia nowych rozwiązań”.

Analiza materiałów przekazanych przez wojewodów i podległe Ministrowi Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dotyczących aparatury medycznej posiadanej przez podmioty lecznicze w poszczególnych regionach, zebranych przy użyciu tego samego sprawozdania MZ-29, wskazywała na występowanie różnic w tym zakresie. Przykładowo dane przekazane przez wojewodów, dotyczące liczby echokardiografów (ultrasonografów kardiologicznych) na terenie siedmiu analizowanych województw²⁷, w oparciu o sprawozdanie MZ – 29, wskazują, że ich liczba, w latach 2009–2011, wynosiła odpowiednio: 326, 350 i 360. Tymczasem Minister Zdrowia dysponował danymi, które zostały zebrane w oparciu o te same sprawozdania MZ – 29, zgodnie z którymi liczba tych aparatów na terenie tych samych województw wynosiła odpowiednio: 0, 373 i 376.

Tego rodzaju dane powinny być rzetelne i wiarygodne, aby mogły być wykorzystywane w kreowaniu polityki zdrowotnej na szczeblu centralnym oraz przy podejmowaniu odpowiednich działań, mających na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Jak wyjaśnił dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w MZ, CSIOZ a także inne podmioty prowadzące badania statystyczne w imieniu Ministra Zdrowia, nie mają podstaw prawnych do przeprowadzania kontroli odnośnie rzetelności przekazywanych danych.

Przekazanie danych statystycznych niezgodnie ze stanem faktycznym zagrożone jest sankcjami karnymi określonymi w art. 56 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej²⁸.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż na podstawie art. 118 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁹, Minister Zdrowia ma prawo przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem, a w ramach kontroli do oceny informacji i dokumentacji (art. 118 ust. 2 pkt 4). Ocenie takiej może zatem podlegać dokumentacja wytworzona w podmiocie leczniczym, a więc także sprawozdania zawierające dane dotyczące m.in. wyposażenia jednostki w specjalistyczną aparaturę medyczną. Ponadto zgodnie z regulaminem organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia – stanowiącym załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia³⁰ – do podstawowych zadań Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie należy m.in. prowadzenie spraw dla potrzeb statystyki publicznej, a w szczególności opracowywanie i analizowanie zbiorczych danych statystycznych w zakresie zasobów ochrony zdrowia (§ 24 pkt 9). Wykorzystanie powyższych ustawowych uprawnień mogłoby przyczynić się do poprawy wiarygodności danych przekazywanych przez podmioty lecznicze oraz służyć wyjaśnieniu przyczyn występowania różnic w danych gromadzonych przez CSIOZ oraz wojewodów.

Minister Zdrowia nie dysponował również aktualnymi analizami nasycenia aparaturą medyczną w jednostkach ochrony zdrowia. Tymczasem z raportów częściowych konsultantów wojewódzkich, poprzez których konsultanci krajowi wypełniają swoje funkcje kontrolne, wynika, iż aparatura medyczna została wprawdzie w ostatnich latach znacząco zmodernizowana, jednak w wielu przypadkach nie jest właściwie wykorzystywana, a jej rozmieszczenie nie zawsze odpowiada potrzebom i możliwościom poszczególnych jednostek. Wątpliwości konsultantów³¹ budzi m.in.

²⁷ Lubelskiego, łódzkiego, opolskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego.

²⁸ Art. 56 ustawy o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.) stanowi: kto wbrew obowiązкови przekazuje dane statystyczne niezgodne ze stanem faktycznym podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. W wypadku mniejszej wagi sprawca podlega grzywnie.

²⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217.

³⁰ Dz. Urz. MZ Nr 13, poz. 68.

³¹ Raporty konsultantów wojewódzkich.

umieszczenie aparatury o bardzo wysokich parametrach technologicznych w szpitalach o przeciętnym profilu specjalistycznym. Czas pracy i efektywne wykorzystanie drogiego sprzętu diagnostycznego w tych placówkach są niewystarczające. Z drugiej strony, w niektórych ośrodkach wyspecjalizowanych aparatura medyczna jest wyeksploatowana i posiada przestarzałe oprogramowanie, co zmusza te ośrodki do korzystania z usług podmiotów zewnętrznych.

W latach 2009–2011 odnotowano wzrost liczby pracowni diagnostycznych w kraju.

Tabela nr 1

Liczba zakładów radiologii i diagnostyki izotopowej w Polsce w latach 2009–2011

Lata	Rentgeno- diagnostyka		Ultrasonografia		Diagnostyka izotopowa		Tomografia komputerowa		Rezonans magnetyczny	
	liczba	rok poprzedni =100	Liczba	rok poprzedni =100	Liczba	rok poprzedni =100	liczba	rok poprzedni =100	liczba	rok poprzedni =100
2009	651	-	685	-	73	-	286	-	91	-
2010	657	100,9	682	99,6	72	98,6	312	109,1	118	129,7
2011	700	106,5	722	105,9	68	94,4	346	110,9	126	106,8

Źródło: Dane Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia na podstawie sprawozdań z działalności szpitala ogólnego MZ-29

Liczbę zakładów radiologii i diagnostyki izotopowej w podziale na województwa w latach 2009–2011 zawiera załącznik nr 5 do informacji.

W Ministerstwie Zdrowia w 2012 r. zostały podjęte działania, które będą miały istotny wpływ na zakres i sposób przekazywania danych o aparaturze medycznej przez podmioty lecznicze (m.in. nowe regulacje prawne)³².

NIK zauważa, że Minister stara się stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz w dziedzinie medycyny nuklearnej, których niedobór zgłaszali konsultanci krajowi. W celu zwiększenia liczby jednostek i miejsc szkoleniowych oraz ułatwienia procesu uzyskiwania przez lekarzy tytułu specjalisty w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, radiologia i diagnostyka obrazowa uznane zostały za priorytetowe dziedziny medycyny³³.

3.1.2. Jednostki samorządu terytorialnego

Do zadań własnych gminy, powiatu i samorządu województwa, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, należy m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców³⁴. Realizacja zadań własnych

³² Minister Zdrowia w dniu 30 lipca 2012 r. podpisał rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakres informacji o tych wyrobach (Dz. U. z 2012 r., poz. 895) – wejście w życie 21 sierpnia 2012 r. Przedmiotowe rozporządzenie zakłada, iż zasoby aparatury medycznej będą oceniane z zastosowaniem kryterium ilościowego (liczba aparatów wskazanych enumeratywnie w przedmiotowym projekcie występująca w danym rejonie) oraz jakościowego (stanu technicznego oraz przewidywanego okresu eksploatacji). Informacje o wyrobach objętych przedmiotowym wykazem podmioty lecznicze będą przekazywać do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (system teleinformatyczny). Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia został skierowany na Komisję Prawniczą w Rządowym Centrum Legislacji. Zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.) dane w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia powinny być przetwarzane od dnia 1 listopada 2012 r.

³³ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 84, poz. 709).

³⁴ Zgodnie z art. 6 pkt 1 i 2, art. 7 ust. 1 pkt 4, art. 8 pkt 5, art. 9 pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej od 1 października 2004 r.

przez JST nakierowana jest na zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej, w tym przypadku mieszkańców danej gminy, powiatu, województwa.

NIK skontrolowała 14 jednostek samorządu terytorialnego (w tym dziewięć województw samorządowych i pięć powiatów), będących podmiotami tworzącymi dla 219 SPZOZ³⁵.

JST nie sporządzały analiz potrzeb zdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia mieszkańców, określających liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia świadczeniobiorców.

- **Samorząd Województw Pomorskiego** nie sporządzał analiz potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców oraz czynników powodujących ich zmiany a także nie miał wiedzy o wyposażeniu podległych jednostek ochrony zdrowia w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną, jej stanie technicznym, stopniu wykorzystania i potrzebach inwestycyjnych podległych SPZOZ. Decyzje o zakupie podejmowano tylko na podstawie wniosków jednostek zawierających uzasadnienie zakupu pod względem techniczno-ekonomicznym i medycznym. Nie opracowano także rzetelnych analiz w zakresie czasu oczekiwania na specjalistyczne badania diagnostyczne, pomimo, że jednym z zadań Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego była analiza sytuacji demograficznej oraz jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w Województwie Pomorskim. NIK pozytywnie oceniła podjęcie przez Zarząd Województwa Pomorskiego decyzji o powołaniu zespołu w celu wdrożeniu narzędzia informatycznego, które umożliwi m.in. monitorowanie czasu i sposobu wykorzystania specjalistycznej aparatury medycznej oraz podejmowanie doraźnych decyzji w przypadkach jej ewentualnego niewykorzystywania.
- **Powiat Tucholski**, będąc współwłaścicielem Spółki „Szpital Tucholski” Sp. z o.o.³⁶, aplikującej o środki UE, zaniechał sporządzania analiz potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców na podstawie danych statystycznych i epidemiologicznych, mimo że taki obowiązek wynikał z § 33 ust. 4 regulaminu organizacyjnego Starostwa³⁷. Nie dokonywano także ocen dostępu do badań diagnostycznych, w tym wykonywanych z użyciem zakupionej specjalistycznej aparatury. Powiat Tucholski nie korzystał z prawa kontroli działalności Spółki w zakresie dostępności i poziomu udzielanych świadczeń medycznych, do czego był uprawniony na podstawie art. 212 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych³⁸.

W dziesięciu JST³⁹ (71,4 %) stwierdzono zaniedbania w realizacji obowiązków w zakresie nadzoru i kontroli SPZOZ wynikających z art. 67 ust. 2 i 3 ustawy o zoz oraz postanowień § 3, § 6 ust. 1 pkt 4 i § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, zwanego dalej także „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r.”⁴⁰ oraz art. 121 ustawy o działalności leczniczej.

- **Powiat Ostrowski**, w okresie objętym kontrolą, będąc organem założycielskim dla Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim (ZZOZ), nie przeprowadził żadnej kontroli w zakresie realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowości gospodarowania mieniem, co było niezgodne z § 2 i § 3 i § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. i art. 121 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
- **Powiat Dąbrowski** w 2010 r. nie przeprowadził żadnej kontroli w Szpitalu, co było niezgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 listopada 1999 r.⁴¹, który stanowi, podmiot sprawujący nadzór przeprowadza kontrole

³⁵ Stan na 15 maja 2012 r.

³⁶ Posiadał 88,9% udziałów.

³⁷ Do zadań Wydziału Oświaty, Zdrowia, Kultury i Sportu w Starostwie – utworzonego 30 kwietnia 2011 r., należało m.in. opracowanie analizy potrzeb zdrowotnych społeczeństwa Powiatu Tucholskiego na podstawie danych statystycznych i epidemiologicznych, zgłaszanie Zarządowi Powiatu uwag na temat funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia, stała współpraca z organami zarządzającymi spółką Szpital Tucholski, współpraca z Samorządem Województwa i samorządami gmin Powiatu Tucholskiego w zakresie ochrony zdrowia, realizowanie celów Narodowego Programu Zdrowia. Do 30 kwietnia 2011 r. ww. zadania należały do Referatu Edukacji, Zdrowia, Kultury i Sportu.

³⁸ Dz. U. Nr 94, poz. 1037 ze zm.

³⁹ Samorząd Województwa Podlaskiego, Powiat Dąbrowski, Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Powiat Tucholski, Samorząd Województwa Pomorskiego, Samorząd Województwa Śląskiego, Powiat Ostrowski, Samorząd Województwa Dolnośląskiego, Powiat Nowosolski, Powiat Sokółski.

⁴⁰ Dz. U. Nr 94, poz. 1097 – uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.

⁴¹ Przepis stanowi, iż podmiot sprawujący nadzór przeprowadza kontrole okresowe i sprawdzające. Kontrole okresowe są podejmowane co najmniej raz w roku celem dokonania okresowej oceny działalności jednostki organizacyjnej.

okresowe i sprawdzające. Kontrole okresowe są podejmowane, co najmniej raz w roku celem dokonania okresowej oceny działalności jednostki organizacyjnej. W 2011 r. przeprowadzono kontrolę w zakresie przestrzegania praw pacjenta natomiast nie przeprowadzono żadnej kontroli w zakresie wymaganym przez art. 121 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej.

- **Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego** nie realizował obowiązków w zakresie nadzoru i kontroli podległych SPZOZ, o których mowa w art. 67 ust. 1-3 ustawy o zoz i art. 121 ust. 1-4 ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą (do 1 lipca 2011 r.) nie przeprowadzono w nich kontroli, co najmniej raz w roku, co było niezgodne z § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. Kontrole w wymaganym zakresie przeprowadzono w 2009 r. w dziewięciu SPZOZ z 23 (39%), w 2010 r. w ośmiu SPZOZ z 21 (38%), w 2011 r. w siedmiu SPZOZ z 20 (35%). NIK zwraca uwagę, że nie przeprowadzono kontroli sprawdzającej w Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku, mimo że kontrola przeprowadzona w 2009 r. w tym Szpitalu wykazała istotne nieprawidłowości w zakresie dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3.1.3. Instytucje Zarządzające RPO 2007–2013

Za zarządzanie Regionalnymi Programami Operacyjnymi 2007–2013 (RPO) i jego realizację odpowiadają Instytucje Zarządzające (IZ), którymi są zarządy województw. Do zadań IZ⁴², należy m.in.: wypełnianie obowiązków wynikających z art. 60 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r., przygotowanie szczegółowego opisu priorytetów programu operacyjnego, oraz jego zmian, określenie kryteriów kwalifikowalności wydatków i poziomu dofinansowania projektu, jako procentu wydatków objętych dofinansowaniem, wybór projektów w oparciu o ustalone kryteria, zawieranie z beneficjentami umów o dofinansowanie, określenie systemu realizacji programu operacyjnego; zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi z budżetu państwa, budżetu województwa lub ze źródeł zagranicznych.

NIK skontrolowała dziewięć zarządów województw pełniących funkcję IZ oraz jedną Instytucję Pośredniczącą II stopnia - Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Programów Unijnych, której w drodze porozumienia, powierzono część zadań związanych z realizacją programu operacyjnego, w tym: prowadzenie procedur konkursowych oraz dokonywanie oceny wniosków składanych przez potencjalnych beneficjentów w celu wyłonienia projektów uzyskujących wsparcie, zawieranie umów z beneficjentami, weryfikację wniosków o płatność, kontrolę realizacji projektów, monitorowanie realizacji projektów, w tym postępów w realizacji umów i ich rozliczanie.

3.1.3.1. Działania przygotowawcze IZ do realizacji projektów w ramach RPO 2007–2013

Prace na etapie przygotowania RPO, w tym dotyczące zasad dofinansowania projektów obejmujących zakup specjalistycznej aparatury medycznej nie zostały poprzedzone rzetelną analizą wyposażenia podmiotów leczniczych w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną i oceną dostępności świadczeń diagnostycznych realizowanych przy jej wykorzystaniu, co utrudniało w ocenie NIK, prowadzenie spójnych i racjonalnych działań w zakresie zabezpieczania potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Obniżało to również efektywność wykorzystania aparatury medycznej zakupionej ze środków RPO.

Instytucje Zarządzające, wyłaniając projekty do dofinansowania, nie miały wystarczającej wiedzy o rozmieszczeniu aparatury i wyposażeniu podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województw.

- **Zarząd Województwa Podlaskiego**, wyłaniając projekty do dofinansowania, nie dysponował informacją o wyposażeniu podmiotów leczniczych w specjalistyczną aparaturę medyczną i analizą zapotrzebowania na tego rodzaju urządzenia. Nie konsultowano też z Podlaskim Oddziałem NFZ możliwości zakontraktowania świadczeń zdrowotnych udzielanych z wykorzystaniem aparatury planowanej do zakupu w ramach RPO Województwa

⁴² Art. 26 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 ze zm.).

Podlaskiego (RPO WP) w latach 2009–2011⁴³. Mimo przeznaczenia znacznych środków na zakup aparatury w ramach RPO WP nie zapewniono równego dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych mieszkańców Województwa Podlaskiego. Przykładowo:

- do końca 2011 r. w 13 z 15 powiatów nie zainstalowano rezonansu magnetycznego⁴⁴,
 - z siedmiu mammografów użytkowanych w województwie na koniec 2011 r., sześć znajdowało się w Białymstoku i jeden w Łomży, a w konsekwencji mieszkańcy najbardziej oddalonych miejscowości do najbliższego aparatu mieli ponad 150 km,
 - w powiecie suwalskim (105 tys. mieszkańców), na koniec 2011 r. znajdował się jeden echokardiograf, podczas gdy w Białymstoku (295 tys. mieszkańców) zlokalizowano 31 takich aparatów, a średnia w województwie wynosiła 4,9 urządzeń na 100 tys. osób,
 - w powiecie siemiatyckim (46,9 tys. mieszkańców), nie było aparatu RTG z torem wizyjnym, podczas gdy w województwie na koniec 2011 r. było 46 takich aparatów.
- **Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego** nie przeprowadzał analiz dotyczących wyposażenia poszczególnych jednostek ochrony zdrowia w specjalistyczną aparaturę medyczną i zapotrzebowania na tego rodzaju aparaturę, nie dokonywał również ocen dostępu do świadczeń diagnostycznych realizowanych przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej.

