



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Jacek Uczkiewicz

KZD – 4101-008-01/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 - Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Przemysław Żak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 90836 z dnia 22 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Rafał Zyzik, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 90837 z dnia 18 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia (dowód: akta kontroli str. 6-14)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia ¹ , że działania Ministra Zdrowia na rzecz tworzenia warunków dla prawidłowego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) były niewystarczające.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Zakres prowadzonych przez Ministra Zdrowia analiz i ocen potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki ambulatoryjnej, podstawowej i specjalistycznej, był ograniczony. W działaniach na rzecz rozwiązania zidentyfikowanych, m.in. przez konsultantów krajowych, problemów systemowych ochrony zdrowia nie korzystano z potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych. W ocenie NIK może to mieć negatywny wpływ na jakość strategicznego planowania dotyczącego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia . Za niewystarczające NIK uznaje również działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie².

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Na problem ten NIK zwracała już uwagę po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Gromadzenie i wykorzystywanie informacji o stanie zdrowia obywateli

Opis stanu
faktycznego

W 2012 r. utworzono Departament Analiz i Strategii oraz wpisano go do statutu Ministerstwa Zdrowia. Do zadań Departamentu, według informacji zawartej na stronie internetowej Ministerstwa, należy m. in. bieżąca analiza działań strategicznych w zakresie kompetencji Ministra Zdrowia, w szczególności dotyczących optymalizacji środków przeznaczonych na służbę zdrowia oraz planowania kadr medycznych i zasobów. W sierpniu 2014 r. Departament opracował materiał „Podstawowa Opieka Zdrowotna - stan obecny oraz propozycja zmian”, który został wykorzystany przy podejmowaniu decyzji w pracach legislacyjnych nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1440) oraz zarządzeniem Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Ponadto, przygotowane przez ww. Departament dokumenty: „Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na realizację świadczenia dla wybranych świadczeń AOS według stanu na 14 sierpnia 2014 roku”, „Analiza długości czasu oczekiwania na wybrane świadczenia AOS”, „Czas oczekiwania na wybrane świadczenia AOS”, „System kolejkowy w Polsce”, zostały wykorzystane w pracach nad ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138 z późn. zm.).

(dowód: akta kontroli str. 274-304, 647-729)

Konsultanci krajowi³, w analizowanych dziedzinach (medycyna rodzinna, kardiologia, diabetologia, pielęgniarstwo, pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze), przedstawiali Ministrowi Zdrowia roczne raporty, obejmujące swoim zakresem m.in.: dostępność świadczeń, zasoby i potrzeby kadrowe.

Raporty konsultantów krajowych zamieszczane są w intranecie Ministerstwa Zdrowia w celu ich udostępnienia do ewentualnego wykorzystania przez poszczególne komórki organizacyjne urzędu. Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, odpowiedzialny za prowadzenie spraw związanych z powoływaniem i działalnością konsultantów krajowych w danej dziedzinie medycyny⁴, nie sporządzał na ich podstawie analiz, zestawień uwag i wniosków.

Departament Pielęgniarek i Położnych⁵ analizował roczne raporty konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa i wykorzystywał je w swojej działalności. Na ich podstawie m.in. oceniano sytuację kadrową, potrzeby doskonalenia zawodowego kadr pielęgniarskich, a także wszczęło procedurę powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Departamenty: Matki i Dziecka, Zdrowia Publicznego oraz Polityki Zdrowotnej nie korzystały z rocznych raportów konsultantów krajowych. Departament Organizacji

³ O których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r Nr 52, poz. 419 ze zm.), wykonują m.in. zadania opiniotwórcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

⁴ Por. § 23 pkt.12 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia. Nr 13, poz. 68), z wyłączeniem konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa.

⁵ Por. § 25 pkt. 5 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

Ochrony Zdrowia poinformował, że „prowadzi korespondencję z konsultantami krajowymi, w zakresie ustalania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, jednakże nie zlecał konsultantom krajowym wykonania sprawozdań dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”.

W rocznych raportach, za lata 2011 – 2013, konsultanci krajowi zawarli m.in. następujące informacje.

- Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, w zakresie oceny ogólnej w 2012 r., wskazał m.in. na istotne różnice dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w skali kraju, co związane jest przede wszystkim z ustawowo gwarantowaną swobodą kształtowania polityki w tym zakresie przez samorządy lokalne. W 2013 r. zwrócił uwagę na nieefektywną współpracę podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia.

- Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, w 2013 r., wskazał m.in. na problemy z leczeniem zespołu stopy cukrzycowej w warunkach ambulatoryjnych, proponując zmianę katalogu świadczeń NFZ uwzględniającą specyfikę tego schorzenia. Wskazał również na brak wystarczającej liczby specjalistów z zakresu diabetologii i dietetyków zatrudnionych w poradniach diabetologicznych, sugerując zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych do prowadzenia specjalizacji oraz poszerzenie zakresu szkolenia dietetyków.

- Konsultant w dziedzinie kardiologii, w latach 2011 – 2013, wskazywał m.in. na brak koordynacji opieki nad pacjentami wypisywanymi ze szpitala pomiędzy oddziałami kardiologicznymi a ambulatoryjną opieką kardiologiczną i podstawową opieką zdrowotną, ograniczony dostęp do rehabilitacji kardiologicznej oraz niewydolny system ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto, w raportach z lat 2011 – 2012, krytycznie ocenił dostęp do specjalistki ambulatoryjnej, wskazując na długi czas oczekiwania na wizytę oraz na takie badania jak np. echokardiografia. Podkreślił fakt, że „niemała część chorych nie wymaga wizyt u kardiologa a jedynie kontynuowania terapii kardiologicznej u lekarza rodzinnego”.

- Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa w 2012 r. wskazał m.in. na brak systemu umożliwiającego dokładną liczbową ocenę kadry pielęgniarskiej, uwzględniającą rodzaj kwalifikacji zarówno na poziomie regionu jak i kraju. Na taką sytuację mają wpływ różne formy zatrudnienia pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia i wieloletowość. W 2013 r. zwrócił m.in. uwagę, że ze względu na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne istnieje potrzeba zwiększenia udziału pielęgniarek w zakresie edukacji kardiologicznej, cukrzycowej, chorób układu oddechowego, celem przygotowania chorego i jego rodziny do opieki w warunkach domowych. Skracanie okresu pobytu chorego w szpitalu i przeniesienie opieki do jego domu wymaga przygotowania pielęgniarek do zapewnienia opieki chorym wymagającym m.in. wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej, żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

- Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w 2013 r. wskazał m.in., że dostępność do świadczeń położnej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz sytuacja w zakresie zatrudnienia jest dobra i nie budzi w roku sprawozdawczym zastrzeżeń. Położne w zdecydowanie szerszym zakresie włączają się do realizacji edukacji przedporodowej i opieki nad ciężarną. Natomiast zwrócił uwagę na fakt, że położne zatrudniane w podmiotach prowadzonych przez lekarza POZ „często mają ograniczenia w realizacji świadczeń szczególnie przedporodowych”.

(dowód: akta kontroli str. 15-58, 61-67, 231-243)

W latach 2011 – 2014, w nadzorowanych przez Ministra Zdrowia 13 szkołach wyższych i 7 instytutach badawczych, powstało 241 prac doktorskich oraz 43 prace habilitacyjne, dotyczące zdrowia publicznego, podstawowej opieki zdrowotnej (medycyny rodzinnej) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii.

Poszczególne departamenty⁶, biorące udział w procesie podejmowania decyzji kształtujących system ochrony zdrowia, nie korzystały z prac naukowych ww. jednostek, ani z prac naukowo-badawczych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Minister nie zlecał nadzorowanym szkołom wyższym, ani instytutom badawczym, wykonania opracowań przydatnych w doskonaleniu systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowym i specjalistycznym.

(dowód: akta kontroli str.61-62)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należała ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi. Zadanie to, zgodnie z regulaminem organizacyjnym Ministerstwa, zostało przypisane Departamentowi Ubezpieczenia Zdrowotnego⁸.

