

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

**INFORMACJA
O WYNIKACH KONTROLI
REALIZACJI USTAWY O PUBLICZNEJ SŁUŻBIE KRWI
W ZAKRESIE GOSPODARKI KRWIĄ
I PREPARATAMI KRWIOPOCHODNYMI**

Warszawa

czerwiec

2002 r.

KPZ/DZiKF-41006-2001 Nr ewid. : 157/2002/P/01/130/KPZ

Spis treści

WSTĘP.....	1
I. CZĘŚĆ OGÓLNA	3
1. CHARAKTERYSTYKA KONTROLI.....	3
1.1. Temat i numer kontroli	3
1.2. Cel kontroli	3
1.3. Tematyka kontroli	4
1.4. Zakres podmiotowy i termin przeprowadzenia kontroli	5
2. OCENA KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI I SYNTEZA USTALEŃ KONTROLI.....	5
3. UWAGI I WNIOSKI	9
II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA	11
1. CHARAKTERYSTYKA STANU PRAWNEGO	11
2. UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO-ORGANIZACYJNE	18
3. WAŻNIEJSZE USTALENIA KONTROLI	20
3.1. W Ministerstwie Zdrowia.....	20
3.2. W Ministerstwie Obrony Narodowej	28
3.3. W Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji.....	31
3.4. W jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi	35
3.5. W zakładach opieki zdrowotnej	47
III. PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI	53
 Załącznik nr 1	
Wykaz skontrolowanych jednostek	57
Załącznik nr 2	
Podstawowe regulacje prawne	59

WSTĘP

Leczenie krwią na szeroką skalę jest stosunkowo młodą dziedziną nauk medycznych, zwaną transfuzjologią. U jej podstaw legło odkrycie zjawisk immunologicznych, które pozwoliło na określanie grup krwi w dwu podstawowych układach AB0 i Rh.

Krew jest tkanką łączną płynną składającą się z osocza i elementów komórkowych, takich jak erytrocyty, leukocyty, płytki krwi. Krew uczestniczy w podstawowych zjawiskach fizykochemicznych żywego organizmu. Dzięki zdolnościom przenoszenia tlenu i wielu innych substancji regulujących funkcje życiowe, krew jest niezastąpionym preparatem leczniczym.

Przetoczenie krwi lub jej elementów komórkowych, zwane transfuzją, jest faktycznie przeszczepem krótko żyjącym.

W praktyce ostatnich lat, ze względu na pojawiające się problemy immunologiczne i zakaźne, związane z przetaczaniem pacjentom preparatów krwi, wprowadzono stosowanie wydzielonych z krwi składników, których niedobór występuje w konkretnej jednostce chorobowej. Do powszechnie stosowanych preparatów krwiopochodnych należą m.in. koncentrat krwinek czerwonych (KKCz), koncentrat krwinek płytkowych (KKP), osocze (FFP) oraz jego specyficzne frakcje, np. albuminy i immunoglobuliny.

Złożoność problematyki medycznej, prawnej i etycznej krwiodawstwa oraz krwiolecznictwa powoduje, że w większości krajów, w tym także w Polsce, służba krwi jest wyodrębniona organizacyjnie i wykonuje swoje zadania pod nadzorem odpowiednich specjalistycznych instytucji centralnych.

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. CHARAKTERYSTYKA KONTROLI

1.1. Temat i numer kontroli

Realizacja ustawy o publicznej służbie krwi w zakresie gospodarki krwią i preparatami krwiopochodnymi.

Numer kontroli: **P/01/130.**

1.2. Cel kontroli

Podstawowym celem kontroli było zbadanie i dokonanie oceny stanu organizacyjnego i form działania jednostek publicznej służby krwi oraz zasad obrotu preparatami krwi, z uwzględnieniem elementów ekonomiki krwiodawstwa, opracowania i przetwarzania krwi, jak również działalności ministrów: Zdrowia i Opieki Społecznej¹ oraz Obrony Narodowej, w zakresie realizacji obowiązku wydania aktów wykonawczych do ustawy o publicznej służbie krwi.

¹ Od 10 listopada 1999 r. - Ministra Zdrowia – por. rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 91, poz. 1036).

Celem kontroli była również ocena wykonywania przez jednostki publicznej służby krwi zadań z zakresu nadzoru i kontroli w zakładach opieki zdrowotnej² stosujących preparaty krwi i krwio pochodne oraz sposobu wykorzystania środków budżetowych przewidzianych na wydatki publicznej służby krwi.

Badaniami kontrolnymi objęto okres lat 1999-2000 i I kwartał 2001 r.

Kontrolę podjęto z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli.³

W okresie wcześniejszym Najwyższa Izba Kontroli nie prowadziła kontroli zagadnień związanych z krwiodawstwem i krwiolecznictwem.

Kontrolą objęto ministerstwa: Zdrowia, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji; Instytut Hematologii i Transfuzjologii, jednostki publicznej służby krwi: Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa⁴, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa⁵ oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Kontrolę ministerstw i zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministrów, jednostek badawczo-rozwojowych oraz jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.⁶ Kontrolę zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez organy samorządu terytorialnego przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.⁷

1.3. Tematyka kontroli

Tematyka kontroli obejmowała:

- **w Ministerstwie Zdrowia:** przygotowanie aktów wykonawczych do ustawy o publicznej służbie krwi⁸, wykonywanie przez Ministra funkcji organu założycielskiego – w stosunku do Krajowego Centrum i regionalnych centów (publicznych zakładów opieki zdrowotnej) oraz organu nadzorującego w stosunku do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Zasady i tryb dysponowania środkami budżetowymi na zadania publicznej służby krwi.
- **w Ministerstwie Obrony Narodowej:** przygotowanie aktu wykonawczego do ustawy o publicznej służbie krwi, wykonywanie przez Ministra funkcji dysponenta środków budżetowych na zadania publicznej służby krwi.

² Zwanych dalej również w skrócie „z.o.z.”.

³ Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli: art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izby Kontroli (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.), zwanej dalej w skrócie „ustawą o NIK”, w odniesieniu do Ministerstw: Zdrowia, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także jednostek dla których ww. ministrowie wykonują funkcje organów założycielskich, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa; art. 2 ust. 2 – w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organami założycielskimi są jednostki organów samorządu terytorialnego.

⁴ Zwane dalej również w skrócie „Krajowym Centrum”.

⁵ Zwane dalej również w skrócie „regionalnymi centrami”.

⁶ Por. art. 5 ust. 1 ustawy o NIK.

⁷ Tamże art. 5. ust. 2.

⁸ Por. - ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681 ze zm.).

- **w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji:** wykonywanie przez Ministra funkcji dysponenta środków budżetowych na zadania publicznej służby krwi.
- **w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi:** wykonywanie zadań określonych ustawą, m.in. w zakresie pobierania, przetwarzania i przekazywania zakładom opieki zdrowotnej preparatów krwiopochodnych, sprawowanie specjalistycznego nadzoru i kontroli w zakresie krwiolecznictwa na terenie swojego działania; zasady ustalania cen na preparaty krwiopochodne oraz efekty ekonomiczne działalności statutowej, sposób wykorzystania środków budżetowych otrzymywanych od organu założycielskiego.
- **w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii:** realizacja zadań zleczanych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie publicznej służby krwi.
- **w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej:** zasady sprowadzania i wykorzystywania preparatów krwi w działalności leczniczej, dokumentowanie stosowania krwi oraz koszty krwiolecznictwa.

W informacji niniejszej wykorzystano także ustalenia kontroli doraźnej.⁹

1.4. Zakres podmiotowy i termin przeprowadzenia kontroli

Badania kontrolne przeprowadzono w okresie od 19 kwietnia do 17 września 2001 r. Uczestniczyło w nich 16 delegatur NIK¹⁰ oraz Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej. Kontrolą objęto 58 jednostek: Krajowe Centrum, 16 regionalnych centrów, 36 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹¹ (z tego 29 nadzorowanych przez organy samorządu terytorialnego, 5 – Ministra Zdrowia, jeden Ministra Obrony Narodowej, jeden – Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji), 2 jednostki badawczo-rozwojowe nadzorowane przez Ministra Zdrowia oraz ministerstwa: Zdrowia, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

2. OCENA KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI I SYNTEZA USTALEŃ KONTROLI

Publiczna służba krwi wykonuje swoje zadania na poziomie odpowiadającym międzynarodowym standardom krwiodawstwa. Ten wysoki poziom merytoryczny został osiągnięty między innymi dzięki działaniu Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, narzucającemu centrom krwiodawstwa i krwiolecznictwa, bez podstawy prawnej, wysokie wymagania jakościowe realizowanych zadań, gwarantujące bezpieczeństwo dawcom i biorcom krwi. Mimo tego NIK negatywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie realizacji ustawy o publicznej służbie krwi.

Kontrola wykazała, że mimo upływu ponad czterech lat od publikacji i trzech

⁹ Nr I/01/005 Wykorzystanie środków budżetowych przekazanych ZZOZ ZSZ MSWiA w Poznaniu na działalność punktu krwiodawstwa.

¹⁰ Delegatury NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze

¹¹ Do kontroli wytypowano szpitale posiadające w swojej strukturze oddziały zabiegowe.

lat od wejścia w życie ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi¹², nie został osiągnięty podstawowy cel, jakim było stworzenie podstaw prawnych działania służby krwi.¹³

1. Ustawa stworzyła podstawy działania jednolitego systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w skali kraju, tworzonego i nadzorowanego przez Ministra Zdrowia.

Kontrola ujawniła, że zadania publicznej służby krwi były wykonywane przez instytucje nie objęte tym systemem. Poza systemem, określonym ustawą, pozostawały punkty (zakłady) krwiodawstwa zorganizowane w strukturach szpitali utworzonych i nadzorowanych przez Ministrów Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także zakłady Instytutu Hematologii i Transfuzjologii pobierające krew i wytwarzające preparaty krwiopochodne w celach innych niż naukowo-badawcze. (szerzej str. 22-24, 31-33 i 35)

Określone w ustawie akty wykonawcze, do wydania których zobowiązany był Minister Zdrowia, realizowane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, miały gwarantować spójność i wysoki poziom fachowy tego systemu.

Tymczasem Minister Zdrowia nie wydał, do dnia zakończenia kontroli, wszystkich aktów wykonawczych, pozwalających na pełne wykonywanie ustawy.¹⁴ Dwa akty wykonawcze, niezbędne dla wdrożenia nowego systemu, zostały wydane dopiero w ostatnich dniach grudnia 1998 r.¹⁵ Utrudniło to tworzenie i funkcjonowanie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Minister nie powołał Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, do czego jest zobowiązany art. 26 ustawy, ograniczając sobie tym samym dostęp do opinii specjalistów w sprawach programów rozwoju krwiodawstwa oraz zaopatrzenia w krew i w preparaty krwiopochodne, a także opinii o projektach aktów prawnych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. (szerzej str. 20-22)

2. Wydając rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa¹⁶ Minister,

¹² Ustawa opublikowana 11 września 1997 r., weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

¹³ Przed wejściem w życie ustawy o publicznej służbie krwi, przepisy prawne regulujące w Polsce organizację służby krwi i nadzór merytoryczny oraz zasady kwalifikowania dawców, metody pobierania krwi i osocza, normy jakości krwi i jej preparatów - miały formę zarządzeń, wytycznych, instrukcji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nie posiadających umocowania ustawowego. Przepisy dotyczące krwiodawstwa wydane w latach 1952-1996 utraciły moc obowiązującą w latach 1963-1997 w związku z utratą mocy obowiązującej przepisów upoważniających do ich wydania.

¹⁴ Między innymi w sprawach: wymagań zdrowotnych, jakim powinien odpowiadać dawca krwi, wykazu badań lekarskich, jakim powinni być poddani dawcy krwi; przeciwwskazań do pobrania krwi; dopuszczalnej ilości i częstotliwości jej oddawania; szczegółowych warunków dopuszczalności zabiegu uodpornienia w celu uzyskania surowic diagnostycznych lub leczniczych preparatów krwiopochodnych (art. 16); wzoru rejestru dawców krwi i danych objętych wpisem do tego rejestru (art. 17 ust. 3).

¹⁵ Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej: z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (Dz. U. Nr 166, poz. 1261) – weszło w życie z dniem ogłoszenia - 31 grudnia 1998 r. i z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłaty za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (Dz. U. Nr 166, poz. 1267) – weszło w życie z dniem ogłoszenia – 31 grudnia 1998 r.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. (Dz. U. Nr 166, poz. 1261).

bez upoważnienia ustawowego, wyłączył z krajowego systemu publicznej służby krwi punkty krwiodawstwa zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej. Działaniem tym zaburzył spójność systemu określonego ustawą. W efekcie przyjętych rozwiązań punkty krwiodawstwa w tych szpitalach działają bez podstawy prawnej i pozostają poza ustawowo przewidzianym systemem merytorycznego nadzoru i kontroli specjalistycznej. *(szerzej str. 22-23 i 28-30)*

3. Proces tworzenia jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi obarczony był błędami.

Tworząc Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Minister nie wyposażył go w majątek i niezbędne środki, a nadto nie wpisał tego podmiotu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. W konsekwencji Krajowe Centrum nie wszystkie działania przypisane w ustawie i statucie mogło wykonywać legalnie.

Jednocześnie Instytut Hematologii i Transfuzjologii, pozostający poza strukturami jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, bez pisemnej umowy, używał Krajowemu Centrum pomieszczenia i praktycznie wykonywał zadania określone ustawą dla tego Centrum. *(szerzej str. 23-24 i 35)*

Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa nie przejęły punktów krwiodawstwa działających w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Majątek utworzonych regionalnych centrów nie został zinwentaryzowany. W praktyce oznacza to, że organ założycielski - Minister Zdrowia - nie mógł wiarygodnie określić wielkości funduszu założycielskiego centrów.

4. Finansowanie z budżetu państwa jednostek publicznej służby krwi, o którym mowa w ustawie, nie zostało precyzyjnie określone. W sytuacji nadania regionalnym centrom statusu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁷, przekazywanie tym centrom środków przewidzianych w ustawach budżetowych na wydatki bieżące jednostek budżetowych, w formie dofinansowania zadań statutowych tych podmiotów, nie odpowiadało przepisom ustawy o finansach publicznych. Nadto regionalne centra były zaopatrywane nieodpłatnie, bez umowy, w materiały do produkcji (m.in. pojemniki na krew, odczynniki diagnostyczne, testy wirusologiczne), zakupywane centralnie ze środków budżetowych. *(szerzej str. 24-25 i 37-38)*

Udział środków budżetowych w przychodach ogółem centrów wynosił od 33 % do 67 %.

W okresie objętym kontrolą wszystkie regionalne centra wykazały ujemny wynik na sprzedaży preparatów krwi i usług, sięgający w stosunku do kosztów ich uzyskania od 16 % do 40 %. Natomiast otrzymane dofinansowanie z budżetu powodowało, w ostatecznym rozliczeniu, osiągnięcie wyniku dodatniego na ich działalności operacyjnej.¹⁸ *(szerzej str. 45-47)*

Regionalne centra zasilane środkami budżetowymi nie przejawiały należytej staranności w zakresie windykacji należności za wydane preparaty krwi i w sposób

¹⁷ Przepis art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi nie przewiduje takiej możliwości.

¹⁸ Z wyjątkiem Regionalnego Centrum w Radomiu – w 2000 r.

nieusprawiedliwiony rezygnowały z naliczania odbiorcom odsetek za opóźnienia w zapłacie. Działania takie NIK ocenia jako nielegalne i niegospodarne. *(szerzej str. 46 i 47)*

Zjawisku temu sprzyjało wykonywanie przez Ministra Zdrowia, w sposób niepełny i nieskuteczny, obowiązków z zakresu nadzoru i kontroli – w odniesieniu do utworzonych przez siebie jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, a także obowiązków dysponenta środków budżetowych. *(szerzej str. 25)*

5. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi ustalały opłaty za wydawane preparaty na poziomie bardzo zróżnicowanym. Różnice opłat wynosiły średnio ok. 45 %, a w skrajnych przypadkach 59 %. *(szerzej str. 42-44)*

W trakcie kontroli stwierdzono przypadki sprowadzania przez zakłady opieki zdrowotnej tańszych preparatów krwi z innych niż regionalne centra zakładów, które bez podstawy prawnej prowadzą działalność w zakresie krwiodawstwa. *(szerzej str. 47-48)*

6. Nadzór i kontrola regionalnych centrów nad krwiolecznictwem w zakładach opieki zdrowotnej sprawowane były w stopniu niedostatecznym. W skali roku liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie krwiolecznictwa, nie przekraczała 15 % ogólnej liczby szpitali korzystających z preparatów krwi. Ocenę tę uzasadniają również nieprawidłowości ujawnione w szpitalach przez regionalne centra, dotyczące krwiolecznictwa, m.in. w zakresie wykonywania badań serologicznych oraz nieprawidłowości dotyczące prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, którym w trakcie leczenia stosowano preparaty krwi. *(szerzej str. 41-42)*

7. W zakładach opieki zdrowotnej kontrola ujawniła nieprawidłowości polegające m.in. na braku zabezpieczenia organizacyjnego obrotu krwią na terenie szpitali, niepełnym dokumentowaniu kosztów krwiolecznictwa oraz nierzetelnym prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów (karta historii choroby, karta informacyjna leczenia szpitalnego), mającej odzwierciedlać zastosowanie krwi i jej preparatów w leczeniu, jak również dokumentacji zbiorczej oddziałowej, obrazującej m.in. ich zużycie i ułatwiającej nadzór nad gospodarką krwią. *(szerzej str. 48-50)*

Ustalono, że w 85 % skontrolowanych szpitali dokumentowanie zastosowania krwi lub jej preparatów w leczeniu było niekompletne. *(szerzej str. 50-51)*

W ocenie Izby, niezamieszczanie w historii choroby pacjenta oraz karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wpisu informującego o wykonanych przetoczeniach krwi lub preparatów krwiopochodnych, uznać należy za postępowanie nierzetelne. Brak udokumentowania tych informacji uniemożliwi poznanie przeszłości serologicznej pacjenta, istotnej w przypadku, gdy w przyszłości wystąpi potrzeba ponownego leczenia preparatami krwi. Nadto stanowi naruszenie praw pacjenta uprawnionego do pełnej informacji o zastosowanym leczeniu.

Nieprawidłowości tych NIK nie może ocenić jako działanie nielegalne, gdyż w okresie objętym kontrolą brak było rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych

warunków jej udostępniania.¹⁹

Ujawnione nieprawidłowości i rozbieżności w dokumentowaniu stosowania preparatów krwi nie pozwalają wykluczyć, że zjawisko niszczenia preparatów krwi ma szerszy wymiar, niż wykazywany w oficjalnej sprawozdawczości, wynoszący, w ujęciu wartościowym, od 0,1 % do 5,8 % wydatków na te preparaty. (szerzej str. 52)

8. Utrzymywanie po 1 stycznia 1999 r. przez Ministrów Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji, w utworzonych przez siebie zakładach opieki zdrowotnej punktów (zakładów) pobierających i przetwarzających krew, jest działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami.

Minister Obrony Narodowej w 2000 r. odstąpił od planowania środków budżetowych na zadania publicznej służby krwi.

Natomiast Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, w okresie objętym kontrolą, formalnie nie posiadając jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, w rozumieniu ustawy o publicznej służbie krwi, kontynuował planowanie i wydatkowanie środków budżetowych na zadania publicznej służby krwi. NIK ocenia, że były to działania nielegalne. (szerzej str. 28 - 35)

Skutkiem stwierdzonych nieprawidłowości było wydatkowanie z naruszeniem przepisów prawa 125,7 tys. zł, w tym 124 tys. zł z budżetu państwa wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem. Odnotowano uszczuplenia w dochodach w wysokości 2.817,4 tys. zł oraz inne nieprawidłowości finansowe na kwotę 5.175 tys. zł.

NIK podjęła działania w celu odzyskania 8.228,1 tys. zł, w tym zwrotu do budżetu państwa 234 tys. zł. W wyniku realizacji wniosków pokontrolnych odzyskano 3.878,8 tys. zł.

