



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA WE WROCŁAWIU

Nr ewid.: 189/2004/P04177/LWR

**Informacja
o wynikach kontroli
realizacji przez wojewodów zadań
w zakresie rejestracji i kontroli
zakładów opieki zdrowotnej w świetle
prawidłowości ich funkcjonowania**

WROCŁAW

GRUDZIEŃ

2004 r.

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

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

Dyrektor Delegatury:
Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu

Andrzej Janusz Myrta

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa grudnia 2004 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel.fax: 0-prefiks-22-8254481
www.nik.gov.pl

Spis treści:

	<u>Strona</u>
1. WPROWADZENIE	1
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	2
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	2
2.2. Synteza wyników kontroli	3
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	8
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	9
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	9
3.2. Istotne ustalenia kontroli	17
3.2.1. W zakresie realizacji zadań przez wojewodów	17
3.2.1.1 Organizacja i przygotowanie do wykonywania ustawowych zadań	17
3.2.1.2 Rejestracja zakładów opieki zdrowotnej	19
3.2.1.2.1 Terminowość załatwiania wniosków o wpis do rejestru	19
3.2.1.2.2 Prowadzenie rejestru	20
3.2.1.3 Nadzór nad realizacją powierzonych zadań i kontrola zakładów opieki zdrowotnej	25
3.2.1.4 Załatwianie skarg w zakresie służby zdrowia	28
3.2.2 W zakresie przestrzegania przez zakłady opieki zdrowotnej postanowień i wymogów rejestrowych	29
3.2.2.1 Uregulowanie formalno-prawne funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej	29
3.2.2.2 Stan bazy lokalowej	31
3.2.2.3 Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	32
3.2.2.4 Obsada kadrowa niezbędna do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych	35
3.2.2.5. Postępowanie z odpadami medycznymi	37
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	38
4.1. Przygotowanie kontroli	38
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	39
5. ZAŁĄCZNIKI	41

1. WPROWADZENIE

- 1.1. Temat i numer kontroli** Realizacja przez wojewodów zadań w zakresie rejestracji i kontroli zakładów opieki zdrowotnej w świetle prawidłowości ich funkcjonowania (P/04/177).
- 1.2. Ogólne tło badanej problematyki oraz uzasadnienie podjęcia kontroli** Kontrola została podjęta z własnej inicjatywy NIK, a za jej podjęciem przemawiał fakt, iż realizacja przez wojewodów zadań w zakresie rejestracji i kontroli zakładów opieki zdrowotnej, ma istotne znaczenie dla zapewnienia pacjentom właściwych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, zarówno w odniesieniu do zachowania procedur medycznych, jak i wymogów lokalowych, sanitarnych i opieki ze strony personelu medycznego. O nieprzestrzeganiu jednakże tych zasad wielokrotnie informowano w doniesieniach prasowych oraz w licznych skargach obywateli kierowanych do NIK. Problem ten podnieszono także w 34 interpelacjach i zapytaniach parlamentarzystów.
- 1.3. Cel kontroli** Celem kontroli było dokonanie oceny działań wojewodów w zakresie rzetelności rejestracji zakładów opieki zdrowotnej i sprawowania kontroli nad tymi zakładami, a także oceny legalności funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w zgodności z rejestrem zoz.
- 1.4. Główne zagadnienia objęte tematyką kontroli** Badaniami kontrolnymi objęto w szczególności sprawy:
- realizacji zadań w zakresie weryfikacji składanych wniosków o rejestrację pod względem spełnienia przez zoz warunków lokalowych i wyposażenia medycznego, a także kwalifikacji personelu medycznego,
 - prowadzenia rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
 - sprawowania kontroli zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie przestrzegania procedur świadczeń medycznych i wykonywaniu ich w odpowiednich warunkach,
 - gospodarki odpadami medycznymi,
 - załatwiania skarg i wniosków.
- 1.5. Okres objęty badaniami kontrolnymi** Lata 2003-2004 (I kwartał).
- 1.6. Czas przeprowadzenia kontroli oraz uczestnicy kontroli** Kontrola koordynowana przez Najwyższą Izbę Kontroli Delegaturę we Wrocławiu przeprowadzona została w okresie od 19 kwietnia 2004 r. do 15 września 2004 r. W kontroli udział wzięło 9 jednostek organizacyjnych NIK, tj. Delegatury w: Bydgoszczy, Gdańsku, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Warszawie i Wrocławiu.

**1.7. Jednostki
objęte kontro-
lą oraz pod-
stawa praw-
na kontroli**

Kontrolę przeprowadzono na terenie 9 województw, obejmując łącznie 61 jednostek, w tym 9 urzędów wojewódzkich, 5 podmiotów (jednostek budżetowych), którym wojewodowie powierzyli realizację zadań w badanym zakresie oraz 47 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 28 niepublicznych, które podpisały kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontrolę urzędów wojewódzkich oraz jednostek budżetowych przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK¹ pod względem kryteriów: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, natomiast kontrolę zoz, dla których organem założycielskim były samorządy terytorialne, na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności i rzetelności, a niepublicznych zoz na podstawie art. 5 ust. 3 ustawy o NIK pod względem legalności i gospodarności.

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację przez wojewodów ustawowych zadań² w zakresie rejestracji zakładów opieki zdrowotnej oraz ich kontroli. Dokonywano bowiem rejestracji zakładów bez wymaganych dokumentów świadczących o spełnieniu wymagań dotyczących należytego stanu techniczno-sanitarnego bazy lokalowej i podstawowego wyposażenia i aparatury medycznej, a także nie weryfikowano rzetelności przedkładanych dokumentów, np. w drodze bezpośrednich wizytacji zakładów opieki zdrowotnej, wskutek czego prowadzone rejestry wykazywały niezgodności ze stanem faktycznym. Najczęściej dotyczyło to wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zakresu świadczonych usług zdrowotnych. Stan ten powodował, że część świadczonych usług zdrowotnych pozostawała poza ewidencją rejestrową, a co gorsza, bez zweryfikowania warunków ich wykonywania, co mogło stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Możliwe to było, gdyż zakłady opieki zdrowotnej nagminnie nie przestrzegały ustawowego³ obowiązku zgłaszania organowi rejestrowemu wszelkich zmian dotyczących prowadzonej działalności, a organy rejestrowe nieskutecznie go egzekwowały, mimo posiadanych uprawnień – wyłącznie do wykreślenia zakładu z rejestru. W ograniczonym zakresie prowadzono też kontrolę zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie jakości świadczonych usług medycznych. Brak tych działań spowodował m.in., że w skontrolowanych zakładach opieki zdrowotnej nieprawidłowości i uchybienia wystąpiły także w tej sferze ich działalności, która w bezpośredni sposób rzutowała na

¹ ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (j.t. Dz.U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.)

² ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.)

³ Patrz art. 14 ust. 1 i ust. 2 ustawy o zoz.

jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych, tj. w przedmiocie właściwego stanu sanitarno-technicznego bazy lokalowej, prawidłowego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz, w mniejszym stopniu, zapewnienia obsady kadry medycznej.

2.2. Synteza wyników kontroli

1. W 4 województwach, na 9 skontrolowanych, rejestr zakładów opieki zdrowotnej prowadzony był w urzędach wojewódzkich. W pozostałych 5 województwach zadania te realizowały powołane przez wojewodów jednostki budżetowe – wojewódzkie centra zdrowia publicznego, na podstawie upoważnienia wojewody udzielonego w trybie art. 33 ustawy o administracji rządowej w województwie⁴. Biorąc pod uwagę, że wojewódzkie centra nie realizowały w sposób właściwy powierzonych zadań, zdaniem NIK, należy negatywnie ocenić wykorzystywanie tego upoważnienia do przekazywania im kontrolnych i decyzyjnych uprawnień należnych wojewodzie⁵. *(opis str. 17-19).*
2. W 7 województwach, na 9 skontrolowanych, rejestry zoz były prowadzone nierzetelnie. Stwierdzono bowiem przypadki rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej bez wymaganych dokumentów i bez weryfikacji spełnienia przez nie wymogów w zakresie bazy lokalowej, wyposażenia medycznego i zatrudnienia kadry medycznej, co należy ocenić jako naruszenie prawa⁶. Nie wyegzekwowano od 315 zoz (na 8.460 zarejestrowanych zakładów w skontrolowanych województwach) aktualizacji danych rejestrowych, chociaż ostateczny termin aktualizacji upłynął 30.04.2001 r.⁷ Wykazano także w rejestrach braki formalne. Nieterminowo załatwiano wnioski o rejestrację, gdyż w skrajnych przypadkach czas ten wynosił ponad 14 miesięcy. W ocenie NIK rejestrowanie zakładów opieki zdrowotnej bez wymaganych dokumentów kwalifikowało się do zjawisk i obszarów zagrożonych korupcją. *(opis str. 19-24).*
3. Negatywnie należy także ocenić wywiązywanie się służb wojewodów z ustawowych⁸ zadań w zakresie kontroli zakładów opieki zdrowotnej. Zadania te były wykonywane w ograniczonym zakresie. W skontrolowanych 9 województwach przeprowadzono ogółem 991 kontroli obejmując średnio 11,7% wszystkich zarejestrowanych zakładów. Liczba przeprowadzonych kontroli w poszczególnych województwach była zróżnicowana i wynosiła od 3 kontroli (0,8% zarejestrowanych zoz) w województwie opolskim do 20 kontroli w województwie dolnośląskim (2,8% zarejestrowanych zoz). Podkreślić jednak należy, że kontrole te dotyczyły jedynie wizytacji pomiesz-

⁴ Ustawa z 5.06.1998 r. o administracji rządowej w województwie (j.t. Dz.U. z 2001 r., Nr 80, poz. 872 ze zm.)

⁵ Patrz – art. 12 ust. 3 ustawy o zoz.

⁶ Patrz – art. 13 ust. 1 ustawy o zoz w powiązaniu z art. 9-11 ustawy o zoz.

⁷ Patrz – § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.08.2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 864).

⁸ Patrz – art. 65 ust. 1 ustawy o zoz.

czeń zakładów oraz stanu zgodności danych zawartych w rejestrach, a nie prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych. Fakt ten tłumaczono niewystarczającym zabezpieczeniem kadrowym tych służb – co zdaniem NIK – nie może stanowić dostatecznego usprawiedliwienia. (*opis str. 26-27*).

4. Wojewodowie posiadając możliwości wynikające z art. 66 ustawy o zoz, pomimo braku dostatecznej liczby pracowników z wykształceniem medycznym, nie zlecali przeprowadzenia, zarówno jednorazowych kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym, jak i kontroli prowadzonych w sposób ciągły organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym i innym jednostkom. Wojewodowie nie wykorzystywali również swoich uprawnień, wynikających z art. 66a ustawy o zoz, do zlecania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej wojewódzkim konsultantom medycznym. Na 9 skontrolowanych województw, w 5 do kontroli włączono wprawdzie 42 konsultantów (6,4% wszystkich powołanych) ale kontrole te nie dotyczyły zagadnień medycznych, lecz spraw związanych z rejestrowaniem zoz. (*opis str. 27*).
5. Wojewodowie w nierzetelny i nieefektywny sposób sprawowali nadzór nad realizacją powierzonych zadań 4 wojewódzkim centrom zdrowia publicznego, z 5 skontrolowanych, odnośnie prowadzenia rejestru i kontroli zakładów opieki zdrowotnej. Nadzór ten sprowadzał się przede wszystkim do formalnego przyjmowania okresowych sprawozdań z działalności wojewódzkich centrów zdrowia publicznego. Ponadto w jednym przypadku wykonywanie powierzonych zadań i jednocześnie sprawowanie nadzoru nad ich realizacją przypisano tej samej osobie. Wskutek powierzenia szerokiego zakresu zadań i kompetencji jednej osobie, tj. nierozdzielenie czynności przygotowawczych, sprawdzających, dokumentacyjnych, decyzyjnych i kontrolnych, mogło dojść do powstania obszarów i mechanizmów korupcjogennych. (*opis str. 25-26*).
6. Negatywnie należy ocenić realizację, przez skontrolowane zakłady opieki zdrowotnej, zadań w zakresie spraw formalno-prawnych związanych z organizacją zakładów. Stwierdzono, że w 33 jednostkach (70,2%), na 47 skontrolowanych zakładach, wystąpiło szereg nieprawidłowości w tym zakresie. Np. w 16 jednostkach (34%) statut zakładu był nieaktualny, nie odzwierciedlał faktycznej organizacji jednostki lub też nie spełniał wymagań określonych w ustawie o zoz (nie ustalono faktycznej organizacji zakładu, zakresu działalności, gospodarki finansowej)⁹. W 32 zakładach (68,1%) nie sporządzono regulaminu porządkowego lub treść regulaminu nie odpowiadała wymogom ustawy o zoz (nie określono praw i obowiązków pacjentów, postępowania w razie śmierci pacjenta, zakresów zadań pracowników i komórek

⁹ Patrz – art. 11 ustawy o zoz.

organizacyjnych)¹⁰. Natomiast w 34 zakładach (72,4%) zmiany w organizacji jednostek zgłaszane były organowi rejestrowemu z naruszeniem ustawowego 14-dniowego terminu lub w ogóle nie były zgłaszane¹¹. Konsekwencją powyższych nieprawidłowości m.in. był fakt, że w 26 zakładach opieki zdrowotnej (55,4%) zmieniono zakres udzielania świadczeń zdrowotnych przed zgłoszeniem tego faktu do organu rejestrowego lub też w ogóle nie poinformowano organu rejestrowego, co naruszało postanowienia ustawy o zoz¹². Za powstanie powyższych nieprawidłowości odpowiedzialność ponosiły kierownictwa skontrolowanych zakładów, które nierzetelnie sprawowały nadzór nad zmianami zachodzącymi w ich jednostkach, co w konsekwencji stanowiło naruszenie kryterium legalności działania. (*opis str. 29-30*).

7. Nieprawidłowości wystąpiły w zakresie zapewnienia pracownikom i pacjentom zakładów opieki zdrowotnej właściwych warunków sanitarno-technicznych. W 26 zakładach (55,3% skontrolowanych) stwierdzono naruszenie postanowień określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r.¹³, które najczęściej dotyczyły nadmiernego zagęszczenia łóżek szpitalnych w salach chorych i braku swobodnego dostępu do łóżek chorych z trzech stron (15 zakładów - 29,8%). Ponadto w 18 zakładach (38,3%) w użytkowanych obiektach brakowało wind, wejść dla niepełnosprawnych, prawidłowo zlokalizowanych izb przyjęć, pomieszczeń socjalnych dla personelu, odpowiedniej szerokości drzwi. Przyczyną powyższych uchybień był przede wszystkim brak środków finansowych, który powodował, że zakłady opieki zdrowotnej na ogół przeprowadzały jedynie interwencyjne remonty, służące usuwaniu awarii i ich skutków, a nie systematyczną działalność remontowo-modernizacyjną. (*opis str. 31*).
8. W 23 skontrolowanych zakładach (48,9%) nie realizowano przepisów ustawy Prawo budowlane¹⁴, określających obowiązki w zakresie utrzymania obiektów w należytym stanie technicznym i estetycznym. Najbardziej powszechnym przykładem tych nieprawidłowości były stwierdzone w 21 jednostkach (44,7%) zaniedbania w zakresie kompletności przechowywanej dokumentacji użytkowanych obiektów, a także założenia i rzetelnego prowadzenia ksiąg obiektów budowlanych¹⁵. Ponadto w 19 skontrolowanych zakładach (40,4%) stwierdzono zaniechanie dokonywania corocznych kontroli stanu technicznej sprawności elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy podczas ich użytkowania, a także instalacji gazowych i prze-

¹⁰ Patrz – art. 18a ustawy o zoz.

¹¹ Patrz – art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o zoz.

¹² Patrz – art. 14 ust. 2 ustawy o zoz.

¹³ rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 366 ze zm.).

¹⁴ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane –t.j. Dz.U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016.

¹⁵ Patrz – art. 64 ust. 1 Prawa budowlanego,

wodów kominowych¹⁶. Występowanie tych nieprawidłowości wynikało przede wszystkim z niewłaściwej realizacji zadań przez służby techniczne zakładów i braku nadzoru ze strony kierownictw (samodzielne publiczne zoz) oraz nieznanomości przepisów (niepubliczne zoz) i stanowiło naruszenie zasad legalnego działania zagrożone karą grzywny – art. 93 Prawa budowlanego. (*opis str. 31-32*).

9. Kontrola wykazała, że w 17 zakładach (36,1% skontrolowanych) wystąpiły nieprawidłowości i uchybienia związane z użytkowaną aparaturą medyczną. Stwierdzone nieprawidłowości polegały przede wszystkim na tym, iż część zainstalowanych i użytkowanych urządzeń nie posiadało stosownych oznaczeń CE, odpowiednich certyfikatów, atestów, co było nielegalne, gdyż naruszało to art. 78 ustawy o wyrobach medycznych¹⁷. Nie wykonywano również niezbędnych przeglądów technicznych lub też wykonywano je zbyt rzadko. W 23 zakładach (48,9%) stwierdzono naruszenia legalności działania polegające na niezgłaszaniu do rejestru wymaganych zmian w stanie posiadania aparatury medycznej, wskutek czego naruszono przepisy ustawy o zoz¹⁸. Ponadto w 6 skontrolowanych zakładach (12,7%) poziom wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną był niewystarczający dla prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych lub był niezgodny z obowiązującymi przepisami¹⁹, co spowodowane było głównie brakiem środków finansowych na zakupy dodatkowego sprzętu. (*opis str. 32-35*).
10. Negatywnie należy ocenić realizację przez skontrolowane zakłady ustawowych obowiązków²⁰ dotyczących zgłaszania organom rejestrowym zmian kadrowych w grupie pracowników medycznych. Nieprawidłowości w tym zakresie wystąpiły w 35 jednostkach (74,5%). Stan ten powodował, że faktyczna liczba lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych osób wykonujących zawody medyczne w skontrolowanych zakładach nie była zgodna z danymi ujętymi w rejestrze. Ponadto w 27 zakładach (57,5%) nie opracowano wymaganych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych²¹, zaś w 6 skontrolowanych zakładach (12,7%) stwierdzono braki w zatrudnieniu kadry medycznej. Główną przyczyną niezgłaszania zmian kadrowych do rejestru zoz oraz niesporządzania norm zatrudnienia był brak wiedzy, zarówno o konieczności informowania organów rejestrowych o zmianach kadrowych, jak i sporządzenia norm zatrudnienia. (*opis str. 35-36*).