Minister Zdrowia nie dokonywał systematycznej oceny dostępności świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zastępca dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego zwrócił uwagę, że z dniem 1 stycznia 2015 r. przywołany przepis przestaje obowiązywać. Wyjaśnił, że uchylenie przedmiotowej normy związane jest z wprowadzeniem nowego instrumentu w zakresie określenia potrzeb zdrowotnych, jakim będą „mapy potrzeb zdrowotnych”.⁹

(dowód: akta kontroli str. 186-219)

W ocenie NIK usunięcie obowiązku określonego w art 11 ust. 1 pkt 2 wspomnianej ustawy nie zwalnia Ministra Zdrowia z gromadzenia informacji i oceny dostępności świadczeń zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia. Natomiast współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, tworzącymi podmioty lecznicze¹⁰ oraz zobowiązanymi do tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia¹¹, powinna sprzyjać harmonizacji realizacji zadań władz publicznych, w tym Ministra Zdrowia, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Prace przygotowawcze do tworzenia map potrzeb zdrowotnych prowadzone są w Departamencie Analiz i Strategii.¹² Trwają prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych.¹³

(dowód: akta kontroli str. 277-279)

⁶ Dep. Matki i Dziecka, Dep. Zdrowia Publicznego, Dep. Polityki Zdrowotnej, Dep. Organizacji Ochrony Zdrowia.

⁷ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm., w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

⁸ § 30 pkt.12 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

⁹ Patrz ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).

¹⁰ Por. art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

¹¹ Por art. 6 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm.).

¹² O których mowa w art. 19 ust 1 ustawy z dnia z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138 ze zm.). Mapy potrzeb zdrowotnych, wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, sporządza minister właściwy do spraw zdrowia do dnia: 1) 1 kwietnia 2016 r. - w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.; 2) 31 maja 2018 r. - w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

¹³ Stosownie do upoważnienia wskazanego w art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm.), w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2015 r., który wejdzie w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

2. Zdaniem NIK podjęte w 2012 r. działania organizacyjne¹⁴ mające na celu usystematyzowanie procesu gromadzenia i wykorzystywania informacji o stanie zdrowia oraz funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia obywateli są niewystarczające. Wynika to przede wszystkim z braku ciągłości przeprowadzanych dotychczas przez Ministerstwo Zdrowia analiz oraz braku dostępu do jednolitych, rzetelnych danych dotyczących systemu ochrony zdrowia¹⁵.

3. Minister Zdrowia nie korzystał z potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych, w tworzeniu rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia w zakresie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

4. W regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia nie uwzględniono Departamentu Analiz i Strategii, wymienionego w statucie Ministerstwa nadanym przez Prezesa Rady Ministrów¹⁶. Ponadto nie umieszczono aktualnej struktury organizacyjnej Urzędu w Biuletynie Informacji Publicznej, mimo że zobowiązuje do tego przepis art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej¹⁷.
(dowód: akta kontroli str.274-275)

2. Działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki

Opis stanu
faktycznego

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie objętym ustawą o świadczeniach zdrowotnych, należy m.in.: prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych¹⁸.

Działania w ww. zakresie, w okresie objętym kontrolą, realizowane były w ramach programów nadzorowanych i monitorowanych przez różne komórki organizacyjne urzędu.

W ramach realizacji programów rządowych, uwzględniających promocję zdrowia oraz edukację zdrowotną, a także prowadzenie spraw związanych z rozwojem sieci szkół promujących zdrowie, zawarto dwa międzyresortowe porozumienia:

1. porozumienie z dnia 5 listopada 2008 r. między Ministerstwem Sportu i Turystyki, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Zdrowia w sprawie współpracy przy wdrażaniu i propagowaniu programu „Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży”;

2. porozumienie z dnia 23 listopada 2009 r. o współpracy pomiędzy Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży.

Celem działań określonych w tych dokumentach jest promocja zdrowego stylu życia i odżywiania oraz zahamowanie negatywnych tendencji w rozwoju biologicznym dzieci i młodzieży, podnoszenie wśród dzieci i młodzieży poziomu sprawności fizycznej, wyrabianie pożądanых nawyków żywieniowych, zapobieganie zachowaniom ryzykownym związanym z używaniem środków psychoaktywnych.