Skierowano jedno zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa oraz jedno o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych.

3. UWAGI I WNIOSKI

Dla utrzymania jednolitego w skali kraju systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, podporządkowanego Ministrowi Zdrowia, wytwarzającego bezpieczne preparaty krwi i podlegającego sprawnemu nadzorowi merytorycznemu, Najwyższa Izba Kontroli postuluje podjęcie działań o charakterze legislacyjnym w następujących sprawach.

3.1. W ocenie NIK obowiązek wydania rozporządzeń w sprawach wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej, takich jak wymagania zdrowotne dawców krwi, wykaz badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinni być poddani kandydaci na dawców krwi, przeciwwskazania do pobrania krwi czy szczegółowe warunki dopuszczalności zabiegu uodpornienia w celu uzyskania surowic

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 1993 r. Nr 3, poz. 13 ze zm.) zostało uchylone z dniem 6 czerwca 1998 r. mocą art. 23 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 104, poz. 661). Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w tej sprawie z dnia 10 sierpnia 2001 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 966) obowiązuje od 11 września 2001 r.

diagnostycznych lub leczniczych preparatów krwiopochodnych²⁰, a także obowiązujące sposoby wytwarzania i skład preparatów krwiopochodnych, wymagania jakościowe i wymagania bezpiecznego ich stosowania²¹ - powinien być wykonany. Ze względu na dynamikę rozwoju wiedzy medycznej i nauk pokrewnych, w zakresie wymagań gwarantujących bezpieczeństwo dawcom i biorcom krwi, można rozważyć czy forma rozporządzenia jest najtrafniejszą dla regulowania ww. zagadnień.

3.2. Najwyższa Izba Kontroli postuluje podjęcie przez Ministra Zdrowia działań mających na celu dostosowanie treści rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, odpowiednio do postanowień art. 37 ust. 1 - 6 ustawy o publicznej służbie krwi²², i umożliwienie włączenia punktów (zakładów) krwiodawstwa działających w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej do krajowego systemu publicznej służby krwi.

3.3. Finansowanie z budżetu państwa działalności jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi²³, zdaniem NIK, wymaga precyzyjnego określenia i dostosowania do zasad obowiązujących w zakresie wydatków budżetu państwa, przewidzianych w ustawie o finansach publicznych²⁴. W przypadku działania tych podmiotów w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i potrzeby dofinansowania z budżetu państwa ich działalności statutowej, za optymalne rozwiązanie uznać można dotowanie przedmiotowe, w jednolitej stawce, do preparatów krwiopochodnych.

3.4. Najwyższa Izba Kontroli uważa za celowe stworzenie podstaw prawnych do włączenia Instytutu Hematologii i Transfuzjologii do systemu publicznej służby krwi i możliwości powierzenia wykonywania zadań Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w formie gwarantującej Ministrowi Zdrowia sprawowanie nadzoru w zakresie przewidzianym w ustawie o publicznej służbie krwi.

3.5. Izba uważa za niezbędne podjęcie prac potrzebnych do pilnego wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w art. 18 ust. 3²⁵ cytowanej ustawy o publicznej służbie krwi.

W związku z uchwaleniem w dniu 6 września 2001 r. ustawy - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych

²⁰ Art. 16 ustawy o publicznej służbie krwi.

²¹ Tamże art. 18 ust. 3.

²² § 2 ust. 4 tego rozporządzenia wyłącza punkty krwiodawstwa działające w szpitalach tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej z przejęcia przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

²³ W brzmieniu ustalonym przez art. 13 ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 117, poz. 756, ze zm.)

²⁴ Por. art. 63, art. 69, art. 72-73 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.)

²⁵ Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowe warunki organizacyjne, techniczne i kadrowe, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne publicznej służby krwi wytwarzające preparaty krwiopochodne, 2) obowiązujące sposoby wytwarzania i skład preparatów krwiopochodnych, wymagania jakościowe i wymagania bezpiecznego ich stosowania.

i Produktów Biobójczych²⁶, której art. 12 przewiduje skreślenie całego art. 18 w ustawie o publicznej służbie krwi, niezbędne jest pilne przygotowanie przez Ministra Zdrowia projektu ustawy uchylającej punkt 2 w art. 12 ww. ustawy z dnia 6 września 2001 r.

Należy podkreślić, że uchylenie art. 18 spowoduje lukę, polegającą na braku uregulowań wskazujących podmiot upoważniony do określenia norm i standardów obowiązujących przy wytwarzaniu preparatów krwiopochodnych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, w celu zagwarantowania ich bezpiecznego stosowania.

Równocześnie podkreślić należy, iż skreślenie art. 18 ma również ten skutek, że dopuszcza możliwość wytwarzania preparatów krwiopochodnych przez inne podmioty niż jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, wymienione w art. 4 ust. 3 i art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi. W takim przypadku, stosownie do przepisu art. 3 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne²⁷, dopuszczenie do obrotu krwi i osocza w pełnym składzie lub komórek krwi ludzkiej, byłoby możliwe przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą, bez konieczności uzyskania zgody Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, a co ważniejsze, bez zgody i wiedzy ministra właściwego do spraw zdrowia, który zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, koordynuje działalność w zakresie organizacji pobierania krwi, przetwarzania krwi oraz zaopatrzenia w krew i w preparaty krwiopochodne, a także zatwierdza plany działania w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywane przez Krajowe Centrum.

W tym stanie rzeczy NIK postuluje podjęcie przez Ministra Zdrowia pilnych działań koniecznych dla zapewnienia warunków potrzebnych do wytwarzania preparatów krwiopochodnych, gwarantujących bezpieczeństwo dawcom i biorcom.

Wnioski zmierzające do usunięcia nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli, przedstawiono w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek oraz właściwych organów państwowych.²⁸

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. CHARAKTERYSTYKA STANU PRAWNEGO

1. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.²⁹ Określa ona zasady pobierania, przechowywania i przetwarzania krwi ludzkiej, obrotu krwią i preparatami krwiopochodnymi, warunki zapewniające dostępność preparatów przygotowywanych z krwi, a także zadania oraz

²⁶ Dz. U. Nr 126, poz. 1382 ze zm. – wejdzie w życie z dniem 1 października 2002 r. stosownie do art. 1 pkt.1 ustawy z dnia 20 marca 2002 r. o zmianie ustawy - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 32, poz. 300)

²⁷ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 ze zm.).

²⁸ Na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy o NIK. Ważniejsze z tych wniosków przedstawione zostały w części III Informacji – „Przebieg postępowania kontrolnego i działań podjętych po zakończeniu kontroli”.

²⁹ Z wyjątkiem przepisów odnoszących się do procedur organizacyjnych, które weszły w życie z dniem publikacji – tj. 11 września 1997 r.

organizację publicznej służby krwi³⁰.

Krwiodawstwo w Polsce, zgodnie ze standardami międzynarodowymi³¹, jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Wyjątki od tej zasady określa ustawa³².

Publiczna służba krwi to Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa³³.

Publiczna służba krwi jest zobowiązana do zapewnienia anonimowości dawcy krwi. Pobieranie krwi jest dopuszczalne wyłącznie przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi oraz w innych z.o.z. przez kwalifikowany personel, za zgodą kierownika regionalnego centrum³⁴.

Pobieranie krwi, które ma być poprzedzone zabiegiem uodpornienia, jest dopuszczalne przy zachowaniu warunków określonych w ustawie³⁵.

Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia: wymagań zdrowotnych, jakim powinien odpowiadać dawca krwi; wykazu badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinni być poddani dawcy krwi; przeciwwskazań do pobrania krwi, dopuszczalnej ilości oddawanej krwi i częstotliwości jej oddawania; szczegółowych warunków dopuszczalności zabiegu uodpornienia, w celu uzyskania surowic diagnostycznych lub leczniczych preparatów krwiopochodnych. Każda jednostka organizacyjna publicznej służby krwi jest zobowiązana do prowadzenia rejestru dawców krwi, zawierającego dane według wzoru określonego w rozporządzeniu wydanym przez Ministra Zdrowia.³⁶

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą kandydatów na dawców krwi i dawców krwi na zasadach określonych w odrębnych przepisach³⁷.

Wytwarzanie preparatów krwiopochodnych jest dopuszczalne wyłącznie w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi. Minister Zdrowia został upoważniony do określenia, w drodze rozporządzenia: szczegółowych warunków organizacyjnych, technicznych i kadrowych, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne publicznej służby krwi wytwarzające preparaty krwiopochodne oraz obowiązujących sposobów wytwarzania i składowania preparatów krwiopochodnych,

³⁰ Art. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

³¹ Ustawa uwzględnia zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, rekomendację nr R88/4 Komitetu Ministrów Rady Europy skierowaną do państw członkowskich, przyjętą w dniu 7 marca 1988 r. oraz Kodeks etyki w krwiodawstwie i transfuzjologii przyjęty przez Międzynarodowe Towarzystwo Transfuzjologii w Toronto w 1980 r. i 24 Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża w Manili.

³² Art. 3 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

³³ Tamże – art. 4 ust. 3.

³⁴ Tamże – art. 13 i art. 14.

³⁵ Tamże – art. 15.

³⁶ Tamże art. 16 i 17. Do czasu sporządzenia Informacji rozporządzenia te nie zostały wydane.

³⁷ Art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 3, poz. 13 ze zm.) utraciło moc obowiązującą - na podstawie art. 23 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 104, poz. 661 ze zm.). Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w tej sprawie (Dz. U. Nr 88, poz. 966) weszło w życie z dniem 10 września 2001 r.

wymagań jakościowych i wymagań bezpiecznego ich stosowania.³⁸

2. Od 1 stycznia 1999 r. obowiązuje zasada, że krew i preparaty krwiopochodne są wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi za opłatą, którą ustala jednostka organizacyjna publicznej służby krwi w wysokości nie przekraczającej rzeczywistych kosztów pobrania krwi, jej przetwarzania oraz kosztów przechowywania, opakowania, oznakowania i transportu.³⁹ Sposób ustalania tych opłat określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia.⁴⁰

Przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie lekarz z.o.z. lub na jego zlecenie pielęgniarka lub położna z.o.z., pod warunkiem, że przeszła organizowane przez regionalne centrum odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem, chyba że uzyskała dodatkowe kwalifikacje w tej dziedzinie określone w przepisach o specjalizacji pielęgniarek i położnych.⁴¹

Minister Zdrowia został upoważniony do określenia szczegółowych zasad szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, zakresu tego szkolenia oraz wymagań dotyczących treści i realizacji programów szkolenia, a także sposobu dokumentowania szkolenia.⁴²

Wobec istniejących potencjalnych możliwości wystąpienia powikłań związanych ze stosowaniem preparatów krwi, każdy z.o.z. jest obowiązany natychmiast powiadomić regionalne centrum, właściwe ze względu na siedzibę zakładu, o każdym przypadku wystąpienia zagrażającego życiu bądź zdrowiu odczynu lub wstrząsu w trakcie przetaczania krwi lub po jej przetoczeniu oraz o każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby, która może być spowodowana przetoczeniem. Natomiast regionalne centrum jest obowiązane przeprowadzić, we współdziałaniu z z.o.z., odpowiednie postępowanie wyjaśniające, w celu ustalenia przyczyny wystąpienia przypadków powikłań i podjąć stosowne działania zapobiegawcze.⁴³

3. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, Krajowe Centrum i regionalne centra, są publicznymi zakładami opieki zdrowotnej,⁴⁴ tworzonymi przez Ministra Zdrowia, finansowanymi z budżetu państwa.⁴⁵ Prowadzenie działalności jest możliwe po uzyskaniu wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.⁴⁶

³⁸ Art. 18 ustawy o publicznej służbie krwi. Do czasu sporządzenia Informacji rozporządzenia te nie zostały wydane. Mocą art.12 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, (...), z dniem 1 października 2002 r. przepis art. 18 ustawy o publicznej służbie krwi zostanie uchylony.

³⁹ Art. 19 ustawy o publicznej służbie krwi.

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (Dz. U. Nr 166, poz. 1267).

⁴¹ Art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

⁴² Tamże art. 21 ust. 2. Do czasu sporządzenia Informacji rozporządzenie to nie zostało wydane.

⁴³ Tamże art. 22 ust. 1 i 2.

⁴⁴ W rozumieniu przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁴⁵ Art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

⁴⁶ Rejestr zakładów mających siedzibę na obszarze województwa prowadzi wojewoda, z tym że rejestr zakładów utworzonych przez organy i osoby prawne, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 2 pkt 2 i ust. 3a tej ustawy, prowadzi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Krajowe Centrum zostało utworzone przez Ministra Zdrowia w 1997 r.⁴⁷ Statut Krajowego Centrum określa jego organy i strukturę organizacyjną oraz formy gospodarki finansowej.⁴⁸ Stanowi również, że celem działalności Krajowego Centrum jest zapewnienie realizacji ustawy w zakresie pobierania, przekazywania i przetwarzania krwi ludzkiej, obrotu krwią i preparatami krwiopochodnymi oraz stwarzanie warunków dostępności preparatów przygotowanych z krwi.

Do zadań Krajowego Centrum należy m.in.:

- ocenianie potrzeb i programowanie zadań w zakresie zaopatrzenia w krew i preparaty krwiopochodne;
- przekazywanie Ministrowi Zdrowia danych i informacji w tej sferze oraz opracowywanie i przedstawianie propozycji w sprawach aktów wykonawczych do ustawy;
- organizowanie pomocy w sytuacjach wymagających dodatkowego zaopatrzenia;
- rejestrowanie i prowadzenie rejestru preparatów osoczipochodnych;
- prowadzenie krajowego rejestru dawców krwi rzadkich grup;
- wykonywanie czynności kontrolnych w regionalnych centrach krwiodawstwa;
- sprawowanie specjalistycznego nadzoru, a także podejmowanie działań dotyczących organizacji tego nadzoru w regionalnych centrach;
- współdziałanie z jednostkami rejestracji leków i nadzoru nad hurtowniami farmaceutycznymi prowadzącymi obrót preparatami osoczipochodnymi;
- opracowywanie programów szkolenia.⁴⁹

4. Minister Zdrowia został ustanowiony koordynatorem działalności w zakresie organizacji pobierania i przetwarzania krwi oraz zaopatrzenia w krew i preparaty krwiopochodne. Do jego obowiązków należy także zatwierdzanie planów działania w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Krajowe Centrum.⁵⁰

Minister Obrony Narodowej został zobowiązany do określenia, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, w drodze zarządzenia, zasad w zakresie organizacji pobierania krwi w z.o.z. tworzonych i utrzymywanych przez Ministra Obrony Narodowej oraz zaopatrzenia tych zakładów w krew i w preparaty krwiopochodne.⁵¹

5. Ustawa przewiduje utworzenie Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa

⁴⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 października 1997 r. w sprawie Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (Dz. Urz. MZiOS Nr 15, poz. 42).

⁴⁸ Tamże załącznik do zarządzenia. Statut zawiera postanowienie, że do czasu wejścia w życie przepisów ustawy o wydawaniu krwi i preparatów krwiopochodnych za opłatą przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (t.j. z dniem 1 stycznia 1999 r.), Krajowe Centrum jest prowadzone w formie jednostki budżetowej, na zasadach określonych w prawie budżetowym, z uwzględnieniem art. 50 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁴⁹ Art. 25 ustawy o publicznej służbie krwi.

⁵⁰ Tamże – art. 24 ust. 1.

⁵¹ Tamże – art. 24 ust. 2. Do czasu opracowania Informacji ten akt wykonawczy nie został wydany. Zwrócić należy uwagę, że w związku z przekształceniem w 1999 r. z.o.z. utworzonych i utrzymywanych przez Ministra Obrony Narodowej w samodzielne publiczne z.o.z., posiadające osobowość prawną, upoważnienie do wydania zarządzenia jest niespójne z art. 87 ust. 1, w związku z art. 93 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483).

i Krwiolecznictwa, jako organu doradczego i opiniodawczego Ministra Zdrowia.⁵²

Do zadań Rady należy w szczególności ocena działalności publicznej służby krwi oraz opiniowanie zamierzeń i programów rozwoju w zakresie organizacji pobierania krwi, przetwarzania krwi oraz zaopatrzenia w krew i w preparaty krwiopochodne oraz opiniowanie projektów aktów prawnych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.⁵³

6. Do zadań regionalnego centrum należy w szczególności: kwalifikowanie kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi, prowadzenie regionalnego rejestru dawców krwi oraz rejestru dawców krwi rzadkich grup, pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych, gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i przekazywanie krwi, wytwarzanie preparatów krwiopochodnych, zaopatrywanie z.o.z. w krew i w preparaty krwiopochodne oraz wytwórni farmaceutycznych - w osocze krwi, udzielanie konsultacji; prowadzenie rejestru powikłań poprzetoczeniowych, sprawowanie specjalistycznego nadzoru oraz organizowanie szkolenia w dziedzinach krwiodawstwa, krwiolecznictwa i wytwarzania preparatów krwiopochodnych.⁵⁴

7. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi,⁵⁵ w celu wykonywania nadzoru specjalistycznego, dokonują kontroli i oceny działalności z.o.z. oraz innego podmiotu prowadzącego działalność w dziedzinie krwiolecznictwa,⁵⁶ w szczególności w zakresie czynności i badań związanych z przetaczaniem krwi oraz badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa.

Ustawa zawiera przepisy karne, przewidujące odpowiedzialność za określone w nich przestępstwa.⁵⁷

8. Minister Zdrowia ustanowiony organem założycielskim jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, przejął prawo do posiadania majątku Skarbu Państwa oraz posiadania innych praw do majątku będącego własnością innych osób, wykorzystywanego dla celów statutowych wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa.⁵⁸

Nieruchomości stanowiące własność Skarbu Państwa lub gminy, będące w posiadaniu wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa oraz punktów krwiodawstwa, przeszły w zarząd lub w użytkowanie regionalnych centrów. Urządzenia oraz inne składniki mienia wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa przeszły w użytkowanie lub na własność regionalnych centrów.⁵⁹

⁵² Art. 26 ustawy o publicznej służbie krwi. Do czasu opracowania niniejszej Informacji Rada nie została powołana.

⁵³ Tamże - art. 26 ust. 2.

⁵⁴ Tamże - art. 27.

⁵⁵ Tamże - art. 28. Przepisy ustawy, nakładające na Krajowe Centrum i regionalne centra obowiązek wykonywania czynności kontrolnych i sprawowania nadzoru specjalistycznego w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, nie naruszają przepisów o nadzorze nad z.o.z. i kontroli tych zakładów oraz przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza lub przepisów o wykonywaniu zawodów pielęgniarzy i położnej.

⁵⁶ Na zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej - por. art. 65 ust. 1 pkt 1 i 2 tej ustawy.

⁵⁷ Tamże - art. 30 - 34. Art. 31 określa odpowiedzialność za wykroczenia.

⁵⁸ Tamże - art. 37 ust. 1.

⁵⁹ Tamże - art. 37 ust. 2 i 3.

Nabycie praw, o których mowa wyżej, następuje nieodpłatnie, bez względu na pochodzenie środków, za które nieruchomości lub urządzenia i inne składniki mienia zostały wybudowane lub nabyte z zastrzeżeniem, że nabycie tych praw nie może naruszać praw osób trzecich.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określił, w drodze rozporządzenia, tryb przekształcania wojewódzkich i rejonowych stacji krwiodawstwa oraz punktów krwiodawstwa w regionalne centra.⁶⁰ Pracownicy tych jednostek stali się⁶¹ pracownikami regionalnych centrów.

9. Nadzór nad regionalnymi centrami, publicznymi z.o.z., sprawuje Minister Zdrowia, który utworzył te zakłady. Minister Zdrowia dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu oraz pracy jego kierownika, m.in. pod względem realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, prawidłowości gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej⁶², według zasad określonych w rozporządzeniu.⁶³

10. Szczególnej regulacji podlegają zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez ministrów: Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Sprawiedliwości. Stosownie do upoważnienia art. 69 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ministrowie ci tworzą zakłady opieki zdrowotnej w sposób określony w wydanych przez siebie rozporządzeniach.