¹⁶ Patrz – art. 62 ust. 1 Prawa budowlanego.

¹⁷ ustawa z dnia 20.04.2004 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 93, poz. 896)

¹⁸ Patrz – art. 14 ust. 1 ustawy o zoz.

¹⁹ rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 366; ze zm.)

²⁰ Patrz – art. 14 ust. 1 ustawy o zoz.

²¹ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz. 1314),

11. Brak środków finansowych spowodował, że w 22 skontrolowanych zakładach (46,9%) wystąpiło zadłużenie w regulowaniu składek na ubezpieczenia społeczne oraz zdrowotne na łączną kwotę 18.077 tys. zł, co należy ocenić jako działania nielegalne²². W 5 zakładach opieki zdrowotnej zadłużenie wynikające z nieterminowego regulowania składek, w łącznej wysokości 9.387 tys. zł, było windykowane w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym²³. Fakty te, w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, miały znamiona naruszeń dyscypliny finansów publicznych²⁴. (*opis str. 36-37*).
12. W skontrolowanych zakładach opieki zdrowotnej nie stwierdzono nieprawidłowości odnośnie składowania i przekazywania do utylizacji odpadów medycznych, aczkolwiek w 36 zakładach opieki zdrowotnej (76,6%) będących wytwórcami odpadów medycznych, w niewłaściwy sposób uregulowano, pod względem formalnym, gospodarkę tymi odpadami. Najczęściej występującą nieprawidłowością, stwierdzoną w 24 zakładach (51%) był brak podstawowego dokumentu, jakim jest program gospodarki odpadami niebezpiecznymi²⁵, określający m.in. ilość odpadów poszczególnych rodzajów wytwarzanych w ciągu roku, sposób gromadzenia i postępowania z nimi, ze wskazaniem miejsca ich magazynowania oraz częstotliwość ich unieszkodliwiania. W 21 zakładach (44,7%) wystąpiły uchybienia w zakresie prowadzenia podstawowej dokumentacji wytwarzania, składowania i przekazywania odpadów medycznych, tj. ewidencji ilościowo-jakościowej odpadów i ewidencji przekazania odpadów²⁶, a nadto 15 skontrolowanych zakładów (31,9%) nie posiadało zezwolenia na wytwarzanie odpadów lub były one nieaktualne²⁷. Przyczynami tego stanu był zarówno brak wiedzy prawnej kierowników skontrolowanych zakładów jak i niewłaściwe sprawowanie kontroli funkcjonalnej. Uchybienia w tym zakresie stanowiły naruszenie kryterium legalności działania zakładów. (*opis str. 37-38*).
13. Efekty finansowe kontroli wyniosły ogółem 457 tys. zł, z tego 352 tys. zł stanowiły kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa oraz 105 tys. zł inne nieprawidłowości finansowe. Po zakończeniu kontroli w jednostkach, wobec kwoty 49,8 tys. zł, NIK wnioskuje o podjęcie działań w celu jej odzyskania. W okresie od rozpoczęcia kontroli do sporządzenia niniejszej informacji odzyskano 120,8 tys. zł. W związku z ujawnionymi nieprawidłowościami NIK skierowała 2 zawiadomienia do organów

²² Patrz – art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.)

²³ Patrz – art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.)

²⁴ Patrz- art. 138 ust. 1 pkt. 8 ustawy z 26.11.1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.)

²⁵ Patrz – art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. nr 62, poz. 628 ze zm.)

²⁶ Patrz – art. 36 ust. 1 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. nr 62, poz. 628 ze zm.)

²⁷ Patrz – art. 17 ust. 2 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. nr 62, poz. 628 ze zm.)

powołanych do ścigania przestępstw, a kierownicy skontrolowanych zakładów ukarali 4 osoby karami dyscyplinarnymi. (opis str. 33, 36, 41).

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Oprócz wniosków pokontrolnych mających na celu usunięcie nieprawidłowości, ujawnionych w wyniku kontroli i przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek oraz właściwych organów państwowych i samorządowych, ustalenia kontroli uzasadniają również konieczność podjęcia działań przez:

wojewodów:

1. Uporządkowanie procedur sprawowania nadzoru w zakresie rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, dla zapewnienia rejestracji zoz po spełnieniu przez zakłady wszystkich ustawowych²⁸ wymogów co do warunków lokalowych, sanitarnych, aparaturowych, kadrowych, niezbędnych do prawidłowego świadczenia usług zdrowotnych.
2. Opracowanie zasad i trybu przeprowadzania kontroli zakładów opieki zdrowotnej w zakresie stosowanych świadczeń medycznych, z wykorzystaniem ustawowych²⁹ możliwości włączenia do tych kontroli wojewódzkich konsultantów medycznych lub zlecania takich kontroli np. organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym czy państwowym uczelniom medycznym.

jednostki samorządu terytorialnego (organy założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej):

1. Realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego, będące właścicielami nieruchomości majątku trwałego użytkowanego przez zakłady opieki zdrowotnej i organami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, obowiązków polegających na zapewnieniu utrzymania w należyтым stanie technicznym i estetycznym nieruchomości użytkowanych przez zakłady opieki zdrowotnej, jak to przewidują przepisy ustawy - Prawo budowlane.
2. Zaktywizowanie działań – wspólnie z zakładami opieki zdrowotnej – zmierzających do wypracowania rozwiązań dla poprawy sytuacji ekonomicznej placówek medycznych w celu zabezpieczenia właściwego poziomu wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz niezbędną obsadę kadry medycznej.

²⁸ Patrz – art. 9, 10, 11 ustawy o zoz,

²⁹ Patrz – art. 66 i 66a ustawy o zoz.

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Charakterystyka stanu prawnego.

1. Prowadzenie działalności przez zakład opieki zdrowotnej jest możliwe po uzyskaniu wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej³⁰. Z treści art. 12 ustawy o zoz wynika, m.in. że rejestr zoz jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województwa prowadzi wojewoda. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej i państwową uczelnię medyczną, prowadzi Minister Zdrowia, z wyjątkiem zakładów utworzonych w celu określonym w art. 8 ust. 4 ustawy o zoz, których rejestr prowadzi wojewoda. Zakład opieki zdrowotnej, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze więcej niż jednego województwa, podlega wpisowi do rejestru w województwie, w którym mieści się siedziba zakładu.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 tej ustawy, podstawą wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zoz spełnia wymagania, określone w art. 9 - 11 ustawy o zoz. Oznacza to, że zakład ubiegający się o rejestrację posiada zatwierdzony statut oraz dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi, sanitarnymi, aparaturowymi i kadrowymi, niezbędnymi do wykonywania świadczeń zdrowotnych, określonych w statucie. Wpis do rejestru, odmowa wpisu lub skreślenie z rejestru następuje w formie decyzji administracyjnej (art. 13 ust. 2). Natomiast organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej, zgodnie z postanowieniami art. 18a ustawy o zoz, określa regulamin porządkowy.

Warunki lokalowe zakładów i dotyczące urządzeń użytkowanych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r.³¹ w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Równocześnie z treści § 7 ust. 1 tego rozporządzenia wynika, że odrębne przepisy określają m.in. warunki techniczne, jakim powinny odpowiadać obiekty budowlane, w których znajdują się pomieszczenia zakładów opieki zdrowotnej³².

³⁰ Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 74, poz. 366 ze zm.

³² Rozporządzenie Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 14 grudnia 1994 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie – t.j. Dz. U. z 1999 r. Nr 15, poz. 140 ze zm. Od dnia 16 grudnia 2002 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12

Zgodnie z postanowieniami art. 10 ust. 1 ustawy o zoz w zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach, tj. m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju³³ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej³⁴, jak również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia³⁵.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy, wszystkie zmiany stanu faktycznego i prawnego odnoszące się do zoz, a dotyczące danych zawartych w rejestrze, powstałe po wpisie do rejestru, zakład obowiązany jest zgłosić organowi prowadzącemu rejestr, w terminie 14 dni od dokonania zmiany. Jeżeli zmiana o której mowa dotyczy zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, zakład może ją wprowadzić dopiero po uprzednim wpisie tej zmiany do rejestru (art. 14 ust. 2). Z dniem 9 grudnia 2000 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia określające wymagania odnośnie rejestrów zakładów opieki zdrowotnej oraz danych podlegających ujęciu w tych rejestrach³⁶. Zgodnie z § 11 tego rozporządzenia zakład wpisany do rejestru na podstawie dotychczasowych przepisów był obowiązany, w terminie do 30 kwietnia 2001 r., złożyć wniosek o wpis zmian w rejestrze, w zakresie danych dotychczas nieobjętych rejestrem.

Na podstawie art. 15 ustawy o zoz, jeżeli zakład opieki zdrowotnej w całym zakresie lub w części swojej działalności przestał odpowiadać wymaganiom określonym w art. 9 i 10 albo narusza przepisy ustawy lub zostało stwierdzone naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodów medycznych albo w sposób rażący narusza statut zakładu, organ prowadzący rejestr wyznacza termin usunięcia uchybień, a po jego bezskutecznym upływie może podjąć decyzję o wykreśleniu zakładu z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nie odpowiadającej wymaganiom ustawy lub statutu. Zakład opieki zdrowotnej może być wykreślony z rejestru bez wyznaczenia terminu usunięcia uchybienia, jeżeli świadczenia zdrowotnego w tym zakładzie udzielają lekarz, pielęgniarka lub położna nie posiadający prawa wykonywania

kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. Nr 75, poz. 690 ze zm.)

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. Nr 44, poz. 520 ze zm.)

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz. 1314)

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 173, poz. 1419),

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 74, poz. 864.

zawodu lub zgody na udział w udzielaniu świadczenia zdrowotnego, wymaganej na podstawie odrębnych przepisów. Zakład podlega wykreśleniu z rejestru także wtedy, gdy organ prowadzący rejestr dokonał wpisu z naruszeniem prawa. W tym przypadku stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące wznowienia postępowania administracyjnego lub stwierdzenia nieważności decyzji.

2. Głównym źródłem finansowania zakładów opieki zdrowotnej były przychody uzyskiwane na podstawie umów zawieranych z kasami chorych o realizację świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 53 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.³⁷ Zgodnie z art. 54 tej ustawy, zawieranie przez kasy chorych umów o udzielanie świadczeń odbywało się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert. Zasady jego przeprowadzania, a także tryb składania ofert w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych od 1 stycznia 2000 r., regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,³⁸ a od 1 kwietnia 2003 r. sprawy te reguluje ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia³⁹.

Ponadto samodzielny publiczny zoz może uzyskiwać środki finansowe ze źródeł ustalonych w art. 54 ust. 1 ustawy o zoz ustawy, a mianowicie z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, na realizację zadań i programów zdrowotnych, z prowadzenia innej, przewidzianej w statucie zakładu, działalności gospodarczej, z darowizn, zapisów i spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego. Artykuł 55 ustawy o zoz przewiduje możliwość otrzymania przez samodzielny publiczny zoz również dotacji budżetowej.

3. Na podstawie art. 65 ustawy o zoz, Ministrowi Zdrowia w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów, które utworzyły takie zakłady oraz wojewodzie w stosunku do zakładów prowadzących działalność na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych, w tym m.in. wizytacji pomieszczeń zakładu, obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, sprawdzania używania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyrobów medycznych oraz wyposażenia ambulansów medycznych w wyroby medyczne, żądania informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, wydawania w miarę potrzeby decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Przepis art. 66 ustawy o zoz przewiduje, że przeprowadzenie kontroli pod względem medycznym, Minister Zdrowia oraz wojewoda mogą zlecić wojewódzkim konsultantom medycznym, organom samorządów zawodów medycznych, wyspecjalizowanym jednostkom,

³⁷ ustawa z dnia 6.02.1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) – uchylona z dniem 1.04.2003 r.

³⁸ Dz. U. Nr 148, poz. 978 ze zm. – uchylone z dniem 1 kwietnia 2003 r.

³⁹ Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

organizacjom lub naukowym placówkom medycznym. Osoba przeprowadzająca kontrolę przedstawia poczynione spostrzeżenia kierownikowi jednostki kontrolowanej, a opinie i wnioski zlecniodawcy kontroli. Kontrole te mogą mieć charakter jednorazowy lub ciągły. Sposób zlecania kontroli, jej organizację i zasady finansowania ustalił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej rozporządzeniem z dnia 3 grudnia 1992 r.⁴⁰ Ponadto z art. 66a ust. 3 wynika, że wojewoda, w porozumieniu z ministrem do spraw zdrowia, może powołać konsultantów wojewódzkich spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny do wykonywania zadań opiniotwórczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów, szkolenia podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne.

4. Obowiązki właściciela lub zarządcy obiektów budowlanych odnośnie utrzymania wymagań ogólnobudowlanych tych obiektów są określone w przepisach art. 61 – 71 Prawa budowlanego⁴¹. Wynika z nich m.in., że właściciel lub zarządca obiektu jest zobowiązany do przechowywania przez cały okres istnienia obiektu dokumentacji budowy, wraz z dokumentacją powykonawczą, dokonywania okresowej kontroli, co najmniej raz w roku, tych elementów budynku, które są narażone na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących przy eksploatacji obiektu, dokonywania okresowej kontroli, co najmniej raz na 5 lat, stanu sprawności technicznej i wartości użytkowej całego obiektu, łącznie z estetyką obiektu i jego otoczenia, prowadzenia dla każdego budynku książki obiektu budowlanego, stanowiącej dokument przeznaczony do zapisów dotyczących przeprowadzonych badań i kontroli stanu technicznego, remontów i przebudowy. Niespełnienie powyższych obowiązków jest zagrożone karą grzywny, na mocy art. 93 pkt 8 i 9 Prawa budowlanego.

Zgodnie z art. 5 ust. 2 w związku z art. 61 Prawa budowlanego, właściciel lub zarządca obiektu budowlanego jest obowiązany użytkować obiekt zgodnie z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska, oraz utrzymywać go w należyтым stanie technicznym i estetycznym. Przez „należyty stan techniczny” należy rozumieć stan sprawności obiektu budowlanego i jego elementów, w którym usunięte są wszelkie uszkodzenia⁴². Naruszenie, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, obowiązku utrzymania obiektu budowlanego w należyтым stanie technicznym lub użytkowanie obiektu w sposób niezgodny z przepisami, jest zagrożone z mocy art. 92 ust. 2 pkt 2 Prawa budowlanego karą aresztu albo ograniczenia wolności albo grzywny.

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecania kontroli zakładu opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 96, poz. 477.

⁴¹ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane – t.j. Dz.U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016 ze zm.

⁴² Porównaj komentarz do tego art. w opracowaniu B. Bodziony i inni - Nowe Prawo Budowlane z komentarzem - Ośrodek Doradztwa i Szkolenia Jaktorów 1994.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej⁴³, Minister Spraw Wewnętrznych wydał rozporządzenie w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów⁴⁴. Rozporządzenie określa szczegółowe zasady ochrony przeciwpożarowej i zabezpieczenia przeciwpożarowego budynków i innych obiektów budowlanych oraz wyposażania ich w sprzęt, urządzenia przeciwpożarowe i ratownicze, a także rodzaje budynków, w których jest wymagana instalacja sygnalizacyjno - alarmowa.

5. Sprawy gospodarowania odpadami medycznymi reguluje ustawa z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach⁴⁵. Ustawa ta w art. 3 ust. 2 pkt 2 zalicza odpady medyczne do odpadów niebezpiecznych, a w art. 3 ust. 3 pkt. 5 precyzuje, iż przez odpady medyczne rozumie się odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny. Posiadacz odpadów jest obowiązany do postępowania z odpadami w sposób zgodny z zasadami gospodarowania odpadami, wymaganiami ochrony środowiska oraz planami gospodarki odpadami.

Szczegółowe obowiązki posiadaczy odpadów reguluje rozdział 4 ustawy o odpadach. W szczególności w rozdziale tym unormowano m.in. sprawy programu gospodarki odpadami, pozwoleń na wytwarzanie odpadów. Zgodnie z postanowieniami art. 76 ustawy o odpadach m.in. wytwarzanie odpadów bez wymaganej decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, lub z naruszeniem jej warunków, lub bez wymaganego złożenia informacji o wytworzonych odpadach oraz sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, zagrożone jest karą grzywny.

Przepisy art. 25 ust. 2 ustawy o odpadach stanowią, że posiadacz odpadów może je przekazać wyłącznie podmiotom, które uzyskały zezwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności w zakresie gospodarowania odpadami, chyba że działalność taka nie wymaga zezwolenia. Przekazanie posiadanych odpadów podmiotom, które nie uzyskały wymaganych zezwoleń, lub składowanie ich w miejscach na ten cel nieprzeznaczonych, zgodnie z art. 70 ustawy o odpadach, podlega karze aresztu albo grzywny.

Do przepisów wykonawczych, istotnych z punktu widzenia dokumentowania prowadzenia gospodarki odpadami, zaliczyć należy trzy rozporządzenia Ministra Środowiska: z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów⁴⁶, z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie

⁴³ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej – tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229 ze zm.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 3 listopada 1992 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów - Dz. U. Nr 92, poz. 460 ze zm. Wymienione rozporządzenie zostało uchylone z dniem 12 kwietnia 2003 r.; od dnia 26 lipca 2003 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16.06.2003 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. Nr 121, poz. 1138).

⁴⁵ ustawa z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. nr 62, poz. 628 ze zm.).

⁴⁶ Dz.U. Nr 112, poz. 1206

wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁴⁷, z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie rodzajów odpadów i ich ilości, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów, oraz kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą prowadzić uproszczoną ewidencję odpadów⁴⁸.

6. Zagadnienia związane z używaniem, wprowadzaniem do obrotu wyrobów medycznych, w okresie objętym kontrolą, regulowała ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych⁴⁹. Zgodnie z art. 3 pkt 8 cytowanej ustawy przez wyroby medyczne należało rozumieć wszelkie narzędzia, przyrządy, aparaty, sprzęt, materiały i inne artykuły stosowane samodzielnie lub w połączeniu z niezbędnym wyposażeniem i oprogramowaniem, przeznaczone przez wytwórców do stosowania u ludzi w celu diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób, skutków urazów lub upośledzeń, prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych, regulacji poczęć.

Do obrotu i do używania mogły być wprowadzone wyroby medyczne, dla których wystawiono deklarację zgodności oraz oznaczono znakiem zgodności CE i które spełniały wymagania zasadnicze. Do obrotu i używania mogą być wprowadzone także wyroby posiadające świadectwo rejestracji, świadectwo dopuszczenia do obrotu, świadectwo jakości, świadectwo dopuszczenia do stosowania lub pozytywną opinię o wyrobie medycznym (art. 5). Minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, wymagania zasadnicze dla wyrobów medycznych, oraz wyposażenie wyrobu medycznego, uwzględniając wymagania prawa wspólnotowego, w szczególności w zakresie projektowania, wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów⁵⁰, a także podmioty uprawnione do wydawania stosownych świadectw i wzory oznakowania znakiem zgodności CE⁵¹. Wprowadzenie do używania wyrobu medycznego bez certyfikatów dopuszczeniowych jest zagrożone karą grzywny, karą ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2⁵².

Z dniem 1 maja 2004 r., w związku z członkostwem Polski w Unii Europejskiej, w życie weszła nowa ustawa z 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych⁵³, jednakże jej podstawowe wymogi dotyczące wprowadzenia do obrotu i używania wyrobów medycznych nie uległy zmianom.

⁴⁷ Dz.U. Nr 152, poz. 1736

⁴⁸ Dz.U. Nr 152, poz. 1735

⁴⁹ ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 126, poz.1380 ze zm.)

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych, ich wyposażenia oraz sposobu oceny zgodności wyrobów medycznych z tymi wymaganiami (Dz.U. z 2003 r. Nr 4, poz.45).

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do wydawania dokumentów stanowiących podstawę do wprowadzenia wyrobu medycznego do obrotu i używania oraz wzorów oznakowania znakiem zgodności CE (Dz.U. Nr 206, poz.2008).

⁵² Patrz – art. 36 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 27.07.2001 r. (Dz.U. Nr 126, poz. 1380 ze zm.), a po dniu 1 maja 2004 r. – art. 78 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20.04.2004 r. (Dz.U. Nr 93, poz. 896),

⁵³ Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 896.

7. Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, ustalania składek, tryb i terminy rozliczania, płacenia składek na ubezpieczenia społeczne jest ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁵⁴. W ustawie o s.u.s., w art. 15 – 22 rozdziału 3, określone zostały zasady ustalania składek na ubezpieczenia społeczne. Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o s.u.s., od nie opłaconych w terminie składek należne są od płatnika odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa⁵⁵. W razie nieopłacenia składek lub opłacenia ich w zaniżonej wysokości (art. 24 ust. 1), ZUS może wymierzyć płatnikowi składek dodatkową opłatę do wysokości 100% nie opłaconych składek. Składki oraz odsetki za zwłokę, koszty egzekucyjne, dodatkowa opłata i opłata prolongacyjna, zwane należnościami z tytułu składek, nie opłacone w terminie, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej (art. 24 ust. 2).

Ustawa z 31 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (obowiązująca w okresie objętym kontrolą⁵⁶) określa m.in. zasady, tryb i terminy opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenia zdrowotne. W ustawie tej w rozdziale 3, artykułach od 21 do 35, zostały określone zasady ustalania składek ich wysokość oraz terminy opłacania. Zgodnie z art. 33 cyt. ustawy składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

8. Zgodnie z art. 33 ustawy o administracji rządowej w województwie⁵⁷, wojewoda może powierzyć prowadzenie, w jego imieniu, niektórych spraw z zakresu swojej właściwości jednostkom samorządu terytorialnego lub organom innych samorządów z obszaru województwa, a także kierownikom państwowych osób prawnych i innych państwowych jednostek organizacyjnych funkcjonujących na obszarze województwa. Powierzenie następuje na podstawie porozumienia wojewody odpowiednio z zarządem jednostki samorządu terytorialnego, właściwym organem innego samorządu lub kierownikiem państwowej osoby prawnej albo innej państwowej jednostki organizacyjnej. Porozumienie, wraz ze stanowiącymi jego integralną część załącznikami, podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym. W porozumieniu, określa się zasady sprawowania przez wojewodę kontroli nad prawidłowym wykonywaniem powierzonych zadań.

9. Zgodnie z postanowieniami art. 35 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego⁵⁸ organy administracji publicznej, przy załatwianiu m.in. skarg od obywateli, obowiązane są załatwiać sprawy bez zbędnej zwłoki. Niezwłocznie powinny być załatwiane sprawy, które mogą być rozpatrzone w oparciu o dowody przedstawione przez

⁵⁴ Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.

⁵⁵ Dz.U. Nr 137, poz. 926 ze zm.

⁵⁶ Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm. (uchylona z dniem 1.10.2004 r.)

⁵⁷ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie – t.j. Dz.U. z 2001 r. Nr 80, poz. 872 ze zm.

⁵⁸ j.t. z 2000 r. Dz.U. Nr 98, poz. 1071 ze zm.

stronę łącznie z żądaniem wszczęcia postępowania lub w oparciu o fakty i dowody powszechnie znane albo znane z urzędu organowi, przed którym toczy się postępowanie, bądź możliwe do ustalenia na podstawie danych, którymi rozporządza ten organ. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej - nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania, zaś w postępowaniu odwoławczym - w ciągu miesiąca od dnia otrzymania odwołania.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne.

W aktualnych uwarunkowaniach gospodarczych zachodziły zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia. Jednakże mimo licznych prób modyfikowania i usprawniania systemu, nie udało się wyeliminować negatywnych zjawisk, do których można zaliczyć przede wszystkim narastanie zadłużenia publicznych zoz. Według danych Ministerstwa Zdrowia⁵⁹ stan zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zoz wzrósł w 2002 r. z poziomu 3.245,5 mln zł. do 5.508,9 mln zł na koniec I półrocza 2004 r., tj. o 69,7%. Zadłużenie samodzielnych publicznych zoz jest zróżnicowane w skali kraju. Najbardziej zadłużone są samodzielne publiczne zoz w województwie dolnośląskim (1.097,8 mln zł), łódzkim (721,6 mln zł), mazowieckim (528,8 mln zł), zaś najmniej zadłużone są spzoz w województwie warmińsko-mazurskim (126,2 mln zł) oraz opolskim (84,1 mln zł). W latach 2002-2005 wydatki publiczne na ochronę zdrowia w ujęciu nominalnym wzrastały odpowiednio z kwoty 30.542,1 mln zł, 32.516,5 mln zł do 35.157,2 mln zł (plan po zmianach – 2004 r.) oraz do 36.886,4 mln zł (plan na 2005 r.), jednakże ich udział w relacji do PKB zmniejszał się odpowiednio z 3,96% (2002 r.) do 3,87% (plan na 2005 r.). Spadek realnej wartości wydatków publicznych na ochronę zdrowia, mierzonych relacją do PKB, nie pozwolił na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez spzoz w wysokości pozwalającej na zbilansowanie przychodów i kosztów zakładów.

Jak wynikało z kontroli NIK⁶⁰, spadek wartości wyniku finansowego spzoz, następował m.in. wskutek niezrównoważenia kosztów i zmniejszających się przychodów tych zakładów, co powodowane było zmniejszaniem ilości i cen świadczeń kontraktowanych przez kasy chorych (NFZ), które prowadziły politykę finansową nastawioną na ograniczanie wydatków, zgodnie z zasadą samofinansowania się. Powodowało to narastanie zobowiązań w spzoz, które świadcząc usługi medyczne nie otrzymywały zwrotu kosztów odpowiadającego ilości i jakości wykonywanych usług. Występowały także częste przypadki nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych np. zakupy zbędnego sprzętu i aparatury medycznej oraz brak efektywnej polityki przestrzennego rozmieszczenia bazy leczenia – wieloletnie, kosztowne inwestycje bez dostatecznego uzasadnienia na jednych terenach przy równoczesnym upośle-

⁵⁹ www.mz.gov.pl.

⁶⁰ Informacja NIK z marca 2003 r. – nr ewidencyjny 19/2003/P/02/125/KPZ, pt. „Gospodarka majątkiem pozostającym w dyspozycji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejętym od Skarbu Państwa przez jednostki samorządu terytorialnego, w wyniku reformy administracji publicznej”.

dzeniu pod tym względem innych, ukierunkowanie bazy leczniczej głównie na opiekę stacjonarną. Nieracjonalnie prowadzono także działania restrukturyzacyjne, które nastawione były głównie na zatrudnienie⁶¹. Te i szereg innych czynników sprawiały, że w odbiorze społecznym publiczna służba zdrowia była oceniana źle, a konieczność jej szybkiej naprawy była uznawana za sprawę pierwszoplanową.

Jednocześnie coraz więcej powstawało nowych podmiotów gospodarczych, tj. niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, np. w 2001 r. zarejestrowano ogółem 10.724 tego typu placówki, wg stanu na 24 października 2003 r. już 14.412, zaś na I półrocze 2004 r. – 16.064 (na terenie województw objętych kontrolą funkcjonowało ponad 41% niepublicznych zoz). Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, zgodnie z ustawą o zoz, mogą świadczyć usługi medyczne finansowane bezpośrednio przez pacjenta, z kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (tj. środków publicznych⁶²), a także z innych środków np. darowizn. Powstanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zwiększa możliwości dostępności obywateli do świadczeń zdrowotnych, jednakże w przypadku korzystania ze świadczeń odpłatnych powoduje to obciążenie finansowe pacjentów. Niezależnie jednak podmioty te wykonują bardzo dużą ilość różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych często zmieniając ich zakres.

Ustawa o zoz wprowadza obowiązek rejestracji, po spełnieniu określonych wymogów, wszystkich zakładów, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Z uwagi na fakt, iż rejestr zakładów opieki zdrowotnej jest powszechnie dostępny dla obywateli, powinien być prowadzony, przez służby wojewodów, rzetelnie i na bieżąco weryfikowany odnośnie danych w nim zawartych. Ponadto wojewodowie, zgodnie z postanowieniami ustawy o zoz, posiadają kompetencje kontrolne⁶³ w stosunku do zakładów zarejestrowanych na terenie województwa, jednakże nadzór nad działalnością zakładów opieki zdrowotnej powinien być sprawowany przede wszystkim przez ich organy założycielskie, które mogą kontrolować zakłady w szerszym zakresie niż wojewodowie⁶⁴.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. W zakresie realizacji zadań przez wojewodów

3.2.1.1. Organizacja i przygotowanie do wykonywania ustawowych zadań

Organizacja oraz realizacja przez wojewodów zadań związanych z prowadzeniem rejestru zakładów opieki zdrowotnej była zróżnicowana. Na 9 skontrolowanych urzędów wojewódzkich, w 4 realizację ich prowadzono w ramach urzędu, tj. w województwach: łódzkim,

⁶¹ Informacja NIK z czerwca 2003 r. – nr ewidencyjny 93/2003/P/02/168/LWR, pt. „Wykorzystanie łóżek szpitalnych w świetle prawidłowości rozliczeń kosztów działalności placówek medycznych”.

⁶² Patrz – art. 5 pkt 6 i 9 ustawy z 26.11.1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.)

⁶³ Patrz – art. 65 ustawy o zoz.

⁶⁴ Patrz – art. 67 ustawy o zoz.

dolnośląskim, podkarpackim i wielkopolskim. Pozostali wojewodowie (kujawsko-pomorski, pomorski, warmińsko-mazurski, opolski i mazowiecki) wykorzystując upoważnienie wynikające z art. 33 ustawy o administracji rządowej w województwie⁶⁵, powierzyli prowadzenie omawianych spraw powołanym budżetowym jednostkom organizacyjnym, jakimi były podlegające wojewodom, wojewódzkie centra zdrowia publicznego, realizujące również pozostałe zadania z zakresu zdrowia (m.in. koordynacja i nadzór realizacji polityki zdrowotnej państwa na terenie województwa, kształcenie i doskonalenie zawodowe i doksztalcanie podyplomowe personelu medycznego i niemedycznego, prowadzenie sprawozdawczości statystycznej resortu zdrowia).

Z uwagi na fakt, iż wojewódzkie centra zdrowia publicznego w większości nie realizowały w sposób właściwy powierzonych zadań negatywnie należy ocenić wykorzystywanie tego upoważnienia do przekazywania tym jednostkom kontrolnych i decyzyjnych uprawnień należnych wojewodzie z mocy przepisów specjalnych - ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto ustawa ta w odniesieniu do uprawnień kontrolnych zakładów opieki zdrowotnej pod względem medycznym, które wojewoda może przekazać, ustala zamknięty katalog podmiotów⁶⁶. Zawęża się on m.in. do konsultantów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji, organów samorządów zawodów medycznych, państwowych uczelni medycznych i medycznych jednostek badawczo-rozwojowych. W konsekwencji oznacza to, że 5 wojewodów zrezygnowało z wykonywania ustawowych obowiązków⁶⁷ w zakresie kontroli zapewnienia prawidłowych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie skontrolowane jednostki powołały komórki organizacyjne zajmujące się prowadzeniem rejestrów zakładów opieki zdrowotnej, które zostały wyodrębnione w strukturach organizacyjnych oraz otrzymały stosowne zakresy zadań. Natomiast w odniesieniu do zadań związanych z kontrolami zakładów stwierdzono, że w 7 województwach (na 9 skontrolowanych) w strukturach organizacyjnych jednostek prowadzących kontrolę zoz, nie wyodrębniono działów kontroli lub komórek zajmujących się tymi zagadnieniami, łącząc prowadzenie rejestrów zakładów opieki zdrowotnej z prowadzeniem kontroli. Liczba pracowników wyznaczonych do wykonywania czynności kontrolnych nie przekraczała 3 pracowników, co w odniesieniu do liczby zarejestrowanych zoz należy uznać za niewystarczającą. Osoby przeprowadzające kontrole zoz pod względem medycznym muszą legitymować się wykształceniem medycznym i wykonywać zawód medyczny (art. 65 ust. 2 ustawy o zoz), tymczasem jedynie w 3 jednostkach (na 9 skontrolowanych), wśród osób kontrolujących zakłady opieki zdrowotnej byli pracownicy z wykształceniem medycznym, tj. w Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku – 1 magister pielęgniarstwa oraz po 1 lekarzu medycyny w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi i Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu.

⁶⁵ ustawa z 5.06.1998 r. o administracji rządowej w województwie (t.j. Dz.U. z 2001 r. Nr 80, poz. 872 ze zm.)

⁶⁶ Patrz – art. 66 ustawy o zoz.

⁶⁷ Patrz – art. 65 ustawy o zoz.

- ♦ *W Kujawsko-Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy czynności kontrolne w zakładach opieki zdrowotnej wykonywała tylko 1 osoba, przy liczbie 548 zarejestrowanych zoz. W Opolskim Centrum Zdrowia Publicznego kontrole w zoz od dnia 31 października 2003 r. przeprowadzało 2 pracowników prowadzących jednocześnie rejestr zoz, zaś w Opolskim Urzędzie Wojewódzkim do dnia 31 października 2003 r. nie było wyznaczonych pracowników do kontroli zoz, których było 365. Po 2 pracowników kontrolujących zakłady opieki zdrowotnej zatrudniano w Warmińsko-Mazurskim Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie (657 zoz) oraz w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie (594 zoz), zaś w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi (1087 zoz), Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu (1037 zoz), Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku (621 zoz) do kontrolowania zoz skierowano po 3 pracowników.*

Jedynie Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie oraz Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu we właściwy sposób zorganizowało swoje służby kontrolne, zarówno pod względem kadrowym jak i organizacyjnym.

- ♦ *W Wielkopolskim Centrum w Poznaniu w Dziale Kontroli zatrudnionych było łącznie 24 pracowników wykonujących kontrole zakładów, w tym 14 posiadało wykształcenie medyczne i wykonywało zawody medyczne (1638 zarejestrowanych zoz). Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie w Dziale Kontroli i Nadzoru zatrudniało 20 pracowników, z których 7 posiadało wykształcenie medyczne (1933 zoz).*

3.2.1.2. Rejestracja zakładów opieki zdrowotnej

3.2.1.2.1. Terminowość załatwiania wniosków o wpis do rejestru

Skontrolowane jednostki prowadzące rejestr zakładów opieki zdrowotnej otrzymały w latach 2003-2004 (I kwartał) 1.279 wniosków o rejestrację zakładów opieki zdrowotnej, z tego załatwiono 1.269 (99,2%). Najwięcej wniosków rozpatrzono w województwie kujawsko-pomorskim – 342, a najmniej w województwie opolskim – 33.

Terminowość załatwiania wniosków zakładów opieki zdrowotnej o wpis do rejestru była zróżnicowana. Na 9 skontrolowanych jednostek, jedynie Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu wszystkie składane wnioski załatwiał w terminie do 1 miesiąca. Tak wysoka skuteczność w rozpatrywaniu wniosków w województwie dolnośląskim wynikała m.in. z licznej (w porównaniu do innych jednostek) obsady kadrowej działu rejestru (6 pracowników, w tym 2 z wykształceniem medycznym) oraz nieobciążania tych pracowników innymi zadaniami niż prowadzenie rejestru. Sprawnie funkcjonowały także organy rejestrowe w 3 województwach: warmińsko-mazurskim, wielkopolskim oraz mazowieckim, gdzie wnioski o rejestrację załatwiono w terminie do 2 miesięcy.

W pozostałych 5 skontrolowanych województwach czas załatwiania składanych wniosków był już bardziej zróżnicowany.

- ♦ W Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie oraz w Kujawsko-Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy wskaźnik jednomiesięcznego terminu załatwienia wniosków wynosił odpowiednio 73,1%, 71,9%. W terminie do 2 miesięcy załatwiono po 24,7% wniosków, zaś pozostałe zostały ostatecznie załatwione w terminie do 3 miesięcy (ponad 2,2% wniosków).

Najgorsze wskaźniki terminowości załatwiania składanych wniosków odnotowano w 2 województwach, tj. w łódzkim oraz pomorskim.

- ♦ W Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim jedynie 38,6% decyzji o wpisie do rejestru wydano w terminie do 1 miesiąca od złożenia wniosku, w terminie do 2 miesięcy – 23%, w terminie do 3 miesięcy – 9,6%, a powyżej 3 miesięcy – 28,8% decyzji. Oznacza to, że 38,4% decyzji wydanych zostało po terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego, który stanowi, że załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jako przyczynę opóźnień podano, że wpływające wnioski były niekompletne, co powodowało, iż termin nie zawsze mógł być dotrzymany. W sytuacjach takich Urząd jednak nie wzywał wnioskodawców do usunięcia braków w terminie 7 dni, co należy ocenić jako działania nierzetelne.
- ♦ W Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku ustalono, że okres oczekiwania zakładu na rejestrację wynosił od kilku dni do 14 miesięcy. W terminie 1 miesiąca rozpatrzono 60,9% złożonych wniosków, a 39,1% w czasie od 2 do 14 miesięcy. Przyczyną przedłużeń procedury rejestracyjnej były przede wszystkim braki i błędy w dokumentacji składanej przez kierowników zakładów oraz zaniebdania pracowników, np. w przypadku zarejestrowania zakładu po 14 miesiącach, wezwanie do uzupełnienia wniosku, złożonego w dniu 24.09.2002 r., Centrum skierowało dopiero w dniu 04.08.2003 r., uruchamiając dalszą procedurę.

Przyczyn tak znacznych opóźnień w załatwianiu składanych wniosków należy upatrywać nie tylko po stronie wnioskodawców ale i w organizacji pracy osób prowadzących rejestry zoz. Ustalono bowiem, że w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim rejestr prowadziło 5 osób, z których 3 wykonywało jednocześnie inne czynności administracyjne w Urzędzie. Natomiast w Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku 3 osoby prowadzące rejestr zoz delegowane jednocześnie były do kontroli zakładów opieki zdrowotnej.

3.2.1.2.2. Prowadzenie rejestru zakładów opieki zdrowotnej

W ośmiu z dziewięciu skontrolowanych województw forma prowadzenia rejestru zakładów opieki zdrowotnej spełniała wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej⁶⁸, tj. rejestr prowadzony był w formie elektronicznej, zaś wydruki z niego tworzyły księgi rejestrowe zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie województwa – co świadczyło o dostępności danych rejestrowych i jawności zapisów. Negatywnie natomiast należy ocenić fakt, że w 6 województwach, na 9 skontrolowanych, organy rejestrowe nie prowadziły, równocześnie z analizą

⁶⁸ Dz.U. Nr 74, poz. 864.

dokumentacji dołączonej do wniosków o rejestrację, doraźnych działań kontrolnych weryfikujących, na miejscu w zakładzie, rzetelność złożonych dokumentów poprzez, np. wizytację pomieszczeń zakładu opieki zdrowotnej, w których planowane było udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz sprzętu i aparatury medycznej zainstalowanej w zakładzie. Nie prowadzono takich czynności w województwach: dolnośląskim, łódzkim, pomorskim, opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim, prowadzono natomiast w województwach: kujawsko-pomorskim, mazowieckim i podkarpackim, aczkolwiek nie w pełnym zakresie.

W siedmiu z dziewięciu kontrolowanych województw stwierdzono, że rejestry zakładów opieki zdrowotnej były prowadzone nierzetelnie, nie zawierały bowiem niektórych dokumentów warunkujących wpis do rejestru, np. opinii właściwego organu inspekcji sanitarnej dotyczącej spełnienia przez pomieszczenia i urządzenia zakładu obowiązujących wymagań fachowych i sanitarnych, dokumentu stwierdzającego prawo do użytkowania pomieszczeń przeznaczonych na zoz, aktu notarialnego o utworzeniu zakładu, oświadczenia kierownika zakładu o przejęciu obowiązków i potwierdzenia jego kwalifikacji zawodowych, co należy ocenić jako działanie niezgodne z prawem⁶⁹. W niektórych rejestrach stwierdzono także braki formalne dotyczące, np. niewłaściwej numeracji poszczególnych pozycji rejestru czy niewpisywanie wymaganych danych do rubryk w rejestrze (numery NIP, dane teleadresowe). Ponadto dyrektorzy 2 wojewódzkich centrów zdrowia publicznego (w Opolu i Warszawie) w nieprawidłowy sposób podpisywali wydawane przez siebie decyzje administracyjne, tj. używając własnych pieczęci imiennych bez przywołania upoważnienia wojewody. Działania powyższe należy uznać za nierzetelne. Jedynie w odniesieniu do rejestru zoz prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego oraz Łódzkiego nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. W pozostałych skontrolowanych województwach skala nieprawidłowości była zróżnicowana.

- ♦ *W Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu w 6 przypadkach (12% zbadanych) ustalono, iż dokumentacja rejestrowa prowadzona była nierzetelnie i z naruszeniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej⁷⁰. Nie zawierała bowiem niektórych dokumentów warunkujących wpis do rejestru, m.in. brak było wykazów osób wykonujących zawody medyczne, opinii organu inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu, dokumentu stwierdzającego uprawnienia zakładu do budynku lub lokalu, oświadczenia kierownika zakładu o przyjęciu obowiązków i dokumentów potwierdzających spełnienie przez niego wymagań związanych z tym stanowiskiem. W 2 innych przypadkach zarejestrowano zakład opieki zdrowotnej z inną strukturą organizacyjną gabinetów i poradni niż to wynikało z opinii sanitarnej. Nie stosowano jednolitych zasad związanych z rejestracją zakładów, ponieważ w jednym przypadku odmówiono rejestracji zakładu podając w uzasadnieniu, że jednostka nie spełnia określonych wymogów sanitarnych i technicznych, aby w mie-*

⁶⁹ Patrz – art. 13 ust. 1 ustawy o zoz w powiązaniu z art. 9-11 ustawy o zoz.

⁷⁰ Patrz – § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.08.2000 r. - Dz.U. Nr 74, poz. 864.

siąc później, na podstawie tej samej dokumentacji, zarejestrować jednak zoz. Ponadto z analizy rejestrów i protokołów kontroli przeprowadzonych w 10 zakładach opieki zdrowotnej wynikało, że w 5 z nich wystąpiły rozbieżności pomiędzy faktycznie udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi a wykazanymi w statucie i rejestrze zoz, a także braki w wymaganej aparaturze medycznej oraz bazie lokalowej.

- ◆ *W Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie na podstawie 50 losowo wybranych wniosków o rejestrację ustalono, że w 4 przypadkach (8%) zakłady zarejestrowano także z naruszeniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2000 r., w oparciu o niekompletną dokumentację (brak m.in. aktów utworzenia zakładu, wskazania kierownika zakładu), zaś Urząd nie występował pismem o uzupełnienie wymaganej dokumentacji. Z informacji uzyskanej z 10 wybranych zakładów opieki zdrowotnej wynikało jednocześnie, że w 4 z nich dane rejestrowe odnośnie liczby użytkowanej aparatury medycznej, zatrudnienia kadry medycznej, zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych były nieaktualne.*
- ◆ *W województwie pomorskim Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku przy rejestracji nowych wniosków nie przestrzegało obowiązku zachowywania kolejności numeracji składanych wniosków. Ponadto rejestr zoz był częściowo nieaktualny. Na 100 losowo wybranych zapisów stwierdzono, że były one niekompletne bądź nieaktualne – w 18 przypadkach brak było numerów Regon i NIP, a w 7 adnotacji o numerze księgi rejestrowej. Potwierdzeniem braku zgodności danych o zakładach w rejestrze zoz ze stanem faktycznym były również informacje uzyskane od 10 losowo wybranych zakładów, z których wynikało, że w 7 z 9 zakładów (które udzieliły odpowiedzi) dokonano zmian w zakresie danych rejestrowych.*

Przyczyną braku rzetelności w prowadzeniu rejestru zoz, a także rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej na podstawie niekompletnej dokumentacji, były zaniedbania pracowników oraz niesprawowanie kontroli funkcjonalnej przez osoby na stanowiskach kierowniczych, co należy ocenić jako postępowanie nierzetelne i nielegalne⁷¹.

Należy stwierdzić, że powstanie w administracji rządowej mechanizmów dopuszczających do sytuacji, w której możliwe było zarejestrowanie zakładów opieki zdrowotnej na podstawie niekompletnej dokumentacji, przy braku rzetelnej weryfikacji złożonych wniosków, z uchybieniem ustawowych terminów, kwalifikowało się do zjawisk i obszarów zagrożonych korupcją.

Na negatywną ocenę rzetelności rejestrów zoz miał wpływ także fakt, iż znaczna liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej do dnia 30 kwietnia 2001 r.⁷² nie dokonała aktualizacji swoich danych rejestrowych, zaś działania podejmowane przez organy rejestrowe w celu wyegzekwowania od zakładów koniecznych danych rejestrowych bądź ich wykreślenia z rejestru nie były w pełni skuteczne. Odpowiedzialność za powstanie tych nieprawidłowości spoczywała na kierownictwach skontrolowanych jednostek niesprawujących należytej kontroli nad podległymi pracownikami, którzy zaniedbywali swoje obowiązki, ponosząc za to

⁷¹ Patrz – art. 13 ust. 1 ustawy o zoz.

⁷² Patrz – § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.08.2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 864).

bezpośrednią odpowiedzialność. Na 9 skontrolowanych jednostek prowadzących rejestry zoz, w których zarejestrowanych było, na koniec I kwartału 2004 r. łącznie 8.480 zakładów opieki zdrowotnej, stwierdzono, że 315 zakładów (3,7% zarejestrowanych) nie dokonało jeszcze aktualizacji danych. Jedynie Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu oraz Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie zaktualizowały dane rejestrowe zakładów opieki zdrowotnej, zaś w pozostałych przypadkach stwierdzono, że liczba zakładów, które nie przedłożyły jeszcze wymaganych wniosków wynosiła od około 5% w województwie opolskim i kujawsko-pomorskim do blisko 16,2% w województwie dolnośląskim.

- ◆ *W Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu stwierdzono, że liczba zakładów, które nie przedłożyły wymaganych wniosków na dzień 31 marca 2004 r. wynosiła 168 (16,2 % zarejestrowanych zoz), w tym 42 samodzielne publiczne zoz i 126 niepublicznych zoz. Oddział ds. Zdrowia, (poza 2 pismami skierowanymi do zoz w lutym i październiku 2002 r.) nie podejmował przez okres 2 lat, skutecznych działań w celu wyegzekwowania od jednostek uaktualnienia wpisu zmian w rejestrze, bądź ich wyrejestrowania.*
- ◆ *W województwie pomorskim w 2003 r. jeszcze 70 zoz (11,3% zarejestrowanych) nie dokonało aktualizacji danych rejestrowych. W efekcie wysyłanych do zoz pognagłeń przez Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku niezbędną dokumentację przysłało 55 zoz, natomiast 15 zakładów (2,4% zarejestrowanych), do dnia zakończenia kontroli, nie posiadało uzupełnionych danych rejestrowych.*
- ◆ *W Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie, na dzień zakończenia kontroli NIK, 39 zakładów opieki zdrowotnej (6,5% zarejestrowanych) nie złożyło jeszcze wniosków o aktualizację danych rejestrowych. Organ rejestrowy w dniu 22 listopada 2000 r. wystosował tylko 1 pismo do wszystkich niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej o konieczności dokonania aktualizacji danych do dnia 30 kwietnia 2001 r., pomijając w tej informacji publiczne zoz – wychodząc z założenia, że niepubliczne zoz pozbawione są właściwej obsługi prawnej.*

W 5 województwach, na 9 skontrolowanych, jednostki prowadzące rejestry nierzetelnie kontrolowały prawdziwość danych w nich ujętych, zaniedbując tym samym wykonanie obowiązków i uprawnień wynikających z art. 15 ustawy o zoz, a dotyczących wykreślenia z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, w całym zakresie lub w części ich działalności, która przestała odpowiadać obowiązującym wymaganiom.

Prawidłowo czyniły to 4 województwa (warmińsko-mazurskie, pomorskie, mazowieckie, wielkopolskie), gdzie weryfikacja danych rejestrowych przebiegała skutecznie, przynosząc efekty w postaci wykreślenia z rejestru zakładów, które nie podejmowały działalności lub nie przedkładały aktualnych danych rejestrowych – chociaż i w tych przypadkach stwierdzono uchybienia dotyczące terminowości podjęcia działań przez organ rejestrowy. Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie z rejestru wykreśliło 15 zakładów opieki zdrowotnej. Podstawą wykreślenia było przede wszystkim niedopełnienie obowiązku złożenia wpisu w zakresie zmian danych rejestrowych (60%), niepodjęcie działalności w terminie (20%), nie złożenie w ustalonym terminie aktualnych dokumentów odnośnie prawa do lokalu i opinii organu sani-

tarnego (13,3%). W 9 przypadkach, przed zawiadomieniem o wszczęciu postępowania o wykreślenie zakładu, Centrum przeprowadziło kontrole w tych jednostkach. Jednakże w stosunku do 6 zakładów wezwania do uzupełnienia dokumentów wystosowano dopiero po upływie od 5 do 12 miesięcy po przeprowadzeniu kontroli.

- ♦ W województwie pomorskim, w niektórych przypadkach wykreślenia zakładu z rejestru zoz, procedura trwała bardzo długo. Ustalono, że Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku z rejestru zoz wykreśliło 68 zakładów, przy czym w 59% przypadków wykreślenie nastąpiło po upływie 2 do 5 lat od zakończenia działalności przez Zakład.

W pozostałych województwach nie korzystano z ustawowych uprawnień⁷³ do wykreślenia z rejestru tych zakładów opieki zdrowotnej, które pomimo wezwań organu rejestrowego nie uzupełniały wymaganych rejestrem dokumentów, co należy ocenić negatywnie, naruszając tym samym kryterium legalności działania.

- ♦ W województwie podkarpackim, mimo informacji powziętych po przeprowadzonych kontrolach, organ rejestracyjny przez okres ponad 12 miesięcy nie podjął żadnych działań w stosunku do 8 zakładów, które nie funkcjonowały pod wskazanymi adresami lub w ogóle nie podjęły działalności medycznej. Ponadto w stosunku do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Krośnie (zarejestrowanego w dniu 12.11.1998 r.) ustalono, że Ośrodek ten nigdy nie podjął działalności, był ujęty w rejestrze od ponad 5 lat, zaś do dnia zakończenia kontroli organ rejestrowy nie wyznaczył nawet terminu podjęcia działalności przez ten zakład.
- ♦ W województwie kujawsko-pomorskim, pomimo istniejących okoliczności wskazujących na naruszenia przez niektóre zakłady opieki zdrowotnej przepisów ustawowych, Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy w ogóle nie podejmowało działań nadzorczych wynikających z art. 15 ustawy o zoz.
- ♦ W województwie łódzkim organ rejestrowy podjął działania tylko w odniesieniu do 1 zakładu, który w efekcie został wykreślony z rejestru zoz z powodu stwierdzenia ponownych uchybień w funkcjonowaniu jednostki. Jednakże dopiero w trakcie kontroli NIK, skierowano kolejne upomnienia do 82 zakładów, które nie odpowiadały na pierwsze wezwania z lat 2001-2002 o uzupełnienie danych rejestrowych, stwierdzając, że 7 zakładów opieki zdrowotnej nadal zarejestrowanych w rejestrze zoz już nie funkcjonuje pod wskazanymi adresami.

3.2.1.3. Nadzór nad realizacją powierzonych zadań i kontrola zakładów opieki zdrowotnej

Niewłaściwie sprawowany był nadzór przez wojewodów nad realizacją zadań powierzonych wojewódzkim centrom zdrowia publicznego. W 5 urzędach wojewódzkich⁷⁴, które przekazały uprawnienia do prowadzenia rejestru zoz, kontrola i nadzór nad tą działalnością

⁷³ Patrz – art. 15 ustawy o zoz.

⁷⁴ Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku, Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie, Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu, Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie (zadania przypisane do Gabinetu Wojewody).

określone były w regulaminach organizacyjnych dla wydziałów polityki społecznej. Natomiast w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie zadania dotyczące kontroli i nadzoru nad funkcjonowaniem Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie przypisano do właściwości Gabinetu Wojewody. Zapisy w tym zakresie w regulaminach urzędów wojewódzkich w niedostateczny sposób organizowały nadzór i kontrolę, ponieważ ograniczały się jedynie do lakonicznych zapisów o „nadzorze nad działalnością merytoryczną Centrum” lub „nadzorze i kontroli spraw powierzonych do realizacji Centrum”. Wyjątkiem w tym względzie był Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego, w którym nie stwierdzono nieprawidłowości w sprawowaniu nadzoru i kontroli nad działalnością Warmińsko-Mazurskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie. W konsekwencji nadzór i kontrola 4 pozostałych wojewodów nad powierzonymi zadaniami wykonywane były nierzetelnie i nieefektywnie.

- ◆ *Podstawowym źródłem informacji, dla Wojewody Kujawsko-Pomorskiego w Bydgoszczy, o sposobie realizacji powierzonych zadań, były sprawozdania miesięczne i roczne informujące o ilości wpływających i załatwianych przez Centrum spraw, przedkładane Dyrektorowi Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego. Jednakże w Wydziale tym sprawy służby zdrowia nie zostały przypisane do żadnej z komórek organizacyjnych, jak również do żadnego stanowiska pracy, a tym samym w rocznych planach kontroli nie były uwzględniane kontrole realizacji zadań przez Centrum.*
- ◆ *Wojewoda Opolski nie określił zasad oraz nie sprawował kontroli nad działalnością Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w zakresie prawidłowości wykonywania przez Centrum powierzonych zadań dotyczących rejestracji zakładów opieki zdrowotnej. Nadzór ograniczał się do przyjmowania składanych przez dyrektora Centrum półrocznych sprawozdań, bez dokonywania analiz lub ocen tych sprawozdań. Podobnie sprawowany był nadzór przez Wojewodę Mazowieckiego*

Szczegółne nieprawidłowości w zakresie sprawowania nadzoru i kontroli nad powierzonymi zdaniami stwierdzono w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku, gdzie zastępca dyrektora Wydziału Polityki Społecznej był jednocześnie dyrektorem Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku i zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego urzędu wojewódzkiego był odpowiedzialny za nadzór i kontrolę nad jednostką, którą kierował. **W tym przypadku, ze względu na przypisanie tak szerokiego zakresu zadań i kompetencji jednej osobie, nie rozdzielenie czynności przygotowawczych, sprawdzających, dokumentacyjnych, decyzyjnych i kontrolnych, doszło do powstania obszarów i mechanizmów korupcyjnych.**

Negatywnie ocenić należy także wywiązywanie się służb wojewodów z zadań kontrolnych w stosunku do zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej, przewidzianych dla wojewodów w ustawie o zoz⁷⁵. Zadania te nie były wykonywane albo wykonywano je w bardzo ograniczonym zakresie. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono ogółem 991 kontroli

⁷⁵ Patrz – art. 65 ustawy o zoz.

(obejmując średnio 11,6% wszystkich zarejestrowanych zakładów), które ograniczały się jedynie do wizytacji (ogłędzin) pomieszczeń i urządzeń oraz badania aktualności i kompletności danych objętych rejestrem zoz, co należy ocenić jako niewystarczające. Realizując zadania nawet w tak ograniczonym zakresie w 6 województwach kontrolami objęto znikomą liczbę zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej.

- ◆ W 2003 r. w województwie opolskim przeprowadzono jedynie 3 kontrole (0,8% zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej), podczas gdy w I kwartale 2004 r. (po reorganizacji funkcjonowania kontroli w województwie) skontrolowano już 49 zakładów (13,4% zarejestrowanych). Niski wskaźnik objęcia kontrolami zakładów opieki zdrowotnej stwierdzono również w województwie pomorskim, w którym przeprowadzono 6 kontroli zoz, tj. 0,9% zarejestrowanych. W województwie łódzkim przeprowadzono 14 kontroli zakładów – co stanowiło jedynie 1,7% zarejestrowanych zoz. W kolejnych trzech województwach, tj. kujawsko-pomorskim (18 kontroli), podkarpackim (16 kontroli), dolnośląskim (20 kontroli), kontrolami objęto odpowiednio zaledwie 2,2%, 2,7%, 2,8% zarejestrowanych zakładów.

Lepiej w tym względzie przedstawiała się sytuacja w 3 pozostałych województwach, gdzie kontrolami objęto większą liczbę zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej.

- ◆ Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie w 2003 r. przeprowadziło łącznie 81 kontroli zakładów opieki zdrowotnej, tj. 13,4% wszystkich zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej z terenu województwa.
- ◆ W województwie wielkopolskim zadania z zakresu kontroli zakładów opieki zdrowotnej realizowane były przez Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu, które w 2003 r. przeprowadziło 216 kontroli zakładów opieki zdrowotnej, tj. 14,8% zarejestrowanych zakładów, zaś w I kwartale 2004 r. – 72 kontrole.
- ◆ Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie w badanym okresie przeprowadziło ogółem 496 kontroli zakładów opieki zdrowotnej, w tym w 2003 r. – 396 (20,5% zarejestrowanych zoz) oraz w I kwartale 2004 r. – 100 kontroli.

Ponadto w 7 województwach (na 9 skontrolowanych) nie przeprowadzono żadnej kontroli zakładów opieki zdrowotnej w zakresie prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych. Kontrole pod względem medycznym wykonywano jedynie w województwie warmińsko-mazurskim oraz mazowieckim. Przyczyny niewykonywania kontroli medycznych zakładów opieki zdrowotnej wynikały – jak podano – głównie ze względów kadrowych (ograniczona liczba lub brak pracowników z wykształceniem medycznym).

Podkreślić należy, że mimo takiej sytuacji wojewodowie posiadając możliwości wynikające z ustawy o zoz⁷⁶, nie zlecali przeprowadzenia zarówno jednorazowych kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym, jak i kontroli prowadzonych w sposób ciągły np. organom samorządów zawodów medycznych, medycznemu towarzystwom naukowemu, państwowym uczelniom medycznym. Jedynie w 2 województwach (łódzkim i kujawsko-

⁷⁶ Patrz – art. 66 ustawy o zoz.

pomorskim), w ograniczonym zakresie, zlecono przeprowadzenie kontroli w zakładach opieki zdrowotnej.

Wojewodowie nie korzystali też z ustawowych możliwości włączenia do kontroli zakładów opieki zdrowotnej w zakresie spraw medycznych wojewódzkich konsultantów medycznych⁷⁷. W 9 skontrolowanych województwach, wojewodowie powołali łącznie 650 wojewódzkich konsultantów medycznych, przy czym w 4 województwach⁷⁸, wojewodowie nie zlecali przeprowadzenia kontroli w zakładach opieki zdrowotnej wojewódzkim konsultantom medycznym. W 5 województwach⁷⁹ 42 konsultantów (6,4% wszystkich powołanych) zlecano wprowadzić przeprowadzenie kontroli ale dotyczyły one innych (nie medycznych) kwestii jak: wydania opinii dotyczących spełnienia przez zoz określonych warunków do realizacji świadczeń zdrowotnych lub kontroli postępowań w sprawie wpisu do rejestru zoz., przy czym w 43 przypadkach nie zdołano wyegzekwować od konsultantów materiałów pokontrolnych, co należy ocenić jako działania nierzetelne.

- ◆ *W województwie kujawsko-pomorskim wojewoda powołał 69 wojewódzkich konsultantów medycznych, którzy wydali łącznie 45 opinii dotyczących spełnienia przez zakład opieki zdrowotnej warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w 35 prowadzonych postępowaniach w sprawie wpisu do rejestru zakładu opieki zdrowotnej lub wpisu zmian w rejestrze (11,3% ogółu prowadzonych postępowań rejestracyjnych, których w badanym okresie było 309).*
- ◆ *Wojewoda warmińsko-mazurski, pomimo że powołał aż 74 konsultantów, to w I kw. 2004 r. tylko jeden konsultant wojewódzki, w dziedzinie medycyny ratunkowej, był wykorzystany do przeprowadzenia kontroli 12 szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa.*
- ◆ *W województwie łódzkim na 71 powołanych konsultantów wojewódzkich jedynie 6 przeprowadziło kontrole w 17 zakładach opieki zdrowotnej. Jednakże tylko z 6 kontroli zoz, konsultanci wojewódzcy przekazali wojewodzie swoje ustalenia, w pozostałych przypadkach nie ujawniali wyników kontroli, nie przekazywali protokołów pokontrolnych, nie składali informacji o wydanych wnioskach i zaleceniach.*

3.2.1.4. Załatwianie skarg w zakresie służby zdrowia

W skontrolowanych województwach (z wyjątkiem dolnośląskiego) terminowość załatwiania skarg dotyczących służby zdrowia nie budziła zastrzeżeń. W latach 2003-2004 (I kw.), w województwach objętych kontrolą, obywatele skierowali łącznie 137 skarg dotyczących funkcjonowania służby zdrowia (105 skarg w 2003 r. oraz 32 w I kwartale 2004 r.), z których 121 zostało załatwionych (88,3%), zaś 16 było w trakcie rozpatrywania. Organy rozpatrujące skargi uznały w swoich rozstrzygnięciach, że 43 skargi były zasadne (31,3% złożonych skarg). Treść skarg dotyczyła przede wszystkim niewłaściwej jakości udzielanych

⁷⁷ Patrz – art. 66a ustawy o zoz

⁷⁸ województwa: pomorskie, opolskie, podkarpackie, mazowieckie,

⁷⁹ województwa: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, łódzkie.

świadczeń zdrowotnych, braku dostępności do wybranych lekarzy-specjalistów, niewłaściwej pracy lekarzy w poz – łącznie 35% skarg. W następnej kolejności skargi dotyczyły: utrudnień w dostępie i refinansowaniu zakupów sprzętu rehabilitacyjnego – 19,7%, likwidacji placówek służby zdrowia – 13,1%, odwołań od orzeczeń lekarskich – 10,9%, skarg pracowników służby zdrowia na dyrekcje zakładów opieki zdrowotnej – 9,4%, inne – 7,2%. Kontrola wykazała, że w 3 województwach wystąpiły jednak uchybienia w zakresie przyjmowania i ewidencjonowania skarg.

- ◆ *W województwie dolnośląskim w nieprawidłowy sposób funkcjonował system ewidencjonowania skarg i wniosków, gdyż w latach 2003-2004 (I kw.) do Wydziału Polityki Zdrowotnej Urzędu wpłynęły 54 skargi i wnioski, które nie zostały zaewidencjonowane w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym przez wymieniony Wydział i w rezultacie nie zgłoszone do Centralnego Rejestru Skarg prowadzonego w Gabinetie Wojewody. W związku z powyższym w sporządzonej analizie zbiorczej skarg rozpatrzonych w roku 2003 i załatwionych przez Urząd brak było łącznie 41 skarg. Ponadto w Urzędzie tym stwierdzono, że skarga z 2003 r. dotycząca zgonu w gabinecie stomatologicznym (niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej) 15-letniej pacjentki podczas znieczulenia ogólnego w trakcie wykonywania zabiegu stomatologicznego była rozpatrywana opieszale przez ponad 8 miesięcy, przy czym świadczenie to wykonywano bez uprzedniego wpisu do rejestru zoz, co należy ocenić jako działanie nielegalne.. W tej sytuacji Wojewoda wykreślił Zakład z rejestru w dniu 21 maja 2004 r. oraz skierował wniosek do sądu o ukaranie osób odpowiedzialnych.*
- ◆ *W województwie kujawsko-pomorskim stwierdzono liczne przypadki przekazywania skarg do innych jednostek obywateli kierowanych do Wojewody na działalność zakładów opieki zdrowotnej. Na 11 otrzymanych do załatwienia skarg tylko 4 z nich, dot. zmian w organizacji zoz i zmiany kierownika, rozpoznane zostały we własnym zakresie, natomiast pozostałych 7 skarg, w tym m.in. również skargi na niewłaściwe świadczenie usług medycznych oraz na nierealizowanie przez zoz ustawowego obowiązku wydawania dokumentacji medycznej, kierowane były wg uznania dalej, do organów założycielskich tych jednostek, Narodowego Funduszu Zdrowia, względnie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub nawet do jednostek, których dotyczyła skarga.*

3.2.2. W zakresie przestrzegania przez zakłady opieki zdrowotne postanowień i wymogów rejestrowych

3.2.2.1. Uregulowania formalno-prawne funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej

W 33 zakładach opieki zdrowotnej (70,2%), na 47 skontrolowanych, stwierdzono różne nieprawidłowości w odniesieniu do zagadnień organizacyjnych. W 16 zakładach (34%) stwierdzono m.in. nieaktualność zapisów statutów, które nie odzwierciedlały faktycznej organizacji jednostki lub też nie spełniały wymagań określonych w ustawie o zoz⁸⁰ (nie określano

⁸⁰ Patrz – art. 11 ustawy o zoz.

celów i zadań jednostki, formy gospodarki finansowej, struktury organizacyjnej). W 32 skontrolowanych zakładach (68,1%) brakowało regulaminu porządkowego lub sporządzono go w formie nieodpowiadającej wymogom określonym w ustawie o zoz⁸¹ (nie określono praw i obowiązków pacjenta, postępowania w razie śmierci pacjenta, współpracy między zakładami, zakresów zadań pracowników).

- ◆ *Kierownik Niepublicznego ZOZ „EL-MED” w Otmuchowie nie sporządził regulaminu porządkowego zakładu ponieważ, jak wyjaśnił, stanowiłoby to niepotrzebne powielanie postanowień zawartych w umowach kontraktowych podpisywanych z b.Opolską Regionalną Kasą Chorych oraz Narodowym Funduszem Zdrowia.*
- ◆ *W Statucie Niepublicznego ZOZ „EPOKA” w Żninie nie wyszczególniono 11 funkcjonujących komórek organizacyjnych (m.in. gabinetów medycyny szkolnej, poradni neurologii dziecięcej, poradni rtg stomatologiczne). W regulaminie porządkowym nie zawarto organizacji i zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu.*
- ◆ *Statut Niepublicznego ZOZ „SALVE” w Łodzi nie określał struktury organizacyjnej zakładu oraz jego zakresu działania. Ponadto Zakład funkcjonował bez formalnie powołanego kierownika – właściciele jednostki kolegialnie podejmowali decyzje – co stanowiło naruszenie postanowień ustawy o zoz. Jednocześnie nie opracowano regulaminu porządkowego, co wyjaśniano „historycznym brakiem takiej konieczności, nikt nie żądał przedłożenia takiego dokumentu”.*

Zakłady opieki zdrowotnej nagminnie nie przestrzegały ustawowego⁸² obowiązku zgłoszenia organowi prowadzącemu rejestr wszelkich zmian stanu faktycznego i prawnego. Tylko 13 zakładów (27,6%), na 47 skontrolowanych, terminowo zgłaszało zmiany w organizacji zakładu. Pozostałe 34 zakłady (72,4%) zmiany w organizacji jednostki zgłaszały organowi rejestrowemu z naruszeniem 14-dniowego terminu (25 zoz, tj. 53,2%) lub nie zgłaszały w ogóle (26 zoz, tj. 55,3%).

- ◆ *Szpital Powiatowy w Strzelinie od momentu rejestracji w dniu 27 września 2001 r. w ogóle nie zgłosił organowi rejestrowemu 14 zmian stanu organizacyjnego, np. likwidacji stanowisk i komórek obsługowych, czy zmian personalnych.*
- ◆ *Organizacja SP ZOZ w Rypinie nie była w pełni zgodna z dokumentacją rejestrową. W Zakładzie od stycznia 2004 r. funkcjonowała nowa jednostka organizacyjna, Ośrodek Zdrowia w Kikole, o wpisanie której do rejestru Zakład wystąpił dopiero dnia 16 kwietnia 2004 r. W przypadku pozostałych zmian organizacyjnych jednostka składała wnioski o uaktualnienie danych rejestrowych z opóźnieniem ponad 12 miesięcy od wystąpienia zmiany.*
- ◆ *SP ZOZ w Nowym Dworze Gdańskim nie przestrzegał terminów zgłoszenia organowi rejestrowemu wprowadzonych zmian organizacyjnych, ponieważ wnioski składane były po 7 miesiącach od zmiany Statutu i zmian w organizacji Zakładu.*

⁸¹ Patrz – art. 18a ustawy o zoz.

⁸² Patrz – art. 14 ust. 1 ustawy o zoz.

W 26 skontrolowanych zakładach opieki zdrowotnej (55,4%) zmieniono zakres udzielania świadczeń zdrowotnych przed zgłoszeniem tego faktu do organu rejestrowego lub też w ogóle nie poinformowano organu rejestrowego o tym fakcie, czym naruszono art. 14 ust. 2 ustawy o zoz. Zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych spowodowana była przede wszystkim likwidacją bądź utworzeniem nowych poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych, jednostek organizacyjnych (np. laboratoriów analitycznych, pracowni diagnostycznych).

- ◆ *Szpital Powiatowy w Kętrzynie zmienił zakres świadczeń zdrowotnych poprzez likwidację pracowni serologicznej, pracowni mikrobiologii i cytologii, utworzenie zespołu wyjazdowego ratownictwa medycznego – we wszystkich tych przypadkach zwłoka w terminie wprowadzenia zmian do rejestru zakładów wynosiła od 30 dni do 82 dni.*
- ◆ *Szpital Powiatowy w Piotrkowie Trybunalskim nie zgłosił organowi rejestrowemu faktu zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w 6 jednostkach organizacyjnych (ośrodkach zdrowia, poradniach). Ponadto nie zgłoszono ograniczenia działalności medycznej (zmniejszenia liczby łóżek) na oddziałach ginekologiczno-położniczym, chirurgicznym i urologicznym.*
- ◆ *Niepubliczny ZOZ „ESKULAP” w Praszcze przed rozpoczęciem w dniu 6 stycznia 2004 r. udzielania świadczeń zdrowotnych w nowoutworzonej Poradni Zdrowia Psychicznego, nie zgłosił tego faktu organowi rejestrowemu. Nie zgłoszono również faktycznie funkcjonujących w Zakładzie pracowni USG i sterylizacji.*
- ◆ *SP ZOZ w Lipsku udzielał świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej nie zgłaszając tego faktu organowi rejestrowemu, zaś dopiero po upływie 14 miesięcy zgłoszono uruchomienie nowego oddziału długotrwałej opieki psychiatrycznej. Natomiast w przypadku poradni stomatologicznej w ogóle nie poinformowano organu o zaprzestaniu od dnia 1.01.2004 r. udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.*

Stwierdzone w zakładach opieki zdrowotnej nieprawidłowości w zakresie uregulowań formalno-prawnych i organizacyjnych wynikały z zaniedbań obowiązków pracowniczych, jak też braków w nadzorze ze strony kierownictw kontrolowanych jednostek i stanowiły naruszenie zasad legalnego działania.

3.2.2.2. Stan bazy lokalowej

Kontrola wykazała, że w 26 zakładach (55,3% skontrolowanych) nie zapewniono pacjentom i pracownikom odpowiednich warunków sanitarno-technicznych co stanowiło naruszenie postanowień określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r.⁸³ Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej nadmiernego

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 366 ze zm.).

zagęszczenia łóżek szpitalnych w salach chorych i braku swobodnego dostępu do łóżek chorych z trzech stron (15 zakładów - 29,8%). Ponadto w 18 skontrolowanych zakładach (38,3%) stwierdzono nieprawidłowości w zakresie m.in. braku wind oraz wejść dla niepełnosprawnych, niewłaściwej lokalizacji izb przyjęć, rejestracji, pomieszczeń socjalnych dla personelu. W 4 zakładach (8,5%) wystąpiły również uchybienia w zakresie zachowania odpowiedniej czystości i stanu sanitarnego obiektów oraz pomieszczeń.

- ◆ *W SP ZOZ w Stalowej Woli w wyniku oględzin 88 pomieszczeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że 66 nie spełniało odpowiednich warunków sanitarno-technicznych (w 52 pomieszczeniach nie wyłożono ścian glazurą do odpowiedniej wysokości, w 8 - brak było wentylacji, w 4 - umywalek z ciepłą i zimną wodą).*
- ◆ *W Niepublicznym ZOZ w Praszcze stwierdzono m.in., że przy szatni dla personelu nie było węzła sanitarnego oraz kabiny higieny osobistej dla zatrudnionych w Zakładzie kobiet, budynek Zakładu (2 kondygnacje) nie posiadał dźwigu, poradnia dla kobiet była usytuowana na piętrze budynku, zamiast na parterze, ponadto nie posiadała wymaganego połączenia z kabinami higieny osobistej, nie wydzielono też węzła sanitarnego dla dzieci chorych.*
- ◆ *W Szpitalu Powiatowym w Strzelinie wykazano brak wentylacji w salach chorych, a przede wszystkim w salach operacyjnych i salach szczególnego nadzoru. Nieprawidłowo na III piętrze, zamiast na parterze, zlokalizowano oddział pediatryczny. Również w drugim budynku, gdzie znajdował się oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy, stwierdzono podobne nieprawidłowości oraz dodatkowo brak wind. W większości sal, gdzie przebywali chorzy, nie zabezpieczono dostępu do chorego z trzech stron. Zlokalizowana w przyziemiu sterylizatornia nie posiadała bezpośredniego połączenia z salami operacyjnymi poprzez dwa dźwigi tzw. brudny i czysty.*

Przyczyną nieprawidłowości w zakresie stanu technicznego bazy lokalowej zakładów był przede wszystkim brak środków finansowych na przeprowadzenie prac remontowych, zaś w przedmiocie nieprawidłowości stanu sanitarnego – zaniedbania w zakresie bieżącego utrzymania czystości w obiektach oraz brak rzetelnego nadzoru ze strony kierownictw zakładów nad wykonywaniem tych zadań.

W 23 zakładach (na 47 skontrolowanych) stwierdzono naruszenia przepisów Prawa budowlanego⁸⁴ w odniesieniu do utrzymania obiektów w należytych stanie technicznym. W 21 jednostkach (44,7%) ujawniono bowiem zaniedbania w zakresie kompletności przechowywanej dokumentacji użytkowanych obiektów, a także założenia i rzetelnego prowadzenia ksiąg obiektów budowlanych⁸⁵. W 19 skontrolowanych zakładach (40,4%) stwierdzono zaniechanie dokonywania corocznych kontroli stanu technicznej sprawności elementów budynków, budowl i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy podczas ich użytkowania, a także instalacji gazowych i przewodów kominowych⁸⁶. Należy przy tym zaznaczyć, że niespełnienie po-

⁸⁴ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane –t.j. Dz.U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016.

⁸⁵ Patrz – art. 64 ust. 1 Prawa budowlanego.

⁸⁶ Patrz – art. 62 ust. 1 Prawa budowlanego.

wyższych obowiązków jest zagrożone karą grzywny, na mocy art. 93 pkt 8 i 9 Prawa budowlanego.

- ◆ *W Niepublicznym ZOZ „MEDIQ” w Legionowie, na skutek braku porozumienia współwłaścicieli budynku, w ogóle nie prowadzono książki obiektu budowlanego i nie przeprowadzano okresowych kontroli stanu technicznego elementów budynku. Jednocześnie kontrola stwierdziła w tym obiekcie, w pomieszczeniach służących do wykonywania świadczeń zdrowotnych brak wind i wymaganej liczby okien w gabinecie zabiegowym.*
- ◆ *SP ZOZ w Mogilnie nie prowadził ksiąg obiektu budowlanego dla wszystkich 22 administrowanych budynków. W 19 obiektach (67,8% wszystkich obiektów) znajdujących się w Mogilnie, Strzelnie i Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Markowicach, nie przeprowadzano okresowych kontroli, co najmniej raz w roku, polegających na sprawdzeniu stanu technicznego elementów budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne. W 13 obiektach na terenie Mogilna i Strzelna (59% ogółu obiektów), w okresie od 1 stycznia 2003 r. do 19 maja 2004 r. nie dokonywano okresowych kontroli stanów instalacji elektrycznej i piorunochronnej.*
- ◆ *Niepubliczny ZOZ „SPEKTRUM” we Wrocławiu wprawdzie posiadał książkę obiektu budowlanego, jednakże w dokumencie tym nie był odnotowany przegląd stanu technicznego obiektu. Jednocześnie ustalono, że przegląd ten nie obejmował swoim zakresem instalacji gazowych, zaś kontrola przewodów kominowych (dymowych, spalinowych i wentylacyjnych) została przeprowadzona przez osobę nie posiadającą stosownych uprawnień zgodnie z wymogami art. 62 Prawa budowlanego.*

Występowanie w skontrolowanych zakładach nieprawidłowości w zakresie naruszeń postanowień ustawy – Prawo budowlane wynikało przede wszystkim z zaniedbań w realizacji zadań przez służby techniczne zakładów i braku nadzoru ze strony kierownictw (samodzielne publiczne zoz) oraz nieznajomości przepisów (niepubliczne zoz) i stanowiło naruszenie zasad rzetelnego i legalnego działania.

3.2.2.3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

W 17 zakładach opieki zdrowotnej (36,1%), na 47 skontrolowanych, wystąpiły nieprawidłowości i uchybienia związane z użytkowaniem aparatury medycznej. Stwierdzone nieprawidłowości polegały przede wszystkim na tym, iż zainstalowane i użytkowane urządzenia nie posiadały stosownych oznaczeń CE, odpowiednich certyfikatów i atestów⁸⁷. Należy zaznaczyć, że wprowadzenie do używania wyrobu medycznego bez certyfikatów dopuszczeniowych jest zagrożone karą grzywny, karą ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2⁸⁸. Nie wykonywano również niezbędnych przeglądów technicznych lub też wykonywano je zbyt rzadko. Ponadto w 1 zakładzie wystąpiły także nieprawidłowości w za-

⁸⁷ Patrz – art. 78 ustawy z dnia 27.07.2001 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 126, poz. 1380 ze zm.).

⁸⁸ Patrz – art. 36 ustawy z dnia 27.07.2001 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 126, poz. 1380 ze zm.), a po dniu 1 maja 2004 r. – art. 78 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 93, poz. 896),

kresie niestosowania procedur przewidzianych w ustawie o zamówieniach publicznych⁸⁹ przy zakupie sprzętu, wyposażenia i sterylizacji na łączną kwotę 352 tys. zł (Mazurskie Centrum Zdrowia „Pro-Medica” w Ełku), co należy ocenić jako działanie nielegalne. Kontrola wykazała przy tym, że zakłady zgłaszające oferty do NFZ na finansowanie usług zdrowotnych nierzetelnie informowały, że posiadany sprzęt i aparatura medyczna mają wymagane atesty i certyfikaty, co było nieprawdą.

- ◆ *W Szpitalu Rejonowym w Piotrkowie Trybunalskim na 83 użytkowane urządzenia i aparaty medyczne, 50 nie posiadało atestów, a 62 - ważnych przeglądów.*
- ◆ *W Niepublicznym ZOZ „DIAGNOZA” w Łodzi nie przeprowadzano przeglądów i konserwacji użytkowanego przez Zakład sprzętu i aparatury medycznej, pomimo że np. aparat do terapii ultradźwiękami „Ultraton” wyprodukowany został w 1973 r., a aparat do terapii prądem stałym i prądami niskiej częstotliwości „Stymat S-210” – w 1980 r. Ponadto do wielu aparatów nie było instrukcji obsługi (np. do „Diamatu G-110”, „Parafinostatu”, „Magnetronica MF 10”, „Interdynu”, czy „Ergometru”). Jednakże składając w dniu 5 kwietnia 2004 r. ofertę na realizację w 2004 r. świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, Zakład poinformował NFZ, że aparatura przeznaczona do realizacji tych świadczeń pochodzi z lat 1995-1998, posiada atesty oraz jest serwisowana.*
- ◆ *W Szpitalu Powiatowym w Strzelinie ze 126 urządzeń i aparatów medycznych mających bezpośredni wpływ na jakość świadczeń zdrowotnych, 100 urządzeń i aparatów nie posiadało znaków zgodności lub świadectw dopuszczenia. Nadmienić należy, iż dotyczyło to takich urządzeń i aparatów, jak na przykład: diatermia, rektoskop, pompa infuzyjna i lampy bezcieniowe w sali operacyjnej, pompy infuzyjne i aparat do monitorowania oddechu, defibrylatory i aparaty do EKG, USG, aparatura do znieczulenia, kardiomonitor, ogrzewacz noworodków, inkubatory, aparat elektrochirurgiczny. Jednocześnie Szpital w ofercie kierowanej do Narodowego Funduszu Zdrowia podał, iż użytkowane urządzenia i aparaty medyczne posiadają wymagane atesty, co w świetle powyższych ustaleń nie było zgodne ze stanem faktycznym.*

Przyczyn powstania nieprawidłowości w przedmiocie użytkowania aparatury medycznej bez stosownych atestów i przeglądów technicznych należy upatrywać w zaniedbaniach osób odpowiedzialnych za ten zakres zadań. Nie może być usprawiedliwieniem w tym przypadku brak środków finansowych, gdyż sprawność aparatury medycznej wiąże się bezpośrednio z bezpieczeństwem pacjentów. Użytkowanie takiej aparatury medycznej jest nielegalne. Na podstawie opinii wojewódzkich konsultantów medycznych oraz wyników przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że w 6 skontrolowanych zakładach (12,8%) poziom

⁸⁹ Patrz – art. 4 ust. 1 pkt 6 lit b, art. 71 ust. 1 pkt 4 ustawy z 10.06.1994 r. o zamówieniach publicznych (j.t. Dz.U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.); uchylona z dniem 2.03.2004 r. przez ustawę z dnia 28.01.2004 r. prawo zamówień publicznych (Dz.U. Nr 19, poz. 177 ze zm.).

wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną był niewystarczający dla prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych lub był niezgodny z obowiązującymi przepisami⁹⁰.

- ◆ *W Szpitalu Rejonowym w Piotrkowie Trybunalskim przedstawiciel Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi oraz Konsultanci Wojewódzcy wykazali m.in., że wyposażenie aparaturowo-sprzętowe Oddziału Intensywnej Terapii nie spełnia wymogów rozporządzenia z dnia 21 września 1992 r.⁹¹, tj. brakowało 1 respiratora oraz monitora kardiologicznego, na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym brak było aparatury monitorującej przy łóżku, w Laboratorium Analitycznym był użytkowany przestarzały aparat do oznaczeń koagulacyjnych.*
- ◆ *W Szpitalu Powiatowym w Chełmży Sp. z o.o. na Oddziale Intensywnej Terapii brakowało jednego zestawu do intubacji i wentylacji pacjentów, zaś na dwóch stanowiskach nie zainstalowano wymaganych urządzeń do monitorowania temperatury i pracy serca pacjentów.*
- ◆ *W SP ZOZ w Rypinie występowały braki, w zakresie aparatury i sprzętu medycznego, w stosunku do wymaganego obligatoryjnie wyposażenia stanowisk intensywnej terapii i znieczulenia. Przykładowo, na dwa stanowiska intensywnej terapii oraz na dwa stanowiska znieczulenia Zakład posiadał tylko jeden kapnograf. Brakowało także respiratora, pulsoksymetru, sprzętu do pomiaru ciśnienia krwi, monitora zwiotczenia mięśniowego.*

Ustalono również (podobnie jak w przypadku zmian organizacyjnych), że 23 skontrolowane zakłady (48,9%) nie zgłaszały do rejestrów zmian w stanie posiadania sprzętu i aparatury medycznej lub czyniły to z naruszeniem ustawowego 14-dniowego terminu⁹².

- ◆ *Niepubliczny ZOZ „MEDICUS” w Wołczynie nie złożył wniosku o wpisanie do rejestru zoz posiadanych urządzeń i aparatów medycznych takich jak ultrasonografy i elektrokardiografy.*
- ◆ *SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim nie zgłosił organowi prowadzącemu rejestr zmian w stanie posiadania aparatury medycznej obligatoryjnie wpisywanej do rejestru zoz, tj. zakupionych dwóch aparatów do hemodializy oraz dwóch analizatorów laboratoryjnych.*
- ◆ *Niepubliczny ZOZ „MEDIQ” w Legionowie nie wystąpił o dokonanie aktualizacji zapisów w rejestrze zoz w zakresie liczby posiadanej aparatury medycznej – sterylizatorów parowych (autoklawów).*

Nieprawidłowości w tym zakresie występowały głównie z powodu zaniedbań osób odpowiedzialnych i braku skutecznego nadzoru i stanowiły naruszenie legalności działania.

3.2.2.4. Obsada kadrowa niezbędna do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych

⁹⁰ rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 74, poz. 366; ze zm.),

⁹¹ Patrz – przypis 83

⁹² Patrz – art. 14 ust. 1 ustawy o zoz.

Kontrola nie stwierdziła by świadczenia zdrowotne udzielane były przez osoby nieuprawnione, jednakże w 27 (57,5%), na 47 skontrolowanych zakładów, nie opracowano wymaganych norm zatrudnienia⁹³ wyjaśniając ich brak, m.in. nieznajomością przepisów lub błędnym przekonaniem, że normy te nie obowiązują w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto na podstawie opinii wojewódzkich konsultantów medycznych oraz analiz zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej sporządzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia stwierdzono, że w 6 skontrolowanych zakładach (12,7%) zatrudnienie kadry medycznej (w niektórych komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia zdrowotne) odbiegało od wymaganego poziomu.