(dowód: akta kontroli str.256-270)

¹⁴ Powołanie Departamentu Analiz i Strategii

¹⁵ Na problem braku odpowiednich danych NIK zwracała już uwagę we wcześniejszych kontrolach, m.in. w kontroli realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (P/13/130).

¹⁶ W brzmieniu obowiązującym od 15 listopada 2012 r.

¹⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 782 ze zm.

¹⁸ Por. art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ramach programu zdrowotnego „Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”, realizowano moduł poświęcony m. in. profilaktyce diabetologicznej. Głównym celem programu była poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy poprzez upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o cukrzycy i zdrowym stylu życia, stworzenie systemu szkoleń dla pacjentów, ich rodzin oraz wybranych grup zawodowych, poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę poprzez działania edukacyjne na rzecz tej grupy chorych¹⁹.

W ramach działań podejmowanych na rzecz edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i prewencji chorób układu krążenia, w związku z realizacją programu zdrowotnego „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo - Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016”, od roku 2013 prowadzone są zadania „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych” oraz „Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni”.

W roku 2013, w ramach programu dotyczącego wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych, realizator - Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zrealizował następujące działania: opracowano Karty Badania Profilaktycznego, przeprowadzono seminaria edukacyjne dla lekarzy POZ poświęcone tematyce miażdżycy tętnic kończyn dolnych, stworzono stronę internetową zawierającą informacje dla pacjentów i pracowników służby zdrowia na temat programu, przygotowano plakaty, ulotki i materiały edukacyjne dla lekarzy dotyczące miażdżycy tętnic kończyn dolnych, a także zakupiono 89 aparatów do badania wskaźnika kostka - ramię. (dowód: akta kontroli str.256-270)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Działania Ministerstwa w ramach edukacji prozdrowotnej i profilaktyki ukierunkowane były na bezpośrednie informowanie społeczeństwa o negatywnych skutkach niezdrowych zachowań oraz uświadomienie wczesnych symptomów chorób cywilizacyjnych.

W niewystarczającym stopniu wykorzystano możliwości współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej w zakresie kształtowania świadomości znaczenia profilaktyki zdrowotnej i jej wpływu na kondycję zdrowotną kolejnych pokoleń.

NIK zauważa, że jedynie kompleksowe, skoordynowane działanie wszystkich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia i na jego rzecz jest gwarantem powodzenia korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej obywateli. Rzetelna ocena działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej, w celu m.in. zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie skutków chorób cywilizacyjnych, będzie możliwa dopiero w odległej perspektywie czasowej.

¹⁹ W 2012 r. w ramach działań profilaktyczno - edukacyjnych kontynuowano przeprowadzanie bezpłatnych profilaktycznych badań w zakresie podstawowym i w zakresie badań specjalistycznych, a w zakresie akcji informacyjno-edukacyjnych przeprowadzono szkolenia dla uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych na temat profilaktyki cukrzycy oraz zasad udzielania pierwszej pomocy osobom chorym na cukrzycę. Dystrybuowane zostały również materiały informacyjne (broszury oraz filmy instruktażowe) do szkół podstawowych i gimnazjów oraz do poradni diabetologicznych. W 2012 r. przeprowadzono szkolenia dla funkcjonariuszy Policji z zakresu udzielania pierwszej pomocy osobom chorym na cukrzycę.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁰, wnosi o:

1. zapewnienie ciągłości prowadzonych analiz oraz jednolitych, rzetelnych danych, obrazujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez wykorzystanie dostępnych Ministrowi uprawnień kontrolnych celem weryfikacji gromadzonych informacji;
2. rozważenie wykorzystania rocznych raportów konsultantów krajowych oraz potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych w pracach nad kształtowaniem systemu ochrony zdrowia, w szczególności w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
3. poszerzenie współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej na rzecz profilaktyki i kształtowania świadomości uczniów o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia;
4. uaktualnienie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, stosownie do obowiązującego statutu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 27 lutego 2015 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia
Najwyższej Izby Kontroli
Piotr Wasilewski


.....
podpis

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami.