

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

KPZ – 41007 - 2004

Nr ewid. 8/2005/P/04/101/KPZ

Informacja o wynikach kontroli finansowania oraz dostępności leczenia nerkozastępczego w latach 2000 – 2004 (I półrocze)

W a r s z a w a m a r z e c 2 0 0 5 r .

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

Wizja *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*

**Informacja o wynikach kontroli finansowania oraz
dostępności leczenia nerkozastępczego w latach
2000 – 2004 (I półrocze)**

Akceptuję:
Dyrektor Departamentu
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnuś

Zatwierdzam:

Piotr Kownacki

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, marca 2005 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-xxxx-22-825 44 81
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	5
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	5
2.2. Synteza wyników kontroli.....	6
2.2.1. Przygotowanie i realizacja „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” przez Ministra Zdrowia.....	6
2.2.2. Nadzór Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcami udzielającymi hemodializ.	9
2.2.3. Realizacja specjalistycznych procedur medycznych - hemodializ przez zakłady opieki zdrowotnej.	9
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. Ważniejsze wyniki kontroli	11
3.1.Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	11
3.1.1. Stan prawny.....	11
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno – organizacyjne	15
3.2. Istotne ustalenia kontroli	16
3.2.1. Realizacja „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2004 (I półrocze) przez Ministerstwo Zdrowia.....	16
3.2.2. Realizacja zakupów aparatury przez Akademię Medyczną w Gdańsku.....	24
3.2.3. Realizacja specjalistycznych procedur medycznych – hemodializ przez zakłady opieki zdrowotnej	25
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	35
4.1. Przygotowanie kontroli	35
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po jej zakończeniu	35
5. Załączniki.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli numer P/04/101 było „Finansowanie oraz dostępność leczenia nerkozastępczego w latach 2000 – 2004 (I półrocze).” Kontrola podjęta została z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli¹, w ramach priorytetowych kierunków kontroli, jakimi są rozwiązywanie najważniejszych problemów społecznych oraz wykorzystanie środków publicznych.

Celem kontroli była ocena działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia i kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej na rzecz zwiększenia dostępu do leczenia nerkozastępczego.

Badaniom kontrolnym i ocenie poddano w szczególności realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” przez Ministerstwo Zdrowia, w tym zwłaszcza: planowanie, wydatkowanie i wykorzystanie środków budżetowych na jego urzeczywistnienie oraz wykorzystanie środków finansowych przekazywanych przez kasy chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia publicznym i niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej na leczenie nerkozastępcze.

Kontrole w Ministerstwie Zdrowia, Akademii Medycznej w Gdańsku i samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest państwowa uczelnia medyczna, przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez organy samorządu terytorialnego – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności; natomiast w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej – pod względem legalności i gospodarności.²

Badania kontrolne przeprowadzono w okresie od 4 maja do 20 października 2004 r., obejmując nimi lata 2000 – 2004 (I półrocze). Uczestniczyło w nich 12 delegatur Najwyższej Izby Kontroli³ oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia.

Kontrolą objęto 42 jednostki: Ministerstwo Zdrowia, Akademię Medyczną w Gdańsku, 26 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w strukturze których funkcjonują stacje dializ i poradnie nefrologiczne (z tego 21 nadzorowanych przez organy samorządu terytorialnego), 14 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (22 stacje dializ), utworzonych przez zagraniczne i krajowe osoby prawne (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością).

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Informacji.

¹ Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli: art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK” w odniesieniu do Ministerstwa Zdrowia, Akademii Medycznej w Gdańsku oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez wojewodę i państwową uczelnię medyczną; art. 2 ust. 2 – w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego; art. 2 ust. 3 pkt 6 – w stosunku do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

² Art. 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.).

³ Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu.

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W latach 1990 – 2000 liczba pacjentów poddawanych dializoterapii w Polsce wzrosła 4-krotnie⁴ - dzięki konsekwentnej realizacji kolejnych etapów „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii” w latach 1993 – 1999 oraz w roku 2000. Na ich realizację w latach 1995 – 2000 wydatkowano łącznie 199.474,4 tys. zł, w tym 9.041,4 tys. zł w 2000 r. W latach 2000 – 2003 wzrosła także liczba pacjentów, którym przeszczepiono nerkę i wynosiła odpowiednio: 827, 876, 935, 1.040 osób, co stanowiło ok. 7% chorych z przewlekłą niewydolnością nerek.⁵

„Program poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” na lata 2000 – 2004, zwany dalej Programem, zatwierdzony do realizacji przez Ministra Zdrowia 30 maja 2000 r., określał organizację, finansowanie i lokalizację nowo tworzonych stacji dializ w poszczególnych województwach, w tym niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (nzo). Przewidywał też finansowanie ze środków budżetu Ministerstwa Zdrowia kosztów zakupu aparatury medycznej dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) na wyposażenie nowych stacji dializ, utworzenie nowych stanowisk dializacyjnych w już istniejących stacjach oraz na wymianę zużytej aparatury medycznej.

W Programie założono również wzrost liczby osób leczonych dializoterapią, z 8.514 w roku 2000 do 12.478 w roku 2004.

Program nie został jednak zrealizowany w planowanym zakresie, przede wszystkim z powodu przeznaczenia przez Ministra Zdrowia w latach 2001 – 2004 znacznie niższych środków budżetowych.

Mimo że leczenie nerkozastępcze praktycznie było dostępne dla każdego chorego, realizację Programu przez Ministerstwo Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości.

Środki finansowe na realizację Programu były bowiem dzielone często bez rozpoznania potrzeb spzoz, co nie sprzyjało ich racjonalnemu wykorzystaniu. Niekiedy otrzymywały je zakłady, które nie potrzebowały nowych aparatów do hemodializ, a nawet takie, które nie zamierzały utworzyć stacji dializ.

Sztuczne nerki, będące na wyposażeniu spzoz, zostały zakupione głównie w ramach „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 1993 – 1999. Wysoki stopień ich dekapitalizacji, w niedalekiej przyszłości może zagrozić egzystencji tych placówek oraz zdrowiu dializowanych pacjentów.

⁴ Według „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce - 2000 r.”

⁵ Według „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce” za lata : 2000 r., 2001 r., 2002 r., 2003 r.

Wzrost liczby nzo, z 2 do 47 w latach 2000 – 2003⁶ oraz nowo utworzone stacje dializ w szpitalach spowodował zwiększenie dostępu do hemodializ. Wciąż natomiast jest ograniczony dostęp chorych do ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej. Główną tego przyczyną są zbyt małe limity porad zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz niedobór lekarzy ze specjalnością z zakresu nefrologii.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Przygotowanie i realizacja „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” przez Ministra Zdrowia.

2.2.1.1. Na realizację Programu w latach 2000 – 2004 (I półrocze)⁷ Ministerstwo wydatkowało z rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej, łącznie 13.575,3 tys. zł, co stanowiło 69,6% planu po zmianach (19.506,9 tys. zł) i 23% kwoty zaplanowanej przez autorów Programu (59.000 tys. zł).

Większość z tych środków (**10.501,2 tys. zł - 77,4 %**), wydatkowano z naruszeniem obowiązujących przepisów⁸, z tego 79,6 tys. zł z naruszeniem ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych.⁹ Kwotę 250 tys. zł (1,8%) przeznaczono zaś na inne cele niż określono w Programie. Ponadto w latach 2000 – 2001 r. zawierając z szpitalami umowy o przekazanie środków na realizację Programu Ministerstwo Zdrowia, przed ich podpisaniem, nie wymagało od szpitali, przedstawienia planu rzeczowo – finansowego oraz informacji o ich dotychczasowej działalności, czym naruszyło § 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r.¹⁰ Dokonując natomiast wyboru wykonawców Programu w 2002 r. nie określono kryteriów oceny ofert i nie powołano komisji konkursowej do ich oceny, co skutkowało przyznawaniem w sposób uznaniowy środków na zakup aparatury. W roku 2003 natomiast, określając kryteria oceny ofert nie określono wagi dla tych kryteriów (str. 18 - 21).

2.2.1.2. Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało bazą danych dla prowadzenia analizy i ocen, zarówno istniejącego stanu wyposażenia stacji dializ w aparaturę medyczną, jak i skali nakładów na jej odtworzenie. Brak tej wiedzy skutkował niekiedy przyznawaniem środków zakładom, które nie zgłosiły zapotrzebowania na zakup aparatury (str. 17 - 18).

⁶ Według „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce” w 2000 r. nie działała żadna niepubliczna stacja dializ.

⁷ W I półroczu 2004 r. nie wydatkowano środków na realizację Programu.

⁸ § 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266).

⁹ t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.

¹⁰ Patrz przypis nr 7.

2.2.1.3. Ministerstwo nie podjęło też działań zmierzających do zlikwidowania niedoboru lekarzy ze specjalnością z zakresu nefrologii, m. in. poprzez zwiększenie liczby etatów szkoleniowych, finansowanych z budżetu państwa, tzw. rezydentur. W latach 2000 – 2004 (I półrocze) przyznany został tylko 1 taki etat w dziedzinie nefrologii. Tymczasem z ustaleń kontroli wynika, że nie wszystkie stacje dializ zatrudniały specjalistów z zakresu nefrologii z uwagi na brak tych specjalistów (str. 21 - 22).

2.2.1.4. Minister Zdrowia do dnia zakończenia kontroli nie wydał aktów wykonawczych do niżej wymienionych ustaw, niezbędnych dla realizacji Programu i prawidłowego funkcjonowania stacji dializ:

- nie wykonał delegacji zawartych w art. 10 ust. 4 i art. 70a ust. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i nie wydał rozporządzeń w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej¹¹ oraz w sprawie wymagań jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego¹². Nieokreślenie minimalnych norm zatrudnienia kadry medycznej, w ocenie NIK, pozostawia zakładom opieki zdrowotnej swobodę ich kształtowania. Nie sprzyja to jednak zapewnieniu takiej samej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zoz.
- nie wykonał delegacji zawartych w art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach,¹³ dotyczących określenia w drodze rozporządzenia zasad prowadzenia rejestrów zakażeń zakładowych oraz sposobu sporządzania raportów o występowaniu zakażeń zakładowych¹⁴ i trybu ich przekazywania, a także wzorów tych dokumentów, uwzględniając w szczególności rodzaje informacji o występowaniu zakażeń zakładowych oraz drobnoustrojów chorobotwórczych o szczególnej oporności i oporności wielolekowej oraz w sprawie

¹¹ W. Wojtala, Podsekretarz Stanu w MZ w piśmie z dnia 25 marca 2005 r., informującym o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych zawartych w wystąpieniu NIK z dnia 9 grudnia 2004 r. stwierdziła, iż „Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zmianę brzmienia przepisu art. 10 ust. 4 ustawy o zoz, co znalazło odzwierciedlenie w projekcie ustawy o zmianie i uchyleniu niektórych aktów wykonawczych, który zgodnie z ustaleniami Komitetu Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2005 r. został przekazany do Rządowego Centrum Legislacji.”

¹² Wg Podsekretarza Stanu w MZ, W. Wojtali trwają prace nad projektem rozporządzenia do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w którym zostały określone wymagania techniczne i wyposażenie środków transportu.

¹³ Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.

¹⁴ Zgodnie z informacją z dnia 25 marca 2005 r. przekazaną NIK przez W. Wojtalę, Podsekretarza Stanu w MZ, Minister Zdrowia wydał 11 marca 2005 r. rozporządzenie w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń.

wymaganych kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych¹⁵. Niewydanie tych aktów wykonawczych uniemożliwiło stworzenie spójnego systemu rejestracji i monitorowania zakażeń wewnątrzszpitalnych, m. in. związanych z wykonywaniem hemodializ, a w konsekwencji podejmowania działań zmierzających do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych np. HBV (+), HCV (+), HIV (+).

2.2.1.5. Minister Zdrowia nie skorzystał też z delegacji ustawowych, upoważniających do określenia w drodze rozporządzenia :

- minimalnych norm wyposażenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standardów tego wyposażenia, na podstawie art. 41 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, co było istotnym czynnikiem ograniczającym możliwość rzetelnej oceny zapotrzebowań na aparaturę dializacyjną.
- standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, (art. 9 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Brak jednolitego standardu postępowania w leczeniu hemodializą dla wszystkich świadczeniodawców zmusił kasy chorych do tworzenia ich we własnym zakresie. W efekcie te same świadczenia były przez nie różnie wyceniane (str. 18 ÷ 26).

2.2.1.6. W latach 2000 - 2002 Minister Zdrowia zobowiązał spzoz do zawarcia umowy-zlecenia z Akademią Medyczną w Gdańsku na przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup aparatury dla potrzeb stacji dializ, co NIK ocenia jako działanie niecelowe i niegospodarne, gdyż przy Ministrze Zdrowia funkcjonował Zakład Zamówień Publicznych (str. 20).

2.2.1.7. W 2000 r. Akademia Medyczna w Gdańsku, z naruszeniem art. 28 ust.1 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych,¹⁶ udzieliła zamówienia publicznego na dostawę aparatów do hemodializ na łączną kwotę 3.944,2 tys. zł (str. 25).

2.2.1.8. Do czasu wejścia w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych¹⁷ Minister Zdrowia nie podjął działań legislacyjnych, zmierzających do wprowadzenia cen urzędowych na preparaty zawierające erytropoetynę, stosowane w leczeniu nerkozastępczym, pomimo że stanowiły one istotny udział w kosztach tych świadczeń zdrowotnych (str. 23 - 24).

¹⁵ Minister Zdrowia w dniu 21 grudnia 2004 r. wydał rozporządzenie w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych (Dz. U. Nr 285, poz. 2869).

¹⁶ j. t. Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.

¹⁷ Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

2.2.1.9. Minister Zdrowia ani NFZ nie dysponowali rzetelną informacją o liczbie wykonanych hemodializ i leczonych tą metodą pacjentów. Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, sprawujący w imieniu Ministra Zdrowia nadzór nad działalnością NFZ i świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów z Funduszem, od 1 kwietnia 2003 r. do 30 czerwca 2004 r. nie przeprowadził żadnej kontroli stacji dializ. (str. 22 - 23).

2.2.1.10. W latach 2000 – 2003 liczba niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (nzo) wzrosła z 2 do 47. Z ustaleń kontroli wynika, że decyzje o ich utworzeniu, z braku uregulowań prawnych, nie były podejmowane – jak założono w Programie - w uzgodnieniu z organami samorządu terytorialnego, wojewodami, kasami chorych oraz Krajowym i wojewódzkimi konsultantami w dziedzinie nefrologii. Nowe, niepubliczne stacje dializ powstawały w lokalizacjach nie przewidzianych w Programie. Najczęściej były one sytuowane na terenie szpitali, w miejsce już działających stacji dializ lub w ich bliskim sąsiedztwie (str. 24 - 25).

2.2.2. Nadzór Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcami udzielającymi hemodializ.

2.2.2.1. NFZ zawierał umowy o udzielanie hemodializ ze spółkami z o. o., które nie były świadczeniodawcami w rozumieniu art. 5 pkt 25 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W związku z tą nieprawidłowością NIK wystąpiła z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli w niepublicznych szpitalach m. in. w zakresie stosowania erytropoetyny w leczeniu nerkozastępczym. W wyniku kontroli stacji dializ Fundusz obciążył świadczeniodawców kwotą **7.638,8 tys. zł**, w tym **6.960,3 tys. zł** z tytułu nienależnie wypłaconych kwot za realizację procedury hemodializy bez podania erytropoetyny i **678,6 tys. zł** z tytułu nałożonych kar umownych za niewywiązywanie się z warunków umowy (str. 27 - 28).

2.2.2.2. NFZ wycenił procedurę hemodializy w oparciu o konsultacje i uzgodnienia ze środowiskiem medycznym, w tym z Konsultantem Krajowym w zakresie nefrologii. Nie przeprowadzał jednak analizy kosztów wykonania świadczenia, zgodnie z przyjętymi przez siebie standardami medycznymi (str. 27).

2.2.3. Realizacja specjalistycznych procedur medycznych - hemodializ przez zakłady opieki zdrowotnej.

2.2.3.1. W 21 z 26 skontrolowanych szpitali, zabieg hemodializy wykonywano przy pomocy sztucznych nerek, z których większość, z uwagi na zły stan techniczny, winna być

wymieniona na nowe. Stopień ich dekapitalizacji w tych szpitalach wynosił bowiem ok. 80 %. (str. 31 - 32).¹⁸

2.2.3.2. Spośród 40 skontrolowanych zakładów 11 nie spełniało minimalnych norm powierzchni, określonych dla pokoi dializ (str. 30 – 31).

2.2.3.3. Niektóre zakłady nie przestrzegały wymogów higieniczno - sanitarnych (str. 34 – 35).

2.2.3.4. Zbyt małe limity porad w poradniach nefrologicznych, zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, spowodowały wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę u nefrologa niekiedy do 4 miesięcy (str. 29 - 30).

2.2.3.5. W 23 stacjach dializ, ze 177 objętych kontrolą przez Narodowy Fundusz Zdrowia, personel lekarski nie spełniał wymagań określonych w standardzie leczenia hemodializą (str. 30).

2.2.3.6. Stwierdzono, że 9 samodzielnych publicznych zoz, z 26 objętych kontrolą, naruszyło przepisy art. 4 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych,¹⁹ przy udzielaniu zamówień publicznych na wykonanie usług, dostaw leków, sprzętu jednorazowego i aparatury medycznej (str. 35).

2.2.3.7. Udostępniając majątek publicznych stacji dializ innym podmiotom nie wykazywano należytej dbałości o składniki tego mienia (str. 33 - 34).

2.2.3.8. Organy prowadzące rejestr zakładów opieki zdrowotnej nierzetelnie kontrolowały wiarygodność danych ujętych we wniosku o wpis do rejestru zoz (str. 35).

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Uwzględniając wysoki stopień dekapitalizacji sztucznych nerek w szpitalach oraz prognozowane zwiększenie zapotrzebowania na dializoterapię²⁰, w celu zapewnienia wszystkim chorym dostępu do tych świadczeń medycznych, NIK postuluje podjęcie następujących działań:

¹⁸ Według „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2003” 41% aparatów do hemodializ kwalifikowało się do wymiany w najbliższym czasie.

¹⁹ Dz. U. z 1994 r. Nr 76, poz. 344 ze zm. Od 12 czerwca 2002 r. t. j. Dz. U. Nr 72, poz. 664 ze zm. Od 2 marca 2004 r. obowiązują przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. Nr 19, poz. 177 ze zm.).

²⁰ Z „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce - 2000” wynika, że „z każdym rokiem zwiększa się liczba dializowanych w starszym wieku. Coraz dłuższy czas przeżycia chorych dializowanych potwierdza potrzebę tworzenia nowych stanowisk o 7 – 8 % rocznie nawet wtedy, gdy będzie możliwe włączenie wszystkich potrzebujących do leczenia.”

2.3.1. Opracowanie i wdrożenie przez Ministra Zdrowia rozwiązań systemowych zapewniających dalszy rozwój leczenia nerkozastępczego, uwzględniając potrzeby i możliwości ekonomiczne państwa oraz strukturę i lokalizację podmiotów występujących na rynku usług zdrowotnych (publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej).

2.3.2. Pilne wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzeń wynikających z delegacji zawartych w art. 37 i art. 70a ust. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczących odpowiednio: ustalenia planu rozmieszczenia szpitali publicznych i określenia wymagań jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego.

2.3.3. Podjęcie, na podstawie art. 5 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach,²¹ prac nad wprowadzeniem preparatów zawierających erytropoetynę na „Listy leków stosowanych w lecznictwie zamkniętym.”

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

W okresie objętym kontrolą zasady finansowania leczenia nerkozastępczego (hemodializ) regulowały przepisy:

- ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 31 marca 2003 r),²²
- ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (od 1 kwietnia 2003 r.).²³

²¹ Dz. U. Nr 97, poz. 1050 ze zm.

²² Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.).

²³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.).

Od 1 października 2004 r. zasady finansowania świadczeń zdrowotnych regulowały przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (od 1 października 2004 r.).²⁴

Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych (Narodowy Fundusz Zdrowia) były umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcą.²⁵ Umowy te określały w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń - hemodializ, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą, a także maksymalną kwotę zobowiązania kas chorych (Narodowego Funduszu Zdrowia) wobec świadczeniodawcy.²⁶

Na podstawie delegacji zawartej w art. 74 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Minister Zdrowia określił ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz tryb wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarke i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.²⁷

Podpisanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert, a od 1 kwietnia 2003 r. w trybie konkursu ofert albo rokowań.²⁸ Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i art. 77 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych mogła być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą posiadającym uprawnienia do ich udzielania na podstawie odrębnych przepisów.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²⁹ określała zasady i zakres udzielania przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych oraz sprawowanie nadzoru i kontroli nad ich działaniem. W art. 8 tej ustawy zostały zdefiniowane podmioty tworzące publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ust. 1, pkt. 1-3a) oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (ust. 1 pkt. 4-8).

Prowadzenie działalności statutowej przez zakład opieki zdrowotnej (samodzielny publiczny i niepubliczny) było możliwe po uzyskaniu wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12 ustawy o zoz. Podstawą wpisu do rejestru (art. 13 ust. 1 ustawy), było stwierdzenie

²⁴ Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

²⁵ Art. 53 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i art. 72 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

²⁶ Art. 53 ust. 4 i art. 75 tamże.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarke i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589 ze zm.).

²⁸ Art. 54 ust. 1 i art. 78 ust. 1 tamże.

²⁹ Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm.).

przez organ prowadzący, że zoz spełniał wymagania określone w art. 9 – 11 ustawy. Oznaczało to, że zakład ubiegający się o rejestrację miał zatwierdzony statut, dysponował pomieszczeniami i urządzeniami, spełniającymi pod względem fachowym i sanitarnym wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 1992 r.³⁰ oraz odpowiednią kadrą medyczną, niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych, określonych w statucie.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o zoz, zmiany stanu faktycznego i prawnego powstałe po wpisie do rejestru i dotyczące danych zawartych w rejestrze, zakład zobowiązany był zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zoz, w terminie 14 dni od dokonania zmiany. Jeżeli zmiana, o której mowa, dotyczyła udzielanych świadczeń zdrowotnych, zakład mógł ją wprowadzić dopiero po uprzednim wpisie tej zmiany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (art. 14 ust. 2).

Samodzielny publiczny zakład opieki (sp zoz), zgodnie z art. 35b ust. 1 ustawy o zoz, pokrywał z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązania. Zakład podlegał obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskiwał osobowość prawną (art. 35b ust. 3). Samodzielny publiczny zoz, jako osoba prawna, miał swoje organy zarządzające, prowadził samodzielną gospodarkę finansową i samodzielnie odpowiadał za swoje zobowiązania.

Zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej mogło być dokonane przez zakład na zasadach określonych przez organ założycielski. Wniesienie majątku do spółek lub fundacji wymagało zgody organu, który utworzył zakład.³¹

Głównym źródłem finansowania spzoz 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 i art. 72 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Samodzielny publiczny zoz mógł ponadto uzyskiwać środki finansowe ze źródeł ustalonych w art. 54 ust. 1 ustawy o zoz. Zadania realizowane w ramach programów zdrowotnych (art. 54 ust. 2 ustawy o zoz), mogły być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który

³⁰ 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.).

utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

Warunki i tryb przekazywania środków na realizację programów zdrowotnych regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania³² i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania³³. Przekazanie przez zlecniodawcę środków publicznych na rzecz zleceniobiorcy następowało na podstawie umowy.³⁴

Artykuł 55 ustawy o zoz przewidywał możliwość otrzymania przez samodzielny publiczny zoz dotacji budżetowej, m.in. na zakup wysokospecjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego.

Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy o zoz, rachunkowość samodzielnego publicznego zoz powinna być prowadzona na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Oznacza to, że miały tutaj zastosowanie przepisy ustawy o rachunkowości.³⁵ Zasady prowadzenia rachunku kosztów określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.³⁶

Nadzór nad zakładem opieki zdrowotnej sprawował podmiot, który utworzył zakład (art. 67 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Zgodnie z art. 151 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia³⁷ nadzór nad działalnością Funduszu i świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem sprawował Minister Zdrowia, stosując kryterium legalności. Natomiast nadzór nad gospodarką finansową Funduszu sprawowany był przy

³¹ art. 53 ust 2 ustawy o zoz.

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266) - uchylone z dniem 22 czerwca 2002 r.

³³ Od 22 czerwca 2002 r. obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. z 2002 r. Nr 69, poz. 642).

³⁴ Por. art. 54 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

³⁵ Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).

³⁶ Dz. U. Nr 164, poz. 1194 .

³⁷ Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej były zobowiązane do stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych.³⁸

Na podstawie z art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach³⁹ kierownicy zakładów opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zostali zobowiązani do prowadzenia rejestrów zakażeń zakładowych oraz sporządzania i przekazywania powiatowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o występowaniu tych zakażeń oraz powołania zespołu oraz komitetu kontroli zakażeń zakładowych.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno – organizacyjne

3.1.2.1. W 1993 r. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce”. Program na lata 2000 – 2004, przyjęty przez Kolegium Ministra Zdrowia na posiedzeniu w dniu 25 maja 2000 r., i zatwierdzony do realizacji przez Ministra Zdrowia 30 maja 2000 r., przewidywał finansowanie ze środków budżetu Ministerstwa Zdrowia kosztów zakupu aparatury medycznej dla spzoz na wyposażenie nowych stacji dializ, utworzenie nowych stanowisk dializacyjnych w już istniejących stacjach oraz na wymianę zużytej aparatury medycznej. Na jego realizację przewidywano przeznaczyć w latach 2000 – 2004 łącznie 59.000 tys. zł, odpowiednio: 9.000 tys. zł, 11.000 tys. zł, 12.000 tys. zł, 13.000 tys. zł, 14.000 tys. zł.

W związku z ograniczeniem wydatków budżetowych części 46 – Zdrowie, Minister Zdrowia podjął decyzję o przeznaczeniu na realizację Programu w latach 2000 – 2004 (I półrocze) 19.506,9 tys. zł, tj. 33,1 % kwoty zaplanowanej przez autorów Programu. Do 30 czerwca 2004 r. wydatkowano 13.575 tys. zł, tj. 69,6 % planu po zmianach i 23% kwoty przewidzianej w Programie.

W okresie objętym kontrolą Ministerstwo sfinansowało koszt zakupu 228 aparatów do hemodializy, 11 stacji uzdatniania wody, 3 zestawy odwróconej osmozy, na ogólną kwotę 13.250,2 tys. zł. Zakupiona aparatura medyczna była przeznaczona dla 124 stacji dializ działających w spzoz, których wykaz stanowi załącznik nr 3 do Informacji.

„Program poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” na lata 2000 – 2004 zakładał powstawanie nowych niepublicznych stacji dializ lub przekształcenie już istniejących

³⁸ Art. 4 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.).

³⁹ Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.

publicznych stacji w niepubliczne zoz, bez jakichkolwiek ograniczeń. Ich powstawanie winno następować w uzgodnieniu z terenowymi władzami ochrony zdrowia, regionalnymi kasami chorych oraz konsultantami z zakresu nefrologii. Nie istniały jednak przepisy prawne regulujące powstawanie nzoż w lokalizacjach przewidzianych w Programie.

Na koniec 2003 r. w kraju działały 204 stacje dializ, dysponujące 2.259 stanowiskami dializacyjnymi i 2.755 aparatami do hemodializy. Zestawienie liczby stacji dializ i stanowisk dializacyjnych działających w szpitalach i nzoż stanowi załącznik nr 4 do Informacji.

Ponadto stwierdzono przypadki sprzedaży wyposażenia publicznych stacji dializ spółkom z o.o. tworzącym niepubliczne stacje dializ.

3.1.2.2. Od 1 stycznia 2000 r. do 31 marca 2003 r. hemodializy finansowane były przez regionalne kasy chorych, działające na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁴⁰, a od 1 kwietnia 2003 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, działający na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.⁴¹

Zestawienie liczby hemodializ zakontraktowanych przez kasy chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wysokość środków przekazanych dla zakładów opieki zdrowotnej na ich realizację, w latach 2000 – 2004 (I półrocze), stanowi załącznik nr 6 do Informacji.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Realizacja „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2004 (I półrocze) przez Ministerstwo Zdrowia

3.2.1.1. Ministerstwo, finansując w latach 2000 - 2002 r. z budżetu państwa realizację Programu, nie miało wewnętrznego, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia aktu prawnego, określającego tryb jego opracowywania, akceptowania, realizacji i rozliczania. P.o. dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia wyjaśniła, iż dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego podejmował decyzję o przyznaniu środków zoz na zakup aparatury w ramach Programu, a zatwierdzał ją nadzorujący podsekretarz stanu. W praktyce było inaczej. To Koordynator Programu, we współpracy z Krajowym Konsultantem w dziedzinie nefrologii, dokonywał podziału środków finansowych na zakup aparatury, a ostateczną decyzję o ich przyznaniu podejmował zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, nie zaś właściwy podsekretarz stanu. Koordynator Programu nie miał jednak takich uprawnień, ponieważ Minister Zdrowia, powołując z dniem 1 czerwca 1999 r. prof. B. R. - kierownika Kliniki Nefrologii Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku -

⁴⁰ Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

⁴¹ Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

na Koordynatora Programu, nie określił jego zadań i uprawnień. Dopiero przepis § 4 ust. 3 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych⁴² umożliwił wyłonienie koordynatora programu. Zasady dotyczące m.in. finansowania i rozliczania Programu zostały sprecyzowane w zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2002 r.⁴³

3.2.1.2. W badanym okresie Ministerstwo nie dysponowało bazą danych o istniejącym stanie wyposażenia stacji dializ w aparaturę medyczną oraz o nakładach na jej odtworzenie lub zwiększenie liczby stanowisk dializacyjnych. Skutkiem tego były przypadki przyznawania środków na zakup aparatów do hemodializy szpoz, które jej nie potrzebowały.

Np. SP ZOZ w Szczecinku przyznano środki na zakup 4 aparatów do hemodializy i 1 aparatu do uzdatniania wody, podczas gdy Zakład ten nie planował utworzenia Stacji Dializ. Dla SP ZOZ w Olecku zakupiono 2 aparaty sztucznej nerki oraz aparat do uzdatniania wody za ok. 224 tys. zł. Po ok. 9 miesięcznym przechowywaniu w magazynie sztuczne nerki przekazano odpowiednio do SP ZOZ w Pisz i SP ZOZ w Makowie Mazowieckim. Z kolei w Szpitalu Miejskim im. Brudzińskiego w Gdyni przez ok. 1,5 roku w magazynie przechowywano 4 aparaty do hemodializy, aparat do uzdatniania wody i aparat do reutilizacji dializatorów, o łącznej wartości ok. 350 tys. zł.

Brakowało też dokumentacji świadczącej o analizach zapotrzebowania na hemodializy oraz potwierdzających ocenę dostępności tych świadczeń w poszczególnych województwach i w skali kraju. „Raporty o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce” z lat 2000 – 2003, opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne i Koordynatora Programu, w ocenie NIK, nie mogły stanowić wiarygodnej podstawy do planowania zakupów, gdyż zawierały niespójne i niekompletne dane dotyczące m. in. liczby stacji dializ i stanowisk dializacyjnych.

W ofertach na 2003 r. niektóre zoz wnioskowały o zwiększenie stanowisk dializacyjnych, gdyż nie wszyscy ich pacjenci, z przewlekłą niewydolnością nerek, mieli zapewniony do nich dostęp.

Na przykład SPZOZ w Zamościu złożył ofertę na zakup aparatu do hemodializy, informując, iż do leczenia dializami oczekuje 5 pacjentów z krańcową niewydolnością nerek. ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim złożył ofertę na zakup 2 aparatów do hemodializy, uzasadniając, iż w kolejce do leczenia dializami oczekuje 8 pacjentów z wytworzonymi przetokami HD. 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy zwrócił się o zakup 2 sztucznych nerek w związku z niedoborem stanowisk w 2 istniejących w Bydgoszczy stacjach, skutkujących koniecznością przekazywania chorych z ich miejsca zamieszkania do

⁴² (Dz. Urz. MZ. Nr 1, poz. 2)

⁴³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2002 r w sprawie określenia zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ. Nr 11, poz. 85).

innych stacji. Żaden z ww. zoż nie otrzymał środków w 2003 r. na zakup niezbędnej aparatury.

3.2.1.3. Minister Zdrowia nie skorzystał z delegacji, zawartej w art. 41 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, upoważniającej do określenia, w drodze rozporządzenia, minimalnych norm wyposażenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standardów tego wyposażenia.

W konsekwencji środki finansowe na realizację Programu były dzielone nie tylko bez rozpoznania potrzeb i analizy wykorzystania zakupionej już aparatury, lecz także bez uwzględnienia minimalnych norm wyposażenia stacji dializ w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standardów tego wyposażenia, o których mowa w art. 41 ww. ustawy.

Nieokreślenie tych standardów było - w ocenie NIK - istotnym czynnikiem ograniczającym możliwość rzetelnej oceny zapotrzebowań na aparaturę dializacyjną.

Zalecone stacjom dializ przez Ministerstwo w 2001 r. standardy, określone w publikacji pt. „Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek,” pod redakcją prof. B. Rutkowskiego i prof. S. Czekalskiego, w ocenie NIK, nie miały dla nich mocy wiążącej, ponieważ nie zostały określone w drodze rozporządzenia.

3.2.1.4. Na realizację Programu w latach 2000 – 2004 (I półrocze), Ministerstwo wydatkowało z rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej, środki finansowe w łącznej wysokości 13.575,3 tys. zł, co stanowiło 69,6% planu po zmianach (19.506,9 tys. zł)⁴⁴ i 23% kwoty zaplanowanej przez autorów Programu (59.000 tys. zł).

Większość z tych środków (**10.501,2 tys. zł – 77,4%**), wydatkowano z naruszeniem obowiązujących przepisów⁴⁵, z tego 79,6 tys. zł z naruszeniem ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych.⁴⁶ Ponadto kwotę 250 tys. zł (1,8%) przeznaczono na inne cele niż określono w Programie.

3.2.1.5. W umowach na realizację Programu w latach 2000 - 2002 Minister Zdrowia zobowiązał samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do zawarcia umowy-zlecenia z Akademią Medyczną w Gdańsku, na przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup aparatury. Koszty z tym związane miało pokryć Ministerstwo w wysokości 0,5 % kwoty przekazanej na realizację przedmiotu umowy. Zobowiązania wobec Akademii na kwotę 50,5 tys. zł były regulowane ze środków inwestycyjnych, gdyż w

⁴⁴ W okresie objętym kontrolą plan po zmianach, z uwzględnieniem blokady wydatków w 2001 r. na kwotę 3.903,9 tys. zł, wynosił ogółem 15.663 tys. zł.

⁴⁵ § 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266).

⁴⁶ t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.

planie finansowym na lata 2000 - 2001 Ministerstwo nie przewidziało środków na wydatki bieżące. Koszty przeprowadzenia przez Akademię Medyczną w Gdańsku postępowania przetargowego w 2002 r. w kwocie 4,3 tys. zł sfinansowało zaś Biuro Administracyjno – Gospodarcze w MZ, z rozdziału 85195 – Pozostała działalność, naruszając przepisy art. 92 pkt 3 ustawy o finansach publicznych. Wybór Akademii Medycznej w Gdańsku na realizatora zakupów aparatury, w ocenie NIK, był działaniem niecelowym i niegospodarnym, gdyż przy Ministrze Zdrowia funkcjonował Zakład Zamówień Publicznych, tj. państwowa jednostka budżetowa wyspecjalizowana w przeprowadzaniu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.