3.2.3.2. Wybór projektów i realizacja umów o dofinansowanie zakupu aparatury medycznej

W ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2007–2013 16 zarządów województw podpisało z beneficjentami umowy o dofinansowanie 640 projektów⁴⁵ na adaptację, modernizację pomieszczeń oraz zakup aparatury medycznej, w tym 264 projekty obejmujące zakup aparatury⁴⁶. Łącznie zakupiono 396 urządzeń z zakresu objętego kontrolą o wartości 372.818,6 tys. zł.

W dziewięciu skontrolowanych zarządach województw realizowano łącznie 426 projektów dotyczących adaptacji, modernizacji pomieszczeń oraz zakupu aparatury medycznej (66,6%) o całkowitej wartości 2.291.058,1 tys. zł, o wartości dofinansowania UE – 1.483.786,4 tys. zł⁴⁷ i wkładzie własnym – 572.233,1 tys. zł⁴⁸, w tym 41 projektów kluczowych wybranych w trybie indywidualnym o wartości 780.140,0 tys. zł i wartości dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego 558.637,0 tys. zł⁴⁹. Pozostałe 385 projektów o wartości 1.510.918,1 tys. zł wyłoniono do realizacji w trybie konkursowym⁵⁰.

⁴³ W ramach działania 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej. Z beneficjentami podpisano umowy o dofinansowanie - ze środków Unii Europejskiej kwotą 99.753 tys. zł i środkami własnymi w wysokości 15.010,9 tys. zł - 32 projekty o łącznej wartości 123.213,9 tys. zł, w ramach których nabywana była aparatura i sprzęt medyczny.

⁴⁴ Najdalej – ponad 110 km – dostęp do tego urządzenia mieli mieszkańcy Mielnika.

⁴⁵ O wartości 3.859.203,1 tys. zł.

⁴⁶ O całkowitej wartości 1.643.998,9 tys. zł.

⁴⁷ 71,3% wydatków kwalifikowalnych.

⁴⁸ 27,5% wydatków kwalifikowalnych.

⁴⁹ Stan na 30 maja 2012 r.

⁵⁰ Do konkursów zgłoszono 930 projektów, o łącznej wartości 3.594.735,4 tys. zł – dane na 15 maja 2012 r.

Tabela 2

Liczba i wartość projektów na adaptację, modernizację pomieszczeń oraz zakup aparatury medycznej zrealizowanych w ramach RPO 2007–2013

Lp.	Województwo	Liczba projektów w ramach RPO	Całkowita wartość projektów (tys. zł)	Wydatki kwalifikowalne (tys. zł)	Dofinansowanie z UE i budżetu państwa (tys. zł)	W tym:	
						Dotacja z UE (tys. zł)	Wkład własny (tys. zł)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Mazowieckie	32	326.526,4	296.771,0	280.664,9	250.909,5	45.861,5
2.	Dolnośląskie	67	308.869,2	256.953,2	199.565,1	199.565,1	57.388,1
3.	Kujawsko-Pomorskie	38	223.227,5	213.779,9	116.212,8	106.765,2	107.012,7
4.	Lubuskie	16	90.698,2	87.772,9	66.215,7	63.290,4	24.485,5
5.	Małopolskie	24	456.081,0	442.684,6	298.260,5	284.864,1	144.034,5
6.	Podlaskie	37	130.990,7	121.513,6	115.125,1	105.648,0	15.865,6
7.	Pomorskie	51	236.130,2	208.849,6	172.027,4	144.746,8	64.058,5
8.	Śląskie	102	246.279,6	198.385,8	194.587,6	146.693,8	51.021,1
9.	Wielkopolskie	59	272.255,4	255.398,7	198.394,7	181.538,0	61.608,7
Łącznie województwa objęte kontrolą		426	2.291.058,1	2.082.107,2	1.509.874,1	1.483.786,4	572.233,1
10	Łódzkie	11	224.972,9	218.424,3	178.557,4	171.861,0	39.866,9
11.	Lubelskie	60	194.226,6	177.673,7	148.084,7	148.084,7	29.589,0
12.	Opolskie	38	92.422,0	89.867,9	47.328,5	47.328,5	42.539,4
13.	Podkarpackie	35	219.232,9	186.464,1	114.692,4	113.986,1	72.171,6
14	Świętokrzyskie	27	304.072,9	263.980,1	182.487,3	181.549,0	81.492,8
15	Warmińsko-Mazurskie	25	216.530,3	195.272,7	145.164,1	145.164,1	50.108,6
16	Zachodniopomorskie	18	316.687,4	308.878,8	161.266,5	152.766,5	147.612,3
Łącznie 16 województw		640	3.859.203,1	3.523.068,8	2.487.455,1	2.444.526,4	1.035.613,7

Źródło: dane MRR na 30 maja 2012 r.

Spośród 426 projektów realizowanych przez dziewięć kontrolowanych IZ RPO – 181 o wartości 1.107.313,1 tys. zł obejmowało zakup aparatury medycznej. W ramach tych projektów zakupiono 262 urządzenia z zakresu objętego kontrolą o wartości 263.375,9 tys. zł.

Liczbę i wartość aparatury medycznej zakupionej w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2007–2013 zawiera załącznik nr 7 do informacji.

Tabela 3

Liczba i wartość aparatury medycznej zakupionej w ramach projektów realizowanych przez dziewięć skontrolowanych zarządów województw

Lp.	Nazwa aparatury medycznej	Aparatura medyczna zakupiona w ramach projektów realizowanych przez 16 zarządów województw		Aparatura medyczna zakupiona w ramach projektów realizowanych przez dziewięć skontrolowanych zarządów województw	
		Liczba aparatów	Wartość (w tys. zł)	Liczba aparatów	Wartość (w tys. zł)
1	2	3	4	5	6
1.	Tomograf komputerowy	62	130.720,7	46	91.524,8
2.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	35	3.199,9	24	2.244,3
3.	Litotryptor	10	5.696,1	7	3.551,7
4.	Gammakamera	8	15.181,6	7	12.891,8
5.	Akcelerator liniowy	-	-	-	-
6.	Rezonans magnetyczny	14	55.026,5	12	47.691,1
7.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	13	31.231,8	12	25.851,5
8.	Echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	87	22.457,0	55	15.889,3
9.	Mammograf	32	23.876,3	21	13.851,4
10.	Urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego	-	-	-	-
11.	Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbka cyfrową	57	46.569,6	24	23.423,6
12.	Aparat RTG z torem wizyjnym	78	38.859,1	54	26.456,4
13.	System PET	-	-	-	-
Razem:		396	372.818,6	262	263.375,9

Źródło: dane MRR na 30 maja 2012 r.

W przypadku dwóch IZ RPO⁵¹ stwierdzono przypadki nierzetelnej oceny badanych projektów.

- Analiza sześciu z 32 projektów dotyczących województwa podlaskiego wykazała, że trzy z nich zostały nierzetelnie ocenione przez ekspertów na etapie wyboru do dofinansowania. Przykładowo, projekt „Podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w SPZOZ w Łapach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej”⁵² został wyłoniony do dofinansowania z 13 miejsca na liście rankingowej, uzyskując o trzy punkty więcej od projektu znajdującego się na kolejnym, 14 miejscu, który nie uzyskał dofinansowania. Obaj eksperci przyznali projektowi po cztery punkty za kryterium – „liczba osób korzystających z obiektów infrastruktury ochrony zdrowia”, odpowiadające wzrostowi liczby osób o od 5% do 10%, chociaż we wniosku o dofinansowanie i w studium wykonalności projektu nie podano danych pozwalających na taką ocenę. W przypadku nieprzyznania beneficjentowi punktów za to kryterium, projekt otrzymałby 73 punkty i znalazłby się na 19 miejscu na liście rankingowej, podczas gdy dofinansowanie uzyskało 16 projektów.

⁵¹ Zarząd Województwa Podlaskiego i Zarząd Województwa Dolnośląskiego.

⁵² O wartości 1.250 tys. zł i wysokości dofinansowania z RPO WP - 925 tys. zł.

3.1.3.3. Monitoring i kontrola realizacji projektów

Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego nie prowadził monitoringu postępów realizacji i stopnia osiągnięcia celów RPO WK-P w zakresie zakupu aparatury medycznej zgodnie z wymogami art. 26 ust. 1 pkt 12 ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Departament Wdrażania RPO Urzędu Marszałkowskiego, odpowiedzialny za monitoring wskaźników rezultatu i produktu, świadczących o osiągnięciu celu projektu, posiadał informację o wskaźnikach z ostatniego wniosku o płatność końcową, stanowiącego rozliczenie projektu, natomiast nie gromadził i nie weryfikował informacji o wskaźnikach dla projektów w trakcie realizacji. Podczas kontroli Departament trzykrotnie zmieniał wartość wskaźników rezultatu projektów, które znacznie różniły się między sobą i od wskaźników przedstawionych przez beneficjentów projektów. Na 15 maja 2012 r., w informacji przekazanej przez Departament wykazano wartość wskaźnika w postaci liczby wykonanych badań - 290,9 tys. , a następnie w ciągu dwóch miesięcy zmieniono na: 303,4 tys. i 545,8 tys. badań. Z danych przedstawionych przez beneficjentów projektów wynikało, że faktycznie w tym okresie wykonano 1.729,9 tys. badań, tj. więcej o 320 – 510% od liczby podanej przez Departament. Dyrektor Departament RPO wyjaśniła, że „różnice pomiędzy Departamentem, a beneficjentami w monitorowanych wskaźnikach wynikały z błędów popełnionych przez pracowników Departamentu oraz z niejednorodnej metodologii ich liczenia przez beneficjentów (...)”.

Instytucje Zarządzające RPO objęte kontrolą, wywiązywały się z obowiązku kontroli realizowanych projektów⁵³. Przeprowadzone przez nie kontrole wykazały nieprawidłowości dotyczące naruszenia przepisów Prawa zamówień publicznych, realizacji projektu niezgodnie z wnioskiem i umową o dofinansowanie, przekazaniu IZ błędnych informacji o osiągnięciu wskaźników rezultatu. Po wykryciu nieprawidłowości w zakresie Prawa zamówień publicznych anulowano część finansowego wkładu Wspólnoty, w łącznej wysokości 16.346.3 tys. zł⁵⁴, w tym wobec sześciu z 33 beneficjentów objętych kontrolą - 7.730 tys. zł.

- **Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Małopolskiego** skontrolowała siedmiu z 12 beneficjentów. U wszystkich beneficjentów stwierdziła, że projekty były realizowane niezgodnie z umowami o dofinansowanie i z naruszeniem innych przepisów, w tym Prawa zamówień publicznych. Pięć z tych kontroli przeprowadzono dopiero po zakończeniu projektu. W efekcie, jedyną formą oddziaływania na beneficjenta było zmniejszenie dofinansowania. Łączna kwota korekt finansowych i kar wyniosła 214,5 tys. zł.
- **Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego** skontrolowała 23 spośród 40 realizowanych projektów (57,5%). W ośmiu z nich (34,8%) stwierdzono niezgodność realizacji z umowami o dofinansowanie. Skutkowało to nałożeniem na pięciu beneficjentów korekt finansowych w łącznej kwocie 290,0 tys. zł.
- **Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Podlaskiego**, przeprowadziła 37 kontroli u beneficjentów realizujących 29 z 32 projektów, w ramach których nabywana była aparatura medyczna. Ustalono, że tylko jeden projekt realizowano bez zastrzeżeń. W konsekwencji beneficjentom naliczono korekty finansowe na łączną kwotę 1.405 tys. zł. Przy 30 projektach naruszono Prawo zamówień publicznych, a w 11 beneficjenci błędnie poinformowali IZ o osiągniętych wskaźnikach rezultatu. Ponadto w 10 projektach stwierdzono poniesienie wydatków niekwalifikowalnych, skutkujących obniżeniem dofinansowania o 426,4 tys. zł. NIK stwierdziła jednak, że kontrola projektu „Rozbudowa Oddziału Nefrologii i zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. K. Dłuskiego w Białymstoku” została przeprowadzona nierzetelnie, bowiem zakupiona aparatura wykorzystywana była niezgodnie z przeznaczeniem przedstawionym we wniosku o dofinansowanie projektu⁵⁵.

⁵³ Art. 26 ust. 1 pkt 14 ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju.

⁵⁴ Informacje przekazane przez urzędy marszałkowskie w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁵⁵ Aparat RTG z ramieniem C, aparat RTG jezdny, wideokolonoskop.

3.2 Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej

W ośmiu podmiotach leczniczych z 30 objętych kontrolą planową koordynowaną negatywnie oceniono⁵⁶ kontrolowaną działalność (26,7%)⁵⁷, w dwóch pozytywnie (6,7%)⁵⁸, w trzech pozytywnie pomimo stwierdzonych uchybień (10%)⁵⁹, a w 17 pozytywnie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości (56,6%)⁶⁰.

3.2.1. Wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczną aparaturę medyczną przed otrzymaniem dofinansowania z UE

Przed otrzymaniem dofinansowania z UE, 30 podmiotów leczniczych objętych kontrolą⁶¹, posiadało łącznie 296 aparatów do diagnostyki i leczenia, z zakresu objętego kontrolą NIK, o wartości początkowej ok. 268.837,0 tys. zł. Urządzenia te były zamortyzowane średnio w 86%⁶².

Tabela nr 4

Liczba, wartość początkowa oraz stopień zamortyzowania aparatów do diagnostyki i leczenia przed otrzymaniem dofinansowania z UE

Lp.	Nazwa aparatury medycznej	Liczba szpitali posiadających aparaturę	% szpitali objętych kontrolą	Liczba aparatów	Wartość początkowa aparatury (tys. zł)	Amortyzacja (%)
1.	2	3	4	5	6	7
1.	Tomograf komputerowy	18	60,0	24	60.571,0	93,2
2.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	14	45,7	31	3.062,0	99,7
3.	Litotryptor	7	23,3	11	2.430,0	78,1
4.	Gammakamera	5	16,7	6	3.089,0	91,8
5.	Akcelerator liniowy	3	10,0	8	37.936,0	68,2
6.	Rezonans magnetyczny	6	20,0	6	27.227,0	90,5
7.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	15	50,0	22	57.745,0	93,8
8.	Echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	17	56,7	77	27.403,0	82,2
9.	Mammograf	19	63,3	22	5.956,0	88,5
10.	Urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego	0	0,0	0	0,0	0,0
11.	Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	9	30,0	17	10.748,0	84,3
12.	Aparat RTG z torem wizyjnym	25	83,3	72	32.670,0	74,1
13.	System PET	0	0,0	0	0,0	0,0
Razem:				296	268.837,0	86,0

Źródło: dane NIK

⁵⁶ Przyjęto czterostopniową skalę ocen, tj. oceny: pozytywną, ocenę pozytywną pomimo stwierdzonych uchybień, ocenę pozytywną pomimo stwierdzonych nieprawidłowości oraz negatywną.

⁵⁷ Wojewódzki Szpital św. Rafała w Czerwonej Górze, Powiatowy Szpital w Radomsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

⁵⁸ Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku.

⁵⁹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

⁶⁰ Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Szpital Wojewódzki we Włocławku, Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi, Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Szpital Specjalistyczny w Chojnicach, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze.

⁶¹ Trzy kontrole doraźne przeprowadzone przez Departament dotyczyły wyłącznie wykorzystania aparatury medycznej.

⁶² Wartość odpisów amortyzacyjnych wyniosła 229.944 tys. zł.

Analiza zasobów aparaturowych podmiotów leczniczych w podziale na grupy wiekowe, w zależności od roku ich wyprodukowania wskazuje, że większość aparatów z zakresu objętego kontrolą była użytkowana powyżej ośmiu lat⁶³. Stan techniczny tych aparatów, wynikający z wieloletniego użytkowania, nie zapewniał prowadzenia właściwej diagnostyki (wysoka awaryjność, niska powtarzalność uzyskanych wyników, zagrożone bezpieczeństwo pacjenta podczas wykonywania badań diagnostycznych, przestarzałe oprogramowanie).

- W **Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku** aparatura medyczna była zamortyzowana w 100%⁶⁴. Ultrasonograf był użytkowany ponad 20 lat (zakupiony w maju 1992 r.), a analizator do badań laboratoryjnych ponad 15 lat.
- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy** posiadał aparaturę medyczną o wartości początkowej 13.700 tys. zł, której stopień umorzenia wynosił 97,1%⁶⁵, w tym dwa aparaty RTG z torem wizyjnym o wartości początkowej 647,6 tys. zł całkowicie umorzone oraz echokardiograf o wartości początkowej 290,0 tys. zł umorzony w 76,7%. Okres eksploatacji aparatów RTG z torem wizyjnym mieścił się w przedziale od 9 do 12 lat, a echokardiografu nie przekraczał 3 lat. Pozostały sprzęt był w użytkowaniu ponad 12 lat.

Istotnym problemem skontrolowanych podmiotów leczniczych był ograniczony dostęp do środków finansowych na odtworzenie posiadanej aparatury i dostosowanie urządzeń szpitalnych do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej⁶⁶ oraz wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.2.2 Planowanie zakupu aparatury przez podmioty lecznicze

W trzech SPZOZ nie sporządzano planu finansowego (inwestycyjnego), określającego zakres rzeczowy planowanej do zakupu aparatury i źródła jej sfinansowania.

- W **Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim i Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu** zakup specjalistycznej aparatury medycznej nie był planowany, a decyzje o zakupie zapadały dopiero z chwilą pojawienia się możliwości pozyskania dofinansowania z Unii Europejskiej.
- W **Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach**, w latach 2009–2011, nie sporządzano planów inwestycyjnych, co uniemożliwiło realizację zadań rady społecznej określonych w art. 46 pkt 2, lit a i b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a i b ustawy o działalności leczniczej⁶⁷. W ocenie NIK sporządzone przez Szpital plany strategiczne nie mogły być uznane za plany inwestycyjne, ponieważ nie zawierały informacji finansowych. Na 2012 r. sporządzony został plan inwestycyjny, wchodzący w skład planu rzeczowo-finansowego Szpitala.

W planach finansowych, inwestycyjnych⁶⁸ pozostałych podmiotów leczniczych uwzględniono środki finansowe na zakup aparatury medycznej. Zapotrzebowanie na specjalistyczną aparaturę determinowane było przez: zużycie posiadanego sprzętu, wysokie koszty eksploatacji posiadanej aparatury, zapotrzebowanie na badania diagnostyczne.

⁶³ Przyjmuje się, że czas efektywnego użytkowania aparatu medycznego wynosi osiem lat.

⁶⁴ Wartość początkowa aparatury medycznej i odpisów amortyzacyjnych wyniosła 7.386,84 tys. zł.

⁶⁵ Stan na dzień 30.06.2012 r.

⁶⁶ Dz. U. Nr 31, poz. 158 - uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.

⁶⁷ Przedstawianie opinii w sprawach planu inwestycyjnego i sprawozdania z jego realizacji.

⁶⁸ W Szpitalu Tucholskim Sp. z o.o. w Tucholi, plan inwestycyjny obejmujący zakup aparatury medycznej był corocznie opiniowany przez Radę Nadzorczą Szpitala, co zostało udokumentowane w protokołach z jej posiedzeń. W Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o. plan rzeczowo-finansowy i inwestycyjny (oraz jego zmiany) był opiniowany przez Radę Nadzorczą Szpitala (Uchwała nr 23/11. z 8 września 2011 r., Uchwała nr 17/2010 z 28 grudnia 2010 r. w sprawie oceny zmian w Planie Rzeczowo-Finansowym i Planie Inwestycyjnym na 2011 r.).

3.2.3. Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej z udziałem środków z RPO 2007–2013

W 33 podmiotach leczniczych⁶⁹ skontrolowano realizację 39 projektów o dofinansowanie zakupu aparatury medycznej⁷⁰, o całkowitej wartości 406.826,7 tys. zł, w tym dofinansowanie UE – 278.933,7 tys. zł i wkład własny – 93.715,6 tys. zł⁷¹.

Beneficjentami dwóch z 39 projektów były podmioty tworzące SPZOZ, tj.:

- miasto st. Warszawa było beneficjentem projektu „Wyposażenie i modernizacja Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie”⁷²;
- powiat radomszczański był beneficjentem projektu „Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku”⁷³.

Badaniem kontrolnym objęto zakup 75 aparatów o całkowitej wartości 124.746,6 tys. zł.

Tabela 5

Liczba i wartość aparatury medycznej zakupionej z udziałem środków UE

Lp.	Rodzaj badanej aparatury	Liczba	Wartość [tys. zł]
1	2	3	4
1.	Tomograf komputerowy	18	50.935,8
2.	Mammograf	7	5.372,0
3.	Rezonans magnetyczny	4	15.589,8
4.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	1	148,7
5.	Gammakamera	5	7.254,5
6.	Echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	8	2.392,3
7.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	7	19.760,9
8.	Aparat RTG z torem wizyjnym	15	9.111,1
9.	Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbka cyfrową	7	4.202,1
10.	Akcelerator liniowy	1	788,7
11.	Litotryptor	1	8.500,7
12.	Aparaty RTG – inne	1	690,0
Razem:		75	124.746,6

Źródło: dane NIK

W pięciu podmiotach leczniczych z 33 skontrolowanych (15,2%) stwierdzono nierzetelne przygotowanie projektu dotyczącego dofinansowania zakupu aparatury medycznej, co skutkowało opóźnieniem jej dostawy, instalacji i uruchomienia⁷⁴. W konsekwencji, zakupiona aparatura medyczna przez wiele miesięcy nie była wykorzystywana do udzielania świadczeń zdrowotnych.

⁶⁹ W tym: trzy SPZOZ w ramach kontroli rozpoznawczych.

⁷⁰ W okresie od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2012 r.

⁷¹ Wydatki kwalifikowalne – 372.649,3 tys. zł.

⁷² W ramach Priorytetu VII. – „Tworzenie i poprawa warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego”, Działania 7.1. „Infrastruktura służąca ochronie zdrowia i życia”, RPO Województwa Mazowieckiego na lata 2007–2013.

⁷³ Oś priorytetowa V: Infrastruktura społeczna – Działanie V.1 Infrastruktura Ochrony zdrowia współfinansowanego ze środków EFRR w ramach RPO Województwa Łódzkiego na lata 2007–2013.

⁷⁴ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Radomsku, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

- *W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze z opóźnieniem, w stosunku do pierwotnych założeń, podjęto prace modernizacyjne w Dziale Diagnostyki Obrazowej, co spowodowało, że przez pierwsze pięć miesięcy⁷⁵ zakupiony tomograf komputerowy (TK) o wartości 2.398,2 tys. zł, w fabrycznym opakowaniu, zdeponowany został poza Szpitalem, a przez następne ponad 6 miesięcy 2010 r.⁷⁶, także nie był wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych. Aparatura była składowana w magazynie położonym w Iławie⁷⁷. Tomograf przyjęto do ewidencji środków trwałych 3 stycznia 2011 r., tj. po 12 miesiącach od daty dostarczenia aparatu⁷⁸. Pierwsze badania diagnostyczne pacjentów Szpitala, z wykorzystaniem zakupionego TK, wykonano dopiero w grudniu 2010 r. W ocenie NIK skoordynowanie dostaw aparatury z realizacją robót budowlanych pozwoliłoby na ograniczenie negatywnych skutków wynikających z tej sytuacji. Okoliczności te miały niekorzystny wpływ na sytuację finansową Szpitala. W całym kontrolowanym okresie Szpital wykazywał ujemny wynik finansowy wynoszący: 2.329,8 tys. zł w 2009 r.; 6.463,6 tys. zł w 2010 r.; 9.603,3 tys. zł w 2011 r., 40.172,0 tys. zł na 30 czerwca 2012 r.⁷⁹.*
- **Zarząd Powiatu Radomszczańskiego⁸⁰ przekazał Powiatowemu Szpitalowi w Radomsku w użyczenie aparaturę, urządzenia medyczne i wyposażenie o wartości 34.870,5 tys. zł⁸¹, zakupione w ramach projektu pn. „Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku”⁸², dofinansowanego ze środków RPO Województwa Łódzkiego na lata 2007–2013. W Powiatowym Szpitalu w Radomsku wystąpiły opóźnienia w przygotowaniu infrastruktury technicznej pracowni diagnostycznych, które miały być wyposażone w zakupioną aparaturę⁸³. Pierwsze badania przy wykorzystaniu tej aparatury wykonano z opóźnieniem od 1 do 18 miesięcy od dnia otrzymania jej w użyczenie⁸⁴. Zarząd Powiatu umowy użyczenia zawarł ze Szpitalem dopiero po kilku miesiącach od daty dostarczenia sprzętu. Dostawca udzielając 24 miesięcznej gwarancji, od daty odbioru aparatury, nie uwzględnił terminów faktycznego rozpoczęcia jej eksploatacji. W efekcie opóźnień nastąpiło znaczne skrócenie okresu ochrony gwarancyjnej. W przypadku angiografu i analizatora biochemicznego uprawnienia te przysługiwały jedynie przez trzy miesiące. Przed uzyskaniem pozwolenia na użytkowanie**

⁷⁵ Od 23 grudnia 2009 r. do 31 maja 2010 r.

⁷⁶ Od czerwca 2010 r. do grudnia 2010 r.

⁷⁷ Z tytułu najmu powierzchni magazynowej, w okresie od 21 grudnia 2009 r. do 31 maja 2010 r., Szpital zapłacił czynsz w łącznej wysokości 3,2 tys. zł (Czynsz w wysokości 500 zł miesięcznie powiększony o 22% VAT; za grudzień 2009 r. i styczeń 2010 r. czynsz wyniósł 732 zł, a za pozostałe miesiące po 610 zł).

⁷⁸ 23 grudnia 2009 r.

⁷⁹ W tym okresie zobowiązania wymagalne wzrosły z 16.771 tys. zł (na 31.12.2009 r.) do 20.207 tys. zł (na 30 czerwca 2012 r.). Skutkiem niekorzystnej sytuacji finansowej było zaprzestanie opłacania przez Szpital składek z tytułu ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych, a także składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Zobowiązania wymagalne wobec ZUS na 30 czerwca 2012 r. wynosiły 7.077 tys. zł. Nieopłacanie w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz nieterminowe dokonywanie wpłat na PFRON stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określone w art. 14 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital nie jest w stanie pokryć we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego. Kontynuacja działalności możliwa jest tylko po wprowadzeniu radykalnych działań. W dniu 2 lipca 2012 r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego zawarł umowę na opracowanie planu naprawczego oraz sprawowanie nadzoru nad procesem jego wdrażania.

⁸⁰ Na podstawie 23 umów użyczenia.

⁸¹ W umowie o dofinansowanie Projektu postanowiono, że aparatura, sprzęt medyczny i wyposażenie zostaną przekazane Szpitalowi w użyczenie. W załącznikach do umów użyczenia wykazano łącznie 4.377 pozycji, w tym 994 pozycje o wartości powyżej 3,5 tys. zł na łączną kwotę 32.187 tys. zł oraz 3.383 pozycje o wartości poniżej 3,5 tys. zł na kwotę 2.683,5 tys. zł.

⁸² Umowa nr UDA-RPLD.05.01.00-001/09-00 zawarta pomiędzy Województwem Łódzkim a Powiatem Radomszczańskim 5 czerwca 2009 r. o dofinansowanie projektu pn. „Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” w ramach RPO WŁ na lata 2007–2013. Oś priorytetowa V: Infrastruktura społeczna – Działanie V.1 Infrastruktura Ochrony zdrowia współfinansowanego ze środków EFRR; zmieniona: Aneksem nr UDA-RPLD.05.01.00-001/09-01 z 6 kwietnia 2010 r.; Aneksem nr UDA-RPLD.05.01.00-001/09-02 z 30 września 2010 r.; Aneksem nr UDA-RPLD.05.01.00-001/09-03 z 31 stycznia 2011 r.; Aneksem nr UDA-RPLD.05.01.00-001/09-04 z 19 kwietnia 2011 r.

⁸³ Brak odbiorów ppoż., sanitarnych, brak wpisu rejestrowego w Urzędzie Wojewódzkim.

⁸⁴ Aparat RTG do angiografii - 2 lutego 2012 r., tj. po ok. 18 miesiącach od dnia przekazania w użyczenie (23 lipca 2010 r.); tomograf komputerowy - 17 stycznia 2011 r., tj. ok. 4 miesiące od dnia przekazania w użyczenie (5 października 2010 r.); analizator biochemiczny - 6 czerwca 2011 r., tj. ok. 3 miesiące od dnia przekazania w użyczenie (3 marca 2011 r.); mammograf - 11 stycznia 2011 r., tj. ok. 3 miesiące od dnia przekazania w użyczenie (5 października 2010 r.); cyfrowy aparat RTG ze ścianką do prześwietleń - 5 stycznia 2011 r., tj. miesiąc od dnia przekazania w użyczenie (3 grudnia 2010 r.).

oddziałów, Komisja do spraw odbioru aparatury, powołana przez Zarząd Powiatu, której przewodniczącym był przedstawiciel Szpitala pełniący funkcję zastępcy dyrektora potwierdziła w „Protokołach odbioru i przekazania do użytkowania” wykonanie przez dostawcę instalacji i uruchomienia dostarczonego sprzętu oraz przeszkolenie pracowników użytkownika aparatury. Tymczasem pozwolenie na użytkowanie Oddziałów uzyskano w terminie późniejszym. Dyrektor potwierdził, że Szpital był nieprzygotowany technicznie na uruchomienie i użytkowanie nowej aparatury. Ponadto, Szpital otrzymał 31 stycznia 2011 r. w użyczenie litotrypter (dalej „zestaw ESWL”), o wartości 690 tys. zł⁸⁵. Decyzję o przyjęciu zestawu w użyczenie podjął były dyrektor Szpitala⁸⁶. Przed dokonaniem zakupu przedmiotowej aparatury do nowo oddanych pomieszczeń, Szpital oraz jego organ założycielski, wielokrotnie zwracali się do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) o rozważenie możliwości rozpisania dodatkowego konkursu ofert na wykonywanie zabiegów litotrypsji. Jednak NFZ nie zakontraktował świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. W trakcie prowadzenia kontroli⁸⁷ upłynął 24 miesięczny okres gwarancji zestawu ESWL bez jego użytkowania⁸⁸. Doprowadzenie do takiej sytuacji było, w ocenie NIK, działaniem niegospodarnym.

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu (Zespół) złożył wniosek do zarządu województwa o refundację poniesionych wydatków kwalifikowalnych na kwotę 692,1 tys. zł, załączając dokumenty niespełniające warunków określonych w umowie o dofinansowanie projektu oraz Wytycznych Instrukcji Zarządzającej Wielkopolskiego RPO na lata 2007–2013 w sprawie kwalifikowalności wydatków.

Zespół zrealizował jeden projekt dotyczący zakupu aparatury medycznej o całkowitej wartości 5.011,5 tys. zł, w tym dofinansowanie ze środków europejskich - 2.846,5 tys. zł.

Na etapie przygotowania wniosku i umowy o dofinansowanie projektu „Zakup tomografu komputerowego, urządzeń do sterylizatorni oraz sprzętu wysokospecjalistycznego (...)” Zespół nierzetelnie oszacował wartość projektu. We wniosku o dofinansowanie przyjęto niższe ceny aparatury i sprzętu od stosowanych na rynku.

Zwiększenie wartości projektu po podpisaniu umowy o 843,2 tys. zł skutkowało trudnościami w sfinansowaniu zakupu aparatury. Zespół zaciągnął pożyczkę w kwocie 600 tys. zł, z pominięciem ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁸⁹ oraz bez uzyskania opinii Rady Społecznej wymaganej przez art. 46 pkt 2 lit c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Niedotrzymanie terminu spłaty tej pożyczki skutkowało zapłatą prowizji i odsetek w kwocie 67,6 tys. zł. W ocenie NIK, działanie takie było nielegalne i niegospodarne. W celu pozyskania środków finansowych z UE potrzebnych na opłacenie zamówionego sprzętu medycznego poświadczono nieprawdę w dokumentach stanowiących podstawę przyznania dofinansowania z UE w kwocie 692,14 tys. zł. Dotyczyło to dwóch wniosków o płatność⁹⁰, w których wykazano niezgodnie ze stanem faktycznym: daty zapłaty, odbioru i przyjęcia do ewidencji sprzętu medycznego, a także daty przeprowadzenia szkolenia personelu w zakresie obsługi tego sprzętu. Dokumenty te poświadczały dostarczenie, zamontowanie i uruchomienie wyposażenia centralnej sterylizatorni w dniu 9 grudnia 2009 r. podczas, gdy budynek, w którym miały być zamontowane oddany został do użytku dopiero 30 lipca 2010 r.⁹¹. Potwierdzenie odbioru sprzętu medycznego, skutkowało także skróceniem o przeszło 9 miesięcy dwuletniego okresu gwarancyjnego. Poświadczenia nieprawdy stwierdzono także w dokumentach stanowiących podstawę przyznania dofinansowania z UE w kwocie 163,2 tys. zł na zakup aparatu rentgenodiagnostycznego z ramieniem C. We wniosku o płatność potwierdzono przyjęcie tej aparatury medycznej do ewidencji środków trwałych w dniu 5 lipca 2010 r. podczas, gdy faktycznie miało to miejsce dopiero w dniu 4 listopada 2010 r.⁹². Wcześniejsze przyjęcie ww. sprzętu i aparatury medycznej do ewidencji środków trwałych ZOZ spowodowało naliczenie w 2010 r. odpisów amortyzacyjnych o wartości 102,6 tys. zł, niezgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁹³.

⁸⁵ Tj. do przeprowadzania zabiegów kruszenia kamieni nerkowych metodą ESWL.

⁸⁶ Zgodnie z Programem Medycznym przyjętym przez Powiat 10 kwietnia 2008 r.

⁸⁷ Do dnia 12 października 2012 r.

⁸⁸ § 6 ust. 2 umowy nr GI/29/2010 z dnia 9 czerwca 2010 r. na dostawę i montaż litotrypera.

⁸⁹ Dz. U z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

⁹⁰ W okresie od 17 lipca 2009 r. do 10 lutego 2010 r. oraz od 11 lutego do 16 marca 2010 r.

⁹¹ Pozytywną opinię pod względem higieniczno-sanitarnym oraz zezwolenie na eksploatację sterylizatorów parowych uzyskano po upływie przeszło dziewięciu miesięcy od tej daty.

⁹² Tj. po przeprowadzeniu obowiązkowych pomiarów promieniowania jonizującego oraz po stwierdzeniu zdatności tej aparatury do użytku.

⁹³ Dz. U z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.

Natomiast zakupiony tomograf komputerowy o wartości 2.015,7 tys. zł⁹⁴, z powodu nieprzygotowania pomieszczenia, w którym miał zostać zainstalowany, był przechowywany nierozpakowany przez siedem miesięcy. Badania diagnostyczne pacjentów Szpitala z wykorzystaniem tomografu rozpoczęto dopiero 1 stycznia 2011 r., tj. po upływie siedmiu miesięcy od daty jego zakupu (7 maja 2010 r.).

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne NIK z dnia 19 listopada 2012 r. dotyczące kontroli przeprowadzonej w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Marszałek Województwa Wielkopolskiego poinformował, że IZ WRPO po przeprowadzeniu kontroli prawidłowości ww. projektu zmniejszyła Beneficjentowi dofinansowanie o kwotę 386,8 tys. zł, naliczając ponadto ustawowe odsetki w wysokości 41,7 tys. zł⁹⁵. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, polegającymi na poświadczeniu nieprawdy w dokumentach stanowiących podstawę uzyskania dofinansowania z UE, NIK skierowała do Prokuratury Rejonowej w Poznaniu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

- **Z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu** rozwiązano umowę o dofinansowanie zakupu aparatury medycznej o wartości 1.430,21 tys. zł z powodu przedłożenia Zarządowi Województwa Śląskiego do refundacji faktur na dostawę aparatury, której koszt wcześniej sfinansowano z pożyczki udzielonej przez zarząd województwa. Przedmiotem projektu pn.: „Zakup aparatury medycznej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu w celu poprawy jakości leczenia wysokospecjalistycznego”, było zrefundowanie wydatków poniesionych na zakup aparatury medycznej w latach 2007–2008 i w 2009 r., do dnia zakończenia realizacji Projektu⁹⁶. Wartość aparatury, zgłoszonej we wniosku o dofinansowanie, wynosiła łącznie 1.430,21 tys. zł, w tym środki Szpitala – 214,53 tys. zł. W ramach Projektu zakupiono aparaturę medyczną na łączną kwotę 1.311,17 tys. zł. Podczas kontroli Projektu przez Zespół Kontrolujący Wydziału Rozwoju Regionalnego⁹⁷ stwierdzono naruszenie zakazu podwójnego finansowania poprzez przedłożenie do refundacji faktur na zakup trzech urządzeń medycznych na łączną kwotę 559,68 tys. zł⁹⁸, których koszt zakupu sfinansowano z części pożyczki udzielonej przez Zarząd Województwa Śląskiego⁹⁹ oraz dokonanie zapłaty za 12 urządzeń¹⁰⁰ na kwotę 483,77 tys. zł po zakończeniu realizacji projektu¹⁰¹, co skutkowało uznaniem tych wydatków za niekwalifikowalne i rozwiązaniem przez Zarząd Województwa Śląskiego umowy o dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego ze środków RPO¹⁰².

W siedmiu podmiotach leczniczych z 33 skontrolowanych stwierdzono niezgodność realizowanego projektu z umową o dofinansowanie oraz z obowiązującymi przepisami. Sześć podmiotów leczniczych¹⁰³ realizowało odpłatne badania diagnostyczne z wykorzystaniem zakupionej aparatury, mimo że aparatura zakupiona w ramach projektu miała być wykorzystywana wyłącznie do udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. O osiągnięciu dochodu nie poinformowano IZ RPO, chociaż obowiązek taki wynikał z umowy o dofinansowaniu projektu.

- **W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim** wykorzystano zakupiony rezonans magnetyczny do wykonania 575 odpłatnych badań o wartości 286,9 tys. zł dla osób fizycznych oraz 226 badań o wartości 111,5 tys. zł w ramach świadczenia usług dla innych jednostek. Szpital nie przedstawił IZ (do lipca 2012 r.) informacji o zrealizowaniu dochodów, pomimo że w § 13 umowy o dofinansowanie projektu zobowiązano Szpital do przekazywania IZ wszelkich informacji dotyczących generowania przychodów z użyciem

⁹⁴ W tym dofinansowanie ze środków europejskich - 1.411,2 tys. zł.

⁹⁵ Pismo Marszałka Województwa Wielkopolskiego z 7 marca 2013 r.

⁹⁶ Tj. do 15 czerwca 2009 r.

⁹⁷ Przeprowadzonej w okresie od 2 do 4 marca 2010 r.

⁹⁸ Co stanowiło 42,7% poniesionych wydatków na realizację Projektu.

⁹⁹ W całości umorzony - uchwała nr 3297/332/III/2009 z dnia 15 grudnia 2009 r.

¹⁰⁰ Z 26 ogółem.

¹⁰¹ Po 15 czerwca 2009 r.

¹⁰² Uchwała nr 2173/404/III/2010 z dnia 24 sierpnia 2010 r.

¹⁰³ Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Szpital Czerniakowski w Warszawie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej.

zakupionego rezonansu magnetycznego, a w przypadku osiągnięcia dochodów z projektu, w rozumieniu art. 55 ust. 1 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące EFRR, EFS oraz FS - do zwrotu dochodów zgodnie z zasadami określonymi w wytycznych Ministra Rozwoju Regionalnego w zakresie wybranych zagadnień związanych z przygotowaniem projektów inwestycyjnych, w tym generujących dochód. Odpłatne badania były ewidencjonowane w księgach rachunkowych Szpitala. Dowody wpłaty za wykonane badania rezonansu magnetycznego¹⁰⁴, na łączną kwotę 79,5 tys. zł, były oznaczane jako wielofazowe badania TK (tomograf komputerowy). Kontrola wykazała, że w celu ukrycia udzielania odpłatnych świadczeń, w systemie rejestrującym badania RM, zapis „odpłatne badania” został zastąpiony przez „test aparatu”. Dokumenty zgromadzone w trakcie kontroli, w tym umowy o wykonanie odpłatnych badań wskazują, że świadczenia te były udzielane za wiedzą ówczesnej dyrekcji. W trakcie kontroli NIK obecny dyrektor Szpitala złożył zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Gorzowie Wielkopolskim o możliwości popełnienia przestępstwa przez osoby poprzednio zarządzające Szpitalem.

- W **Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie** realizowane były odpłatne badania tomografii komputerowej, mimo że tomograf zakupiony w ramach projektu „Wyposażenie i modernizacja Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie”, miał być wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. W okresie od maja 2009 r. do października 2011 r. wykonano 411 takich badań o wartości 78,7 tys. zł, co stanowiło 2,6% wszystkich wykonanych badań w tym zakresie. Dyrektor Szpitala poinformował m.st. Warszawa o osiągnięciu dochodu w wyniku kontroli NIK.

W dziesięciu podmiotach leczniczych¹⁰⁵ z 33 skontrolowanych (30,3%) po roku od zakończenia realizacji projektów, nie osiągnięto planowanego wskaźnika rezultatu – liczby specjalistycznych badań medycznych/zabiegów wykonanych z wykorzystaniem zakupionej aparatury, liczby utworzonych nowych miejsc pracy (etatów).

- **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim** zakupił tomograf komputerowy, mammograf oraz echokardiograf, na które uzyskał dofinansowanie w ramach RPO w kwocie 2.849,2 tys. zł, w tym 1.904,2 tys. zł ze środków europejskich. WOW NFZ nie podpisał z ZZOZ kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej m.in. umowy na realizację programu profilaktyki raka piersi (mammografię) z powodu nieposiadania przez ZZOZ personelu lekarskiego spełniającego wymagania określone przez NFZ. Nie osiągnięto planowanych wskaźników rezultatu projektu. Ze 102.154 badań planowanych na 2010 r. wykonano 60%. Przychody osiągnięte w wyniku realizacji świadczeń z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej zmniejszyły się z 943 tys. zł w 2009 r. do 683,2 tys. zł w 2011 r., a koszty tych świadczeń wzrosły z odpowiednio 2.923,8 tys. zł do 3.472,5 tys. zł. W sytuacji braku możliwości wykonywania odpłatnych badań diagnostycznych z wykorzystaniem zakupionej aparatury, a także wysokiej amortyzacji tego sprzętu – zakup ten, zdaniem NIK, był nieefektywny.
- **Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie** zakupił w ramach RPO Województwa Pomorskiego na lata 2007–2013, m.in. mammograf cyfrowy i angiograf, wraz z urządzeniami towarzyszącymi oraz dokonał adaptacji pomieszczeń pracowni kardiologii inwazyjnej. W przypadku angiografu nie zostały osiągnięte planowane wskaźniki rezultatu wynoszące 2.840 badań na rok, w tym 1.620 koronarografii i 1.220 zabiegów koronaroplastycznych. Szpital wykonał odpowiednio o 552 (19%) mniej badań ogółem, w tym o 439 (27%) mniej koronarografii i o 113 (9%) mniej zabiegów koronaroplastycznych. Wynikało to z braku wystarczającej liczby chętnych do zabiegów w związku z uruchomieniem podobnych pracowni w Szpitalach w Starogardzie Gdańskim oraz Chojnicach. Zakup nowego, stacjonarnego aparatu, w miejsce urządzenia mobilnego, był warunkiem koniecznym od 2010 r. do podpisania kontraktu z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ na świadczenie usług kardiologii inwazyjnej.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła naruszanie obowiązujących regulacji prawnych przy udzielaniu oraz rejestrowaniu świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej:

¹⁰⁴ Dotyczące IV kwartału 2011 r. i I półrocza 2012 r.

¹⁰⁵ Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Zespół Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego w Sieradzu, Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Szpital Wojewódzki w Łomży.

1. W 11 podmiotach leczniczych¹⁰⁶ (33,3% skontrolowanych) nie zapewniono wymaganej kadry medycznej (lekarzy specjalistów z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej oraz techników elektroradiologii) do wykonywania badań diagnostycznych.

- **W Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie** spośród 35 lekarzy udzielających świadczeń w latach 2009–2011, 29 nie posiadało certyfikatu potwierdzającego zdanie egzaminu i ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, co stanowiło naruszenie przepisów art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe. Brak ważnego certyfikatu uniemożliwia wykonywanie pracy. W ocenie NIK nieprawidłowości w tym zakresie mogły stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. W Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, udzielającym świadczeń w systemie całodobowym, nie zapewniono wymaganej obsady lekarzy specjalistów z radiologii i diagnostyki obrazowej na 80 dyżurach i zmianach roboczych¹⁰⁷. Stanowiło to naruszenie § 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. Opis badań tomografii komputerowej był dokonywany przez lekarzy bez wymaganej specjalizacji z radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej, co było niezgodne z warunkami realizacji świadczeń określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W okresie czerwiec i wrzesień 2010 r. na 1028 opisów badań tomografii komputerowej 178 (17,3%) zostało wykonanych przez lekarzy bez wymaganej specjalizacji.

Od lutego 2010 r. do października 2011 r. samodzielne dyżury medyczne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, pełniło 8 lekarzy, bez wymaganej specjalizacji z radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz bez nadzoru lekarza specjalisty. Było to niezgodne z warunkami realizacji świadczeń określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ze zmienionymi warunkami realizacji świadczeń określonymi w rozporządzeniu z dnia 27 maja 2011 r. Ponadto ustalono, że w lipcu i październiku 2010 r. i 2011 r. 8 techników elektroradiologii z 10 wykonujących badania tomografii komputerowej przekraczało pięciogodzinną dobową normę czasu pracy, określoną w art. 32g ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 214 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Czas wykonywania pracy przez techników przekraczał dopuszczalną dobową normę czasu pracy nawet 4-krotnie (do 22 godzin). Powyższe działania wskazują na niedopełnienie obowiązków przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej w zakresie nadzoru nad organizacją i przestrzeganiem skróconych norm czasu pracy podległego personelu.

- **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim** nie zapewnił wymaganej kadry medycznej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (ZDO) do wykonywania badań diagnostycznych, w tym lekarzy specjalistów z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej. Czterech lekarzy, spośród ośmiu udzielających świadczeń w 2012 r., nie posiadało certyfikatu potwierdzającego zdanie egzaminu i ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta. Z powodu niedoborów kadrowych, dyżury pod telefonem w ZDO oraz opisy wyników badań diagnostycznych wykonywali lekarze, którzy nie posiadali specjalizacji w radiologii II stopnia. W okresie od 1 stycznia do 15 maja 2012 r. lekarze bez wymaganych uprawnień wykonali i opisali 1.423 badań rentgenodiagnostycznych oraz 1.279 badań tomografii komputerowej. Z tych samych powodów, przy udzielaniu świadczeń nie przestrzegano 5 godzinnej dobowej normy czasu pracy, określonej w art. 214 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Dotyczyło to dwóch lekarzy, których zatrudnienie w formie umowy o pracę, w wymiarze 25 godzin tygodniowo przewidywało dodatkowo wykonywanie świadczeń na wezwanie (odpowiednio 439 i 777 godzin) oraz pozostawanie w gotowości (odpowiednio 2.446,5 i 2.830 godzin), a także ośmiu techników elektroradiologii, którzy w 2011 r. otrzymali dodatek zadaniowy za wykonanie badań tomografii komputerowej poza godzinami pracy wynikającymi z umowy o pracę.

2. W sześciu podmiotach leczniczych¹⁰⁸ (18,2%) prowadzono nierzetelnie dokumentację związaną z ewidencją czasu pracy lekarzy specjalistów z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej oraz

¹⁰⁶ Szpital Czerniakowski w Warszawie, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Szpital Wojewódzki we Włocławku, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, Powiatowy Szpital w Radomsku, Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze.

¹⁰⁷ W miesiącu czerwcu oraz w okresie sierpień – październik 2010 r.

¹⁰⁸ Szpital Czerniakowski w Warszawie, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Powiatowy Szpital w Radomsku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Czerwonej Górze, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce.

techników elektroradiologii zatrudnionych w pracowniach diagnostycznych wykonujących świadczenia z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej.

- *W Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie* technicy elektroradiologii wykonywali pracę niezgodnie z ustalonym rozkładem (grafikiem) czasu pracy. Analiza kart ewidencji czasu pracy za lipiec 2011 r. wykazała, że nie odzwierciedlały one faktycznie przepracowanego dobowego czasu pracy.
- *W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu i Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim* stwierdzono niezgodności pomiędzy listą obecności w pracy tych pracowników, a ewidencją osób faktycznie wykonujących świadczenia w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (ZDO). Spowodowane było to, zamianą dyżurów pomiędzy technikami elektroradiologii, dokonywaną poza grafikiem dyżurów, a związaną z podejmowaniem przez nich dodatkowego zatrudnienia. Powyższe działania wskazują na niedopełnienie obowiązków przez kierownika ZDO w zakresie nadzoru nad organizacją i przestrzeganiem skróconych norm czasu pracy podległego personelu oraz prawidłowym prowadzeniem ewidencji czasu pracy.

3. W 11 podmiotach leczniczych¹⁰⁹ (33,3%) wystąpiły nieprawidłowości w prowadzeniu ksiąg pracowni diagnostycznych.

- *W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku*, księga pracowni tomografii komputerowej nie zawierała obligatoryjnych elementów wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania: we wszystkich przypadkach w oznaczeniu lekarza zlecającego badanie nie zamieszczono danych dot.: tytułu zawodowego oraz uzyskanych specjalizacji¹¹⁰, we wszystkich przypadkach w oznaczeniu osoby wykonującej badanie nie zamieszczono danych dot.: tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu¹¹¹; w 1009 przypadkach brak było nazwiska i imienia osoby zlecającej badanie¹¹², w 465 przypadkach brak było nazwiska i imienia osoby wykonującej badanie¹¹³. Uchybienia te wynikały przede wszystkim ze sposobu działania programu komputerowego i w trakcie kontroli zostały zgłoszone autorowi oprogramowania, jako poprawa wydruków księgi pracowni diagnostycznej z terminem realizacji 24 sierpnia 2012 r. W 86 przypadkach brakowało ciągłości numerów kolejnych pacjentów zarejestrowanych w księdze pracowni tomografii komputerowej (braki numerów), a 17 badań zostało zarejestrowane niechronologicznie. Należy zauważyć, że „numer kolejny pacjenta w księdze” pracowni diagnostycznej jest obligatoryjnym elementem wymagany zgodnie z § 36 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; Kontrola NIK wykazała, że w grudniu 2011 r. (43 przypadki), lutym 2012 r. (51 przypadków) i kwietniu 2012 r. (32 przypadki) w księdze pracowni tomografii komputerowej, nie wykazano lekarza zlecającego badanie. Sytuacja ta dotyczyła badań pacjentów ze skierowaniami z oddziałów Szpitala i spowodowana była błędem w działaniu aplikacji, który został zgłoszony producentowi oprogramowania.

4. W dziewięciu podmiotach leczniczych¹¹⁴ (27,3% skontrolowanych) stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących na świadczenia zdrowotne z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej.

- *W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie* nie prowadzono listy pacjentów oczekujących na badania mammograficzne, pomimo obowiązku wynikającego z art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokonywanie zapisów na badania

¹⁰⁹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Czerwonej Górze, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Rydygiera w Toruniu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego w Sieradzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce.

¹¹⁰ Wymóg § 36 pkt 6 rozporządzenia.

¹¹¹ Wymóg § 36 pkt 8 rozporządzenia.

¹¹² Wymóg § 36 pkt 6 rozporządzenia.

¹¹³ Wymóg § 36 pkt 8 rozporządzenia.

¹¹⁴ Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie, Szpital Wojewódzki we Włocławku, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce.

tylko w bieżącym roku kalendarzowym nie odpowiadało wymogom określonym w art. 20 ust. 1 ww. ustawy. W trakcie kontroli, Zastępca dyrektora ds. lecznictwa zobligował pracowników poradni do rejestracji pacjentów zgodnie z ww. przepisem, tj. ustalając kolejność udzielenia świadczenia - badania przy użyciu mammografu, na podstawie zgłoszenia świadczeniobiorcy, bez ograniczenia czasowego na liście oczekujących. Dyrektor Szpitala dopiero zarządzeniem nr 48 z dnia 18 października 2011 r. powołał Zespół oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących. Zespół ten od października 2011 r. do lipca 2012 r. odbył jedynie cztery takie spotkania, podczas gdy zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 1 i art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej listy oczekujących na udzielenie świadczenia miały podlegać okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

- W **Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu (ZOZ)** zdecydowano, że zgłoszenia osób na badania tomografii komputerowej¹¹⁵, ich rejestracja¹¹⁶, a także wydawanie wyników badań, będą prowadzone poza siedzibą ZOZ, w pomieszczeniach Zakładu Rentgenodiagnostyki NZOZ w Wągrowcu. Wykonanie tych zadań zlecone zostało firmie świadczącej usługi biurowe. Ten sposób zorganizowania rejestracji świadczenioborców na wykonanie badań tomografii komputerowej był niezgodny z art. 20 ust. 2, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Analiza zapisów na liście oczekujących na wykonanie badań tomografii komputerowej za okres od 1 stycznia do 31 marca 2012 r. wykazała, że okres oczekiwania pacjentów zarejestrowanych w tym samym dniu wynosił od 38 do 75 dni. W ocenie NIK, stosowana w ZOZ praktyka rejestracji świadczenioborców na wykonanie ww. badań nie zapewniała równego dostępu do świadczeń. Zlecenie zewnętrznemu podmiotowi zadań związanych z prowadzeniem listy oczekujących uniemożliwiało nadzór nad ich prawidłowym prowadzeniem.

Lista oczekujących na wykonanie badań tomografii komputerowej w styczniu 2012 r. nie była poddana ocenie przez kierownika ZOZ, mimo że obowiązek taki wynikał z art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ocena list oczekujących na wykonanie tych badań za luty, marzec i kwiecień 2012 r., przeprowadzona została nierzetelnie.

W okresie od stycznia do marca 2012 r. ZOZ przysyłał Wielkopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w Poznaniu dane w zakresie osób oczekujących na świadczenia z zakresu tomografii komputerowej z opóźnieniem wynoszącym od 15 do 50 dni. Było to niezgodne z art. 23 ust. 1 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek przekazywania co miesiąc właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacji o prowadzonych listach oczekujących na ich udzielenie, obejmujących m. in. liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 tej ustawy. Stwierdzono ponadto, że informacje o liczbie oczekujących na wykonanie badań z użyciem tomografu komputerowego, w okresie od stycznia do marca 2012 r., przekazane Wielkopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w Poznaniu były nierzetelne.

5. Wydłużenie średniego czasu oczekiwania na badania diagnostyczne mimo zakupu specjalistycznej aparatury medycznej odnotowano w czterech podmiotach z 33 skontrolowanych. Przyczyną tego stanu było ograniczenie wysokości kontraktów zawartych z NFZ.

- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu** wydłużył się średni czas oczekiwania na badania tomografii komputerowej (TK) mimo zakupu nowego 64 - rzędowego tomografu komputerowego¹¹⁷, o wartości 3.305,4 tys. zł¹¹⁷. Na dzień 30 czerwca 2012 r. wynosił 51 dni i był dłuższy o 12 dni od stanu na koniec 2009 r. Okres oczekiwania na wskazane badania diagnostyczne wynikał głównie z wielkości podpisanych kontraktów z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. W badanym okresie Szpital zrealizował w pełni umowy z NFZ w zakresie wykonywania ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, przy czym w 2010 r. zrealizowano je w 100%, a w pozostałych latach limity badań zostały przekroczone. W odniesieniu do badań TK nadwykonania w 2009 r. wyniosły 651,3 tys. zł, w 2011 r. – 106,7 tys. zł. Jak wyjaśniła z-ca dyrektora ds. eksploatacji nadwykonania były skutkiem większego niż wartość podpisanego kontraktu zapotrzebowania na badania diagnostyczne.
- W **Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim** wydłużył się czas oczekiwania na wykonanie badania tomografii komputerowej z 29 dni w 2009 r. do 80 dni w 2010 r. i 66 dni w 2011 r. Z ustaleń kontroli wynika, że było to spowodowane limitami przewidzianymi kontraktem z NFZ.

¹¹⁵ Przyjmowanie skierowań.

¹¹⁶ Ustalenie daty i godziny wykonania badania.

¹¹⁷ W całości sfinansowany ze środków UE.

- **W Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II** czas oczekiwania na wykonanie świadczeń z użyciem tomografu komputerowego wydłużył się, w szczególności w odniesieniu do przypadków pilnych, z 22 dni w 2009 r. do 48 dni – według stanu na 31 maja 2012 r. Liczba osób oczekujących na wykonanie badań w analogicznym okresie wzrosła z 4.072 do 4.553. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną tak długiego czasu oczekiwania na badania był zbyt niski kontrakt z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Krakowie. Z ustaleń kontroli wynika, że w badanym okresie Szpital wielokrotnie monitował (bez rezultatu) w NFZ o zwiększenie kontraktu w tym zakresie. Pacjentom hospitalizowanym wykonywano badania niezwłocznie i nie byli ujmowani w kolejkach oczekujących.

6. Siedem podmiotów leczniczych¹¹⁸ (21,2%) nie wywiązywało się z obowiązku poinformowania pacjentów o godzinach, miejscu i czasie udzielania świadczeń z wykorzystaniem zakupionej aparatury medycznej, sposobu rejestracji pacjentów oczekujących na te świadczenia.

- **W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu** nie zapewniono potencjalnym świadczeniobiorcom tomografii komputerowej wymaganych informacji, określonych w § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., tj. informacji o miejscu udzielania świadczeń tomografii komputerowej, osobach kierujących pracownikami oraz udzielających świadczeń, a także o godzinach i miejscu ich udzielania oraz o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących.

W trakcie kontroli stwierdzono również przypadki niewykorzystywania specjalistycznej aparatury medycznej zakupionej ze środków publicznych bez udziału środków unijnych. Dotyczyło to m.in. następujących przypadków.

- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**, w lipcu 2008 r. zakupił dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej wysokospecjalistyczny angiograf o wartości 2.349,2 tys. zł. Od 2008 r. Szpital nie spełniał warunków umożliwiających zawarcie umowy z NFZ na wykonywanie badań za pomocą zakupionego aparatu. Dopiero pod koniec 2011 r., tj. po trzech latach, spełniono warunki do ubiegania się o zawarcie z NFZ umowy o wykonywanie tych świadczeń. W Szpitalu jeden z lekarzy chirurgów ukończył wymaganą specjalizację. W 2008 r. nie wykonano żadnego świadczenia z użyciem angiografu, a w latach 2009–2012¹¹⁹ przeciętnie w miesiącu 18 badań/zabiegów. Średni jednostkowy koszt badania/zabiegu wyniósł 3,8 tys. zł. W 2012 r. Szpital wystąpił do NFZ o zakontraktowanie usług w zakresie chirurgii naczyniowej. Jednak NFZ odmówił podpisania kontraktu z powodu braku środków finansowych.
W Szpitalu nierzetelnie prowadzono ewidencję aparatury medycznej¹²⁰, nie oznaczając jej numerami inwentarzowymi.
- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu** wykonał od grudnia 2010 r. do zakończenia kontroli łącznie 91 operacji¹²¹ z użyciem robota chirurgicznego „da Vinci”¹²², co stanowiło ok. 10% jego możliwości¹²³. Ograniczona liczba wykonanych operacji wynikała z niemożności uzyskania z NFZ refundacji świadczeń wykonywanych tą techniką. Wyjaśniając powyższe Dyrektor Szpitala stwierdził, że od ponad roku prowadzi działania mające na celu wprowadzenie procedur z zastosowaniem robota chirurgicznego do katalogu świadczeń gwarantowanych (ICD9).

¹¹⁸ Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

¹¹⁹ Do 15 maja.

¹²⁰ 11 aparatów do mammografii, aparaty RTG z torem wizyjnym, angiografy.

¹²¹ Sześć operacji w grudniu 2010 r., 55 w 2011 r. oraz 30 w okresie styczeń – wrzesień 2012 r.

¹²² Szpital otrzymał z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2010 r., w ramach grantu kwotę 8.500 tys. zł, która łącznie ze środkami uzyskanymi z Fundacji „Polska Miedź” w wysokości 195,5 tys. zł umożliwiła zakup jedyne w Polsce robota chirurgicznego „da Vinci”. Urządzenie to charakteryzuje się niezwykłą precyzją, małą inwazyjnością, pionierskimi rozwiązaniami technologicznymi oraz intuicyjnym interfejsem, umożliwia wizualizację obiektu anatomicznego na poziomie dotąd niespotykanym z naturalną oceną głębokości zanurzenia, zoptymalizowanym kontrastem i możliwością powiększania obrazu aż do identyfikacji poszczególnych tkanek i ich warstw.

¹²³ Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz w złożonym wyjaśnieniu stwierdził, że „przy braku ograniczeń finansowych w ciągu jednego roku Szpital mógłby przeprowadzić nawet 500 operacji z zastosowaniem robota”.

4.1 Przygotowanie kontroli

Program kontroli opracowany został w oparciu o wyniki kontroli rozpoznawczych przeprowadzonych przez Departament Zdrowia na przełomie 2011 i 2012 r. w:

- Szpitalu Czerniakowskim SPZOZ w Warszawie w zakresie realizacji projektu „Wyposażenie i modernizacja Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Czerniakowskiego”,
- Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu w zakresie „Zakup 64 – rządowego tomografu komputerowego”,
- Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sieradzu.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Postępowanie kontrolne zakończono 9 listopada 2012 r. W trzech przypadkach kierownicy jednostek kontrowanych złożyli zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli¹²⁴. W jednym przypadku Marszałek Województwa Wielkopolskiego odmówił podpisania protokołu kontroli. Pozostałe protokoły zostały podpisane bez zastrzeżeń. W trakcie postępowania kontrolnego w 53 jednostkach nieobjętych kontrolą¹²⁵ zasięgnięto informacji w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK¹²⁶ oraz przesłuchano w charakterze świadka 19 osób. Wyniki kontroli zostały omówione na siedmiu naradach pokontrolnych. Łącznie skierowano 49 wystąpień pokontrolnych, w tym 46 do kierowników jednostek kontrolowanych i trzy do Instytucji Zarządzających RPO 2007–2013¹²⁷. Pięciu kierowników jednostek kontrolowanych¹²⁸ zgłosiło zastrzeżenia do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. Łącznie złożono 15 zastrzeżeń, z których 11 oddalono, jedno uwzględniono częściowo i trzy w całości.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia, wnioskowano o:

- dokonanie analizy wpływu nowych regulacji prawnych, dotyczących liczby osób oczekujących, na wiarygodność uzyskiwanych danych;
- przeprowadzenie analizy nasycenia jednostek ochrony zdrowia aparaturą wysokospecjalistyczną służącą do diagnostyki obrazowej i w oparciu o jej wyniki podjęcie działań wspierających proporcjonalne i odpowiednie do potrzeb rozmieszczenie tej aparatury;
- podjęcie działań w celu wyegzekwowania terminowego dostarczania sprawozdań statystycznych przez podmioty do tego zobowiązane.

Wnioski pokontrolne kierowane do jednostek samorządu terytorialnego – podmiotów tworzących SPZOZ dotyczyły m.in.:

- podjęcia prac analitycznych w zakresie rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu/ województwa oraz czynników wpływających na ich zmiany;

¹²⁴ Marszałek Województwa Wielkopolskiego, dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Śląski w Cieszynie, p.o. dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Rydygiera w Toruniu.

¹²⁵ Urzędy wojewódzkie, starostwa powiatowe, NFZ.

¹²⁶ Obecnie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

¹²⁷ Zarząd Województwa Wielkopolskiego, Zarząd Województwa Łódzkiego, Zarząd Województwa Kujawsko – Pomorskiego.

¹²⁸ Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego w Katowicach, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w Gdańsku, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Śląski w Cieszynie.

- dokonania analiz dotyczących wyposażenia podległych jednostek ochrony zdrowia w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną, jej stanu technicznego i stopnia wykorzystania oraz dostępności badań diagnostycznych;
- zapewnienia systematycznego uzyskiwania informacji o wyposażeniu szpitali w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną;
- podjęcia działań organizacyjnych w celu zapewnienia nadzoru nad podmiotami leczniczymi w zakresie zakupu i wykorzystania specjalistycznej aparatury diagnostycznej;
- podjęcia działań w celu zagospodarowania niewykorzystanej aparatury medycznej przez podmioty lecznicze utworzone przez samorząd województwa;
- podjęcia działań organizacyjnych w celu zapewnienia rzetelnego sporządzania analiz i opracowań zbiorczych o działalności merytorycznej podmiotów leczniczych, dla których samorząd województwa jest podmiotem tworzącym.

Wnioski pokontrolne kierowane do zarządów województw odpowiedzialnych za realizację zadań Instytucji Zarządzającej RPO 2007–2013 w zakresie dofinansowania zakupu aparatury medycznej, dotyczyły m.in.:

- zapewnienia rzetelnej oceny projektów o dofinansowanie ze środków europejskich oraz monitorowania wskaźników rezultatu projektu zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu jego realizacji;
- dokonywania korekty wysokości dofinansowania projektów, w przypadkach wykonywania przez beneficjentów odpłatnych badań zakupionym sprzętem.

Wnioski pokontrolne skierowane do podmiotów leczniczych – SPZOZ i spółek kapitałowych – dotyczyły m.in.:

- realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE zgodnie z harmonogramami finansowo-rzeczowymi, stanowiącymi załączniki do umów o dofinansowanie;
- rzetelnego przygotowywania inwestycji, umożliwiającego wykonawcom terminową realizację zaplanowanych zadań;
- kontynuowania działań w celu efektywnego wykorzystania zakupionej aparatury medycznej ze środków UE;
- zobowiązania osób wykonujących i nadzorujących wykonywanie badań przy użyciu promieniowania jonizującego do ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdania egzaminu i uzyskania stosownego certyfikatu;
- rzetelnego określania poziomu wskaźników realizacji projektów dofinansowywanych ze środków europejskich;
- poinformowania Instytucji Zarządzającej o nieosiągnięciu ustalonej wartości wskaźników rezultatu oraz o wygenerowaniu dochodu z tytułu udzielania odpłatnych świadczeń z użyciem aparatury zakupionej ze środków UE;
- zapewnienia prawidłowego prowadzenia list oczekujących na wykonanie badań diagnostycznych, dostosowania księgi pracowni diagnostycznej do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- rzetelnego prowadzenia ewidencji aparatury medycznej i prawidłowego jej oznaczania numerami inwentarzowymi; prawidłowego naliczania odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych

(aparatury medycznej) przyjętych do używania i skorygowanie odpowiednich zapisów w ewidencji księgowej oraz w sprawozdaniach finansowych;

- terminowego regulowania zobowiązań wynikających z umów zawartych z dostawcami aparatury medycznej;
- rozliczenia wynagrodzeń techników elektroradiologii zgodnie z czasem faktycznie przepracowanym, terminowego sporządzania i przekazywania sprawozdań MZ-29.

Z odpowiedzi udzielonych przez kontrolowane jednostki¹²⁹ wynika, iż z ogólnej liczby 126 wniosków pokontrolnych 63 zrealizowano, 30 pozostawały w fazie realizacji, a 36 wniosków nie zrealizowano¹³⁰.

NIK skierowała jedno zawiadomienie o podejrzeniu popełnieniu przestępstwa¹³¹. W jednym przypadku kontrolerzy poinformowali kierownika jednostki kontrolowanej, w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego¹³².

I. Finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości wyniosły 14.147,8 tys. zł, w tym:

- uszczuplenia środków lub aktywów – 3.548,0 tys. zł¹³³;
- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 600,0 tys. zł¹³⁴,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 8.511,1 tys. zł¹³⁵,
- kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa – 922,9 tys. zł¹³⁶,
- kwoty nienależnie uzyskane – 398,4 tys. zł¹³⁷,
- sprawozdawcze skutki nieprawidłowości – 167,4 tys. zł¹³⁸,

II. Finansowe skutki nieprawidłowości na szkodę budżetu Unii Europejskiej wyniosły 685,2 tys. zł, w tym:

- szkody w ogólnym budżecie Unii Europejskiej – 685,2 tys. zł¹³⁹.

III. Pozyskane pożyczki finansowe – 428,5 tys. zł¹⁴⁰.

Ponadto, w wyniku kontroli rozpoznawczej R11/001/KZD, przeprowadzonej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie, kwota nieprawidłowości wyniosła 34.805,5 tys. zł (w tym środki nienależnie uzyskane 29.297,9 tys. zł, kwota wydana w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa 5.495,6 tys. zł oraz środki wydane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami 12 tys. zł).

¹²⁹ Na dzień 11 grudnia 2012 r.

¹³⁰ Według stanu na dzień 30 czerwca 2011 r.

¹³¹ Delegatura NIK w Poznaniu skierowała do Prokuratury Rejonowej w Poznaniu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu oraz dwóch pracowników tego Zakładu. Zawiadomienie w tej sprawie (pismo nr LPO-4101-10-05/2012) wysłano 9 grudnia 2012 r.

¹³² W dniu 15 czerwca 2012 r. kontrolerzy poinformowali dyrektora Szpitala Wojewódzkiego SPZOZ w Zielonej Górze o stwierdzonych nieprawidłowościach mogących stanowić bezpośrednie niebezpieczeństwo dla zdrowia pacjentów.

¹³³ Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego – 3.548,0 tys. zł.

¹³⁴ Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – 600 tys. zł.

¹³⁵ Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim – 2.849,3 tys. zł; Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego – 2.611,8 tys. zł, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – 2.015,7 tys. zł, Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim – 1.000 tys. zł; Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc – 34,3 tys. zł.

¹³⁶ Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

¹³⁷ Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim.

¹³⁸ Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim – 64,8 tys. zł, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – 102,6 tys. zł.

¹³⁹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białymstoku.

¹⁴⁰ Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – korekta finansowa w kwocie 386,8 tys. zł i odsetki naliczone przez IZ Województwa Wielkopolskiego – 41,7 tys. zł.

Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

W okresie objętym kontrolą zasady i tryb gospodarowania środkami publicznymi, w tym pochodzącymi z budżetu UE, przez m.in. jednostki samorządu terytorialnego zostały określone w ustawach o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r.¹⁴¹ i z dnia 27 sierpnia 2009 r.¹⁴².

Zgodnie z art. 206 ww. ustawy (poprzednio art. 209), szczegółowe warunki wykorzystania i rozliczania przyznanych środków pochodzących z budżetu UE określa umowa o dofinansowanie projektu zawarta z beneficjentem tych środków¹⁴³.

Cele i zadania oraz sposób realizacji **Regionalnego Programu Operacyjnego 2007–2013 (RPO)** zostały określone przez zarząd województwa w dokumentach pn. „Regionalny Program Operacyjny 2007–2013”, (na podstawie Rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Funduszu Spójności) oraz w Szczegółowym Opisie Priorytetów RPO¹⁴⁴.

Podstawę prawną dla opracowania, wdrażania i realizacji RPO stanowi ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju¹⁴⁵, zwana dalej również „ustawą o zppr”.

Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego koordynuje realizację strategii rozwoju współfinansowanych ze środków budżetu państwa lub środków rozwojowych pochodzących z Unii Europejskiej lub z innych źródeł zagranicznych.

Projekty strategii rozwoju¹⁴⁶ podlegają konsultacjom z jednostkami samorządu terytorialnego, partnerami społecznymi i gospodarczymi oraz z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego (art. 6 ust.1 ustawy o zppr).

Samorząd województwa prowadzi politykę rozwoju województwa, na którą składa się m.in.:

- tworzenie warunków rozwoju gospodarczego, w tym kreowanie rynku pracy,
- utrzymanie i rozbudowa infrastruktury społecznej i technicznej o znaczeniu wojewódzkim,
- pozyskiwanie i łączenie środków finansowych: publicznych i prywatnych, w celu realizacji zadań z zakresu użyteczności publicznej,

¹⁴¹ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

¹⁴² Art. 44 ww. ustawy (poprzednio art. 35 Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).

¹⁴³ Art. 184-195 i 202-210 ustawy o finansach publicznych (poprzednio w art. 200–214).

¹⁴⁴ Szczegółowy Opis priorytetów RPO jest dokumentem, który zgodnie z obowiązującym prawodawstwem UE nie podlega negocjacji z Komisją Europejską; jest to dokument przyjęty uchwałą zarządu województwa, który zawiera informacje uzupełniające w stosunku do RPO. Dokumenty te są publikowane przez zarząd województwa w formie papierowej i na stronie internetowej samorządu województwa i MRR.

¹⁴⁵ Por. przypis 1.

¹⁴⁶ Zgodnie z art. 9 pkt 1-3 ustawy o zppr, strategiami rozwoju są: 1) długookresowa strategia rozwoju kraju - dokument określający główne trendy, wyzwania, i scenariusze rozwoju społeczno- gospodarczego kraju oraz kierunki przestrzennego zagospodarowania kraju, z uwzględnieniem zasady zrównoważonego rozwoju, obejmujący okres co najmniej 15 lat, 2) Średniookresowa strategia rozwoju kraju - dokument określający podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, regionalnym i przestrzennym obejmujący okres 4 - 10 lat, realizowany przez strategie rozwoju oraz przy pomocy programów, z uwzględnieniem okresu programowania Unii Europejskiej, 3) inne strategie rozwoju - dokumenty określające podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju w danych obszarach wskazanych w średniookresowej strategii rozwoju kraju, odnoszące się do rozwoju regionów, rozwoju przestrzennego, sektorów lub dziedzin, realizowane przy pomocy programów.

- wspieranie i prowadzenie działań na rzecz podnoszenia poziomu wykształcenia obywateli (art. 11 ust. 2 uosw).

Wykonywanie zadań związanych z rozwojem regionalnym na obszarze województwa należy do samorządu województwa. Zasady finansowania rozwoju regionalnego oraz źródła dochodów województwa w tym zakresie określają odrębne ustawy¹⁴⁷.

Za prawidłową realizację programu operacyjnego odpowiada instytucja zarządzająca (IZ), którą jest odpowiednio minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego lub zarząd województwa (art. 25 pkt 1 ustawy o zppr).

Do zadań IZ, zgodnie z art. 26 ustawy o zppr, należy m.in.:

- wypełnianie obowiązków wynikających z art. 60 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.;
- przygotowanie szczegółowego opisu priorytetów programu operacyjnego oraz jego zmian, z uwzględnieniem wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego¹⁴⁸;
- przygotowanie i przekazanie Komitetowi Monitorującemu do zatwierdzenia propozycji kryteriów wyboru projektów;
- wybór, w oparciu o ustalone kryteria, projektów, które będą dofinansowane w ramach programu operacyjnego;
- zawieranie z beneficjentami umów o dofinansowanie projektu lub podejmowanie decyzji;
- określenie kryteriów kwalifikowalności wydatków i poziomu dofinansowania projektu, jako procentu wydatków objętych dofinansowaniem;
- określenie systemu realizacji programu operacyjnego; zarządzanie środkami finansowymi przeznaczonymi na realizację programu operacyjnego, pochodzącymi z budżetu państwa, budżetu województwa lub ze źródeł zagranicznych.

Instytucja zarządzająca ponosi odpowiedzialność za prawidłowość realizacji zadań powierzonych instytucji pośredniczącej, a także zatwierdza procedury dokonywania czynności w ramach powierzonych zadań, opracowane przez IP oraz za jej zgodą instytucja pośrednicząca lub instytucja wdrażająca może powierzyć realizację czynności technicznych związanych z obsługą swoich zadań innym podmiotom na podstawie odpowiednio porozumienia lub umowy (art. 27 ustawy o zppr).

Instytucja zarządzająca (IZ), instytucja pośrednicząca (IP) lub instytucja wdrażająca (IW), w celu wyłonienia projektów do dofinansowania ogłasza konkurs na swojej stronie internetowej¹⁴⁹ zawierając informacje obejmujące: rodzaj projektów podlegających dofinansowaniu, rodzaj podmiotów, mogących ubiegać się o dofinansowanie; kwotę środków przeznaczonych na dofinansowanie projektów, poziom dofinansowania projektów, maksymalną kwotę dofinansowania projektu, o ile kwota taka została ustalona, kryteria wyboru projektów; termin rozstrzygnięcia konkursu; wzór wniosku o dofinansowanie projektu; termin, miejsce i sposób składania wniosków o dofinansowanie projektu; wzór umowy o dofinansowanie projektu; informację o środkach odwoławczych przysługujących wnioskodawcy w ramach systemu realizacji programu operacyjnego (art. 29 ust. 1 i 2 ustawy o zppr).

¹⁴⁷ Ustawa z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2010 r. Nr 80, poz. 526 ze zm.) i ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. z 2004 r. Nr 116, poz. 1206 ze zm.).

¹⁴⁸ Określone w art. 35 ust. 3 pkt 1 ustawy o zppr.

¹⁴⁹ O którym mowa w art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy o zppr.

Podstawę dofinansowania projektu stanowi umowa o dofinansowanie projektu zawarta z beneficjentem przez instytucję zarządzającą albo działającą w jej imieniu instytucję pośredniczącą lub instytucję wdrażającą albo decyzja, o której mowa w art. 28 ust. 2 ustawy o zppr. Umowa albo decyzja, określają warunki dofinansowania projektu, a także prawa i obowiązki beneficjenta z tym związane (art. 30 ust. 1 i 2).

Instytucja zarządzająca, pośrednicząca lub instytucja wdrażająca, zgodnie z systemem realizacji programu operacyjnego, ogłasza na swojej stronie internetowej listę projektów, które zostały zakwalifikowane do dofinansowania oraz pisemnie informuje wnioskodawcę o wynikach oceny jego projektu (art. 30a ust. 2 i 3 ustawy o zppr).

Zgodnie z postanowieniami prawa wspólnotowego zasady kwalifikowalności wydatków ustala państwo członkowskie, na podstawie przepisów krajowych, z uwzględnieniem zasad i zakresu udzielania pomocy ze środków UE, wynikających z przepisów prawa wspólnotowego¹⁵⁰.

Definicje nieprawidłowości i nadużycia finansowego, instytucje uczestniczące w systemie wykrywania nieprawidłowości i ich obowiązki, a także sposób postępowania w przypadku wykrycia nieprawidłowości zostały określone w wydanych przez Ministra Rozwoju Regionalnego „Wytycznych w zakresie sposobu postępowania w razie wykrycia nieprawidłowości w wykorzystaniu funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności” w okresie programowania 2007–2013 z dnia 12 lutego 2008 r.¹⁵¹ Dotkliwość i rodzaj kary jest uzależniona od wagi nieprawidłowości oraz skutków, jakie popełniona nieprawidłowość niesie dla prawidłowej realizacji projektu.

Zgodnie z art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁵², naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest wykorzystanie środków z budżetu UE, niezgodnie z przeznaczeniem lub niezgodnie z obowiązującymi procedurami.

W okresie objętym kontrolą, zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych regulowały:

- ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁵³, zwana w dalszej treści także „ustawą o zoz” – obowiązywała od 15 stycznia 1992 r. do 30 czerwca 2011 r.,
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵⁴ – obowiązuje od 1 lipca 2011 r.

Ustawa o działalności leczniczej określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących tę działalność; zasady prowadzenia rejestru tych podmiotów; normy czasu pracy pracowników i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

¹⁵⁰ W art. 7 rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1783/1999 Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 1 ze zm.); w art. 48–53 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 1 ze zm.); w art. 56 rozporządzenia Rady (WE) Nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 25 ze zm.).

¹⁵¹ Dokument opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju Regionalnego - [http://www.mrr.gov.pl/fundusze_europejskie_-_Wytyczne_MRR_Aktualnie_obowiazuje_dokument_MRR/H/19\(2\)/02/11_pn_„Wytyczne_w_zakresie_postepowania_w_razie_wykrycia_nieprawidlowosci_w_wykorzystaniu_funduszy_strukturalnych_i_Funduszu_Spojnosci_w_okresie_programowania_2007-2012”_z_dnia_8_lutego_2011_r.](http://www.mrr.gov.pl/fundusze_europejskie_-_Wytyczne_MRR_Aktualnie_obowiazuje_dokument_MRR/H/19(2)/02/11_pn_„Wytyczne_w_zakresie_postepowania_w_razie_wykrycia_nieprawidlowosci_w_wykorzystaniu_funduszy_strukturalnych_i_Funduszu_Spojnosci_w_okresie_programowania_2007-2012”_z_dnia_8_lutego_2011_r.)

¹⁵² Dz. U. z 2013 r., poz. 168.

¹⁵³ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹⁵⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 217.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej¹⁵⁵ i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Przepisy zawarte w dziale II rozdział 3 tej ustawy pn. „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami” regulują funkcjonowanie m.in. SPZOZ.

Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem: zgodności z prawem i medycznym lub może zlecić przeprowadzenie takiej kontroli m.in. wojewodom, konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra (art. 118 i art. 119 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (SPZOZ), sprawuje podmiot tworzący.

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejno obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w tej sprawie: z dnia 10 listopada 2006 r.¹⁵⁶ i z dnia 2 lutego 2011 r.¹⁵⁷ i z dnia 26 czerwca 2012 r.¹⁵⁸.

Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁵⁹, zwana dalej także „uowm” określa m.in. zasady wprowadzania do obrotu i używania wyrobów medycznych i sprawowania nadzoru m.in. nad ich wytwarzaniem i wprowadzaniem do obrotu, klasyfikację wyrobów medycznych, procedury oceny ich zgodności i wymagania zasadnicze, a także obowiązki importerów i dystrybutorów oraz zasady używania i utrzymywania wyrobów.

Warunki oraz zakres podmiotowy i przedmiotowy udzielania świadczeń zdrowotnych określony został w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶⁰.

Do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu -

¹⁵⁵ Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 ze zm.

¹⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.) – uchylone z dniem 26 lutego 2011 r.

¹⁵⁷ Por. przypis 66.

¹⁵⁸ Dz. U. z 2012 r. poz. 739 – obowiązuje od 1 lipca 2012 r.

¹⁵⁹ (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.). Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 tej ustawy, wyrób medyczny jest to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi m.in. w celu: a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby, b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia, - których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, a których działanie może być wspomagane takimi środkami.

¹⁶⁰ Por. przypis 4. Zgodnie z art. 5 pkt 40 tej ustawy, świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, a 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 ograniczenie (art. 15 ust. 1).

po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych (art. 8 ww. ustawy).

Do zadań własnych samorządu województwa (art. 9 ww. ustawy) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności m.in.:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności: ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa (art. 10 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy).

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy m.in.: ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi; kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych; współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia (art. 11 ust. 1 ww. ustawy).

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 maja 2011 r. w tej sprawie¹⁶¹. Ponadto, wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejno obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w tej sprawie: z dnia 10 listopada 2006 r.¹⁶² i z dnia 2 lutego 2011 r.¹⁶³.

Od 5 czerwca 2009 r. dokumentację medyczną prowadzi się na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶⁴. Sposób jej prowadzenia określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶⁵.

Wcześniej, zagadnienia dotyczące dokumentacji medycznej regulowały przepisy ustawy o zoz. Zakład opieki zdrowotnej był zobowiązany (art.18 ust.1 i 2 ustawy o zoz) do prowadzenia dokumentacji osób korzystających ze świadczeń szpitala i zapewnienia ochrony danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta¹⁶⁶. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶⁷.

¹⁶¹ Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.

¹⁶² Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz. 1568 ze zm.

¹⁶³ Dz. U. Nr 31, poz. 158 – uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.

¹⁶⁴ Dz. U. z 2012, poz. 159 ze zm.

¹⁶⁵ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

¹⁶⁶ Art. 18 został zmieniony przez art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641) z dniem 5 czerwca 2009 r.

¹⁶⁷ Dz. U. Nr 247, poz.1819 ze zm. – uchylone z dniem 1 stycznia 2011 r.

Wykaz aktów prawnych dot. kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 ze zm.).
2. Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 25 ze zm.).
3. Rozporządzenie (WE) Nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1783/1999 (Dz. U. L 210 z 31.07.2006 r., s. 1 ze zm.).
4. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (Dz. U. L 371 z 27.12.2006 r., s. 1 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330).
7. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 168).
9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).
11. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
12. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.).
13. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 ze zm.).
14. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 ze zm.).
15. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.
16. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).
17. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) - uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739) – obowiązuje od 1 lipca 2012 r.

21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 250, poz. 1884).
23. 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.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097) – uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1509) – obowiązuje od 1 stycznia 2013 r.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484.).
29. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037 ze zm.).

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

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej
1	2	3
1.	Departament Zdrowia	1. Ministerstwo Zdrowia
		2. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
		3. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych
		4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Mazowieckiego
		5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie Sp. z o.o. – podmiot tworzący – Sp. z o.o. Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie utworzona przez Samorząd Województwa Mazowieckiego
		6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Świętokrzyskiego
		7. Powiatowy Szpital w Radomsku – podmiot tworzący - Powiat Radomski
2.	Delegatura NIK w Białymstoku	1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce – podmiot tworzący – Powiat Sokólski ¹⁶⁸
		2. Starostwo Powiatowe w Sokółce
		3. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Podlaskiego
		4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Podlaskiego
		5. Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Podlaskiego
		6. Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
3.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego
		2. Szpital Wojewódzki we Włocławku – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego
		4. Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi – utworzona przez Powiat Tucholski
		5. Starostwo Powiatowe w Tucholi
4.	Delegatura NIK w Gdańsku	1. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach – utworzona przez Powiat Kartuski
		2. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Pomorskiego
		3. Szpital Morski im. PCK w Gdyni – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Pomorskiego
		4. Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach – podmiot tworzący – Powiat Chojnowski
		5. Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego

¹⁶⁸ Zgodnie z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, podmiotem tworzącym SPZOZ w Sokółce jest Rada Powiatu Sokólskiego.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej
1	2	3
5.	Delegatura NIK w Katowicach	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Śląskiego
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Śląskiego
		3. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Śląskiego
		4. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
		5. Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie – podmiot tworzący - Powiat Cieszyński
6.	Delegatura NIK w Krakowie	1. Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie – podmiot tworzący - miasto Tarnów
		2. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Małopolskiego
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
		4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej – podmiot tworzący – Powiat Dąbrowski
		5. Starostwo Powiatowe w Dąbrowie Tarnowskiej
7.	Delegatura NIK w Poznaniu	1. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim – podmiot tworzący - Powiat Ostrowski
		2. Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim
		3. Szpital Wojewódzki w Poznaniu – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Wielkopolskiego
		4. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
		5. Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – podmiot tworzący – Powiat Wągrowiecki
8.	Delegatura NIK we Wrocławiu	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy - podmiot tworzący - Samorząd Województwa Dolnośląskiego
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Dolnośląskiego
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
9.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim – podmiot tworzący - Samorząd Województwa Lubuskiego
		2. Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Lubuskiego
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego
		4. Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli – podmiot tworzący - Powiat Nowosolski
		5. Starostwo Powiatowe w Nowej Soli

Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					Od	Do
1	2	3	4	5	6	7
1.	Dolnośląskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego	Marszałek Województwa	Rafał Jurkowlaniec	01.12.2010 r.	Nadal
				Marek Łapiński	05.03.2008 r.	01.12.2010 r.
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Dyrektor	Barcik Krystyna	12.09.2006 r.	Nadal
		3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	Dyrektor	Wojciech Witkiewicz	13.08.1990 r.	Nadal
2.	Kujawsko-Pomorskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Marszałek Województwa	Piotr Całbecki	24.11.2006 r.	Nadal
		2. Szpital Wojewódzki we Włocławku	Dyrektor	Bronisław Dziegielewski	23.02.1998 r.	Nadal
		3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	p.o. Dyrektora	Roger Hartwig	01.06.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Andrzej Wiśnicki	01.09.1992 r.	31.05.2012 r.
		4. Starostwo Powiatowe w Tucholi	Starosta	Dorota Gromowska	02.12.2010 r.	Nadal
				Piotr Mówiński	24.11.2006 r.	01.12.2010 r.
5. Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi	Prezes Zarządu Szpitala	Leszek Pluciński	01.02.2008 r.	Nadal		
6. Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu	Dyrektor	Eligiusz Patalas	25.01.2001 r.	Nadal		
3.	Lubuskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Marszałek Województwa	Elżbieta Polak	29.11.2010 r.	Nadal
				Marcin Jabłoński	21.08.2008 r.	28.11.2010 r.
		2. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	p.o. Dyrektora	Ewa Parfienowicz	01.06.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Andrzej Szmit	18.11.2008 r.	31.12.2011 r.
		3. Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze	Dyrektor	Waldemar Taborski	31.08.1999 r. ¹⁶⁹	Nadal
		4. Starostwo Powiatowe w Nowej Soli	Starosta	Józef Suszyński	07.01.2011 r.	Nadal
Małgorzata Lachowicz – Murawska	27.11.2006 r.			06.01.2011 r.		
5. Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Dyrektor	Bożena Osińska	18.12.1998 r.	Nadal		

¹⁶⁹ Z przerwą w okresie od 21 do 31.07.2011 r., w którym obowiązki Dyrektora Szpitala pełnił Jarosław Sieracki.

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej		
					Od	Do	
1	2	3	4	5	6	7	
4.	Łódzkie	1. Powiatowy Szpital w Radomsku	Dyrektor	Radosław Pigoń	01.03.2011 r.	Nadal	
				Czesław Kapała	02.04.2007 r.	07.02.2011 r.	
		2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	Dyrektor	Dariusz Kałdoński	01.12.2002 r.	Nadal	
5.	Małopolskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Marszałek Województwa	Marek Sowa	02.12.2010 r.	Nadal	
				Marek Nawara	27.11.2006 r.	01.12.2010 r.	
		2. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie	Dyrektor	Anna Prokop-Staszecka	09.02.2010 r.	Nadal	
				p.o. Dyrektora	Krzysztof Bederski	12.11.2009 r.	08.02.2010 r.
				Dyrektor	Mieczysław Pasowicz	16.02.1991 r.	12.11.2009 r.
		3. Starostwo Powiatowe w Dąbrowie Tarnowskiej	Starosta	Tadeusz Kwiatkowski	01.12.2010 r.	Nadal	
				Wiesław Krajewski	24.11.2006 r.	30.11.2010 r.	
		4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	Dyrektor	Teresa Kopczyńska	01.03.2011 r.	Nadal	
				Jerzy Orzeł	10.06.2009 r.	28.02.2011 r.	
				Paweł Lechowicz	01.01.2009 r.	09.06.2009 r.	
5. Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie	Dyrektor	Marcin Kuta	04.01.2004 r.	Nadal			
6.	Mazowieckie	1. Ministerstwo Zdrowia	Minister Zdrowia	Bartosz Arłukowicz	18.11.2011 r.	Nadal	
				Ewa Kopacz	16.11.2007 r.	07.11.2011 r.	
		2. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	Marszałek Województwa	Adam Struzik	10.12.2001 r.	Nadal	
		3. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych	p.o. Dyrektora	Mariusz Frankowski	08.11.2011 r.	Nadal	
		4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie Sp. z o.o.	Prezes Zarządu	Teresa Maria Bogiel	02.04.2010 r.	Nadal	
		5. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Dyrektor	Stanisław Kwiatkowski	10.09.1998 r.	Nadal	
		6. Szpital Czerniakowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Dyrektor	Sławomir Zarzycki	01.02.2011 r.	Nadal	

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					Od	Do
1	2	3	4	5	6	7
7.	Podlaskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	Marszałek Województwa	Jarosław Zygmunt Dworżański	15.01.2008 r.	Nadal
		2. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Dyrektor	Marian Jaszewski	01.11.2001 r.	31.12.2012 r.
		3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku	Dyrektor	Henryk Antoni Misiewicz	01.09.2003 r.	20.11.2012 r.
		4. Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku	Dyrektor	Teresa Kamińska	17.06. 1991 r.	20.11.2012 r.
		5. Starostwo Powiatowe w Sokółce	Starosta	Franciszek Budrowski	05.11.1998 r.	Nadal
		6. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Dyrektor	Jerzy Kułakowski	01.12.2008 r.	Nadal
8.	Pomorskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	Marszałek Województwa	Mieczysław Struk	22.02.2010 r.	Nadal
		Jan Kozłowski		25.11.2002 r.	22.02.2010 r.	
		2. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Pomorskiego	Dyrektor	Andrzej Steczyński	01.05.2006 r.	Nadal
		3. Szpital Morski im. PCK w Gdyni – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Pomorskiego	p.o. Dyrektora	Joanna Przechlewska	01.08.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Irena Erecińska-Siwy	01.02.2000 r.	31.07.2012 r.
		4. Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	Dyrektor	Leszek Bonna	10.03.2003 r.	Nadal
5. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach	Prezes Zarządu/ Kierownik Zakładu	Karol Góralski	23.09.2008 r.	Nadal		

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					Od	Do
1	2	3	4	5	6	7
9.	Śląskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Marszałek Województwa	Adam Matusiewicz	02.12.2010 r.	Nadal
				Bogusław Śmigielski	12.01.2008 r.	02.12.2010 r.
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Dyrektor	Kazimierz Pankiewicz	13.05.2008 r.	Nadal
		3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Dyrektor	Krystyna Semenowicz–Siuda	06.07.2010r.	Nadal
				Janusz Szymanowski	21.08.2008 r.	23.06.2010 r.
4. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Dyrektor	Kornelia Cieśla	01.08.2008 r.	Nadal		
5. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Dyrektor	Anna Bednarska –Czerwińska	01.04.2008 r.	Nadal		
10.	Świętokrzyskie	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	p.o. Dyrektora	Jerzy Szabela	14.09.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Krzysztof Skowronek	05.11.2001 r.	14.09.2012 r.
11.	Wielkopolskie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	Marszałek Województwa	Marek Woźniak	10.10.2005 r.	Nadal
		2. Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Dyrektor	Jacek Łukomski	16.12.1998 r.	Nadal
		3. Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim	Starosta	Paweł Rajski	08.12.2010 r.	Nadal
				Włodzimierz Jędrzejak	24.11.2006 r.	08.12.2010 r.
		4. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	Dyrektor	Dariusz Bierła	09.05.2011 r.	Nadal
5. Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	Dyrektor	Tomasz Gastomczyk	01.10.2003 r.	21.01.2011 r.		
		Emilia Jagat	01.09.2010 r.	Nadal		
				Grzegorz Hoffmann	28.11.2000 r.	31.07.2010 r.

Liczba zakładów radiologii i diagnostyki izotopowej w podziale na województwa w latach 2009–2011

Województwo	Lata	Rentgeno-diagnostyka		Ultrasonografia		Diagnostyka izotopowa		Tomografia komputerowa		Rezonans magnetyczny	
		liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100	liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100
Dolnośląskie	2009	52		54		4		18		7	
	2010	51	98,1	55	101,9	5	125,0	22	122,2	14	200,0
	2011	62	121,6	68	123,6	10	200,0	26	118,2	19	135,7
Kujawsko-Pomorskie	2009	32		36		4		13		5	
	2010	32	100,0	36	100,0	2	50,0	15	115,4	4	80,0
	2011	34	106,3	37	102,8	4	200,0	16	106,7	5	125,0
Lubelskie	2009	37		37		5		21		5	
	2010	39	105,4	38	102,7	7	140,0	23	109,5	7	140,0
	2011	42	107,7	38	100,0	5	71,4	25	108,7	8	114,3
Lubuskie	2009	23		21		2		7		2	
	2010	23	100,0	24	114,3	1	50,0	6	85,7	1	50,0
	2011	24	104,3	26	108,3	2	200,0	7	116,7	3	300,0
Łódzkie	2009	49		53		9		23		8	
	2010	44	89,8	47	88,7	5	55,6	22	95,7	8	100,0
	2011	49	111,4	50	106,4	6	120,0	24	109,1	10	125,0
Małopolskie	2009	50		63		5		24		6	
	2010	50	100,0	53	84,1	6	120,0	24	100,0	7	116,7
	2011	49	98,0	50	94,3	6	100,0	26	108,3	6	85,7
Mazowieckie	2009	79		86		10		39		17	
	2010	87	110,1	90	104,7	9	90,0	48	123,1	21	123,5
	2011	92	105,7	98	108,9	8	88,9	54	112,5	24	114,3
Opolskie	2009	22		20		1		5		0	
	2010	18	81,8	17	85,0	2	200,0	6	120,0	1	
	2011	22	122,2	20	117,6	1	50,0	6	100,0	1	100,0
Podkarpackie	2009	29		32		3		17		3	
	2010	32	110,3	36	112,5	4	133,3	20	117,6	5	166,7
	2011	32	100,0	34	94,4	3	75,0	20	100,0	6	120,0

Województwo	Lata	Rentgeno-diagnostyka		Ultrasonografia		Diagnostyka izotopowa		Tomografia komputerowa		Rezonans magnetyczny	
		liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100	liczba	rok poprz.=100	Liczba	rok poprz.=100
Podlaskie	2009	25		24		2		5		1	
	2010	25	100,0	25	104,2	2	100,0	5	100,0	2	200,0
	2011	25	100,0	26	104,0	2	100,0	5	100,0	2	100,0
Pomorskie	2009	31		30		5		20		9	
	2010	32	103,2	32	106,7	6	120,0	19	95,0	10	111,1
	2011	34	106,3	34	106,3	4	66,7	19	100,0	9	90,0
Śląskie	2009	91		92		7		36		14	
	2010	95	104,4	92	100,0	9	128,6	36	100,0	20	142,9
	2011	97	102,1	99	107,6	4	44,4	38	105,6	14	70,0
Świętokrzyskie	2009	22		23		4		9		4	
	2010	19	86,4	19	82,6	1	25,0	9	100,0	1	25,0
	2011	20	105,3	20	105,3	1	100,0	13	144,4	2	200,0
Warmińsko-Mazurskie	2009	30		31		3		9		2	
	2010	30	100,0	32	103,2	4	133,3	9	100,0	3	150,0
	2011	34	113,3	34	106,3	3	75,0	14	155,6	3	100,0
Wielkopolskie	2009	50		55		8		29		5	
	2010	53	106,0	58	105,5	8	100,0	37	127,6	10	200,0
	2011	54	101,9	56	96,6	7	87,5	38	102,7	9	90,0
Zachodniopomorskie	2009	29		28		1		11		3	
	2010	27	93,1	28	100,0	1	100,0	11	100,0	4	133,3
	2011	30	111,1	32	114,3	2	200,0	15	136,4	5	125,0
POLSKA	2009	651		685		73		286		91	
	2010	657	100,9	682	99,6	72	98,6	312	109,1	118	129,7
	2011	700	106,5	722	105,9	68	94,4	346	110,9	126	106,8

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wg sprawozdań z działalności szpitala ogólnego MZ-29

Wykaz jednostek objętych kontrolą z wyszczególnieniem nazw i wartości realizowanych projektów

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)
					Wydatki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Departament Zdrowia	1. Ministerstwo Zdrowia	-	-	-	-	-
		2. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	-	-	-	-	-
		3. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych	-	-	-	-	-
		4. Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.	1. Zakup angiografu do badań naczyniowych dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Warszawie Sp. z o.o. 2. Zakup gammakamery hybrydowej SPECT dla Zakładu Medycyny Nuklearnej i Rezonansu Magnetycznego dla Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego	5 253,2	5 253,2	4 465,3	85,0
		5. Wojewódzki Szpital Zespólny w Płocku	Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Płocku wraz z wyposażeniem	69 983,1	69 633,5	58 760,2	84,4
		6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwoniej Górze	Budowa bloku operacyjnego wraz z ciągami komunikacyjnymi oraz modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej z zakupem aparatury	31 698,2	29 386,2	20 714,9	70,5
		7. Powiatowy Szpital w Radomsku	Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku Beneficjent: Powiat Radomszczański	34 914,8	34 809,0	29 239,6	84,0
		8. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego w Sieradzu	Nowa jakość diagnostyki obrazowej w SZOZ w Sieradzu poprzez zakup rezonansu magnetycznego (RM) i aparatu RTG wraz z adaptacją pracowni	3 986,5	3 950,0	2 923,0	74,0
		9. Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu	Zakup 64-rzędowego tomografu komputerowego dla PSZOZ w Inowrocławiu	4 417,0	4 258,9	2 526,8	59,3
		10. Szpital Czerniakowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Wyposażenie i modernizacja Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie Beneficjent: Miasto Stołeczne Warszawa	11 211,3	2 385,2	2 027,4	85,0
Razem:				165 159,4	153 371,3	123 798,2	x

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)	
					Wydatki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)		
1	2	3	4	5	6	7	8	
2.	Delegatura NIK w Białymstoku	1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	1. Podniesienie jakości ochrony zdrowia w SP ZOZ w Sokółce poprzez zakup aparatury medycznej	2 533,8	2 520,5	2 268,4	90,0	
			2. Dostosowanie oddziałów ortopedii i rehabilitacji w SP ZOZ w Sokółce do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006 r. wraz z zakupem sprzętu i aparatury	1 459,2	1 456,4	1 310,7	90,0	
		2. Starostwo Powiatowe w Sokółce	-	-	-	-	-	-
			1. Zakup sprzętu diagnostyczno-zabiegowego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (w ramach projektu zakupiono inną aparaturę, nie objętą przedmiotowym zakresem kontroli)	2 184,1	1 171,5	953,2	81,4	
		4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku – podmiot tworzący – Samorząd Województwa Podlaskiego	2. Ucyfrowienie aparatury i sprzętu do radiografii diagnostycznej i zabiegowej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży	4 447,0	4 355,6	3 748,8	86,1	
			Rozbudowa Oddziału Nefrologii i zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla Szpitala Specjalistycznego im. K. Dłuskiego w Białymstoku	3 759,4	3 196,2	2 000,8	62,6	
5. Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku – podmiot tworzący - samorząd województwa podlaskiego	Zakup aparatury medycznej i sprzętu diagnostycznego Dla Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku	1 596,2	1 519,2	1 367,3	90,0			
6. Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	-	-	-	-	-	-		
Razem:				15 979,7	14 219,4	11 649,2	x	

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)
					Wydatki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
3.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	Zakup rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego wraz z dostosowaniem pomieszczeń	11 263,6	11 169,8	6 768,4	60,6
		2. Szpital Wojewódzki we Włocławku	Zakup sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej w diagnozowaniu i leczeniu stanów nagłych dla Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku	10 829,6	10 829,6	5 754,4	53,1
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	-	-	-	-	-
		4. Szpital Tucholski Sp. z o.o. w Tucholi	Rozbudowa, modernizacja oraz wyposażenie Szpitala Tucholskiego w Tucholi	24 477,6	18 165,7	5 481,1	30,2
		5. Starostwo Powiatowe w Tucholi	-	-	-	-	-
Razem:				46 570,8	40 165,1	18 003,9	x
4.	Delegatura NIK w Gdańsku	1. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach	Zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach	2 525,6	2 484,2	1 242,1	50,0
		2. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie	Poprawa jakości wyposażenia Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie poprzez zakup mammografu cyfrowego, i USG, oraz upowszechnianie diagnostyki zdrowotnej w Sercu Kaszub	1 484,3	1 484,3	1 261,6	85,0
		3. Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach	Poprawa dostępności i rozwój specjalistycznych usług medycznych poprzez utworzenie Pracowni Kardiologii inwazyjnej w Szpitalu Specjalistycznym im. J.K. Łukowicza w Chojnicach	12 231,7	11 778,7	5 920,6	50,3
		4. Szpital Morski im. PCK w Gdyni	Utworzenie Zakładu Medycyny Nuklearnej Gdynskiego Centrum Onkologii poprzez rozbudowę i wyposażenie budynku nr 7 Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni oraz zakup niezbędnego sprzętu	6 810,0	3 631,7	2 723,8	75,0
		5. Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	-	-	-	-	-
Razem:				23 051,6	19 378,9	11 148,1	x

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)	
					Wydatki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)		
1	2	3	4	5	6	7	8	
5.	Delegatura NIK w Katowicach	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Podniesienie standardu opieki medycznej poprzez zakup sprzętu dla Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. prof. dr W. Orłowskiego w Częstochowie	2 128,1	2 128,1	1 142,1	53,7	
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Zakup aparatury medycznej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu w celu poprawy jakości leczenia wysokospecjalistycznego (umowa o dofinansowanie została rozwiązana)	1 311,2	0,0	0,0	0,0	
		3. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Poprawa jakości i dostępności usług medycznych poprzez zakup aparatury medycznej w postaci tomografu komputerowego przez Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	1 821,3	1 821,3	1 548,1	85,0	
		4. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	-	-	-	-	-	-
		5. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie – podmiot tworzący – Powiat Cieszyński	Zakup ultrasonografu i mammografu z wyposażeniem dla Poradni Chorób Piersi oraz remont pomieszczenia	496,5	490,0	416,5	85,0	
Razem:				5 757,1	4 439,4	3 106,7	x	
6.	Delegatura NIK w Krakowie	1. Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie	Poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia w Specjalistycznym Szpitalu im. E. Szczeklika w Tarnowie	7 002,6	6 817,9	4 090,8	60,0	
		2. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie	Zintegrowane Centrum Specjalistycznej Medycyny Ratunkowej	61 217,4	60 702,7	51 597,3	85,0	
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	-	-	-	-	-	-
		4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	Rozbudowa i wyposażenie sal operacyjnych Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	15 521,2	15 521,2	9 312,7	60,0	
		5. Starostwo Powiatowe w Dąbrowie Tarnowskiej	-	-	-	-	-	-
Razem:				83 741,2	83 041,8	65 000,8	x	

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)
					Wydatki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
7.	Delegatura NIK w Poznaniu	1. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	Zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim	5 394,6	4 425,9	3 319,4	75,0
		2. Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim	-	-	-	-	
		3. Szpital Wojewódzki w Poznaniu	1. Zakup tomografu komputerowego dla Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu	4 410,7	3 958,2	2 968,7	75,0
		2. Zakup aparatu RTG dla Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu	587,5	447,6	327,9	73,3	
		4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	Zakup tomografu komputerowego, urządzeń do sterylizacji oraz sprzętu wysokospecjalistycznego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	5 011,5	4 122,2	3 091,6	75,0
8.	Delegatura NIK we Wrocławiu	5. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	-	-	-	-	-
		Razem:		15 404,3	12 953,9	9 707,6	x
8.	Delegatura NIK we Wrocławiu	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	1. Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	11 440,0	10 505,4	8 929,6	85,0
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	2. Zakup nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego dla oddziału pulmonologicznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	607,4	586,2	498,2	85,0
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego	Modernizacja Bloku Operacyjnego oraz zakup wyposażenia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu	12 495,0	9 880,6	7 903,4	80,0
		Razem:		24 542,4	20 972,2	17 331,2	x

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Nazwa projektu objętego kontrolą	Całkowita wartość projektu (w tys. zł)	w tym:		Dofinansowanie (w %)
					Wydutki kwalifikowalne (w tys. zł)	Dofinansowanie z UE (w tys. zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
9.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	1. Szpital Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	1. Zakup rezonansu magnetycznego	4 547,9	4 500,0	3 825,0	85,0
		2. Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze	2. Zakup gammakamery	1 524,6	1 524,6	1 295,9	85,0
		3. Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Zakup tomografu komputerowego dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze	3 933,3	3 930,9	3 341,2	85,0
		4. Włoszyszczyński Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Modernizacja Zakładu Radiologii poprzez zakup nowoczesnych aparatów rentgenowskich dla Włoszyszczyńskiego Szpitala SPZOZ w Nowej Soli	1 210,1	1 198,0	1 018,3	85,0
		5. Starostwo Powiatowe w Nowej Soli					
Razem:				11 215,9	11 153,5	9 480,4	x
Razem:				406 826,7	372 649,3	278 933,7	74,9

Źródło: dane NIK

Liczba i wartość aparatury medycznej zakupionej w ramach RPO 2007–2013

W tys. zł.

L.p.	RPO	Liczba projektów	Liczba zakupionej aparatury*	Całkowita wartość projektów	Tomograf Komputerowy		Mammograf		Rezonans magnetyczny		Analizator biochemiczny wieloparametrowy		Gammakamera		Echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	
					Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.	RPO Mazowieckie	19	27	122 236,83	7	13 627,94	1	1 495,86	2	6 863,20	5	713,72	2	4 672,56	5	1 539,75
2.	RPO Dolnośląskie	11	12	34 230,75	5	4 966,96	0	0,00	0	0,00	3	126,80	0	0,00	2	615,44
3.	RPO Kujawsko-Pomorskie	22	37	171 492,31	8	23 266,71	2	817,37	2	9 164,51	8	635,08	0	0,00	9	2 109,26
4.	RPO Lubuskie	17	5	52 015,56	2	5 452,36	1	234,33	1	3 611,58	0	0,00	1	1 317,60	0	0,00
5.	RPO Małopolskie	12	20	257 233,67	1	1 500,14	1	298,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	299,00
6.	RPO Podlaskie	20	30	50 717,27	1	4 136,05	1	316,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	784,00
7.	RPO Pomorskie	15	35	172 024,05	7	13 843,46	4	2 349,40	3	10 502,32	1	244,82	3	6 050,40	9	2 705,55
8.	RPO Śląskie	27	34	70 430,67	5	6 199,90	4	2 452,70	2	8 664,90	7	523,90	1	851,24	6	1 912,51
9.	RPO Wielkopolskie	38	62	176 931,97	8	18 531,32	7	5 886,98	2	8 884,57	0	0,00	0	0,00	20	5 923,82
Łącznie województwa objęte kontrolą		181	262	1 107 313,08	44	91 524,84	21	13 851,36	12	47 691,07	24	2 244,31	7	12 891,81	54	15 889,33
10.	RPO Łódzkie	9	17	180 361,66	5	17 177,16	1	1 738,16	1	2 651,83	1	148,73	1	2 289,82	3	521,21
11.	RPO Lubelskie	32	46	114 037,46	4	8 277,53	5	3 822,08	1	4 683,58	3	373,18	0	0,00	15	2 966,86
12.	RPO Opolskie	5	6	8 148,24	1	1 662,07	2	644,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	281,41
13.	RPO Podkarpackie	9	14	31 310,97	1	1 356,48	1	439,88	0	0,00	1	170,6	0	0,00	7	2 044,12
14.	RPO Świętokrzyskie	8	17	125 187,54	3	6 231,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	582,11
15.	RPO Warmińsko-Mazurskie	10	19	25 098,34	1	1 687,28	0	0,00	0	0,00	4	312,88	0	0,00	0	0,00
16.	RPO Zachodniopomorskie	10	15	52 541,64	1	2 803,55	2	3 380,78	0	0,00	2	103,78	0	0,00	1	171,91
Łącznie województwa nie objęte kontrolą		83	134	536 685,83	16	39 195,90	11	10 024,97	2	7 335,41	11	955,63	1	2 289,82	32	6 567,62
Razem		264	396	1 643 998,91	60	130 720,74	32	23 876,33	14	55 026,48	35	3 199,93	8	15 181,62	86	22 456,96

w tys. zł.

L.p.	RPO	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych		Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbka cyfrową		Aparat RTG z torem wizyjnym		Akcelerator liniowy		PET		Litotrypter		Urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego	
		Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość	Liczba aparatów	Wartość
1	2	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1.	RPO Mazowieckie	3	4 341,10	2	4 741,34	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2.	RPO Dolnośląskie	1	2 632,99	1	294,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3.	RPO Kujawsko-Pomorskie	1	2 338,52	1	215,16	5	1 795,84	0	0,00	0	0,00	1	660,53	0	0,00
4.	RPO Lubuskie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5.	RPO Małopolskie	1	2 489,69	0	0,00	12	3 711,20	0	0,00	0	0,00	1	50,95	0	0,00
6.	RPO Podlaskie	1	2 880,50	2	1 931,18	23	12 962,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
7.	RPO Pomorskie	3	7 426,10	1	888,10	3	2 566,14	0	0,00	0	0,00	1	112,80	0	0,00
8.	RPO Śląskie	0	0,00	4	3 102,30	4	1 716,94	0	0,00	0	0,00	1	1 290,51	0	0,00
9.	RPO Wielkopolskie	2	3 742,58	13	12 251,26	7	3 703,75	0	0,00	0	0,00	3	1 436,94	0	0,00
Łącznie województwa objęte kontrolą		12	25 851,48	24	23 423,58	54	26 456,43	0	0,00	0	0,00	7	3 551,73	0	0,00
10.	RPO Łódzkie	0	2 848,67	1	436,05	3	3 136,24	0	0,00	0	0,00	1	689,95	0	0,00
11.	RPO Lubelskie	0	0,00	8	7 738,54	9	5 126,85	0	0,00	0	0,00	1	689,44	0	0,00
12.	RPO Opolskie	0	0,00	0	0,00	2	867,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13.	RPO Podkarpackie	1	2 531,68	2	1 699,38	1	189,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
14.	RPO Świętokrzyskie	0	0,00	5	3 242,57	3	658,00	0	0,00	0	0,00	1	765,00	0	0,00
15.	RPO Warmińsko-Mazurskie	0	0,00	14	5 755,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16.	RPO Zachodniopomorskie	0	0,00	3	4 273,72	6	2 423,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Łącznie województwa nie objęte kontrolą		1	5 380,35	33	23 146,03	24	12 402,62	0	0,00	0	0,00	3	2 144,39	0	0,00
Razem		13	31 231,83	57	46 569,61	78	38 859,05	0	0,00	0	0,00	10	5 696,12	0	0,00

Źródło: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (30 maja 2012 r.)

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Minister Rozwoju Regionalnego
11. Prezes Narodowego Fundusz Zdrowia