Minister Obrony Narodowej w rozporządzeniu z dnia 10 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej⁶⁴ określił m.in., że Minister Obrony Narodowej tworzy, przekształca i likwiduje zakłady opieki zdrowotnej w trybie określonym w art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nadaje zakładowi statut, natomiast szczegółowy zakres obowiązków na poszczególnych stanowiskach określa komendant (kierownik) zakładu.⁶⁵ Działalność zakładu opieki zdrowotnej podlega kontroli w zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej, a także pod względem medycznym, w szczególności w zakresie dostępności i jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz realizacji zadań statutowych.⁶⁶

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji w rozporządzeniu z dnia 9 października 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. (Dz.U. Nr 166, poz. 1261).

⁶¹ Na zasadach, o których mowa w art. 23¹ Kodeksu pracy.

⁶² Art. 67 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 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).

⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 marca 2000 r. (Dz. U. Nr 20, poz. 245), utraciło moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 2002 r. na podstawie art. 12 pkt. 2 w związku z art. 11 ustawy z dnia 20 czerwca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 88, poz. 961)

⁶⁵ Tamże § 1 ust.1 oraz § 2 ust. 1 i 2.

⁶⁶ Tamże § 8 ust. 1 i 2.

utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,⁶⁷ określił m.in., że zakładami opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, są zespoły zakładów opieki zdrowotnej zarządów służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, tworzone, przekształcane i likwidowane w trybie określonym w art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Zakłady opieki zdrowotnej działają na podstawie statutu, który nadaje, zmienia i uchyla Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.

11. Do regionalnych centrów mają zastosowanie m.in. przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.⁶⁸

Rozporządzenie przewiduje m.in. wyodrębnienie miejsc powstawania kosztów, ewidencję wszystkich kosztów ponoszonych przez zakład, z uwzględnieniem ich rodzajów oraz ośrodków kosztów w układzie podmiotowo-przedmiotowym.⁶⁹ Koszt własny sprzedaży świadczenia zdrowotnego lub innej usługi oblicza się jako sumę jednostkowych kosztów własnych sprzedaży wszystkich nośników kosztów zużytych podczas wykonania świadczenia lub usługi.⁷⁰

12. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określił sposób ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi,⁷¹ ustalone w wysokości nie przekraczającej rzeczywistych kosztów pobrania krwi, jej przetwarzania na preparaty krwiopochodne oraz kosztów przechowywania, opakowania, oznakowania i transportu krwi, a także preparatów krwiopochodnych. Opłata obejmuje również koszty bezpośrednie i pośrednie.

13. Samodzielny publiczny z.o.z. może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w szczególności na zlecenie: organu, który utworzył zakład lub innych organów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, zakładów pracy, organizacji społecznych i innych instytucji, innych z.o.z., a także na realizację zadań i programów zdrowotnych, z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego.⁷²

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określił, w drodze rozporządzenia, warunki i tryb przekazywania samodzielnemu publicznemu z.o.z. środków publicznych oraz sposób kontroli ich wykorzystania.⁷³

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 października 1998 r. (Dz. U. Nr 132, poz. 870) zmienione z dniem 23 kwietnia 2001 r. rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 marca 2001 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 350).

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194). Rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

⁶⁹ Tamże - § 1 ust. 3.

⁷⁰ Tamże - § 7.

⁷¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (Dz. U. Nr 166, poz. 1267) - opublikowane 31 grudnia 1998 r., weszło w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

⁷² Art. 54 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposób kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266) – weszło w życie 31 grudnia 1998 r.

14. W okresie poprzedzającym wejście w życie ustawy o publicznej służbie krwi, tj. od 1952 r. do 31 grudnia 1998 r., a także po tym terminie, w praktyce stosowano m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1952 r.⁷⁴ i postanowienia uchwały Rady Ministrów w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa.⁷⁵

15. Jednostki badawczo-rozwojowe⁷⁶ (instytuty) są państwowymi jednostkami organizacyjnymi, wyodrębnionymi pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym. Uzyskują osobowość prawną, z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego⁷⁷. Jednostki badawczo-rozwojowe prowadzące badania naukowe lub prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych uczestniczą w systemie ochrony zdrowia.⁷⁸

Statut, określający szczegółowo przedmiot i zakres działania instytutu, jest uchwalany przez radę naukową i zatwierdzany przez organ sprawujący nadzór nad tą jednostką. Strukturę organizacyjną instytutu, odpowiadającą jego przedmiotowi i zakresowi działania, określa regulamin organizacyjny ustalony przez dyrektora, po zasięgnięciu opinii zakładowych organizacji związkowych.⁷⁹

Jednostki badawczo-rozwojowe prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie⁸⁰ oraz rozporządzeniu Ministra Finansów.⁸¹ W szczególności samodzielnie gospodarują przydzieloną i nabytą częścią mienia ogólnonarodowego oraz prowadzą samodzielną gospodarkę w ramach posiadanych środków, kierując się zasadami efektywności ich wykorzystania.

2. UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO-ORGANIZACYJNE

2.1. Do 31 grudnia 1998 r. krwiodawstwo w kraju tworzyło sieć wojewódzkich i rejonowych stacji krwiodawstwa, dla których organem założycielskim

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 1952 r. w sprawie krwiodawców (Dz. U. Nr 17, poz. 104) - wydane na podstawie przepisów ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu (Dz. U. R.P. z 1935 r. Nr 27, poz. 198 ze zm.), uchylonej z dniem 18 listopada 1963 r., na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 50, poz. 279 ze zm.).

⁷⁵ Uchwała nr 148 Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 1969 r. w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa (M. P. Nr 36, poz. 276). Uchwała ta została podjęta bez upoważnienia ustawowego. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w obwieszczeniu z dnia 8 lipca 1997 r. w sprawie wykazu obowiązujących resortowych aktów prawnych (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 10, poz. 26 i Nr 14, poz. 36) wskazał m.in.: instrukcje z 15 stycznia 1952 r. w sprawie badania lekarskiego krwiodawców i ich rejestracji (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 3, poz. 27 ze zm.), z 18 kwietnia 1963 r. w sprawie zasad wydawania krwi, jej przetworów oraz preparatów krwiopochodnych jednostkom organizacyjnym resortu zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 9, poz. 60 ze zm.), z 30 kwietnia 1985 r. w sprawie zbioru krwi i osocza do produkcji preparatów osoczipochodnych (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 5, poz. 22) oraz zarządzenia z dnia 19 września 1989 r. w sprawie rozdziału kwot przeznaczonych na wydatki związane z akcją honorowego krwiodawstwa, wydanego na podstawie § 5 ust. 2 uchwały nr 148 Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 1969 r. (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 8, poz. 42).

⁷⁶ Art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (j. t. Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388), zwanej dalej również w skrócie „ustawą o jednostkach badawczo-rozwojowych”.

⁷⁷ Tamże art. 12.

⁷⁸ Tamże art. 2 ust 3 a.

⁷⁹ Tamże art. 4 ust. 2 i 4.

⁸⁰ Tamże art. 13–18a.

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 7 sierpnia 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej jednostek badawczo-rozwojowych (Dz. U. Nr 72, poz. 318) - uchylone z dniem 1 stycznia 2002 r. przez § 12 rozporządzenia Ministra Nauki z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu gospodarki finansowej jednostek badawczo-rozwojowych (Dz. U. Nr 153, poz. 1764)

był wojewoda. W poszczególnych szpitalach, zwłaszcza posiadających liczne oddziały zabiegowe, funkcjonowało 425 punktów krwiodawstwa. Organami założycielskimi tych zakładów byli ministrowie, centralne organy administracji rządowej, jak również wojewodowie i organy samorządu terytorialnego. Nadzór merytoryczny nad całością zagadnień krwiodawstwa i krwiolecznictwa sprawował Instytut Hematologii i Transfuzjologii, natomiast punkty krwiodawstwa nadzorowane były merytorycznie przez wojewódzkie stacje krwiodawstwa. Wszystkie zadania były finansowane z budżetu państwa.

Instytut Hematologii i Transfuzjologii od blisko 50 lat jest placówką wiodącą w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa w kraju. Upowszechniał do praktycznego stosowania w zakładach opieki zdrowotnej, za pośrednictwem wojewódzkich i rejonowych stacji krwiodawstwa, własne prace badawcze oraz najnowsze osiągnięcia światowe w dziedzinach immunologii hematologicznej.

Jako publiczny zakład opieki zdrowotnej Instytut uczestniczy w świadczeniu wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych na najwyższym poziomie referencyjnym⁸².

Ustawa o publicznej służbie krwi nie zalicza Instytutu ani jego poszczególnych zakładów do jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

Ministrowi Zdrowia w badanym okresie podlegały lub były przez niego nadzorowane nadzorowane: 43 samodzielne publiczne szpitale kliniczne, Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, 17 instytutów naukowo-badawczych, w tym Instytut Hematologii i Transfuzjologii, 11 akademii medycznych oraz 40 innych jednostek.⁸³

2.2. Ustawa o publicznej służbie krwi przewiduje funkcjonowanie jednolitego w skali kraju systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, koordynowanego przez Ministra Zdrowia. Nie ma ustawowych podstaw do tworzenia i działania oddzielnych jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi w strukturach zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministrów Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Stacje i punkty krwiodawstwa działające do 31 grudnia 1998 r. w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, nie zostały włączone do ogólnokrajowego systemu publicznej służby krwi.

2.3. Na początku 1999 r. w strukturach organizacyjnych regionalnych centrów działało 349 oddziałów terenowych utworzonych z wcześniej funkcjonujących punktów krwiodawstwa w szpitalach. Na koniec 2000 r. ich liczba uległa zmniejszeniu do 271. Podstawową przyczyną likwidacji oddziałów terenowych były względy

⁸² Art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz § 4 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. Nr 164, poz. 1193).

⁸³ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 91, poz. 1036 ze zm.) oraz rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 października 2001 r. w tej sprawie (Dz. U. Nr 122, poz. 1346).

ekonomiczne. Likwidacja tych oddziałów nie miała wpływu na liczbę dawców ani na ilości pobieranej krwi.

2.4. Środki budżetowe planowane w kolejnych latach 1999 – 2001 na zadania z zakresu publicznej służby krwi – na wydatki bieżące jednostek budżetowych wynosiły:

Plan wg ustawy budżetowej		w tys. zł		
Dysponent	1999 r.	2000 r.	2001 r.	
Ministerstwo Zdrowia *	156.057	131.178	88.469	
Ministerstwo Obrony Narodowej	10.416	11.010	0	
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	928	980	740	
Razem	167.401	143.168	89.209	

* w 1999 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

2.5. Frakcjonowanie osocza przy użyciu specjalistycznych technologii pozwala uzyskać preparaty osoczipochodne, takie jak albuminy, immunoglobuliny oraz czynniki krzepnięcia.

Na terenie kraju działa jeden podmiot zajmujący się na skalę przemysłową frakcjonowaniem osocza. Potencjał tej firmy pozwala jedynie na uzyskiwanie 5 % roztworu albumin i niskoooczyszczzonego koncentratu IX czynnika krzepnięcia.

Od 1992 r. osocze uzyskiwane od dawców honorowych jest frakcjonowane w Laboratorium Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża. Uzyskane preparaty albumin 20%, immunoglobulin (Sandoglobulina-P) oraz koncentrat VIII czynnika krzepnięcia są rozprowadzane przez regionalne centra. Koszty frakcjonowania osocza pokrywa Ministerstwo Zdrowia.

3. WAŻNIEJSZE USTALENIA KONTROLI

3.1. W Ministerstwie Zdrowia

3.1.1. Wykonanie przez Ministra Zdrowia upoważnień do wydania aktów wykonawczych do ustawy o publicznej służbie krwi oraz innych zadań określonych tą ustawą

1. Minister Zdrowia, przez cztery lata od opublikowania, a ponad dwa lata od wejścia w życie ustawy o publicznej służbie krwi, nie wykonał⁸⁴ upoważnień ustawowych w sprawach istotnych dla dawców krwi, jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, w tym standaryzacji preparatów krwiopochodnych i innych ważnych dla bezpieczeństwa stosowania krwi w lecznictwie.

Nie zostały unormowane aktami wykonawczymi sprawy dotyczące:

- wymagań zdrowotnych, jakim powinien odpowiadać kandydat na dawcę krwi i dawca krwi, wykazu badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinni być poddani kandydaci na dawców krwi i dawcy krwi, przeciwwskazań do pobrania krwi, dopuszczalnej ilości oddawanej krwi i częstotliwości jej oddawania, szczegółowych warunków dopuszczalności zabiegu

⁸⁴ Do czasu opracowania Informacji.

uodpornienia w celu uzyskania surowic diagnostycznych lub leczniczych preparatów krwiopochodnych,

- wzoru rejestru dawców krwi i danych objętych wpisem do tego rejestru,
- szczegółowych warunków organizacyjnych, technicznych i kadrowych, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne publicznej służby krwi wytwarzające preparaty krwiopochodne, obowiązujących sposobów wytwarzania i składu preparatów krwiopochodnych, wymagań jakościowych i wymagań bezpiecznego ich stosowania,
- szczegółowych zasad szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, zakresu tego szkolenia oraz wymagań dotyczących treści i realizacji programów szkolenia, a także sposobu dokumentowania tego szkolenia,
- wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”

W ocenie NIK Ministerstwo dysponowało odpowiednio długim okresem czasu dla przeprowadzenia postępowania, zmierzającego do wydania i ogłoszenia tych aktów, które powinny obowiązywać od 1 stycznia 1999 r.

Ustalono, że Minister określił w sierpniu 2000 r. „Zasady i tryb postępowania przy opracowywaniu aktów normatywnych wydawanych przez Ministra Zdrowia”. Zgodnie z tymi zasadami, opracowanie projektu wstępnego należy do zadań departamentu zgodnie z zakresem działania określonym w regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia. Stosownie do tego Regulaminu, planowanie, organizacja i nadzór nad systemem krwiodawstwa, krwiolecznictwa i transplantacji w Polsce, należy do zakresu działania Departamentu Zdrowia Publicznego, a nadzór nad tym Departamentem należy do Sekretarza Stanu.

Wyjaśniając przyczyny powstałych opóźnień prac legislacyjnych, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego podał, że prace wymagały wielu uzgodnień merytorycznych, co skutkowało często znacznymi zmianami poszczególnych zapisów i koniecznym powtarzaniem uzgodnień międzywydziałowych oraz że w Departamencie nie ma prawnika biegłego w zakresie techniki legislacyjnej.

Najwyższa Izba Kontroli nie może podzielić poglądu prezentowanego przez Departament Zdrowia Publicznego, że delegacje ustawowe zawarte w art. 18 ust. 3 i art. 21 ust. 2 ustawy o publicznej służbie krwi „powinny być usunięte jako zbędne i niespójne z obecnym stanem prawnym”.

Jako argument przedstawiono prośbę p. o. Dyrektora Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z dnia 14 lipca 2000 r. o „zrezygnowanie z opracowania rozporządzeń Ministra Zdrowia wymienionych w art. 18 pkt 3 ustawy o publicznej służbie krwi: 1) szczegółowych warunków organizacyjnych placówek służby krwi i 2) obowiązujących sposobów wytwarzania i składu preparatów krwiopochodnych”. Dyrektor Krajowego Centrum uzasadniał, że: „Warunki organizacyjne placówek służby krwi określa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, a warunki kadrowe i techniczne ustalają zatwierdzone przez Ministra Zdrowia statuty regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz ich regulaminy wewnętrzne”. Natomiast „Sposoby wytwarzania i skład preparatów krwiopochodnych opisane są szczegółowo w przepisach opracowanych przez podległe Ministrowi Zdrowia

Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Przepisy te są okresowo aktualizowane”.

Zwrócić należy uwagę, że wolą ustawodawcy było nadanie odpowiedniej rangi wymienionym przepisom dla zachowania gwarancji bezpieczeństwa wytwarzanych preparatów krwiopochodnych. Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje kompetencji Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w dziedzinach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a także wydawania w związku ze swoją działalnością publikacji fachowych, znajdujących praktyczne zastosowanie w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi. Jednak publikacje te nie mogą być traktowane jako źródło prawa powszechnie obowiązującego.

2. Minister Zdrowia, wbrew postanowieniom ustawy, nie powołał Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Tym samym zadania takie jak ocena działalności publicznej służby krwi, opiniowanie zamierzeń i programów rozwoju w zakresie organizacji pobierania krwi, przetwarzania krwi oraz zaopatrzenia w krew i w preparaty krwiopochodne, a także opiniowanie projektów aktów prawnych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, ustawowo przypisane Radzie nie były wykonywane.

3. Stwierdzono, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa⁸⁵, wydanym na podstawie art. 37 ust. 7 ustawy o publicznej służbie krwi, Minister wyłączył z przekazania regionalnym centrom punkty krwiodawstwa działające w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.

Najwyższa Izba Kontroli krytycznie ocenia wydane rozporządzenie uważając, że jest ono aktem normatywnym utworzonym niezgodnie z art. 92 Konstytucji RP oraz obowiązującymi zasadami określonymi w uchwale nr 147 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 1991 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej⁸⁶. Zdaniem Izby treść § 2 ust. 4 ww. rozporządzenia, stanowiąca że przejęcie punktów krwiodawstwa przez regionalne centra nie dotyczy zakładów opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, wykracza poza zakres określony w upoważnieniu zawartym w art. 37 ust. 7 ustawy o publicznej służbie krwi i nie jest zgodna z tą ustawą.

Izba nie może podzielić poglądu Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, że podstawą do wyłączenia punktów krwiodawstwa, działających w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, są przesłanki zawarte w art. 14 ust. 1 i art. 24 ust. 2 ustawy o publicznej służbie krwi oraz twierdzenia na tej podstawie, „że na poziomie ustawy nastąpiło wyłączenie jednostek podległych MON z systemu publicznej służby krwi”.

Zwrócić bowiem należy uwagę, że art. 14 ust. 1 dopuszcza jedynie „**pobieranie krwi** w innych niż regionalne centra zakładach opieki zdrowotnej za zgodą kierownika regionalnego centrum”. Natomiast art. 24 ust. 2 upoważnia Ministra Obrony

⁸⁵ Dz. U. 166, poz. 1261.

⁸⁶ M.P. Nr 44, poz. 310.

Narodowej do określenia, odpowiednim aktem wykonawczym⁸⁷, jedynie „**zasad** w zakresie **organizacji pobierania krwi** (...) oraz **zaopatrywania** w krew i preparaty krwiopochodne”, w utworzonych przez siebie zakładach opieki zdrowotnej. W tym stanie prawnym nie ma podstaw do twierdzenia, że możliwe jest funkcjonowanie służby krwi w innych jednostkach organizacyjnych niż wymienione w ustawie.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, nieuprawnione wyłączenie spod regulacji ustawy punktów krwiodawstwa funkcjonujących w zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej spowodowało, że ich działanie po dniu 1 stycznia 1999 r. nie odpowiadało przepisom ustawy oraz zaburzyło spójność ogólnokrajowego systemu publicznej służby krwi, a nadto wyłączyło je z ustawowo przewidzianego systemu merytorycznego nadzoru i kontroli specjalistycznej.

3.1.2. Wykonywanie przez Ministra Zdrowia obowiązków organu założycielskiego wobec jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi

1. Minister Zdrowia, stosownie do art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, był zobowiązany utworzyć jednostki organizacyjne publicznej służby krwi. W celu wykonania tego postanowienia, Minister przejął, na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy, prawo do posiadania majątku Skarbu Państwa oraz posiadania innych praw do majątku będącego własnością innych osób, wykorzystywanego dla celów statutowych wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa działających w strukturach szpitali na terenie całego kraju.

Jak wykazała kontrola, Minister Zdrowia nie podjął działań wobec faktów nieprzejęcia przez regionalne centra punktów krwiodawstwa działających w strukturach szpitali, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji. Nie podjął również działań w celu przejęcia części zakładów Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, wykonujących usługowo zadania z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Stosownie do zarządzenia Ministra Zdrowia,⁸⁸ do zakresu działania Sekretarza Stanu należy inicjowanie, programowanie, koordynacja i nadzór w sprawach, tj.: realizowanie zadań Ministra Zdrowia wynikających z ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, przygotowywanie projektów ustaw, rozporządzeń i zarządzeń dotyczących kompetencji Ministra Zdrowia zgodnie z zakresem działania, działalność podległych i nadzorowanych – Krajowego Centrum i regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz prace Departamentu Zdrowia Publicznego. Do zadań Departamentu Zdrowia Publicznego należy m.in. planowanie, organizacja i nadzór nad systemem krwiodawstwa, krwiolecznictwa i transplantacji w Polsce.

2. Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 października 1997 r. w sprawie Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecz-

⁸⁷ Patrz przypis nr 51

⁸⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2001 r. w sprawie zadań pozostających w gestii Ministra Zdrowia oraz zakresu działania Sekretarza Stanu i Podsekretarza Stanu (Dz. Urz. MZ Nr 5, poz. 29 ze zm.).

nictwa,⁸⁹ wydanym na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o publicznej służbie krwi, Minister utworzył Krajowe Centrum i nadał mu statut. Krajowe Centrum jest formalnie publicznym zakładem opieki zdrowotnej, prowadzonym gospodarce w formie jednostki budżetowej.⁹⁰

Ustalono, że Krajowe Centrum nie zostało wpisane do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Ministra Zdrowia, stosownie do art. 12 ust. 1 i 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, że jednostka ta nie ma prawa prowadzić działalności statutowej.

Przyczyną tego stanu jest fakt, że mimo upływu 4 lat, organ założycielski - Minister Zdrowia, tworząc nowy podmiot, nie wyposażył go w wyodrębnione organizacyjnie środki majątkowe niezbędne do wykonywania zadań określonych w ustawie i statucie oraz nie stworzył warunków dla zorganizowania zespołu osób wykonujących te zadania, odpowiednio do art. 1 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W efekcie zadania określone w ustawie dla Krajowego Centrum były wykonywane przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii bez podstawy prawnej.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska zajętego w tej sprawie przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, że dla dokonania wpisu niezbędna jest nowelizacja przepisów ustawy o publicznej służbie krwi. Zdaniem Izby, Centrum posiada prawny status zakładu publicznego - jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, której organem założycielskim jest Minister Zdrowia. NIK nie może także uznać argumentacji, że Centrum nie wykonuje usług zdrowotnych, gdyż usługi, o których mowa w statucie, są faktycznie świadczone przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii, zgodnie z porozumieniem zawartym 3 kwietnia 1998 r. między dyrektorami Centrum i Instytutu. Z treści przywołanego porozumienia wynika, że obowiązywało ono „... do czasu wejścia w życie wszystkich artykułów ustawy o publicznej służbie krwi ...”. Stało się ono więc nieaktualne po wejściu w życie ustawy, tj. z dniem 1 stycznia 1999 r.

Faktem natomiast jest, że Minister Zdrowia, mimo upływu 4 lat od wejścia w życie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o publicznej służbie krwi, nie wyposażył Centrum w mienie i środki niezbędne dla realizacji jego zadań ustawowych. Z tego właśnie powodu Centrum nie może spełnić wymagań określonych dla zakładu opieki zdrowotnej w art. 1 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcenia wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, z dniem 1 stycznia 1999 r. zostało utworzonych 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Według stanu na koniec 1998 r. z wymienionych w rozporządzeniu 20 wojewódzkich stacji krwiodawstwa i regionalnej stacji krwiodawstwa w Raciborzu, 12 było samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, a 9 prowadziło gospodarce w formie jednostek budżetowych. Centra te przekształcone zostały

⁸⁹ Dz. Urz. MZiOŚ Nr 15, poz. 42.

⁹⁰ Zgodnie z § 10 statutu forma ta miała obowiązywać do dnia 1 stycznia 1999 r.

w zakłady samodzielne na podstawie zarządzeń Ministra Zdrowia, w których jako podstawę prawną wskazano art. 35b i art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

W konsekwencji centra te, odmiennie aniżeli stanowi art. 23 ust. 1 ustawy, są zobowiązane do prowadzenia samodzielnej gospodarki finansowej na zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, w związku z czym powinny pokrywać koszty działalności i zobowiązania z posiadanych środków i uzyskanych przychodów z działalności statutowej.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, wyjaśniając okoliczności i przyczyny nadania regionalnym centrom statusu samodzielnych publicznych zakładów, nie przedstawił dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie analiz poprzedzających podjęcie takiej decyzji. Jedyny dokument w tej sprawie to wystąpienie ówczesnego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1998 r., adresowane do Dyrektora Krajowego Centrum, zawierające stwierdzenie: „Po przeanalizowaniu aspektów prawnych wynikających z ustawy o publicznej służbie krwi (...) ustalono, iż najkorzystniejszą formą funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa po wejściu w życie systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest samodzielny zakład”.

W ocenie NIK art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi nie zawiera przesłanek dla dowolności wyboru formy prowadzenia gospodarki regionalnych centrów.

4. W trakcie kontroli ujawniono, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, wydając w 1999 r. zarządzenia o przekształceniu regionalnych centrów, działających jako jednostki budżetowe, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i decyzje o wpisaniu do rejestru, nie posiadał informacji o majątku trwałym tych jednostek. Brak rozpoznania i nieuregulowanie stanu prawnego majątku nieruchomego przed wydaniem tych zarządzeń, było poważną przeszkodą w prawidłowym określeniu wielkości funduszu założycielskiego tych podmiotów, a w konsekwencji rzetelnego sporządzenia planów finansowych i sprawozdawczości bilansowej.

Zarządzenia w sprawie przekształceń stanowią, że „Fundusz założycielski centrum (...) stanowi mienie Skarbu Państwa lub komunalne znajdujące się w użytkowaniu jednostki budżetowej w dniu przekształcenia, z zachowaniem praw osób trzecich”. Wartość tego funduszu nie została określona.

5. Minister Zdrowia,⁹¹ nie w pełni wywiązywał się z obowiązków, jakimi był obarczony jako organ założycielski jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, t.j. dokonywanie kontroli i oceny ich działalności, w tym realizacji zadań statutowych, prawidłowości gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej.

W 2000 r. Ministerstwo przeprowadziło kontrolę jedynie w 3 regionalnych centrach, a w I kwartale 2001 r., w 1 regionalnym centrum, z ogólnej liczby 21. Zakres kontroli centrów obejmował wyłącznie problematykę gospodarowania środkami budżetowymi przekazanymi jako „dofinansowanie” ich zadań statutowych.

Krajowe Centrum nie było kontrolowane od momentu jego powstania w 1997 r.

⁹¹ Określone w art. 67 ust. 1-3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

3.1.3. Wykonywanie przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii zadań zlecanych przez Ministra Zdrowia

1. Instytut od 1997 r. współpracuje z Krajowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. W okresie do 31 grudnia 1998 r. zasady współpracy oparte były na porozumieniu, akceptowanym przez ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Porozumienie to traktowane jest nadal jako wiążące, mimo iż z jego treści wynika, że stało się nieaktualne po wejściu w życie ustawy o publicznej służbie krwi, tj. z dniem 1 stycznia 1999 r.

2. Stwierdzono, że niektóre zadania realizowane przez Zakład Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu, przypisane ustawą o publicznej służbie krwi Krajowemu Centrum, po 11 września 1997 r., czyli po wejściu w życie przepisów ustawy dotyczących Krajowego Centrum, były nadal wykonywane przez Instytut. Na pobieranie krwi Instytut posiadał wprowadzić zgodę dyrektora właściwego terytorialnie regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, jednak działalność w zakresie wytwarzania preparatów krwiopochodnych po 1 stycznia 1999 r. prowadzona była w Instytucie z naruszeniem art. 18 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi. Instytut nie jest bowiem jednostką organizacyjną publicznej służby krwi – w rozumieniu przepisów tej ustawy. Przepisom ustawy o publicznej służbie krwi nie odpowiadają ponadto Statut oraz Regulamin Organizacyjny Instytutu, w części dotyczącej krwiodawstwa i preparatyki krwi, albowiem określone w nich zadania takie jak sprawowanie nadzoru specjalistycznego szczególnie w zakresie krwiodawstwa, preparatyki krwi oraz leczenia krwią, prowadzenie działalności produkcyjnej w zakresie transfuzjologii – wykonywanie typowych i specjalistycznych preparatów krwiopochodnych, zostały w tej ustawie zastrzeżone wyłącznie dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

Nie kwestionując oczywiście potrzeby uczestnictwa Instytutu w powszechnym systemie publicznej służby krwi, stosownie do jego najwyższego poziomu referencyjnego, należy jednak zwrócić uwagę, że Ministerstwo Zdrowia nie wykazało inicjatywy stworzenia podstaw prawnych do legalnego wykorzystania jego potencjału kadrowego i technicznego, stosownie do uprawnień organu nadzorującego, o których mowa w ustawie o jednostkach badawczo-rozwojowych⁹² oraz praw określonych w art. 37 ust 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

3. W badanym okresie Instytut zobowiązał się, na podstawie umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia, do realizacji zadań określonych w „Programach samowystarczalności Polski w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa – frakcjonowanie osocza”. Strony nie wykazały jednak należytej staranności, zarówno przy zawieraniu umów, jak i realizacji wszystkich zawartych w nich postanowień. W umowach tych Instytut przyjął m.in. obowiązki, których nie był w stanie wykonać.

Stwierdzono m.in., że wykonując te zadania, w części dotyczącej zbiórki osocza z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Instytut zawarł ze Spółką z o.o. PP-H „Cevit” umowę o transport osocza do Szwajcarii i przywóz gotowych produktów. Nie kwestionując celowości przyjętego

⁹² Art. 6 – 12 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (t.j. Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388).

rozwiązania, zauważyć jednak należy, że działaniem tym Instytut naruszył postanowienia umów, zgodnie z którymi obowiązki Instytutu nie mogą być przenoszone na osoby trzecie. Istotnym także jest, że w okresie od maja do grudnia 1999 r. Instytut wysyłał osocze do Szwajcarii i poniósł wydatki związane z jego przerobem w wysokości ponad 18,4 mln zł, mimo iż w okresie tym nie posiadał pisemnej umowy z Centralnym Laboratorium Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża na jego frakcjonowanie.

Uznając za celowe działanie prowadzące do zaspokojenia w 1999 r. krajowych potrzeb na produkty uzyskiwane z polskiego osocza, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Ministerstwo Zdrowia nie zareagowało na opisane wyżej fakty nieprzestrzegania przez Instytut niektórych określonych w umowach warunków.

Ustalenia kontroli uzasadniają przedstawienie krytycznych uwag co do sposobu planowania wydatków budżetowych na przerób osocza. W 1999 r. faktyczne wydatki na frakcjonowanie 111,6 tys. litrów osocza wyniosły 28,6 mln zł, natomiast w lipcu 2000 r. Ministerstwo zaplanowało na ten rok 39,9 mln zł - za wysłanie do Szwajcarii ok. 100 tys. litrów osocza. W procesie planowania nie uwzględniono narastających zapasów produktów osoczopochodnych, uzyskanych w poprzednich okresach oraz zmian technologii badań wirusologicznych. W rezultacie, uwzględniając indeksację opłat za przerób, Instytut wykorzystał w 2000 r. jedynie 44,5 % kwoty przewidzianej przez Ministerstwo. Oznacza to również niesttarne planowanie środków budżetowych na ten cel przez dysponenta.

Przyczyną niekorzystnych zjawisk przy organizacji frakcjonowania osocza, było m.in. niepodejmowanie przez Ministerstwo skutecznych działań, w związku z niewywiązywaniem się przez Spółkę z o.o. - Laboratorium Frakcjonowania Osocza w Mielcu z podjętych wobec Ministra Zdrowia zobowiązań oraz opóźnione przyznanie Instytutowi w 2000 r. środków na sfinansowanie frakcjonowania osocza w Szwajcarii.

4. Z ustaleń kontroli wynika ponadto, że zakup osocza w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa do produkcji immunoglobulin specyficznych oraz dystrybucja immunoglobulin anty-D - w latach 1999-2000 i anty-HBs - w 1999 r., odbywała się w sposób nierzetelny.

Zakup osocza Instytut realizował bez pisemnych umów z regionalnymi centrami. Stwierdzono, że według stanu na koniec 1999 r. i 2000 r. utrzymywane były wysokie, narastające (o 37,6 % rocznie) stany zapasów immunoglobuliny anty-D. Zważywszy na względnie stałe zapotrzebowanie na te preparaty w kolejnych latach, dalsze zamawianie produkcji immunoglobuliny na niezmienionych zasadach budzi wątpliwości co do celowości i gospodarności takich działań.

5. Gromadzenie przez Instytut czynników krzepnięcia VIII i IX - z różnych źródeł oraz dysponowanie nimi odbywało się, w badanym okresie, bez starannego szacowania potrzeb i możliwości racjonalnego ich zagospodarowania. Świadczy o tym m.in. wielkość zapasów tych czynników.

Według stanu na 31 grudnia 1999 r. nie wykorzystano 76,8 % ilości czynnika krzepnięcia VIII i 10,5 % czynnika IX o łącznej wartości prawie 4,8 mln zł, otrzymanych w ramach procedury wysokospecjalistycznej Nr 3 „Leczenie ciężkiej postaci hemofilii”, sfinansowanych z budżetu państwa.

W 2000 r., w ramach wysokospecjalistycznej procedury medycznej Nr 29 „Leczenie hemofilii i innych skaz krwotocznych, zaburzenia krzepnięcia krwi”, Instytut nie wykorzystał 89,4 % czynnika krzepnięcia VIII oraz 54,2 % czynników krzepnięcia IX, zakupionych w ramach tej procedury.

W ocenie NIK pracownicy Instytutu i Ministerstwa Zdrowia nie wykazali należytej staranności przy planowaniu, dysponowaniu i rozliczaniu efektów rzeczowego wykonania zleconych zadań, realizowanych w ramach realizacji tzw. programów polityki zdrowotnej i wysokospecjalistycznych procedur medycznych.

3.2. W Ministerstwie Obrony Narodowej

1. Ustalono, że w końcu 1998 r. w wyniku przekształcenia wojskowych placówek służby zdrowia, finansowanych z budżetu MON, Minister Obrony Narodowej utworzył 49 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W 19 z tych zakładów nadal funkcjonowały stacje krwiodawstwa, które w okresie objętym kontrolą, nie miały statusu jednostek publicznej służby krwi, a ich działalność odbywała się z naruszeniem przepisów ustawy o publicznej służbie krwi.

Art. 24 ust. 2 ustawy zawiera upoważnienie dla Ministra Obrony Narodowej do określenia w drodze zarządzenia, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, zasad w zakresie organizacji pobierania krwi w zakładach opieki zdrowotnej, dla których jest on organem założycielskim oraz zaopatrzenia tych zakładów w krew i preparaty krwiopochodne. Do czasu zakończenia kontroli NIK ww. zasady nie zostały uregulowane stosownym aktem wykonawczym.

W badanym okresie Zarząd Służby Zdrowia MON nie wypracował na szczeblu centralnym form i zasad współpracy oraz współdziałania zakładów opieki zdrowotnej nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej z regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Szef tego Zarządu wyjaśnił, że porozumienie o współpracy nie jest możliwe z uwagi na specyfikę i różnorodność zadań cywilnej i wojskowej służby krwi, a także uwarunkowania prawne. NIK nie może uznać argumentacji uzasadniającej zaniechanie legalnego uczestniczenia resortowej służby zdrowia w ogólnokrajowym systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Nie kwestionując argumentacji dotyczącej potrzeb sił zbrojnych przedstawionej przez Ministra⁹³, zdaniem Najwyższej Izby Kontroli nie można jednak usprawiedliwiać niestosowania ustawy o publicznej służbie krwi przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej.

Statuty tych zakładów, nadane w 1998 r., nie uwzględniają przepisów ustawy o publicznej służbie krwi, regulującej w sposób specjalny krajowe krwiodawstwo i krwiolecznictwo.

Odnotować należy podjęte próby stworzenia podstaw legislacyjnych dla rozwiązania problemów krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez MON. Jednak mimo upływu ponad 2 lat, prace te nie zostały ukończone. Głównymi przyczynami tego stanu są brak jednolitej koncepcji i zdecydowania dla rozwiązania tego problemu.

⁹³ W wyjaśnieniu Ministra z dnia 16 lipca 2001 r.,

Najwyższa Izba Kontroli nie może podzielić poglądu, wyrażonego przez Ministra, że przepisy ustawy o publicznej służbie krwi, w tym art. 37, nie mogły mieć zastosowania do wojskowych stacji krwiodawstwa. Zważyć bowiem należy, że w żadnym miejscu przedmiotowa ustawa nie ogranicza Ministra Zdrowia do przejęcia praw do posiadania majątku Skarbu Państwa oraz posiadania innych praw do majątku będącego własnością innych osób, wykorzystywanego dla celów statutowych wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa.

Po wejściu w życie ustawy o publicznej służbie krwi, statuty szpitali utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie były zmienione, w częściach dotyczących działalności w ich strukturach punktów (zakładów) krwiodawstwa.

W praktyce nadal stosowano „Wytyczne Szefa Służby Zdrowia Wojska Polskiego” z dnia 8 marca 1996 r., które zawierają „polecenia” dla: Służby Zdrowia jednostek i instytucji wojskowych i komendantów wojskowych zakładów leczniczych dotyczące propagowania idei honorowego dawstwa krwi wśród żołnierzy i oddawania krwi i osocza wyłącznie w wojskowych stacjach krwiodawstwa, a także szczegółowe wykazy zadań dla poszczególnych szczebli organizacyjnych wojskowej służby zdrowia.

Merytoryczny nadzór nad Wojskowymi Stacjami Krwiodawstwa należał do obowiązków kierownika Zakładu Transfuzjologii i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie. Ustalono, że od 1999 r. ZTT CSK WAM praktycznie nie sprawował specjalistycznego nadzoru i kontroli w wojskowych zakładach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON – głównie, jak wyjaśnił Kierownik ZTT, z powodu braku środków finansowych.

Dopiero w czasie trwania kontroli NIK dokonano kontroli stacji krwiodawstwa, działających przy szpitalach wojskowych w Łodzi i Bydgoszczy.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą, stacje krwiodawstwa działające w szpitalach nadzorowanych przez MON, pobierały krew bez zgody właściwych terytorialnie kierowników regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, przetwarzały ją, a także odsprzedały krew i preparaty krwiopochodne innym (również cywilnym) zakładom opieki zdrowotnej. Działania te naruszały przepisy art. 14 ust. 1, art. 18 ust. 1 i art. 19 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

W 1999 r. 13 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nadzorowanych przez MON, odsprzedało preparaty krwi o ogólnej wartości 1.098,4 tys. zł, natomiast w 2000 r. za 1.168,2 tys. zł. W 2001 r., w ciągu 5 miesięcy, odsprzedano krew i preparaty krwiopochodne za 493,4 tys. zł.

Ustalono, że pobieranie krwi i odsprzedaż jej preparatów innym zakładom, w opiniach komendantów tych szpitali była legalna. Komendant 105 Szpitala Wojskowego w Żarach podał m.in., że : „Od czasu wejścia w życie ustawy o publicznej służbie krwi do chwili obecnej, (...) nie zwracał się do Dyrektora RCKiK w Zielonej Górze o wyrażenie zgody na pobieranie krwi. 105 Szpital pod względem służbowym i organizacyjnym podlega pod Ministra Obrony Narodowej w imieniu którego nadzór sprawuje Pełnomocnik Ministra Obrony Narodowej do Spraw Resortowej Służby Zdrowia, natomiast nadzór fachowy

nad Stacją Krwiodawstwa sprawuje Naczelny Specjalista do Spraw Transfuzjologii z Zakładu Transfuzjologii i Transplantologii Centralny Bank Krwi Centralnego Szpitala Klinicznego WAM SP ZOZ w Warszawie (...). Stacja Krwiodawstwa 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach znajduje się w strukturach Szpitala i działa w oparciu o rozdział 3 pkt 6 Statutu Szpitala zatwierdzonego Zarządzeniem Nr 52 Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 października 1998 roku i zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Zielonej Górze. (...) Szpital dokonuje sprzedaży preparatów krwiopochodnych trzymając się zasady non profit, a sprzedaż wynika z zagospodarowania nadwyżek powstałych z utrzymywania Banku Krwi oraz w oparciu o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, która pozwala na prowadzenie działalności gospodarczej. (...)”

W ustawie budżetowej na rok 1999⁹⁴ w części 30 - Ministerstwo Obrony Narodowej, Dział 85 - Ochrona Zdrowia, Rozdział 8519 - Publiczna służba krwi – na wydatki bieżące jednostek budżetowych przewidziano 10.416 tys. zł. Natomiast na 2000 r. zaplanowano 11.010 tys. zł.⁹⁵

W 1999 r. Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia przeznaczył na zadania zlecone z zakresu krwiodawstwa 5.213,2 tys. zł. Na podstawie umów zawartych z 15 samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, z 19 prowadzących działalność w zakresie pobierania i przetwarzania krwi, zlecono pobieranie krwi i osocza, a następnie zgromadzenie, utrzymywanie i rotowanie określonych ilości tych preparatów. Na realizację tych zleceń szpitale otrzymały środki finansowe oraz w naturze materiały medyczne, w ilościach proporcjonalnych do wielkości zamówienia. W umowach postanowiono, że wartość krwi i preparatów z rotacji, wykorzystana na własne potrzeby lub odsprzedana innym zakładom, zostanie przekazana na rachunek zleceńodawcy.

Pozytywnie należy ocenić działanie Departamentu Kontroli MON, który badając wydatkowanie w 1999 r. środków budżetowych MON, w tym z rozdziału 8519 – Publiczna służba krwi, zgłosił krytyczne opinie m.in. odnośnie braku uzasadnienia prawnego i niegospodarności w wydatkowaniu 10.352 tys. zł, przekazanych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Wprawdzie Departament Administracyjno-Koordynacyjny MON w listopadzie 2000 r. dokonał umorzenia powyższej kwoty, kończąc dalsze postępowanie w tej sprawie – to za nieusprawiedliwione należy uznać zaniechanie rozliczenia zakładów, które w 1999 r. korzystały ze środków budżetowych i mimo obowiązku wynikającego z postanowień zawartych w umowach, nie wpłaciły na rachunek MON m.in. 973,6 tys. zł, uzyskanych ze sprzedaży krwi i preparatów krwiopochodnych.

W wyniku ujawnionych nieprawidłowości dotyczących 1999 r. – planowane środki budżetowe na rok 2000 w rozdziale 8519 w kwocie 11.010 tys. zł – zostały częściowo zablokowane i zwrócone do budżetu państwa, a częściowo przeniesione na inne cele drogą zmian w planie wydatków MON. Na 2001 r. w budżecie MON konsekwentnie nie planowano wydatków na „publiczną służbę krwi”.

⁹⁴ Ustawa budżetowa na rok 1999 z dnia 17 lutego 1999 r. (Dz. U. Nr 17, poz. 154)

⁹⁵ Ustawa budżetowa na rok 2000 z dnia 21 stycznia 2000 r. (Dz. U. Nr 7, poz. 85)

2. W wyniku kontroli Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej z Polikliniką w Warszawie⁹⁶, stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą, w jego strukturze działał Zakład Transfuzjologii i Transplantologii⁹⁷, który nie będąc jednostką organizacyjną publicznej służby krwi, wykonywał zadania polegające na pobieraniu krwi bez zgody kierownika właściwego terytorialnie regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, przetwarzaniu, a także odsprzedawaniu preparatów krwi innym zakładom opieki zdrowotnej z naruszeniem przepisów art. 14, 18 i 19 ustawy o publicznej służbie krwi.

Ustalono, że statut CSK WAM nadany 7 października 1998 r. (po publikacji ustawy o publicznej służbie krwi) zarządzeniem Ministra Obrony Narodowej oraz Regulamin organizacyjny wprowadzony przez Komendanta Szpitala, zawierają postanowienia dotyczące krwiodawstwa i krwiolecznictwa zastrzeżone ustawą wyłącznie dla jednostek publicznej służby krwi.

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje celowości wykonywania przez szpital kliniczny zadań naukowych i dydaktycznych w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa na potrzeby sił zbrojnych. Nie budzi wątpliwości potrzeba sprawnej organizacji bieżącego zaopatrywania Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne, jednak, zdaniem NIK, wymienione argumenty nie mogą być uznane za usprawiedliwienie nieprzestrzegania obowiązującej ustawy.

Na podstawie umowy z Zarządem Służby Zdrowia MON w 1999 r. Szpital zobowiązał się do pobrania określonej ilości krwi pełnej, jej przerobu, zgromadzenia i rotowania rezerw oraz przygotowania potencjału stacji krwiodawstwa do rozwinięcia działalności w przypadku wojny, a także katastrof i klęsk żywiołowych. Na ten cel Szpital otrzymał z budżetu MON 1.399,2 tys. zł oraz materiały medyczne do produkcji preparatów krwi.

Z ustaleń kontroli wynika, że umowa ta nie została rozliczona, nie wykonano też postanowień organu założycielskiego w tej sprawie, co należy uznać za działanie nierzetelne i niegospodarne.

3.3. W Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji

1. Kontrola wykazała, że na terenie zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, w okresie objętym kontrolą działały punkty (zakłady) krwiodawstwa w trzech samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, które nie były jednostkami publicznej służby krwi i po 1 stycznia 1999 r. nie zostały przejęte przez właściwe terytorialnie regionalne centra.

W 1999 r. zadania z zakresu służby krwi były wykonywane w szpitalach w Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu, a w latach 2000-2001 w Warszawie i Wrocławiu.

Działalność tych punktów odbywała się z naruszeniem przepisów ustawy o publicznej służbie krwi, która nie przewiduje odrębnej organizacji publicznej służby

⁹⁶ Zwanego dalej również CSK WAM.

⁹⁷ Zwany w dalszej treści ZTT.

krwi w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez tego Ministra.

Ustalono, że Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, będąc organem założycielskim dla samodzielnych publicznych zoz, od 1999 r. nie dostosował ich struktury i statutów do przepisów ustawy o publicznej służbie krwi.

Zauważyć należy, że na podstawie art. 37 ustawy o publicznej służbie krwi, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przejął prawo do posiadania majątku Skarbu Państwa oraz posiadania innych praw do majątku będącego własnością innych osób, wykorzystywanego dla celów statutowych wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej postanowił⁹⁸, że właściwą jednostką do przejęcia punktu krwiodawstwa, jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa, na którego obszarze działania ma siedzibę punkt krwiodawstwa.

Dyrektor Departamentu Inspekcji Sanitarnej i Zakładów Opieki Zdrowotnej MSWiA w złożonym wyjaśnieniu wskazała, że „działalność MSWiA w zakresie punktów krwiodawstwa, dotyczyła medycznego zabezpieczenia działań służb podległych Ministrowi SWiA, a także działań z zakresu ratownictwa medycznego przedszpitalnego i szpitalnego zabezpieczającego pomoc medyczną poszkodowanym funkcjonariuszom w trakcie wykonywania zadań”.

Nie kwestionując potrzeby zabezpieczenia wykonywania ww. zadań Ministerstwa w stosunku do funkcjonariuszy służb podległych Ministrowi, zdaniem NIK nie można uznać przedstawionych argumentów jako usprawiedliwienia naruszania ustawy.

Odnotować należy, że w czerwcu 2001 r. Departament Inspekcji Sanitarnej i Zakładów Opieki Zdrowotnej MSWiA, dostrzegając potrzebę dostosowania zasad zaopatrywania szpitali utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w preparaty krwi - do powszechnego systemu publicznej służby krwi, podjął inicjatywę zmian legislacyjnych, zmierzającą do usankcjonowania odrębnej struktury publicznej służby krwi w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

2. Izba nie może podzielić poglądu Ministra usprawiedliwiającego zaniechanie dostosowania statutów zakładów opieki zdrowotnej do wymagań ustawy o publicznej służbie krwi.

Uzyskanie zgody na pobieranie krwi przez zakład opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 14 ustawy o publicznej służbie krwi, nie uprawnia do prowadzenia działalności punktu krwiodawstwa wytwarzającego również preparaty krwipochodne.

Ustalono, że samodzielny publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA we Wrocławiu uzyskał w dniu 4 marca 1999 r. zgodę Dyrektora Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

⁹⁸ § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej przywołanego w przypisie 15.

we Wrocławiu na pobieranie krwi i wykonywanie podstawowej procedury wytwarzania preparatów krwiopochodnych, w zakresie potrzeb oddziałów szpitalnych.

Zgoda ta przekraczała zakres upoważnienia określony w art. 14 ustawy o publicznej służbie krwi, bowiem Dyrektor RCKiK mógł udzielić zgody jedynie na pobieranie krwi.

W przypadku regulaminu organizacyjnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Stołecznego Zarządu Służby Zdrowia w Warszawie, postanowieniem Ministra z dnia 2 listopada 2000 r., rozszerzono zakres działalności zakładu krwiodawstwa w stosunku do zgody na pobieranie krwi, otrzymanej od Dyrektora Regionalnego Centrum w Warszawie.

W regulaminie postanowiono m.in. o wykonywaniu przez zakład preparatów osocza, płytek krwi i innych zabiegów, czym naruszono art. 18 ustawy o publicznej służbie krwi.

Izba zwraca uwagę, że niezależnie od działań o charakterze legislacyjnym, podejmowanych przez Ministerstwo, a także stopnia zaawansowania tych prac, postanowienia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, rozszerzające faktycznie zakres działania punktów krwiodawstwa, bez stosownego upoważnienia ustawowego, uznać należy za podjęte z naruszeniem przepisów prawa.

Z ustaleń kontroli prowadzonej w Ministerstwie wynika, że punkt krwiodawstwa w Zarządzie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu działał do końca 1999 r., mimo że nie posiadał zgody od Dyrektora Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu na pobieranie krwi.

Ustalono także, że od września 1999 r. do marca 2000 r. na terenie tego zakładu prowadził działalność Oddział Terenowy RCKiK w Poznaniu.

3. Na działalność punktów (zakładów) krwiodawstwa Ministerstwo wydatkowało środki przewidziane w ustawach budżetowych na wydatki bieżące jednostek budżetowych – Rozdział 8519 - Publiczna służba krwi, w 1999 r. - 974,4 tys. zł, w 2000 r. - 980,0 tys. zł, a w I kwartale 2001 r. Rozdział 85143 – Publiczna służba krwi - 303,7 tys. zł.

Planowano wydatki, pomimo że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji nie utrzymuje jednostek budżetowych będących jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, w rozumieniu ustawy o publicznej służbie krwi.

Przekazywanie środków samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na działalność punktów krwiodawstwa, odbywało się na podstawie umów określających m.in. przedmiot finansowania i sposób rozliczania.

Przedmiotem umów było „zabezpieczenie prawidłowego działania punktów krwiodawstwa”. W umowach na 1999 i 2000 r. ustalono, że przekazywane środki mogą być wydatkowane na pokrycie kosztów „związanych z pobieraniem krwi”. Natomiast w umowach na 2001 r. „na pobieranie i przetwarzanie krwi”.

Wysokość dofinansowania określano na podstawie kosztów działalności

punktów krwiodawstwa i ilości pobrań w poprzednich okresach. W 1999 r. ustalono stawki za pobranie 100 ml krwi – 31 zł w Poznaniu, 39 zł we Wrocławiu i 43,20 zł w Warszawie. W 2000 r. wyliczenia odnoszono do jednostki krwi pełnej (450 ml), w Warszawie 181,03 zł, we Wrocławiu 141,35 zł.

Rozliczania przekazywanych środków dokonywano okresowo na podstawie informacji o ilości pobranej krwi i rachunków VAT, wystawianych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia planowanie i wykorzystywanie środków budżetowych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji na zadania publicznej służby krwi.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji uzasadniając przekazywanie środków budżetowych na działalność punktów krwiodawstwa podnosił, że „... z uwagi na brak stosownych zapisów ustawowych przekazywano i rozliczano środki finansowe wyłącznie na pobieranie krwi”. W sytuacji, w której w punktach tych również wytwarzano preparaty krwio pochodne, było to naruszeniem przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

4. W badanym okresie, Departament Kontroli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nie przeprowadzał kontroli w zespołach zakładów opieki zdrowotnej zarządów służby zdrowia MSWiA w Warszawie, Wrocławiu i Poznaniu. Ustalono, że nie prowadzono również działań kontrolnych i nadzorczych obejmujących realizację zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, w tym krwiodawstwa i krwiolecznictwa, prawidłowości gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej.⁹⁹

Ponadto kontrola NIK wykazała, że nadzór specjalistyczny sprawowany przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa nad ww. zakładami opieki zdrowotnej dotyczył jedynie zakładu we Wrocławiu. Stan taki uznać należy za niezadowalający.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela pozytywnych opinii Ministra o działalności trzech wymienionych wyżej szpitali, w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, sformułowanych jedynie na podstawie jednostkowych informacji z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Zdaniem NIK, nieprzestrzeganie postanowień ustawy o publicznej służbie krwi oraz brak merytorycznego nadzoru specjalistycznego nad działalnością punktów krwiodawstwa, stanowi potencjalne zagrożenie dla zapewnienia wytwarzania preparatów krwi o ustalonym składzie i jakości oraz odpowiadających wymogom bezpiecznego ich stosowania.

5. W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA w Poznaniu, Najwyższa Izba Kontroli zbadała wykorzystanie środków budżetowych przyznanych na działalność punktu krwiodawstwa w 1999 r.

Na podstawie umowy z dnia 27 marca 1999 r. zawartej między Centralnym Zarządem Służby Zdrowia MSWiA a Zespołem, Ministerstwo

⁹⁹ § 9 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji przywołanego w przypisie 67.

przekazało Zespołowi w 1999 r. środki budżetowe w wysokości 124 tys. zł na zabezpieczenie prawidłowego działania punktu krwiodawstwa.

Z ustaleń tej kontroli wynika, że punkt krwiodawstwa w Zarządzie Służby Zdrowia MSWiA w Poznaniu w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 1999 r. nie działał, co oznacza, że Zespół nie prowadził działalności w zakresie krwiodawstwa. Mimo tego Dyrektor Zespołu akceptował sporządzanie informacji o ilości pobranej krwi oraz wystawianie rachunków uproszczonych i faktur VAT „za usługi w punkcie krwiodawstwa”, przekazywane Centralnemu Zarządowi Służby Zdrowia MSWiA jako rozliczenie rzeczowo-finansowe otrzymanych środków budżetowych, które faktycznie zostały wykorzystane na inne cele.¹⁰⁰

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, zaistnienie opisanej wyżej nieprawidłowości mogło mieć miejsce m.in. z powodu zaniechania wykonywania przez dysponenta środków budżetowych, obowiązków wskazanych w art. 91 ust. 3 pkt 3 i ust. 4 pkt 2, 3 i 5 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, dotyczących nadzoru i kontroli wykonywania zadań finansowanych z budżetu państwa oraz obowiązków określonych w § 9 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 października 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Bowiem, jak ustaliła Najwyższa Izba Kontroli, Zakład nie był kontrolowany przez służby Ministerstwa w 1999 r.

3.4. W jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi

3.4.1. Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 października 1997 r. w sprawie Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa¹⁰¹ i statutem, stanowiącym załącznik do ww. zarządzenia, Krajowe Centrum jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej prowadzonym w formie jednostki budżetowej. Zgodnie z § 10 statutu forma ta miała obowiązywać do 1 stycznia 1999 r.

Ustalono, że Krajowe Centrum nie zostało wpisane do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Ministra Zdrowia, co jest wymogiem art. 12 ust. 1 i 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, że jednostka ta nie ma prawa prowadzić działalności statutowej.

Przyczyną tego stanu jest fakt, że mimo upływu 4 lat, organ założycielski - Minister Zdrowia, tworząc nowy podmiot nie wyposażył go w wyodrębnione organizacyjnie środki majątkowe niezbędne do wykonywania zadań określonych w ustawie i statucie oraz nie stworzył warunków dla zorganizowania zespołu osób wykonujących te zadania, odpowiednio do art. 1 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹⁰⁰ Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych dotacje wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem podlegają zwrotowi do budżetu państwa wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.

¹⁰¹ Dz. Urz. MZiOS Nr 15, poz. 42.

Z ustaleń kontroli wynika, że Krajowe Centrum jest nieformalnie powiązane z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii, który działa na podstawie ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych.

Współdziałanie Krajowego Centrum z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii, w okresie od 24 października 1997 r. wynikało z faktu powołania na stanowisko p.o. Dyrektora Centrum pracownika Instytutu - Kierownika Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi, natomiast od 23 lutego 1998 r. do 1 stycznia 1999 r. oparte było na akceptowanym 3 kwietnia 1997 r. przez ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej porozumieniu, zawartym między Dyrektorem Krajowego Centrum a Dyrektorem Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Porozumienie to straciło aktualność z dniem wejścia w życie ustawy o publicznej służbie krwi. W porozumieniu postanowiono, że „do czasu wejścia w życie wszystkich artykułów ustawy o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. oraz zapewnienia Krajowemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa odpowiednich środków finansowych oraz kadry a także warunków lokalowych (...) - Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, stanowiące samodzielną jednostkę działa przy Instytucie Hematologii i Transfuzjologii przede wszystkim w oparciu o powiększoną kadrę Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi, - Dyrektor Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa jest jednocześnie Kierownikiem Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu Hematologii i Transfuzjologii bez zmiany dotychczasowych warunków jego zatrudnienia.” Porozumienie to traktowane jest nadal jako wiążące, mimo iż z jego treści wynika, że stało się nieaktualne z dniem 1 stycznia 1999 r.,

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, za nieskuteczne należy uznać działania podejmowane przez Dyrektora Krajowego Centrum dla uregulowania nieformalnego powiązania z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii oraz zagwarantowania składników majątkowych niezbędnych do realizacji wszystkich zadań, przewidzianych dla Krajowego Centrum ustawą o publicznej służbie krwi.

Wystąpienia Dyrektora do Ministra Zdrowia, organu założycielskiego, dotyczyły głównie zwiększenia liczby etatów i pozyskania środków finansowych na poprawę warunków pracy Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu.

W okresie objętym kontrolą Krajowe Centrum nie posiadało składników majątkowych umożliwiających prowadzenie działalności w zakresie krwiodawstwa, gromadzenia, konserwacji, przechowywania krwi oraz wytwarzania preparatów krwiopochodnych. Jak wykazała kontrola, z powyższych względów zadania określone dla Krajowego Centrum w art. 25 pkt. 12-18¹⁰² ustawy o publicznej służbie krwi nie były realizowane przez Centrum. Natomiast zadania te w sposób nieformalny wykonywał Zakład Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Instytut bowiem uzyskał zgodę Dyrektora Regionalnego Centrum

¹⁰² Kwalifikowanie kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi, pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych; gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i przekazywanie krwi; zaopatrywanie zakładów opieki zdrowotnej w krew i w preparaty krwiopochodne; zaopatrywanie wytwórni farmaceutycznych w osocze krwi; udzielanie konsultacji związanych z leczeniem krwią i preparatami krwiopochodnymi; prowadzenie rejestru powikłań poprzetoczeniowych.

w Warszawie jedynie na pobieranie krwi, stosownie do kompetencji określonych w art. 14 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

Należy zaznaczyć, że pozostałe zadania ustawowe Krajowego Centrum określone w art. 25 pkt. 1-17 ustawy były wykonywane również przez pracowników Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, zatrudnianych w niepełnym wymiarze czasu pracy przez Krajowe Centrum.

Według stanu na dzień 31 marca 2001 r. Krajowe Centrum zatrudniało zaledwie 12 osób na 8 etatach.

W następstwie nieformalnych powiązań między Krajowym Centrum a Instytutem Hematologii i Transfuzjologii, 6 pracowników zatrudnionych w Krajowym Centrum w niepełnym wymiarze czasu pracy ($\frac{1}{2}$ etatu), wykonuje zadania na rzecz zakładów Instytutu, w którym są jednocześnie zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy.

Ponadto stwierdzono, że zakupione w latach 1998-1999 przez Centrum środki trwałe o wartości 200,5 tys. zł były wykorzystywane w działalności Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu Hematologii i Transfuzjologii.

Z ustaleń kontroli wynika, że środki finansowe przekazane przez Ministerstwo Zdrowia wykorzystano przede wszystkim na wynagrodzenia wraz z pochodnymi.

Wydatki te wyniosły: w 1999 r. 198,2 tys. zł, tj. 70,6% kwoty wydatków ogółem w 1999 r. (280,4 tys. zł), a w 2000 r. 282,3 tys. zł, tj. 77,1 % kwoty wydatków ogółem w 2000 r. (365,9 tys. zł). W kwocie wydatków na wynagrodzenia w 1999 r., wypłaty z tytułu umów-zlecenia stanowiły 26,3 % (52,2 tys. zł), a w 2000 r. 23,3 % (66,4 tys. zł).

W ocenie NIK nieuzasadnione było finansowanie ze środków Krajowego Centrum opracowywania projektów przepisów wykonawczych, m.in. do ustawy o publicznej służbie krwi, przez zlecenie tych prac osobom trzecim, w tym pracownikom Ministerstwa Zdrowia. Wypłacone wynagrodzenie z tego tytułu wyniosło 9.750 zł.

Nieuzasadniona była również skierowana do Ministra Zdrowia propozycja Dyrektora Centrum rezygnacji z wprowadzenia w formie rozporządzenia przepisów dotyczących sposobów wytwarzania i składu preparatów krwiopochodnych, o których mowa w art. 18 ust. 3 ustawy o publicznej służbie krwi. Należy zwrócić uwagę, że praktyczne stosowane przez jednostki publicznej służby krwi opracowań zawartych w rozpowszechnionej publikacji z 2000 r. pt. „Krwiodawstwo i krwiolecznictwo zbior przepisów” - nie może być traktowane jako źródło prawa, na równi z rozporządzeniem wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego.

3.4.2. Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa

1. Podstawową sieć krajowej służby krwi tworzy 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Kontroli poddano 16 (76 %) regionalnych centrów.

Wszystkie centra formalnie zostały utworzone z dniem 1 stycznia 1999 r. przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej mocą rozporządzenia z dnia z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji

krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Rozporządzenie weszło w życie z dniem publikacji, tj. 31 grudnia 1998 r. Do tej daty organami założycielskimi wojewódzkich i rejonowych stacji krwiodawstwa byli wojewodowie. Do dnia wejścia w życie tego rozporządzenia, z ogólnej liczby 21 regionalnych centrów 10 zostało wcześniej przekształconych przez wojewodów w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w 7 przypadkach z tej grupy zarządzenia wojewodów o przekształceniu w samodzielne publiczne zakłady zostały wydane w ostatnich dniach grudnia 1998 r., a postanowienia sądów o wpisie do rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zostały wydane w okresie od 31 grudnia 1998 r. do 13 kwietnia 1999 r.

Takie postępowanie było następstwem dyspozycji ówczesnego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, zawartej w wystąpieniu z dnia 5 listopada 1998 r. skierowanym do Dyrektora Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zawierającym ustalenie, „iż najkorzystniejszą formą funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa po wejściu w życie systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest samodzielny zakład.” Dyspozycja ta została przekazana do wojewódzkich stacji krwiodawstwa.

Regionalne centra z dniem 1 stycznia 1999 r. przejęły punkty krwiodawstwa działające w strukturach zakładów opieki zdrowotnej i w ich miejsce powstały oddziały terenowe regionalnych centrów. Zakres ich działania był zróżnicowany.

W zależności od warunków lokalowych, wyposażenia, obsady specjalistycznej i liczby dawców, zakres działania oddziału ograniczał się wyłącznie do pobierania krwi lub pobierania, opracowywania i wytwarzania na miejscu podstawowych preparatów krwiopochodnych. Oddziały o rozszerzonym zakresie działania przechowywały i wydawały gotowe preparaty.

W okresie objętym kontrolą liczba oddziałów terenowych uległa zmniejszeniu. Nie miało to wpływu na liczbę dawców, ilości pobieranej krwi i dostępność do preparatów krwiopochodnych. Podstawą przesłanką dla ograniczenia liczby oddziałów były wyniki analiz organizacyjnych i ekonomicznych.

W miejsce likwidowanych oddziałów terenowych regionalnych centrów szpitale tworzyły „banki krwi”, przechowujące niezbędne ilości preparatów krwiopochodnych na własne potrzeby bieżące.

2. We wszystkich poddanych kontroli regionalnych centrach, zadania związane z kwalifikowaniem kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi, prowadzenie regionalnego rejestru dawców krwi i rejestru dawców rzadkich grup krwi, a także pobieranie i przetwarzanie krwi - odbywało się według obowiązujących wewnętrznie zasad i trybu, opracowanego przez specjalistów, kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych centrów i zatwierdzonych przez dyrektora regionalnego centrum.

Wobec braku rozporządzeń Ministra Zdrowia, regulujących wyżej wymienione zagadnienia, o których mowa w ustawie o publicznej służbie krwi, podstawą opracowania tych zasad były doświadczenia własne, przepisy

wydane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1952 – 1996 oraz okresowo publikowane opracowania merytoryczne Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, uwzględniające najnowsze osiągnięcia naukowe, krajowe i zagraniczne, odpowiadające najwyższym standardom międzynarodowym w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Od 2000 r. stosowano w praktyce opracowanie, obejmujące kompleksowo zagadnienia krwiodawstwa i krwiolecznictwa, pt. „Krwiodawstwo i Krwiolecznictwo. Zbiór Przepisów”.¹⁰³

Publikację tę powszechnie traktowano jak przepisy prawa, o których mowa w ustawie o publicznej służbie krwi. Jako potwierdzenie słuszności takiej praktyki wskazywano Ministerstwo Zdrowia jako wydawcę publikacji.

Opracowane przez regionalne centra zasady, zwane „Standardowymi Operacyjnymi Procedurami”, w skrócie „SOP” zawierały bardzo szczegółowe opisy organizacyjne i techniczne przyjmowania dawców, technologiczne wszystkich czynności związanych z pobieraniem krwi, jej składników i wytwarzaniem poszczególnych preparatów, jak również dotyczących ich przechowywania, wydawania i transportowania. Jako zasadę przyjęto, że ze względu na rozwój nauki i wiedzy specjalistycznej, a także wyniki własnych analiz zdarzeń związanych z krwiodawstwem i krwiolecznictwem, „procedury” winny być okresowo aktualizowane.

Kontrola ujawniła tylko jeden przypadek opóźnień weryfikacji SOP, które jeszcze w trakcie kontroli NIK zostały zaktualizowane.

3. Sposób i tryb zamawiania oraz przekazywania zakładom opieki zdrowotnej krwi i preparatów krwiopochodnych, w 9 zbadanych regionalnych centrach, uregulowany był umowami pisemnymi o dostawę preparatów krwi i świadczenia z zakresu badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa.

Umowy określały warunki składania zamówień, transportu, sposób i termin zapłaty, okoliczności naliczania odsetek za opóźnienia w zapłacie. Warunki umów były niejednorodne.

Różnice dotyczyły: wskazania osób upoważnionych do składania zamówień w imieniu szpitala, warunków i terminów dostaw planowych i doraźnych, naliczania lub nienaliczania opłaty za transport przy dostawach planowych i „pilnych”, terminów zapłaty od 14 do 60 dni, naliczania odsetek za nieterminowe płatności lub pomijania takich możliwości.

W pozostałych przypadkach umów formalnie nie zawierano. Cennik rozsyłany do odbiorców stanowił ofertę, a na fakturach określano sposób i termin zapłaty.

Każdorazowo podstawą wydania preparatu było zapotrzebowanie określające szczegółowo rodzaj i ilość preparatu. Powszechnie stosowano zamówienia zbiorcze i indywidualne, w formie pisemnej. W nagłych przypadkach przyjmowano zamówienia telefonicznie z obowiązkiem uzupełnienia zamówienia w formie pisemnej. Zapotrzebowanie i kwit „magazyn wyda” z potwierdzeniem odbioru,

¹⁰³ Opracowanie wydane przez Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, pod redakcją Jana Sablińskiego i Magdaleny Łętowskiej, Warszawa 2000.

stanowiły podstawę wystawienia rachunku dla odbiorcy.

Honorowano zapotrzebowania podpisywane przez osoby nieupoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu zamawiającego.

Wydawanie preparatów krwi odbywało się w siedzibie regionalnego centrum lub w oddziale terenowym.

Sporadycznie zdarzały się przypadki pobierania preparatów krwi z magazynu oddziałów terenowych, po godzinach ich pracy, przez personel szpitala, bez formalnego uregulowania takiej praktyki.

Niejednolity w skali kraju był sposób postępowania z preparatami krwi nie wykorzystanymi przez zamawiającego i zwracanymi dostawcy.

W połowie zbadanych przypadków dyrektorzy regionalnych centrów odmawiali przyjmowania zwrotów preparatów wydanych szpitalom. Dyrektorzy argumentowali, że w sytuacjach, w których nie ma możliwości wiarygodnego udokumentowania warunków przechowywania preparatów krwi, nie jest możliwe określenie ich dalszej przydatności do bezpiecznego stosowania.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę unormowania trybu i zasad zwrotów przez szpitale niewykorzystanych preparatów. Regionalne centra mają bowiem możliwość wykorzystania swoich uprawnień kontrolnych w stosunku do szpitali, w tym kontroli warunków przechowywania krwi i obrotu wewnątrz szpitala.

Transport krwi i preparatów krwiopochodnych, tak między jednostkami organizacyjnymi centrów, jak i do odbiorców, zorganizowany był z wykorzystaniem własnej bazy transportowej lub zlecano go firmom zewnętrznym. Zawsze istniała możliwość odbioru zamówionych preparatów przez zamawiającego.

Przesłanką decydującą o sposobie organizacji transportu były względy ekonomiczne, z tym że w każdym przypadku bezwzględnie przestrzegano zasad i warunków przewozu, gwarantujących zachowanie właściwości i jakości transportowanych produktów, określonych w SOP lub umowach o transport.

4. Konsultacje i inne usługi świadczone na rzecz zakładów opieki zdrowotnej, udzielane przez fachowy personel centrów, obejmowały m.in.:

- porady telefoniczne w przypadkach wątpliwości w zakresie diagnostyki i leczenia preparatami krwi. Były one udzielane nieodpłatnie. Nie wszystkie centra prowadziły rejestr porad udzielonych w tej formie;
- badania konsultacyjne w przypadkach trudności z określeniem grup krwi lub wątpliwości przy wykonywaniu prób zgodności dawca-biorca, a także dobieranie odpowiednich preparatów dla biorcy ze skomplikowanym układem antygenów i przeciwciał. Badania te wykonywano odpłatnie według ustalonego cennika dla jednostkowych badań immunohematologicznych. Badania były rejestrowane w pracowniach wykonujących poszczególne oznaczenia.

Regionalne centra organizowały szkolenia w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz immunologii hematologicznej. Uczestnikami szkoleń byli lekarze,

pielęgniarki i położne, a także personel pracowni serologicznych. Programy szkoleń dla grup personelu fachowego ustalano w zależności od potrzeb. Doświadczenie i praktyka dyktowały tematykę szkoleń średniego personelu medycznego wykonującego przetoczenia preparatów krwi.

Zwrócić należy uwagę, że do czasu opracowania niniejszej informacji Minister Zdrowia nie określił, w drodze rozporządzenia, szczegółowych zasad szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, zakresu tego szkolenia oraz wymagań dotyczących treści i realizacji programów szkolenia, a także sposobu dokumentowania szkolenia – do czego zobowiązany jest przepisem art. 21 ust. 2 ustawy o publicznej służbie krwi.

Kierownicy regionalnych centrów, w wyjaśnieniach dotyczących zakresu szkoleń osób wykonujących transfuzje, podnosili brak możliwości praktycznego szkolenia na terenie centrum, które ich zdaniem winno odbywać się przy łóżku chorego. Z tych względów szkolenia ograniczają się do zajęć teoretycznych.

Natomiast z ustaleń kontroli zakładów opieki zdrowotnej wynika, że w praktyce stosowano nieaktualne przepisy, według których poszczególni kierownicy zakładów opieki zdrowotnej i/lub ordynatorzy oddziałów szpitalnych, udzielali pielęgniarkom i położnym zgody na wykonywanie zabiegów przetaczania krwi.

Ustalono, że w 2000 r. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy informowało zakłady opieki zdrowotnej, że: „Przetoczenie krwi i jej pochodnych może wykonywać jedynie pielęgniarka mająca pisemne upoważnienie ordynatora oddziału do wykonywania tego zabiegu”.

5. Sprawowanie specjalistycznego nadzoru i kontroli w zakresie krwiolecznictwa, wykonywanego przez regionalne centra w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej stosujących w leczeniu preparaty krwi, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w ponad połowie przypadków poddanych kontroli, uznać można za niewystarczające, tak w zakresie czynności i badań związanych z przetaczaniem krwi, jak i badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa. Krajowe Centrum i Instytut Hematologii i Transfuzjologii zaleca przeprowadzanie kontroli przynajmniej raz w roku.

Liczba kontroli przeprowadzonych przez RCKiK w zakresie krwiolecznictwa w skali roku, nie przekraczała 15 % ogólnej liczby szpitali korzystających z preparatów krwi. Częstsze kontrole były przeprowadzane przez centra o mniejszym zasięgu terytorialnym. Sporadycznie wykorzystywano dla kontroli fachowy personel oddziałów terenowych.

Kierownicy regionalnych centrów zwracali uwagę, że podstawowym utrudnieniem w wykonywaniu obowiązku nadzoru specjalistycznego i kontroli działalności zakładów opieki zdrowotnej w zakresie krwiolecznictwa jest nieliczna kadra specjalistów, mogących przeprowadzać takie kontrole.

Nieprawidłowości ujawnione przez regionalne centra w szpitalach, dotyczące krwiolecznictwa, m.in. w zakresie wykonywania badań serologicznych na potrzeby krwiolecznictwa, a także prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji

medycznej pacjentów, którym w trakcie leczenia stosowano preparaty krwi, upoważniają do zwrócenia uwagi na potrzebę zwiększenia częstotliwości kontroli. Potrzebę taką uzasadniają również wyniki postępowań podejmowanych w związku ze zgłaszanymi do regionalnych centrów powikłaniami i odczynami po stosowaniu preparatów krwi.

6. Wysokość opłat za wydawane preparaty krwiopochodne od 1 stycznia 1999 r. były ustalane w sposób niejednolity w skali kraju. Najczęściej do kalkulacji przyjmowano historyczne, szacunkowe wartości kosztów, z okresu gdy centra (wojewódzkie stacje krwiodawstwa) funkcjonowały na zasadzie jednostek budżetowych. Zwrócić należy uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi¹⁰⁴, zostało opublikowane dopiero w dniu 31 grudnia 1998 r. i z tą samą datą weszło w życie. Nowa sytuacja prawna tych podmiotów ujawniła różnice potencjałów ekonomicznych i struktur organizacyjnych, mające wpływ na koszty ich funkcjonowania - co znalazło odzwierciedlenie w zróżnicowanych opłatach za te same preparaty w skali kraju.

Różnice wysokości opłat podstawowych preparatów w 1999 r. wynosiły od 36 % do 58 %.

Opłata za jedną jednostkę krwi pełnej konserwowanej wynosiła od 150 zł w Centrum w Radomiu, do 250 zł w regionalnych centrach w Poznaniu i Szczecinie (średnio 190 zł).

Wysokość opłaty za jednostkę koncentratu krwinek czerwonych wahała się od 95 zł w Bydgoszczy i 100 zł w Rzeszowie, do 200 zł w Łodzi, Poznaniu, Szczecinie i Zielonej Górze (średnio 150 zł).

Opłata za jednostkę osocza świeżo mrożonego wahała się od 50 zł w Opolu i 60 zł w Rzeszowie i Gdańsku, do 118 zł w Kielcach i 115 zł w Łodzi (średnio 85 zł).

W prawie 25 % regionalnych centrów poddanych kontroli stwierdzono naruszenie przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁰⁵, zwłaszcza zasady rzetelnego rejestrowania wszystkich zdarzeń gospodarczych, a także rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zarządzenia wewnętrzne w sprawie zasad rachunkowości i określenia ośrodków kosztów w co czwartym centrum wydano dopiero w końcu 2000 r. lub na początku 2001 r.

W kolejnych okresach objętych kontrolą, ustalanie opłat odbywało się z uwzględnieniem wyników analiz ekonomicznych poprzednich okresów, „zaleceniami” Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz kształtowaniem się wysokości opłat w sąsiednich regionalnych centrach. Wysokość opłat była zmieniana w ciągu roku przeciętnie 1 do 3 razy.

¹⁰⁴ Dz. U. Nr 166, poz. 1267.

¹⁰⁵ Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm.

W 2000 r. opłaty były niższe w stosunku do roku poprzedniego średnio o 12 %. Było to następstwem szerszego uwzględniania przy kalkulacji opłat, środków budżetowych otrzymywanych na dofinansowanie zadań statutowych. Mimo tego, różnice opłat za poszczególne preparaty krwi na terenie kraju wynosiły od 34 % do 59 %.

Opłata za jednostkę krwi pełnej konserwowanej wynosiła od 112 zł w Łodzi i 130 zł w Radomiu, do 208 zł w Poznaniu i 206 zł w Kielcach (średnio 170 zł).

Wysokość opłat za jednostkę koncentratu krwinek czerwonych wahała się od 93 zł w Poznaniu i 98 zł w Opolu, do 140 zł w Łodzi i 120 zł w Szczecinie (średnio 100 zł).

Za jednostkę osocza świeżo mrożonego wynosiła od 50 zł w Opolu do 121 zł w Kielcach (średnio 75 zł).

W I kwartale 2001 r. wysokości opłat utrzymywały się na poziomie roku poprzedniego, z tendencją wzrostową o ok. 2 %. Przyczyną wzrostu wysokości opłat była niepewność co do wysokości „dofinansowania” z budżetu państwa.¹⁰⁶

Zróżnicowanie opłat za krew i preparaty krwiopochodne wahało się od 31 % do 58 %.

Za jednostkę krwi pełnej konserwowanej opłata wynosiła od 105 zł w Łodzi do 208 zł w Poznaniu (średnio 170 zł).

Opłata za jednostkę koncentratu krwinek czerwonych wahała się od 90 zł w Poznaniu i Bydgoszczy do 131 zł w Łodzi (średnio 100 zł).

Za jednostkę osocza świeżo mrożonego opłata wynosiła od 50 zł w Opolu i 58 zł w Poznaniu, do 121 zł w Kielcach (średnio 80 zł).

Ustalono, że rozliczanie opłaty za transport do odbiorców było zróżnicowane. Najczęściej stosowaną zasadą było nieobciążanie odbiorcy za transport krwi w ramach okresowych realizacji zbiorowych zamówień planowych – na potrzeby bieżące i uzupełnienie podstawowego zapasu w „banku krwi” zamawiającego oraz naliczanie opłaty za transport w przypadkach dostaw pozaplanowych i „pilnych”.

W ocenie Izby pobieranie dodatkowych opłat za transport nie było zgodne z § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłaty za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi.

W przypadkach odbioru krwi transportem własnym zamawiającego, opłata za wydane preparaty generalnie nie była zmniejszana.

Różnice cen sprzedaży wynikały także z naliczania lub nienaliczania 7 % podatku VAT przy wydawaniu krwi i preparatów krwiopochodnych.

Regionalne centra są podatnikami podatku od towarów i usług¹⁰⁷. Pojęcie „towar” zostało określone w art. 4 pkt 1 ustawy o podatku od towarów i usług

¹⁰⁶ Do czasu zakończenia postępowania kontrolnego, regionalne centra otrzymały zaliczkowo kwoty w wysokościach proporcjonalnie niższych niż w roku poprzednim.

¹⁰⁷ Art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 stycznia 1993 r. o podatku od towarów i usług oraz o podatku akcyzowym (Dz. U. Nr 11 poz. 50 ze zm.).

oraz o podatku akcyzowym, z odwołaniem się do klasyfikacji wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej (SWW, KWiU).

Z art. 18 ust. 2 powołanej wyżej ustawy wynika, że do preparatów krwi i krwiopochodnych, wymienionych w załączniku nr 3¹⁰⁸ do tej ustawy wynika, że do krwi i preparatów krwiopochodnych stosuje się 7 % stawkę VAT.

Należy dodać, że Główny Urząd Statystyczny, Departament Standardów, Rejestrów i Informatyki potwierdził, że preparaty krwi i krwiopochodne, w rozumieniu ustawy o publicznej służbie krwi, mieszczą się w grupowaniu „Krew ludzka – preparaty krwiopochodne” oznaczonym według SWW 1344-3 (Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług - PKWiU 24.41.60-50.10).

Wszystkie regionalne centra poddane kontroli otrzymywały z Ministerstwa Zdrowia środki budżetowe, na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, na „dofinansowanie” wytwarzania preparatów krwi.

Zwrócić należy uwagę, że ani art. 19 tej ustawy, ani rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie określenia sposobu ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, nie uwzględniają przy ustalaniu tych opłat środków budżetowych, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy.

Ustalono, że w kalkulacji kosztów wytworzenia jednej jednostki określonego preparatu lub usługi nie uwzględniano środków budżetowych. Uwzględniano je pośrednio, w sposób dowolny, przy ostatecznym ustalaniu opłat wyszczególnionych w cennikach udostępnianych odbiorcom.

W związku z występującymi sporadycznie niedoborami niektórych preparatów krwi, zwłaszcza rzadkich grup, dla zaopatrzenia w te preparaty szpitali działających na swoim terenie, regionalne centra sprowadzały je z innych centrów. W przypadkach odsprzedaży tak pozyskanych preparatów, stosowano opłaty według własnych cenników. W transakcjach tych nie stosowano cen zakupu. W praktyce, ze względu na różne ceny tych samych produktów, powodowało to stratę lub zysk.

Centrum w Krakowie zakupiło preparaty krwi w innych centrach za łączną kwotę 2.031.997,92 zł, które następnie wydało szpitalom, pobierając opłaty obowiązujące w województwie małopolskim, co w latach 1999 – 2000 przyniosło wysoki wynik dodatni (+ 415.769, 37 zł), a w I kwartale 2001 r. wynik ujemny (– 21.741,36 zł).

Centrum w Bydgoszczy stosowało praktykę przekazywania szpitalom uprzednio nabytych preparatów krwiopochodnych za odpłatnością niższą od uiszczanej przy ich nabyciu. W okresie objętym kontrolą, zakupiono w innych regionalnych centrach preparaty za łączną kwotę 100.111,34 zł, a w wyniku ich sprzedaży, przy zastosowaniu cen obowiązujących w Centrum, uzyskano łącznie 90.300 zł, tj. kwotę o 9.811,34 zł (9,8 %) niższą.

Centrum w Lublinie wydawało szpitalom uprzednio nabytą krew i preparaty krwiopochodne za odpłatnością wyższą od uiszczanej przy ich

¹⁰⁸ Tamże Zał. Nr 3 „Wykaz towarów i usług, których sprzedaż lub świadczenie jest objęte stawką podatku w wysokości 7 %”, poz. 18 - podano symbole 134, 1354 SWW (Systematyczny Wykaz Wyrobów).

nabyciu. Z tego tytułu centrum uzyskało w 1999 r. kwotę 9.550 zł, a w 2000 r. kwotę 13.591 zł.

Centrum w Poznaniu zakupiło preparaty krwi za 75.575,95 zł, a w wyniku ich sprzedaży uzyskało kwotę 127.770 zł, tj. o 69 % wyższą od wydatkowanej na zakup.

7. Pozyskane od dawców honorowych osocze wydawano szpitalom w ilościach ok. 20-25 %. Pozostałe osocze, średnio ok. 75-80 %, przeznaczano na zaopatrzenie wytwórni farmaceutycznych.

Od 1993 r., na podstawie umów zawartych przez regionalne centra, wcześniej przez wojewódzkie stacje krwiodawstwa, z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii, centra gromadziły osocze świeżo mrożone przeznaczone do przerobu (frakcjonowania) w Centralnym Laboratorium Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża. Za przekazane osocze centra uzyskiwały preparaty osoczopochodne w postaci albuminy, immunoglobuliny (Sandoglobulina-P) oraz VIII czynnik krzepnięcia.

Warunki rozliczeń w umowach określano posługując się wyłącznie jednostkami ilościowymi, nie określając ich wartości.

Kolejnym odbiorcą osocza świeżo mrożonego i odpadowego była Wytwórnia Surowic i Szczepionek „BIMED” w Warszawie. Na podstawie kontynuowanych od 1993 r. umów centra odsprzedawały osocze, a w rozliczeniach otrzymywały albuminę i nisko oczyszczony IX czynnik krzepnięcia, w ilościach proporcjonalnych do ilości i wartości przekazanego osocza.

Osocze zawierające immunoglobuliny specyficzne było kupowane przez Wytwórnię Surowic i Szczepionek „BIOMED” w Lublinie, przy udziale Instytutu Hematologii i Transfuzjologii kwalifikującego poziom tych immunoglobulin w osoczu.

Otrzymywane w wyniku frakcjonowania osocza albuminy i immunoglobuliny, w tym Sandoglobulina-P, regionalne centra sprzedawały szpitalom po cenach ustalanych samodzielnie. Natomiast uzyskane z przerobu własnego osocza czynniki krzepnięcia przekazywały nieodpłatnie szpitalom świadczącym usługi medyczne chorym z zaburzeniami krzepnięcia. Wydawane nieodpłatnie czynniki krzepnięcia podlegały jedynie rejestracji ilościowej. Te zdarzenia gospodarcze, obciążające ww. podmioty, nie były rejestrowane w urządzeniach księgowych. Z ustaleń kontroli wynika, że stan ten był następstwem kontynuacji przyjętych rozwiązań z lat poprzednich, gdy stacje krwiodawstwa prowadziły działalność w formie jednostek budżetowych.

Nie kwestionując potrzeby sprawnego zaopatrywania pacjentów z zaburzeniami układu krzepnięcia w niezbędne preparaty lecznicze i wykorzystywania w tym celu jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, jako podmiotów gwarantujących sprawność i bezpieczeństwo dystrybucji tych preparatów, zwrócić należy uwagę na potrzebę rzetelnej rejestracji wszystkich kosztów ponoszonych przez centra przy gromadzeniu osocza do przerobu i magazynowaniu czynników krzepnięcia oraz jednoznacznym wskazaniem źródeł finansowania tych działań.

8. Działalność operacyjna wszystkich poddanych kontroli regionalnych centrów w roku 1999 zakończyła się wynikiem dodatnim.

Wartość tego wyniku wahała się w wartościach bezwzględnych od 7.046,3 tys. zł w RCKiK w Lublinie i 6.385,9 tys. zł w Poznaniu do 806,8 tys. zł w Radomiu i 1.179,7 tys. zł w Łodzi.

Natomiast wartość zysku w stosunku do przychodów ogółem wahała się od 39,7 % w Olsztynie i 36,6 % w Poznaniu do 14,4 % w Szczecinie i 16,9 % w Kielcach.

Udział środków budżetowych i materiałów do produkcji otrzymanych nieodpłatnie w przychodach ogółem wynosił od 67,2 % w Olsztynie i 61,6 % w Kielcach do 33,4 % w Białymstoku i 43,7 % w Katowicach.

Przychody ze sprzedaży wyrobów i usług nie pokrywały kosztów ich wytworzenia.

W wielkościach bezwzględnych strata na sprzedaży preparatów i usług wynosiła od 3.717,4 tys. zł w Bydgoszczy i 3.451,1 tys. zł w Poznaniu do 317,0 tys. zł w Białymstoku i 1.676,2 tys. zł w Rzeszowie.

Wartość przychodów z działalności operacyjnej w stosunku do kosztów tej działalności wahała się od 94,2 % w Białymstoku i 86,2 % w Katowicach do 60,0 % w Rzeszowie i Zielonej Górze.

Jednocześnie regionalne centra wykazywały należności za przekazane szpitalom preparaty krwi.

Należności regionalnych centrów na koniec 1999 r. wynosiły w wartościach bezwzględnych od 253,8 tys. zł w Opolu i 551,7 tys. zł w Radomiu do 2.897,1 tys. zł w Gdańsku i 2.792,4 tys. zł w Lublinie.

Należności w stosunku do kosztów produkcji wynosiły od 4,7 % w Opolu do 37,6 % w Gdańsku.

W 2000 r. Regionalne Centrum w Radomiu osiągnęło wynik ujemny na sprzedaży w wysokości 4.168,1 tys. zł i mimo otrzymanej dotacji budżetowej (w środkach pieniężnych i materiałach do produkcji) o wartości 3.638,7 tys. zł, wystąpił ujemny wynik na działalności ogółem, który wynosił 598,6 tys. zł.

W celu odzyskania części należnych kwot z tytułu dostarczanej krwi i jej preparatów, dwa regionalne centra dokonały sprzedaży wierzytelności¹⁰⁹ niektórych jednostek służby zdrowia.

Centrum w Łodzi sprzedało w 2001r. wierzytelności sześciu szpitali. W dwóch przypadkach umowy dotyczyły odzyskania należności głównej w łącznej kwocie 373,7 tys. zł, a w stosunku do pozostałych czterech podmiotów - odzyskania należności głównej w kwocie 848,7 tys. zł oraz 40 % odsetek ustawowych, naliczonych na dzień zawarcia umowy, w kwocie 102,2 tys. zł.

Podejmowane przez Centrum w Olsztynie działania celem zmniejszenia należności dotyczyły m.in. sprzedaży w 2001 r. wierzytelności trzech zakładów w kwocie 310.541 zł.

9. W okresie objętym badaniem regionalne centra otrzymywały środki budżetowe przewidziane w kolejnych ustawach budżetowych, pozostające w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia na wydatki bieżące jednostek budżetowych

¹⁰⁹ Art. 509 i nast. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

w zakresie publicznej służby krwi. Podstawą przekazywania tych środków regionalnym centrom, samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, wskazywaną w umowach zawieranych przez Ministra Zdrowia z dyrektorami centrów, był art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi.

Stosownie do treści umów, środki budżetowe miały służyć dofinansowaniu zadań określonych w art. 27 ustawy o publicznej służbie krwi, tj. działalności statutowej regionalnych centrów. Umowy określały rodzaj i ilość preparatów objętych dofinansowaniem oraz ogólną wartość dofinansowania, bez przypisania poszczególnym preparatom określonej stawki środków budżetowych.

Podziału środków w latach 1999 - 2000 r. dokonano na podstawie rocznego wykonania roku poprzedniego i planowanych wielkości produkcji w danym roku, deklarowanych przez poszczególne centra.

Udział środków budżetowych w przychodach ogółem centrów w 1999 r. wynosił od 33,4 % w Białymstoku do 61,6 % w Kielcach i 67,2 % w Olsztynie. W 2000 r. udział ten w tych centrach wynosił odpowiednio 38,7 % , 56,6 % i 59,0 %.

10. W wyniku kontroli ujawniono przypadki niepodejmowania przez regionalne centra przewidzianych przepisami prawa działań, w celu wyegzekwowania należnych opłat z tytułu zrealizowanych dostaw krwi i preparatów krwiopochodnych, jak również nieskuteczności tych działań. Główną przyczyną tych zjawisk był niedowład organizacyjny służb administracyjnych i ekonomicznych regionalnych centrów oraz przekonanie, wyrażane przez dyrektorów centrów, że jeśli szpitale mają trudności z zachowaniem płynności finansowej, a centra zachowują dobrą kondycję dzięki otrzymywanym środkom budżetowym – to można zrezygnować z naliczania odsetek za zwłokę w zapłacie i zaniechać windykacji należności.

Najwyższa Izba Kontroli dostrzega problemy ekonomiczne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednak niepodejmowanie działań windykacyjnych i nienaliczanie ustawowych odsetek w związku z opóźnieniem zapłaty, co z ekonomicznego punktu widzenia jest ukrytym kredytowaniem odbiorcy, uznać należy za działanie nieuprawnione i niegospodarne.

3.5. W zakładach opieki zdrowotnej

1. Kontroli poddano 35 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które przy świadczeniu usług medycznych stosowały w leczeniu preparaty krwi i krwiopochodne. Podstawowym źródłem zaopatrzenia w preparaty krwi były najbliższej położone regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Sporadycznie, w przypadkach braku konkretnego preparatu w regionalnym centrum, korzystano z zaopatrzenia w innych regionalnych centrach z terenu całego kraju.

Kontrola ujawniła, że w 8 przypadkach (23 % zbadanych) dodatkowym źródłem zaopatrzenia w krew były wojskowe szpitale, prowadzące działalność w zakresie krwiodawstwa z naruszeniem przepisów prawa.¹¹⁰

¹¹⁰ Szerzej na ten temat w pkt 3.2. tej części Informacji str. 29.

W 7 zakładach, przeciętny udział zaopatrzenia w szpitalach wojskowych nie przekraczał 5 % ogólnej wartości zakupionej krwi i preparatów krwiopochodnych. Zwykle dotyczyło to preparatów rzadkich grup krwi, w sytuacjach nagłych potrzeb.

Stwierdzono jeden wyjątek. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli zaopatrywał się w podstawowe preparaty krwi w 105 Szpitalu Wojskowym w Żarach. Wielkość zakupów w 2000 r. wyniosła 51,3 % wartości wydatków na krwiolecznictwo, a w I kwartale 2001 r. 56,7 %. W tym przypadku, jedną z podstawowych przesłanek zaopatrywania się w Szpitalu Wojskowym była znacznie niższa opłata w porównaniu z regionalnymi centrami. Np. w 2000 r. jednostka koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) w szpitalu wojskowym kosztowała 73 zł, a jednostka osocza świeżomrożonego (FFP) 40 zł, w 2001 r. odpowiednio (KKCz) 85 zł i (FFP) 50 zł; tymczasem w Regionalnym Centrum w Zielonej Górze opłaty za te preparaty wynosiły w 2000 r. (KKCz) 117,70 zł (do 105,93 zł) i (FFP) 74,90 zł (do 70 zł), a w 2001 r. odpowiednio 105,93 zł i 69,55 zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia starania szpitali zmierzające do obniżenia kosztów ich działalności, jednak należy zwrócić uwagę, że nie może się to odbywać z naruszeniem obowiązujących przepisów.

Nie można zgodzić się z argumentacją Komendanta 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach, mającą wykazać legalność wydawania innym zakładom preparatów krwiopochodnych za opłatą, że jako podmiot posiadający osobowość prawną może prowadzić działalność gospodarczą, również w zakresie obrotu preparatami krwi. Jest to niezgodne z przepisem art. 19 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, który stanowi, że krew i preparaty krwiopochodne są wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi za opłatą.

Nie do przyjęcia jest również stanowisko Kierownika Zakładu Transfuzjologii i Organizacji Służby Krwi Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, jednocześnie p.o. Dyrektora Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, wyrażone w odpowiedzi na pytanie Dyrektora Szpitala w Nowej Soli o poprawność zaopatrywania się w krew w Szpitalu Wojskowym: „... uprzejmie informuję, że Instytut Hematologii i Transfuzjologii nie ma uprawnień do ograniczania Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w sprawach zakupu krwi i preparatów krwiopochodnych”. Stanowisko to jest niezgodne z treścią art. 18 i art. 19 ust.1 ustawy o publicznej służbie krwi.

2. Zasady zaopatrzenia w krew w kontrolowanych szpitalach były zależne od struktury organizacyjnej tych zakładów i rozmieszczenia oddziałów terenowych regionalnych centrów.

W obiektach 16 szpitali (46 % zbadanych) funkcjonowały oddziały terenowe regionalnych centrów. W okresie objętym kontrolą, w trzech szpitalach zlikwidowano oddziały terenowe.

Funkcje organizatora zaopatrzenia szpitala w krew faktycznie sprawowały bezpośrednio oddziały terenowe RCKiK (w 13 przypadkach) lub wydzielone jednostki organizacyjne szpitali, takie jak pracownie serologiczne (19), izby przyjęć i inne (3), prowadzące jednocześnie „bank krwi” na zasadach magazynu.

W ponad połowie szpitali od 1999 r. regulaminy organizacyjne nie były dostosowane do zmian wynikających z reorganizacji ich struktury w następstwie wejścia w życie ustawy o publicznej służbie krwi (wyłączenie punktów krwiodawstwa) i jednocześnie nowego podporządkowania zakładów opieki zdrowotnej organom samorządu terytorialnego.

Zasady zamawiania krwi i preparatów krwiopochodnych dyktowane były przez regionalne centra. Szczegółowo określały je umowy o zaopatrzenie i usługi z zakresu diagnostyki immunohematologicznej lub odrębne informacje, zalecenia i instrukcje przekazywane zakładom, wraz z cennikami produktów i usług.

Kontrola ujawniła, że w 71 % zakładów naruszano te zasady.

Uchybienia ustalonym zasadom i formom zamawiania krwi polegały najczęściej na niekompletnych informacjach o zamawianym preparacie, pomijaniu formy pisemnej (głównie przy zamówieniach telefonicznych „na ratunek”), podpisywaniu zamówień przez osoby nieupoważnione do reprezentowania szpitala wobec rejonowych centrów przy zaciąganiu zobowiązań oraz nieprowadzenie rejestrów składanych zapotrzebowań.

W ocenie Izby nieprzestrzeganie ustalonych form i zasad postępowania z zamówieniami utrudniało rzetelną kontrolę obciążeń szpitali opłatami za zamówione preparaty krwi.

3. Zasady postępowania z preparatami krwi na terenie szpitala nie były uregulowane w formie pisemnej w 21 (60 %) zbadanych zakładach. W tych przypadkach postępowano według przyjętych zwyczajowo zasad, ustalanych w poprzednich okresach przez wojewódzkie stacje krwiodawstwa i Instytut Hematologii i Transfuzjologii.

Formy dokumentowania obrotu preparatami krwi nie zapewniały rzetelnego rejestrowania zdarzeń gospodarczych.

Najczęściej lokalne „banki krwi”, w których gromadzono minimalne, ze względu na stosunkowo krótki okres ich przydatności, ilości preparatów, prowadziły ewidencje obrotu w sposób nieodpowiadający zasadom przewidzianym dla prowadzenia magazynów. Zwyczajowo krew i jej preparaty nie były traktowane jako towary.

Zasady obrotu preparatami krwi, dokumentowanie przyjmowania, przechowywania i wydawania preparatów, były proponowane przez regionalne centra. Obieg tej dokumentacji nie był spójny z wymogami obiegu dokumentacji finansowo-księgowej (magazynowej). Praktyka taka nie gwarantowała rzetelnego rejestrowania kosztów poszczególnych procedur medycznych i ośrodków powstawania kosztów w zakładzie.

Księgowanie rozchodów krwi i preparatów krwiopochodnych na potrzeby poszczególnych oddziałów odbywało się w połowie szpitali na podstawie indywidualnych zapotrzebowań, traktowanych jako dowód Rw – rozchód wewnętrzny.

W ocenie NIK, indywidualne zapotrzebowania na krew i/lub preparaty krwiopochodne oznaczone jako dowód rozchodowy Rw, z uwagi na zawarte w nich szczególnie wrażliwe informacje o pacjencie (imię, nazwisko, rozpoznanie), powinny

wchodzić w skład indywidualnej dokumentacji pacjentów, a nie być traktowane jako dokumenty finansowo-księgowe szpitala.

Ponadto w ocenie NIK, taki dokument nie spełnia normatywno-prawnych cech i funkcji dowodu księgowego, a dla celów księgowych jest zbędny. Dokumentem będącym podstawą księgowania rozchodów materiałów powinien być magazynowy dowód rozchodowy zawierający wycenę towaru według cen zakupu.

4. W 85 % skontrolowanych szpitali ustalono, że dokumentowanie zastosowania krwi lub jej preparatów w leczeniu było niekompletne.