- ◆ *W Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym w Opolu nie ustalono minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Według sporządzonego projektu zatrudnienie w Zespole powinno wynosić minimum 176 pielęgniarek, podczas gdy faktycznie pracowało 133.*
- ◆ *W Niepublicznym ZOZ „SALVE” w Łodzi, pomimo ujęcia w statucie i rejestrze zoz udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie seksuologii, chorób zakaźnych, psychologii, okulistyki, rehabilitacji, fizykoterapii nie zatrudniano lekarzy wymienionych specjalności, wyjaśniając ten stan brakiem zainteresowania pacjentów tymi świadczeniami.*
- ◆ *W Szpitalu Rejonowym w Piotrkowie Trybunalskim liczba zatrudnionych pracowników w Laboratorium Analitycznym nie zapewniała wymaganego całodobowego nadzoru merytorycznego, zaś na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym była zbyt mała obsada położnych.*
- ◆ *Na Oddziale Noworodkowym w Mazurskim Centrum Zdrowia „PRO-MEDICA” Sp. z o.o. w Elku w celu należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, obsadę lekarską należałoby zwiększyć o 1 etat.*

W 35 jednostkach (74,5%) stwierdzono nieprawidłowości odnoszące się do odnotowywania zmian kadrowych ujawnionych w rejestrze zoz⁹⁴. Stan ten powodował, że faktyczna liczba lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych osób wykonujących zawody medyczne w skontrolowanych zakładach nie była zgodna z danymi ujętymi w rejestrze.

- ◆ *W SP ZOZ w Złotoryi, z powodu nieładu organizacyjnego panującego w Zakładzie, służby kadrowe nie były w stanie określić poziomu zatrudnienia, wg stanu na 1 stycznia i 31 grudnia 2003 r., w zakresie dotyczącym wskazania stopnia specjalności zatrudnionych w ZOZ lekarzy oraz w odniesieniu do pozostałego personelu medycznego. Stan zatrudnienia personelu medycznego Zespołu określony w rejestrze zoz, w porównaniu do stanu faktycznego, był wyższy o 15 osób. Ponadto ZOZ nie ustalił normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.*
- ◆ *W Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym w Opolu stan zatrudnienia kadry medycznej był niezgodny z zapisami w rejestrze. W Zespole na*

⁹³ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz.1314),

⁹⁴ Patrz – art. 14 ust. 1 ustawy o zoz.

koniec I kw. 2004 r. pracowało 45 lekarzy i 133 pielęgniarki, podczas gdy w rejestrze wykazano zatrudnienie 48 lekarzy i 130 pielęgniarek.

- ◆ *W Niepublicznym Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym w Konstancinie-Jeziornej stwierdzono, że Zespół nie zgłaszał organowi rejestrowemu zmian w zakresie stanu zatrudnienia personelu medycznego. Przykładowo zatrudnienie w NZOZ magistrów rehabilitacji kształtowało się według stanu na dzień 31.12.2002 r. - 24 osoby; 30.06.2003 r. - 49 osób; 31.12.2003 r. - 53 osoby, podczas gdy zgodnie z danymi rejestrowymi zatrudnienie tej grupy personelu medycznego wynosiło w tym okresie 40 osób.*

Główną przyczyną niezgłaszania, przez skontrolowane zakłady, zmian kadrowych do rejestru zoz były zaniedbania pracowników służb kadrowych jednostki lub brak wiedzy o konieczności informowania organu rejestrowego o dokonanych zmianach w zatrudnieniu i stanowiło naruszenie zasady legalnego i rzetelnego działania.

Brak środków finansowych spowodował, że w 22 zakładach (46,9%) wystąpiły przypadki nieterminowego regulowania składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne w łącznej kwocie 18.077 tys. zł, co należy ocenić jako działania nielegalne⁹⁵. W 5 zakładach zadłużenie wynikające z nieterminowego regulowania składek, w łącznej wysokości 9.387 tys. zł, było windykowane w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym⁹⁶. Fakty te, w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, miały znamiona naruszeń dyscypliny finansów publicznych z art. 138 ust. 1 pkt 8 ustawy o finansach publicznych⁹⁷.

- ◆ *Szpital w Piotrkowie Trybunalskim nie odprowadził składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne za miesiąc luty i marzec 2003 r. (za luty 397.396,48 zł, marzec 391.428,95 zł), a za miesiące kwiecień, czerwiec, lipiec i wrzesień 2003 r. odprowadzone składki były niższe od należnych (za kwiecień o 30.326,70 zł, czerwiec - 179.035,03 zł, lipiec - 4.215,84 zł i wrzesień - 351.667,04 zł).*
- ◆ *SP ZOZ w Brzezinach w okresie od kwietnia do grudnia 2003 r. nie odprowadzał terminowo (opóźnienia od 2 dni do 26 dni) i w pełnej wysokości składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne - łączne zobowiązania wobec ZUS wyniosły 649 tys. zł. Mimo zawartej w 2004 r. z ZUS umowy o ratalnej spłacie zobowiązań, Zespół zapłacił ponad 55 tys. zł karnych odsetek i kosztów egzekucyjnych.*
- ◆ *W Powiatowym ZOZ S.A. w Ostródzie z opóźnieniem odprowadzano składki ZUS. I tak opóźnienia te wystąpiły w 14 spośród 15 analizowanych miesięcy i wynosiły od 1 do 28 dni. Wysokość odsetek z tego tytułu wyniosła 12,7 tys. zł. Przyczyną powyższych opóźnień było zbyt późne otrzymywanie środków finansowych z NFS za świadczenia zdrowotne. Wpływały one na konto w terminie do 25-tego następnego miesiąca, natomiast składki ZUS powinny być zapłacone do 15-tego każdego miesiąca.*

⁹⁵ Patrz – art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.)

⁹⁶ Patrz – art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.)

⁹⁷ ustawa z 26.11.1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.)

3.2.2.5. Postępowanie z odpadami medycznymi

W skontrolowanych zakładach opieki zdrowotnej nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie składowania i przechowywania odpadów medycznych do czasu ich odbioru i utylizacji. Wywozu i niszczenia tych odpadów dokonywały firmy, które posiadały stosowne uprawnienia. Stwierdzono jednak, że w 36 zakładach (76,6% skontrolowanych) nie została, pod względem formalnym, należycie uregulowana gospodarka odpadami medycznymi. Między innymi w 24 zakładach (51%) nie opracowano podstawowego dokumentu regulującego gospodarkę odpadami, jakim jest program gospodarki odpadami niebezpiecznymi⁹⁸, określający ilość odpadów poszczególnych rodzajów wytwarzanych w ciągu roku, sposób gromadzenia i postępowania z nimi, ze wskazaniem miejsca ich magazynowania, sposób oraz częstotliwość ich unieszkodliwiania, w 21 jednostkach (44,7%) nie prowadzono podstawowej dokumentacji wytwarzania, składowania i przekazywania odpadów medycznych, tj. ewidencji ilościowo-jakościowej odpadów i ewidencji przekazania odpadów⁹⁹, 15 skontrolowanych zakładów (31,9%) nie posiadało zezwolenia na wytwarzanie odpadów lub było ono nieaktualne¹⁰⁰, a 7 jednostek (14,8%) nie przedłożyło właściwym organom informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania nim¹⁰¹. Naruszało to wymogi odnoszące się do postępowania z odpadami niebezpiecznymi określone w ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach i zagrożone było karą grzywny¹⁰².

- ◆ *Niepubliczny ZOZ „EPOKA” w Żninie, pomimo że był wytwórcą odpadów medycznych, nie prowadził wymaganej ewidencji ilościowej i jakościowej gromadzonych odpadów medycznych zgodnie z przyjętym katalogiem odpadów i listą odpadów niebezpiecznych. Zakład także nie sporządził i nie przekazał do Urzędu Marszałkowskiego wymaganej informacji o rodzajach i ilościach wytworzonych za 2003 r. odpadów medycznych-niebezpiecznych.*
- ◆ *W Niepublicznym ZOZ „Ars Medica” w Radymnie stwierdzono m.in., że nie prowadzono ewidencji ilościowo-jakościowej wytwarzanych odpadów medycznych, podczas gdy wytworzono ich łącznie 328 kg. Dopiero podczas kontroli NIK opracowano program gospodarki odpadami i określono ilość wytwarzanych odpadów niebezpiecznych.*
- ◆ *Niepubliczny ZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne w Poznaniu posiadał decyzję z dnia 08.12.2003 r. wydaną przez Prezydenta Miasta Poznania pozwalającą na wytwarzanie odpadów medycznych oraz zatwierdzony program gospodarki odpadami, jednakże w okresie od 1 stycznia 2003 r. do 7 grudnia 2003 r., bez wymaganego zezwolenia, wytworzono odpady medyczne o łącznej masie 22.104 kg.*

Przyczyną występowania w tak dużej liczbie zakładów nieprawidłowości i uchybień w zakresie gospodarki odpadami medycznymi, był przede wszystkim brak wiedzy prawnej kie-

⁹⁸ Patrz – art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z 27.04.2001 r. o odpadach (Dz.U. Nr 62, poz. 628 ze zm.)

⁹⁹ Patrz – art. 36 ust. 1 ustawy z 27.04.2001 r. o odpadach (Dz.U. Nr 62, poz. 628 ze zm.)

¹⁰⁰ Patrz – art. 17 ust. 2 ustawy z 27.04.2001 r. o odpadach (Dz.U. Nr 62, poz. 628 ze zm.)

¹⁰¹ Patrz – art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z 27.04.2001 r. o odpadach (Dz.U. Nr 62, poz. 628 ze zm.)

¹⁰² Patrz – art. 76 ustawy o odpadach.

rowników niepublicznych zoz (24 zakłady), zaś w przypadku samodzielnych publicznych zoz (12 zakładów) funkcjonujących od dłuższego czasu i posiadających odpowiednie służby, zaniedbania osób odpowiedzialnych i brak rzetelnie sprawowanego nadzoru. Nieprawidłowości w tym zakresie naruszały kryterium legalnego działania.

4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI

4.1. Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była innymi planowymi kontrolami NIK publicznych zakładów opieki zdrowotnej o zbliżonej tematyce (ich wyniki wykorzystano do opracowania programu przedmiotowej kontroli), a to kontrolami:

- ♦ „*Gospodarka majątkiem pozostającym w dyspozycji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejętym od Skarbu Państwa przez jednostki samorządu terytorialnego, w wyniku reformy administracji publicznej*” – P/02/125, która wykazała nienależyte realizowanie zadań administracji rządowej w zakresie nadzoru nad publiczną służbą zdrowia, zarówno przez wojewodów jak i przez jednostki organizacyjne, którym przekazano takie obowiązki,
- ♦ „*Wykorzystanie łóżek szpitalnych w świetle prawidłowości rozliczeń kosztów działalności placówek medycznych*” – P/02/168, która wykazała m.in. niezadowolający stan bazy lokalowej służby zdrowia i nadmierne zagęszczenie łóżek szpitalnych w salach chorych.

Przygotowując przedmiotową kontrolę założono, iż objęte nią zostaną także niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które do tej pory pozostawały poza planową kontrolą NIK. Tymczasem zwiększająca się systematycznie liczba takich zakładów, nakłada na administrację publiczną dodatkowe obowiązki w zakresie ich rejestracji i kontroli, czemu wojewodowie bądź podmioty, które w ich imieniu wykonują te obowiązki, nie zawsze potrafią sprostać pod względem organizacyjnym, fachowym czy kadrowym. Wyraz niezadowolenia społecznego w tym zakresie przedstawiają m.in. skargi kierowane do NIK (w 2003 r. –288) i organów administracji publicznej, informacje i doniesienia prasowe, zapytania i interpelacje poselskie, których w 4 kadencji Sejmu było 34.

Do badań prawidłowości prowadzenia rejestrów zoz zastosowano statystyczną metodę doboru próby - dobór prosty losowy. Dla dokonania porównywalności ocen kontrolowanej działalności, ustalono skalę ocen i kryteria ich przyznawania.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Ze strony NIK w kontroli uczestniczyło 9 jednostek organizacyjnych (Delegatur). W przypadku 9 kontrolowanych jednostek współpracowano z organami kontroli i inspekcji działającymi w administracji publicznej (Sanepidu, Nadzoru Budowlanego, Straży Pożarnej), wykorzystując w tym celu przepisy ustawy o NIK¹⁰³. W kontroli jednej jednostki skorzystano z pomocy specjalisty z zakresu medycyny¹⁰⁴.

Ustalenia kontroli opisane zostały w 61 protokołach pokontrolnych, a wyniki kontroli przedstawione w 70 wystąpieniach pokontrolnych, z których 61 skierowano do kierowników jednostek kontrolowanych (9 wojewodów, 5 dyrektorów Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i 47 kierowników zakładów opieki zdrowotnej), a 9 do innych adresatów (organy założycielskie i nadzorcze, organy nadzoru budowlanego i sanitarnego). W związku z kontrolą zasięgnięto, na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, dodatkowe informacje w 138 jednostkach niekontrolowanych, tj. m.in. w Narodowym Funduszu Zdrowia (realizacja świadczeń zdrowotnych przez zakłady), urzędach wojewódzkich (aktualności danych rejestrowych zoz), Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (płatności składek na ubezpieczenia), organach założycielskich zoz (sprawowanie nadzoru nad zakładem). Informacje te posłużyły do pełniejszego zobrazowania ustaleń kontroli, tj. okoliczności i przyczyn zaistniałych zdarzeń. Ponadto 4 osoby powołano na świadków, a wyniki kontroli szczegółowo omówione zostały na 5 naradach pokontrolnych. Do protokołu kontroli NZOZ „Asklepios” B.P. Sp. z o.o. w Rzeszowie oraz do wystąpienia pokontrolnego NZOZ „Invicta” w Gdańsku, kierownicy kontrolowanych jednostek zgłosili zastrzeżenia, które po ich rozpatrzeniu przez Komisję Odwoławczą NIK, w przypadku protokołu kontroli zostały oddalone w całości, a wystąpienia pokontrolnego (dotyczyły 2 wniosku pokontrolnego) uwzględnione. Uchwały Komisji Odwoławczych NIK zostały zatwierdzone postanowieniami Prezesa NIK.

Wnioski przedstawione **wojewodom i dyrektorom Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego**, dotyczyły w szczególności:

- ◆ *usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w dokumentacji rejestrowej zakładów opieki zdrowotnej, zapewnienia nadzoru nad właściwym rozpatrywaniem wniosków w sprawach wpisów do rejestru zoz i rzetelnego prowadzeniem tych rejestrów,*
- ◆ *wydawania decyzji w sprawach wpisów do rejestrów zoz spełniających wymogi Kodeksu postępowania administracyjnego,*
- ◆ *zwiększenia liczby kontroli prawidłowości funkcjonowania zoz, egzekwowanie od konsultantów wojewódzkich realizacji zlecanych im zadań kontrolnych,*
- ◆ *ustalenia przez wojewodów zasad kontroli realizacji zadań powierzonych Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego, i przeprowadzania takich kontroli.*

¹⁰³ Patrz – art. 12 ustawy o NIK

¹⁰⁴ Patrz – art. 49 ust. 4 ustawy o NIK.

Wnioski przedstawione **kierownikom zakładów opieki zdrowotnej**, odnosiły się m.in. do:

- ◆ *doprowadzenia statutów, regulaminów i struktur organizacyjnych zoz do zgodności z wymogami ustawowymi i stanem faktycznym oraz zapisami wynikającymi z rejestrów zoz, a także każdorazowego i terminowego zgłaszania wojewodom lub dyrektorom Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, zmian dotyczących danych rejestrowych,*
- ◆ *uzyskania brakujących świadectw i certyfikatów umożliwiających legalne i bezpieczne użytkowanie posiadanych urządzeń i aparatów medycznych oraz dokonywania okresowych przeglądów sprzętu medycznego i zapewnienia jego serwisowania,*
- ◆ *dostosowania zoz do wymaganych prawem wymogów technicznych, sanitarnych i pod względem fachowym, zaprowadzenia brakujących księzek obiektu budowlanego i dokonywania okresowych przeglądów stanu technicznego takich obiektów,*
- ◆ *uregulowania obowiązków formalno-prawnych związanych z postępowaniem z odpadami niebezpiecznymi, rzetelnego ewidencjonowania i rejestrowania tych odpadów, prawidłowej ich utylizacji.*

Z udzielonych do dnia sporządzenia niniejszej informacji odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynikało, że spośród 246 skierowanych wniosków zrealizowano 117, niezrealizowano 74, a w trakcie realizacji znajdowało się 55 wniosków. Dotychczasowe efekty realizacji wniosków sprowadzały się w przypadku skontrolowanych:

Urzędów Wojewódzkich oraz Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego do:

- ◆ *spowodowania przez Wojewodę Łódzkiego aktualizacji danych w rejestrze zoz, przez przeprowadzenie kontroli wszystkich zoz, które wbrew rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nie złożyły w terminie do dnia 30 kwietnia 2001 r. wniosków o wpis zmian w zakresie danych dotychczas nieobjętych rejestrem,*
- ◆ *zobowiązania przez Wojewodę Dolnośląskiego, Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu do egzekwowania terminowego rozliczania się konsultantów wojewódzkich z kontroli przeprowadzonych w jednostkach ochrony zdrowia, wydanych zaleceń pokontrolnych i uzyskanych efektów tych kontroli,*
- ◆ *spowodowania przeprowadzenia przez Wojewodę Opolskiego, kontroli problemowej Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w zakresie prowadzenia rejestru zoz i wydawania decyzji administracyjnych,*
- ◆ *zmiany trybu przyjmowania wniosków rejestrowych i zwiększenia zatrudnienia w dziale rejestru zoz w Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku,*

Zakładów Opieki Zdrowotnej do:

- ◆ *podpisania stosownych umów w sprawach przeglądów, napraw bieżących i kapitalnych posiadanego sprzętu i aparatury medycznej (NZOZ „Eskulap” Sp. z o.o. w Praszcze), uzyskania certyfikatów i świadectw dopuszczenia do stosowania eksploatowanych urządzeń medycznych (NZOZ „SALVE” w Łodzi),*
- ◆ *opracowania i przedłożenia do zatwierdzenia właściwym organom programów gospodarki odpadami niebezpiecznymi (NZOZ „El – Med” Spółka Partnerska Leka-*

rzy w Otmuchowie), zaprowadzenia właściwej ewidencji wytwarzanych odpadów niebezpiecznych (SPZOZ w Rypinie, NZOZ „Epoka” w Żninie),

- ◆ *założenia wymaganych Prawem budowlanym księzek obiektu budowlanego (NZOZ MEDIQ w Legionowie, SP ZOZ w Złotoryi), zlecenia przeprowadzenia kontroli stanu technicznego obiektów budowlanych (SPZOZ w Nowym Dworze Gdańskim),*
- ◆ *ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (NZOZ „Ars Medica” w Radymnie, NZOZ „Eskulap” Sp. z o.o. w Praszce),*
- ◆ *przystąpienia do regulacji zaległych składek wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (NZOZ „PERFECT MEDICA” w Gdańsku – 49,8 tys. zł), częściowej redukcji zadłużenia wobec pracowników z tytułu wynagrodzeń (SP ZOZ Szpital Powiatowy w Strzelinie),*
- ◆ *odzyskanie kwoty 120,8 tys. zł z tytułu realizacji kontraktu z NFZ (SP ZOZ w Złotoryi).*

W związku z ujawnionymi nieprawidłowościami w 2 skontrolowanych jednostkach (SPZOZ Szpital Powiatowy w Strzelinie i NZOZ – MEDIQ - Legionowo), polegającymi odpowiednio: na używaniu urządzeń i aparatury medycznej bez wymaganych prawem certyfikatów oraz naruszeniu zasad prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi, skierowano zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Strzelinie i wnioski o ukaranie do Sądu Rejonowego w Legionowie. Ponadto 4 pracownikom ZOZ w Złotoryi winnym stwierdzonych nieprawidłowości, dyrektor tej jednostki udzielił kary upomnienia.

Efekty finansowe kontroli wyniosły ogółem 457 tys. zł, z tego 352 tys. zł stanowiły kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa oraz 105 tys. zł inne nieprawidłowości finansowe. Po zakończeniu kontroli w jednostkach, wobec kwoty 49,8 tys. zł NIK wnioskuje o podjęcie działań w celu jej odzyskania. W okresie od rozpoczęcia kontroli do sporządzenia niniejszej informacji odzyskano 120,8 tys. zł.

5. ZAŁĄCZNIKI

1. Wykaz skontrolowanych jednostek.
2. Wykaz osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność.
3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.
4. Wykaz organów, którym przekazano informacje.

załącznik nr 1 do informacji

Wykaz skontrolowanych jednostek

województwo dolnośląskie

1. Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu.
2. Niepubliczny ZOZ Ośrodek Okulistyki Klinicznej „Spektrum” Sp. o.o. we Wrocławiu.
3. Szpital Powiatowy w Strzelinie.
4. Niepubliczny ZOZ „Salus” w Kłodzku.
5. Niepubliczny ZOZ „EuroMediCare” Sp. z o.o. we Wrocławiu.
6. Niepubliczny ZOZ „Medinet” Centrum Chorób Serca we Wrocławiu.
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Złotoryi.

województwo kujawsko-pomorskie

8. Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie.
10. Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy.
11. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Chełmży
12. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Epoka” w Żninie.
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie.
14. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Medycyny Rodzinnej” w Złotnikach Kujawskich.

województwo łódzkie

15. Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi.
16. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnoza” w Łodzi.
17. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Concact-med” Sp. z o.o. w Łodzi.
18. SP ZOZ Szpital Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim.
19. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Salve” w Łodzi.
20. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzezinach.

województwo mazowieckie

21. Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie.
22. Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie.
23. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Mediq” w Legionowie.
24. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim.
25. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku.
26. Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Sp. o.o. W Konstancinie Jeziorna.
27. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Polmed Radom” Sp. z o.o. w Radomiu.

województwo opolskie

28. Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu.
29. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „El-med” s.c. w Otmuchowie.
30. Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Opolu.
31. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” Sp. z o.o. w Praszce.
32. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu.
33. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicus” s.c. w Wołczynie.
34. Samodzielny Publiczny ZOZ w Strzeleckach.

województwo podkarpackie

- 35. Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie.
- 36. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ars Medica” w Radyminie.
- 37. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.
- 38. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.
- 39. Niepubliczny ZOZ Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny i Medycyny Pracy „Nafta-Med.” W Sanoku.
- 40. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Asklepios BP” Sp. z o.o. w Rzeszowie.

województwo pomorskie

- 41. Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku.
- 42. Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku.
- 43. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ortopedia” w Gdańsku.
- 44. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Perfekt- medica” w Gdańsku.
- 45. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żukowie.
- 46. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Dworze Gdańskim.
- 47. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Invicta” w Gdańsku

województwo warmińsko-mazurskie

- 48. Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie.
- 49. Niepubliczny ZOZ Poradnia Stomatologiczna „Erid”s.c. w Elblągu.
- 50. Centrum Zdrowia „Medica” Powiatowy ZOZ” SA w Ostródzie.
- 51. Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej „Promedica” Sp. z o.o. w Ełku.
- 52. Zespół Opieki Zdrowotnej w Mrągowie.
- 53. Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.
- 54. Szpital Powiatowy w Kętrzynie.
- 55. Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie.

województwo wielkopolskie

- 56. Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu.
- 57. Niepubliczny ZOZ „Szpital w Puszczykowie” Sp. z o.o. w Puszczykowie.
- 58. Niepubliczny ZOZ Centrum Medyczne „HCP” Sp. z o.o. w Poznaniu.
- 59. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Amika” we Wrześni.
- 60. Szpital Specjalistyczny w Pile
- 61. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku.

załącznik nr 2 do informacji

**Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych
w badanym okresie za kontrolowaną działalność**

województwo dolnośląskie

1. Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu.

Wojewodą Dolnośląskim od dnia 21.03.2003 r. był Stanisław Łopatowski. Poprzednio Wojewodą Dolnośląskim od dnia 22.10.2001 r. do dnia 21.03.2003 r. był Ryszard Nawrat.

2. Niepubliczny ZOZ Ośrodek Okulistyki Klinicznej „Spektrum” Sp. z o.o. we Wrocławiu.

Dyrektorem NZOZ od dnia 1.01.2003 r. była Bożena Gołębiowska.

3. Szpital Powiatowy w Strzelinie.

Dyrektorem Szpitala od dnia 29.05.2001 r. był Waldemar Orliński.

4. Niepubliczny ZOZ „Salus” w Kłodzku.

Dyrektorem NZOZ od dnia 1.06.1994 r. była Teresa Wolfson.

5. Niepubliczny ZOZ „EuroMediCare” Sp. z o.o. we Wrocławiu.

Dyrektorem NZOZ od dnia 15.09.2001 r. był Jarosław Leszczyszyn.

6. Niepubliczny ZOZ „Medinet” Centrum Chorób Serca we Wrocławiu.

Dyrektorem NZOZ od dnia 8.08.2001 r. był Romuald Cichoń.

7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Złotoryi.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 1.04. 2004 r. był Tadeusz Matuszczyk. Poprzednio dyrektorem SP ZOZ od dnia 3.01.2001 r. do 31.03.2004 r. był Jacek Durys.

województwo kujawsko-pomorskie

8. Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy.

Wojewodą Kujawsko-Pomorskim od dnia 22.10.2001 r. był Romuald Kosieniak.

9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 17.01.2000 r. był Jerzy Krygier.

10. Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy.

Dyrektorem Centrum od dnia 01.01.1999 r. była Bożena Łukomska-Jasik.

11. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Chełmży.

Dyrektorem NZOZ od dnia 12.04.2001 r. był Leszek Stanisław Pluciński.

12. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żninie.

Dyrektorem NZOZ był Piotr Chodkiewicz.

13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.10.1998 r. był Marek Bruzdowicz.

14. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Medycyny Rodzinnej” w Złotnikach Kujawskich.

Dyrektorem NZOZ od dnia 01.07.2000 r. była Iwona Zabrzyńska.

województwo łódzkie

15. Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi.

Wojewodą Łódzkim od dnia 13.05.2004 r. był Stefan Krajewski. Poprzednio Wojewodą Łódzkim od dnia 22.10.2001 r. do dnia 13.04.2004 r. był Krzysztof Makowski.

16. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnoza” w Łodzi.

Dyrektorem NZOZ od dnia 02.01.2001 r. była Anna Ciesiołkiewicz-Stypik.

17. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Concact-med” Sp. z o.o. w Łodzi.

Kierownikiem NZOZ była Jadwiga Stępień.

18. SP ZOZ Szpital Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.06.2004 r. był Paweł Banaszak. Poprzednio, tj. od dnia 05.12.1997 r. do 31.05.2004 r. dyrektorem był Zdzisław Tuzikiewicz.

19. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Salve” w Łodzi.

Kierownikiem NZOZ od dnia 01/06.2004 r. był Sławomir Sokiewicz.

20. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzezinach.

Dyrektorem NZOZ od dnia 03.08.1996 r. był Jan Jerzy Krakowiak.

województwo mazowieckie

21. Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie.

Wojewodą Mazowieckim od dnia 22.10.2001 r. był Leszek Mizieliński.

22. Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie.

Dyrektorem MCZP od dnia 01.02.2002 r. był Michał Targowski.

23. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medig” w Legionowie.

Kierownikiem NZOZ od dnia 12.10.1998 r. był Jerzy Pec.

24. Zespół Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim.

Dyrektorem ZOZ od dnia 05.04.2004 r. był Tadeusz Ciołkowski. Poprzednio, tj. od dnia 01.08.2002 r. do 31.03.2004 r. dyrektorem był Leszek Szpakowski.

25. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.10.2000 r. była Leokadia Dąbrowska.

26. Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Sp. o.o. W Konstancinie-Jeziorna.

Prezesem Zarządu Spółki od dnia 08.06.2000 r. był Jerzy Karwowski.

27. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Polmed” Sp. z o.o. w Radomiu.

Prezesem Zarządu Spółki NZOZ był Jarosław Pawlik.

województwo opolskie

28. Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu.

Wojewodą Opolskim od dnia 19.02.2003 r. była Elżbieta Rutkowska. Poprzednio Wojewodą Opolskim od dnia 22.10.2001 r. do dnia 18.02.2003 r. był Leszek pogan.

29. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „El-med” w Otmuchowie.

Kierownikiem NZOZ od dnia 02.05.2000 r. był Artur Żerkowski.

30. Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Opolu.

Dyrektorem Centrum od dnia 01.07.1999 r. był Roman Madziar.

31. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” Sp. z o.o. w Praszce.

Kierownikiem NZOZ od dnia 01.01.2002 r. był Bolesław Luciński.

32. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu.

Dyrektorem WSN od dnia 01.01.2001 r. był Krzysztof Nazimek.

33. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicus” w Wołczynie.

Kierownikiem NZOZ od dnia 07.06.2000 r. był Adam Martyniszyn.

34. Samodzielny Publiczny ZOZ w Strzeleckach.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.01.2002 r. był Stanisław Kowalski.

województwo podkarpackie

35. Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie.

Wojewodą Podkarpackim od dnia 03.03.2003 r. był Jan Kurp. Poprzednio Wojewodą Podkarpackim od dnia 22.10.2001 r. do dnia 02.03.2003 r. był Zdzisław Siewierski.

36. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ars Medica” w Radyminie.

Dyrektorem NZOZ od dnia 06.10.2000 r. był Tadeusz Zając.

37. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.01.2002 r. był Wojciech Karkowski.

38. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.03.2001 r. była Wiesława Barzycka.

39. Niepubliczny ZOZ Ośrodek Lecznico Rehabilitacyjny i Medycyny Pracy „Nafta-Med.” W Sanoku.

Kierownikiem NZOZ od dnia 18.02.2001 r. była Barbara Działowska-Dzimira.

40. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Asklepios BP” Sp. z o.o. w Rzeszowie.

Kierownikiem NZOZ od dnia 21.05.2004 r. był Jerzy Skorupka.

województwo pomorskie

41. Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku.

Wojewodą Pomorskim od dnia 22.10.2001 r. był Ryszard Kurylczyk.

42. Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku.

Dyrektorem Centrum od dnia 01.01.2003 r. był Andrzej Galubiński.

43. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ortopedia” w Gdańsku.

Kierownikiem NZOZ od dnia 10.09.1999 r. był Zdzisław Małkowski.

44. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Perfekt-Medica” w Gdańsku.

Kierownikiem NZOZ od dnia 10.12.1998 r. był Marcin Trenkner.

45. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żukowie.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 29.02.2000 r. była Joanna Komorowska.

46. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Dworze Gdańskim.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.10.1997 r. była Elżbieta Kościńska.

47. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Invicta” w Gdańsku.

Kierownikiem NZOZ od dnia 01.09.2000 r. był Krzysztof Łukaszuk.

województwo warmińsko-mazurskie

48. Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie.

Wojewodą Warmińsko-Mazurskim od dnia 22.10.2001 r. był Stanisław Lech Szatkowski.

49. Niepubliczny ZOZ Poradnia Stomatologiczna „Erid” s.c. w Elblągu.

Dyrektorem NZOZ od dnia 13.09.1999 r. była Ewa Michalska.

50. Centrum Zdrowia „Medica” Powiatowy ZOZ S.A. w Ostródzie.

Dyrektorem Centrum od dnia 19.09.2003 r. była Mirosława Bilinska.

51. Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej „Promedica” Sp. z o.o. w Ełku.

Dyrektorem NZOZ od dnia 02.11.2000 r. był Jerzy Bujanowski.

52. Zespół Opieki Zdrowotnej w Mrągowie.

Dyrektorem ZOZ od dnia 05.03.2003 r. był Zbigniew Janicki. Poprzednio, tj. od dnia 02.1999 r. do 04.03.2003 r. dyrektorem był Wojciech Glinka.

53. Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.

p.o. Dyrektora ZOZ od dnia 01.10.2003 r. był Marek Michniewicz. Poprzednio, tj. od 10.03.2003 r. do dnia 30.09.2003 r. dyrektorem był Wojciech Glinka, a od dnia 10.02.2001 r. do 31.01.2003 r. Edmund Nazdrowicz.

54. Szpital Powiatowy w Kętrzynie.

p.o. Dyrektora Szpitala od dnia 01.03.2003 r. Była Mirosława Bykowska. Poprzednio, tj. do dnia 28.02.2003 r. dyrektorem był Piotr Sanko.

55. Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie.

Dyrektorem Centrum od dnia 01.03.2002 r. była Genowefa Kmiec-Baranowska.

województwo wielkopolskie

56. Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu.

Wojewodą Wielkopolskim od dnia 22.10.2001 r. był Andrzej Nowakowski.

57. Niepubliczny ZOZ „Szpital w Puszczykowie” Sp. z o.o. w Puszczykowie.

Kierownikiem NZOZ od dnia 23.04.2004. był Stanisław Trąpczyński.

58. Niepubliczny ZOZ Centrum Medyczne „HCP” Sp. z o.o. w Poznaniu.

Kierownikiem NZOZ od dnia 17.08.1999 r. był Lesław Lenartowicz.

59. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Amika” we Wrześni.

Kierownikiem NZOZ od dnia 29.09.1999 r. był Ryszard Matuszkiewicz.

60. Szpital Specjalistyczny w Pile.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 11.07.2000 r. był Włodzimierz Gról.

61. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku.

Dyrektorem SP ZOZ od dnia 01.10.2000 r. był Krzysztof Koliński.

załącznik nr 3 do informacji

WYKAZ PODSTAWOWYCH AKTÓW PRAWNYCH

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm., ostatnia - Dz.U. z 2003 r. Nr 223, poz. 2215,

2. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia – Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm., ostatnia Dz.U. z 2004 r. Nr 187, poz. 1925.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 74, poz. 864.
4. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 o wyrobach medycznych – Dz.U. Nr 126, poz.1380 ze zm., od 1 maja 2004 obowiązuje nowa ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych – Dz.U. Nr 93, poz. 896.
5. Ustawa z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach – Dz.U. nr 62, poz. 628 ze zm.; ostatnia – Dz.U. z 2004 r. Nr 116, poz. 1208,
6. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie rodzajów odpadów i ich ilości, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów, oraz kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą prowadzić uproszczoną ewidencję odpadów (Dz.U. Nr 152, poz. 1735),
7. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz.U. Nr 152, poz. 1736),
8. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz.U. Nr 112, poz. 1206),
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej – Dz.U. Nr 74, poz. 366; ze zm., ostatnia – Dz.U. z 1999 r. Nr 94, poz. 1098.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecania kontroli zakładu opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 96, poz. 477.
11. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane – t.j. Dz.U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016 ze zm.; ostatnia – Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 888,
12. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm. – ostatnia Dz.U. z 2004 r. Nr 187, poz. 1925,
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. Nr 44, poz. 520 ze zm.; ostatnia – Dz.U z 2003 r. Nr 99, poz. 918,
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz.1314),
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 173, poz. 1419),
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46),
17. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie – t.j. Dz.U. z 2001 r. Nr 80, poz. 872 ze zm.; ostatnia – Dz.U. z 2004 r. Nr 33, poz. 287,

18. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 Kodeks postępowania administracyjnego – t.j. Dz.U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.; ostatnia – Dz.U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1692.

załącznik nr 4 do informacji

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Minister Zdrowia
7. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
8. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
9. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych
11. Przewodniczący Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
13. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Wojewodowie – wszyscy,
16. Marszałkowie województw – wszyscy