Ujawnione nieprawidłowości w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów najczęściej dotyczyły braku adnotacji o przeprowadzonej transfuzji krwi w karcie historii choroby, indywidualnej karcie zleceń i karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie prawie 10 % sprowadzonych preparatów krwi nie objętych było jakąkolwiek ewidencją, 43 % zbadanych historii chorób pacjentów zawierało niekompletne wpisy o zabiegach transfuzji preparatów krwi, a w 63 % przypadków karty informacyjne leczenia szpitalnego (wypisowe) nie zawierały odpowiedniej adnotacji o zastosowaniu krwi w leczeniu.

W Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, w kontrolowanych oddziałach szpitalnych nie udokumentowano w historiach chorób od 12 % do 21 % sprowadzonych jednostek KKCz, od 16 % do 78 % transfuzji nie było odnotowane w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego. Niepełne i brakujące wpisy w oddziałowych książkach transfuzyjnych dotyczyły od 14 % do 16 % liczby zużytych preparatów.

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu, w 14 z 16 oddziałów, niekompletne wpisy o stosowaniu krwi w leczeniu stwierdzono w 49 % zbadanych historii chorób, w 2 oddziałach w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego w 29 % poddanych badaniu brak było danych o zastosowaniu preparatów krwi.

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Nysie ujawnione braki wpisów w indywidualnej i oddziałowej dokumentacji medycznej dotyczyły 14 % zbadanych przypadków zastosowania krwi i preparatów krwiopochodnych.

Ustalenia te uzasadniają ocenę, że dokumentowanie zabiegów transfuzji krwi i preparatów krwiopochodnych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów prowadzone było nierzetelnie. Sprzyjało temu nieustalenie jednolitych zasad, form i trybu dokumentowania tych zabiegów, w sposób odpowiadający wymaganiom współczesnej wiedzy medycznej i dobrej praktyki oraz obowiązku dokumentowania w druku „historii choroby” wszystkich czynności diagnostycznych, leczniczych (badań, zabiegów medycznych, podawanych leków itp.) zastosowanych w czasie hospitalizacji.

W ocenie Izby, niezamieszczenie w „historii choroby” pacjenta oraz w „karcie informacyjnej leczenia szpitalnego” wpisu informującego o wykonanych przetoczeniach krwi lub preparatów krwiopochodnych, uniemożliwi w przyszłości

poznanie przeszłości serologicznej chorego, istotnej w przypadku potrzeby ponownego leczenia preparatami krwi.

Stwierdzono również braki i rozbieżności w oddziałowej dokumentacji medycznej, takiej jak rejestry wykonanych transfuzji i raporty pielęgniarские.

W porównaniu z indywidualną dokumentacją medyczną pacjentów, rozbieżności dotyczyły: nazwy preparatu, oznaczeń grup krwi, numerów donacji, dat wykonania zabiegu.

Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej - jako przyczynę braku wewnętrznej regulacji prowadzenia dokumentacji medycznej - wskazywali brak aktualnych przepisów wykonawczych w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej¹¹¹. Ordynatorzy, kierownicy oddziałów szpitalnych, „niedociągnięcia” w dokumentacji medycznej wyjaśniali przeoczeniem wynikającym z nadmiaru odpowiedzialnej pracy lekarzy.

5. Nieprzestrzeganie zasad rachunkowości oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹¹², przy określaniu wewnętrznych zasad rachunkowości i określeniu ośrodków kosztów w szpitalach, w odniesieniu do krwiolecznictwa, stwierdzono w połowie zbadanych zakładów.

Niedociągnięcia te polegały najczęściej na niepełnym ujęciu wszystkich kosztów krwiolecznictwa, ograniczającym się wyłącznie do kosztów samych preparatów, bez uwzględnienia kosztów pracowni serologicznej w części odnoszącej się do badań na potrzeby krwiolecznictwa oraz transportu. W tej sytuacji rzetelna ocena faktycznych skutków ekonomicznych i finansowych krwiolecznictwa była w znaczącym stopniu utrudniona.

W zależności od udziału liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych w strukturze ogółu leczonych, koszty zakupionej krwi i preparatów krwiopochodnych w okresie objętym badaniem wynosiły od 0,7 % do 2,0 % (przeciętnie 1,3 %) kosztów ogólnych działalności zakładów. Natomiast koszty badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa wynosiły od 0,3 % do 0,5 % kosztów ogólnych zakładu. Wysokość kosztów krwiolecznictwa była uzależniona również od poziomu referencyjnego szpitala. Im wyższy poziom tym koszty większe.

Koszty krwiolecznictwa w 2000 r. w porównaniu do roku poprzedniego wykazywały tendencję spadkową w 19 szpitalach, wynoszącą średnio ok. 15 %. Do głównych przyczyn tego zjawiska można zaliczyć obniżenie wysokości opłat za krew i preparaty krwiopochodne, ograniczenie wskazań do stosowania preparatów krwi w związku ze zmianami techniki i technologii leczenia operacyjnego.

Stwierdzono jednocześnie w 11 szpitalach przypadki wzrostu kosztów krwiolecznictwa, przeciętnie o ok. 20 %, w tej liczbie 10 należących do kategorii wojewódzkich szpitali specjalistycznych i klinicznych. Miało to również związek z poszerzeniem zakresu usług w specjalnościach zabiegowych oraz wykonywaniem procedur wysokospecjalistycznych w tych zakładach.

¹¹¹ Patrz przypis 19.

¹¹² Rozporządzenie weszło w życie z dniem publikacji 1 stycznia 1999 r.

6. Kontrola ujawniła przypadki zniszczeń krwi i preparatów krwio-pochodnych sprowadzanych przez szpitale z regionalnych centrów. Wartość zniszczeń wahała się od 0,1 % do 5,8 % wydatków na preparaty krwi.

Zjawisko to występowało sporadycznie w szpitalach, na terenie których działały oddziały regionalnych centrów.

Do przyczyn zniszczeń zaliczyć można przeterminowanie preparatów komórkowych i osocza,¹¹³ utratę przydatności w skutek wyczerpania próbek pilotujących w następstwie wielokrotnego wykonywania prób zgodności krwi dawcy i biorcy, dla tej samej jednostki (opakowania), zmian makroskopowych w preparacie lub z powodu uszkodzeń mechanicznych głęboko zamrożonych plastikowych opakowań osocza.

Jest prawdopodobne, że zjawisko niszczenia niewykorzystanych preparatów krwi ma powszechniejszy charakter. Wskazują na to przypadki nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Oddziały Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 w Sosnowcu nie dokumentowały rozchodów krwi i jej preparatów pobranych z „Banku” i niewykorzystanych w krwiolecznictwie, w związku z rezygnacją ich użycia, utylizacją przeterminowanych preparatów i nieusprawiedliwionym przechowywaniem krwi w oddziałach.

Szczegółowa kontrola dokumentacji przychodowo-rozchodowej koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) i krwi pełnej konserwowanej (KPK) za okres od czerwca 2000 r. do marca 2001 r. wykazała, że nieprawidłowości te wystąpiły ze szczególnym nasileniem w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i w Oddziale Chirurgii Ogólnej. I tak: tylko w tym okresie wynikający z zamówień przychód ww. preparatów wyniósł w przypadku Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 593 opakowania, z czego na udokumentowane w tym oddziale transfuzje zużyto 477 opakowań, czyli o 116 mniej (tj. o 19,6 %). Część zużyły inne oddziały, natomiast brak było udokumentowania rozchodu co najmniej 50 (8,4 %) opakowań o wartości 4.807,30 zł, które - według złożonych wyjaśnień (brak dokumentacji) wobec przeterminowania - zostały utylizowane.

W przypadku Oddziału Chirurgii ogólnej ujawniono, iż w okresie tym, wynikający z zamówień przychód KKCz i KPK wyniósł 632 opakowania, z czego na udokumentowane w tym oddziale transfuzje zużyto 511 opakowań, czyli o 121 mniej (tj. o 19,1 %). Po uwzględnieniu zużycia części tej nadwyżki przez inne oddziały, brak było udokumentowania rozchodu co najmniej 28 (4,4 %) opakowań o wartości 2.831,50 zł, które według złożonych wyjaśnień jako przeterminowane zostały zniszczone.

W ocenie NIK naganną praktykę niszczenia preparatów krwi, pozyskiwanej w systemie honorowego krwiodawstwa, należy rozpatrywać w aspekcie trudnej sytuacji finansowej szpitali i ich ograniczonej zdolności do regulowania zobowiązań.

¹¹³ Przydatność zależy od technologii przygotowania preparatów i wynosi od 21 do 42 dni w stosunku do koncentratu krwinek czerwonych oraz od 6 godzin do 5 dni w stosunku do koncentratu krwinek płytkowych. Osocze świeżo mrożone zachowuje przydatność od 3 do 24 miesięcy w zależności od temperatury przechowywania.

III. PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

Kierownicy 57 spośród 58 skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im prawa zgłoszenia zastrzeżeń co do ustaleń opisanych w protokołach kontroli – protokoły te zostały podpisane bez zastrzeżeń. Zastrzeżenia do protokołu kontroli złożył jedynie Ministra Zdrowia, które przez Komisję Odwoławczą NIK zostały uwzględnione.

Ustalenia kontroli oraz wynikające z nich propozycje wniosków pokontrolnych omówione zostały na 7 naradach pokontrolnych. W związku z kontrolą zasięgnięto informacji w 21 jednostkach nieobjętych kontrolą.

W wyniku kontroli skierowano 64 wystąpienia pokontrolne¹¹⁴, zawierające uwagi i oceny, jak również wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, z tego trzy do Ministra Zdrowia, jedno do Ministra Obrony Narodowej, dwa do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, 17 do kierowników jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, dwa do kierowników jednostek badawczo-rozwojowych, 36 do kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz trzy do urzędów skarbowych.

Żaden z adresatów wystąpień pokontrolnych nie skorzystał z przysługującego mu prawa zgłoszenia zastrzeżeń w sprawie zawartych w wystąpieniach ocen, uwag i wniosków.

We wnioskach skierowanych do **Ministra Zdrowia** NIK postulowała m.in:

- usprawnienie procesu opracowywania projektów aktów normatywnych, w tym podjęcie niezbędnych decyzji organizacyjnych prowadzących do szybkiego wydania wszystkich zaległych aktów wykonawczych do ustawy o publicznej służbie krwi;
- powołanie ustawowego organu, jakim jest Krajowa Rada do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- uregulowanie spraw majątkowych Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz wpisanie tej jednostki do rejestru zakładów opieki zdrowotnej;
- podjęcie skutecznych działań w celu przeprowadzenia pełnej inwentaryzacji składników majątku regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- zweryfikowanie rozliczenia dotacji przyznanych w 2000 r. regionalnym centrom krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- podjęcie, w ramach obowiązków wynikających z art. 28 ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych, działań dostosowujących statut i regulamin organizacyjny Instytutu Hematologii do przepisów ustawy o publicznej służbie krwi lub podjęcie innych działań dla wykorzystania potencjału Instytutu dla potrzeb publicznej służby krwi;
- zrationalizowanie gospodarki środkami przeznaczonymi na finansowanie przerobu osocza.

¹¹⁴ W tym dwa wystąpienia dot. kontroli doraźnej I/01/005

Wnioski adresowane do **Ministra Obrony Narodowej** dotyczyły:

- dostosowania, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, organizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nadzorowanych przez tego Ministra, w części dotyczącej krwiodawstwa i krwiolecznictwa, do postanowień ustawy o publicznej służbie krwi;
- podjęcia działań dla wyegzekwowania należności od zakładów, korzystających w 1999 r. ze środków budżetowych na realizację zadań z zakresu krwiodawstwa i uzyskujących przychody z tytułu sprzedaży preparatów krwi.

W wystąpieniach do **Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji** Izba zgłosiła wnioski o:

- dostosowanie statutów i organizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nadzorowanych przez Ministra, w części dotyczącej krwiodawstwa i krwiolecznictwa, do postanowień ustawy o publicznej służbie krwi;
- zapewnienie nadzorowanym zakładom dostępu do nadzoru specjalistycznego w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, szczególnie dotyczących czynności i badań związanych z przetaczaniem krwi oraz badań immunohepatologicznych na potrzeby krwiolecznictwa,
- podjęcie działań w celu dokonania korekty rozliczenia środków budżetowych przekazanych w 1999 r. Zespołowi ZOZ ZSZ MSWiA w Poznaniu i spowodowanie ich zwrotu do budżetu państwa.

W stosunku do **Instytutu Hematologii i Transfuzjologii** NIK postulowała:

- dostosowanie – w porozumieniu z Ministrem Zdrowia jako organem nadzorującym - statutu i regulaminu organizacyjnego Instytutu oraz prowadzonej działalności - do przepisów ustawy o publicznej służbie krwi;
- renegotjowania umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia w sprawie realizacji „Programów samowystarczalności Polski w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa - frakcjonowanie osocza”, w części dotyczącej generalnej zasady zakazu powierzania realizacji umowy osobom trzecim;
- zapewnienie szacowania zapotrzebowania na immunoglobuliny specyficzne oraz czynniki krzepnięcia, w sposób umożliwiający racjonalne planowanie i terminową realizację zadań przyjętych do wykonania, w związku z umowami zawartymi z Ministerstwem.

Wystąpienia adresowane do kierowników jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi zawierały m.in. wnioski o podjęcie przez:

- **Krajowe Centrum** - w porozumieniu z organem założycielskim - działań w celu pozyskania stosownych środków majątkowych i finansowych, umożliwiających realizację jego ustawowych zadań, a ponadto uregulowanie prawnego statusu Centrum;
- **regionalne centra:** - wdrożenia zasad gospodarki finansowej obowiązujących samodzielne publiczne z.o.z., w szczególności określanie kosztów procedur wytwarzania preparatów krwiopochodnych w celu ustalania na tej podstawie opłat za wydawane preparaty krwi;

- przy przekazywaniu szpitalom preparatów krwiopochodnych sprowadzonych z innych centrów krwiodawstwa stosowanie opłat w wysokości kosztów zakupu;
- prowadzenie bieżącej ewidencji wysyłanego do wytwórni farmaceutycznych osocza i otrzymywanych od nich preparatów również w ujęciu wartościowym;
- skuteczną windykację należności za preparaty krwi, przekazywane zakładom opieki zdrowotnej oraz naliczanie i egzekwowanie odsetek za opóźnione płatności odbiorców wydawanych preparatów;
- zintensyfikowanie działań kontrolnych w ramach sprawowanego nadzoru specjalistycznego nad placówkami służby zdrowia, w tym planowe objęcie specjalistycznym nadzorem w zakresie krwiolecznictwa wszystkich zakładów opieki zdrowotnej z terenu swojego działania;
- informowanie Ministra Zdrowia, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii oraz Krajowego Centrum o posiadaniu nadmiernych zapasów materiałów do produkcji i niektórych gotowych wyrobów osoczopochodnych w celu dostosowania ich wielkości do realnych potrzeb własnych i możliwości wykorzystania;
- dokonanie korekty deklaracji VAT i odprowadzenie podatku należnego z tytułu sprzedaży preparatów krwiopochodnych.

Wnioski przedstawione kierownikom **samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej** dotyczyły m.in. następujących spraw:

- uporządkowania i ujednolicenia form oraz zasad prowadzenia dokumentacji zamawiania, zakupu i zaopatrzenia oddziałów szpitalnych w krew, w tym dokumentowania przyczyn niszczenia nieużytych preparatów, z uwzględnieniem obiegu dokumentacji finansowo-księgowej uwzględniającej podstawowe standardy rachunkowości;
- określenia jednolitych form i zasad prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów dotyczącej stosowania krwi i preparatów krwiopochodnych oraz wzmożenia nadzoru nad tą dokumentacją;
- uzgodnienia z regionalnymi centrami zasad zwrotu niewykorzystanej krwi przyjętej do szpitala;
- dokonywania zakupu krwi i jej preparatów wyłącznie w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi;
- dostosowanie upoważnień uprawniających pielęgniarzy do przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych na zlecenie lekarza, do wymogów ustawy o publicznej służbie krwi.

W wystąpieniach do **urzędów skarbowych** Izba postulowała określenie prawidłowej wysokości zobowiązań podatkowych, w zakresie podatku od towarów i usług (VAT) dla regionalnych centrów za lata 1999-2001.

Do czasu opracowania niniejszej informacji, z ogólnej liczby 220 wniosków przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych, ich adresaci zrealizowali 135 wniosków, w trakcie realizacji pozostawały 33 wnioski, zaś w stosunku do 52 wniosków nie podjęli oni stosownych działań.

Resortowa Komisja Orzekająca w Sprawach o Naruszenie Dyscypliny Finansów Publicznych przy Ministrze Spraw Wewnętrznych i Administracji, na wniosek NIK, wszczęła postępowanie o naruszenie dyscypliny finansów publicznych przez byłego Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA w Poznaniu (szczegóły str. 34 - 35). Orzeczeniem z dnia 1 marca 2002 r. Komisja uniewinniła obwinionego.

W tej samej sprawie, na wniosek NIK, Prokurator Rejonowy Poznań – Grunwald wszczął dochodzenie w sprawie poświadczenia nieprawdy, a następnie postanowił umorzyć dochodzenie – „wobec stwierdzenia, że czynu nie popełniono”.

Minister Zdrowia w dniu 25 lutego 2002 r. wydał zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania założeń merytorycznych i prawnych regulujących status prawny Krajowego i Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz przygotowania nowelizacji ustawy o publicznej służbie krwi.¹¹⁵

**Dyrektor Departamentu
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia**

(-) Marek Zająk

Zatwierdzam:

**Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli**

(-) Piotr Kownacki

Warszawa, dnia 19 czerwca 2002 r.

¹¹⁵ Dz. Urz. MZ Nr 3, poz. 10 – weszło w życie z dniem 26 marca 2002 r.

WYKAZ SKONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

- 1. Ministerstwo Zdrowia**
- 2. Ministerstwo Obrony Narodowej**
- 3. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji**
- 4. Instytut Hematologii i Transfuzjologii**
- 5. Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie**
- 6. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku**
- 7. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy**
- 8. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku**
- 9. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach**
- 10. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach**
- 11. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie**
- 12. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie**
- 13. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi**
- 14. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie**
- 15. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu**
- 16. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu**
- 17. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu**
- 18. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie**
- 19. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie**
- 20. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu**
- 21. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze**
- 22. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej**
- 23. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim**
- 24. Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy**
- 25. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzozowie**
- 26. Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju**
- 27. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Giżycku**
- 28. Zespół Opieki Zdrowotnej w Głogowie**
- 29. Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu**
- 30. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim**
- 31. Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu**

- 32.** Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu
- 33.** Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
- 34.** Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej
- 35.** Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
- 36.** Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie
- 37.** Szpital Uniwersytecki w Krakowie
- 38.** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kutnie
- 39.** Wojewódzki Szpital im. Antoniego Falkiewicza w Legnicy
- 40.** Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie
- 41.** Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi
- 42.** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli
- 43.** Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie
- 44.** Wojewódzki Szpital Zespolony im. A. Fiderkiewicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Olsztynie
- 45.** Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie
- 46.** Szpital Specjalistyczny w Pile
- 47.** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 im. Wiktora Degi w Poznaniu
- 48.** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Poznaniu
- 49.** Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA w Poznaniu
- 50.** Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu
- 51.** Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku
- 52.** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
- 53.** Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie
- 54.** Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
- 55.** Szpital Rejonowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Maz.
- 56.** Centralny Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej z Polikliniką w Warszawie
- 57.** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Kliniczny Nr 1 w Zabrze
- 58.** Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

PODSTAWOWE REGULACJE PRAWNE

1. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681 ze zm.)
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm.)
3. Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.)
4. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm.)
5. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381)
6. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 126, poz. 1382 ze zm.)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194)
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1999 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów surowic diagnostycznych i leczniczych preparatów krwiopochodnych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew i związane z tym zabiegi (Dz. U. Nr 60, poz. 652)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie określenia sposobu ustalania opłat za krew i preparaty krwiopochodne wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (Dz. U. Nr 166, poz. 1267)
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (Dz. U. Nr 166, poz. 1261)
12. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 października 1997 r. w sprawie Krajowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (Dz. Urz. MZiOS Nr 15, poz. 42)