W roku 2000 decyzją b. sekretarza stanu, Pana M. P., na wniosek b. dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, Pana J. G., pozostawiono w spzoz na poczet obsługi technicznej stacji dializ kwotę 24,8 tys. zł, mimo że zarówno Program, jak i umowy zawarte z tymi zakładami, nie przewidywały tego rodzaju kosztów, co NIK ocenia jako działanie niecelowe i niegospodarne.⁴⁷

Wykorzystanie środków przeznaczonych na wydatki majątkowe na pokrycie wydatków bieżących (wynagrodzenie dla Akademii Medycznej i na obsługę stacji dializ) było niezgodne z art. 92 pkt 3 oraz 96 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. Stosownie do postanowień art. 138 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy przekroczenie zakresu upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych jest naruszeniem dyscypliny finansów publicznych.

3.2.1.6. Z naruszeniem przepisów wydatkowano kwotę **10.496,9 tys. zł** na realizację Programu w latach 2000 – 2001 oraz niegospodarnie wykorzystano część tych środków.

Ministerstwo Zdrowia, zawierając w latach 2000 – 2001 umowy o przekazanie środków publicznych na realizację Programu, naruszyło § 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz kontroli ich wykorzystania⁴⁸. Przed podpisaniem umów nie przedstawiło bowiem realizatorom Programu wykazu i zakresu zadań oraz nie egzekwowało od tych zakładów złożenia wymaganych dokumentów, tj. planu rzeczowo - finansowego i informacji o dotychczasowej działalności.

⁴⁷ W. Wojtala, Podsekretarz Stanu w MZ, poinformowała NIK, iż trwają prace mające na celu ustalenie faktycznych kwot do zwrotu przez poszczególne spzoz.

⁴⁸ Dz. U. Nr 166, poz. 1266.

Kontrolującym nie przedstawiono także dokumentacji świadczącej, że wielkość środków finansowych była ustalana na podstawie rokowań między stronami, tj. Ministerstwem Zdrowia a samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, realizującymi Program. Nieprawidłowość ta dotyczyła 109 umów o przekazanie środków z Programu, na łączną kwotę 10.496,9 tys. zł.

Departament Zdrowia Publicznego, odpowiedzialny za realizację Programu, nie prowadził rejestru wniosków ani ewidencji zapotrzebowań na środki finansowe. Zaniechanie tych działań skutkowało brakiem danych o ogólnej liczbie złożonych przez szpoc wniosków i wysokości zapotrzebowania na środki finansowe. Wnioski zbiorcze i indywidualne, sporządzane przez zakłady, wpływały bowiem do Koordynatora Programu lub Ministerstwa Zdrowia.

3.2.1.7 W 2000 r. podjęto decyzję o zakupie aparatury 7 planowanym do utworzenia stacjom dializ, w tym m. in. Stacji Dializ w Szpitalu Kolejowym w Pruszkowie, chociaż powstała ona już w 1973 r.

Spośród pozostałych 6 planowanych do utworzenia stacji dializ, 3 rozpoczęły działalność dopiero w I półroczu 2002 r., natomiast jedna - w Olecku, mimo nabycia aparatury, nie została utworzona. Aparatura zalegała w magazynie przez 9 miesięcy, po czym została przekazana innym szpoc.

3.2.1.8. W umowach o przekazanie środków na zakup aparatury, zawartych w latach 2000 – 2001, nie określono czyją własność będzie ona stanowić. Odnotowano przypadek jej sprzedaży bez informowania o tym Ministra Zdrowia (dyrektor SPZOZ w Piszcz sprzedał w czerwcu 2004 r. firmie „Hurtofarm,” z siedzibą w Sosnowcu, wyposażenie stacji dializ zakupionych w ramach Programu, m. in. stację uzdatniania wody oraz 8 aparatów do hemodializy). Dyrektor postąpił tak ponieważ nie było w umowach zapisów ograniczających dysponowanie tym majątkiem. Takie zapisy wprowadzono dopiero w umowach na realizację Programu od 2002 r.

3.2.1.9. NIK ocenia jako działanie nierzetelne wybór realizatorów Programu w latach 2002 – 2003. Stwierdzono, że w 2002 r. nie określono kryteriów oceny ofert oraz nie powołano komisji konkursowej do ich oceny. Wyboru realizatorów Programu dokonywali zaś, bez formalnego powołania, pracownicy Departamentów: Polityki Zdrowotnej oraz Budżetu, Finansów i Inwestycji, przy udziale ekspertów, tj. Koordynatora Programu i Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii.

Ponadto, w 2002 r. Ministerstwo przekazało Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie kwotę 250 tys. zł na sfinansowanie kosztów zakupu foteli dializacyjnych i wykonanie wentylacji i klimatyzacji w Stacji Dializ, mimo że Program nie obejmował wydatkowania środków na ten cel. Koszty te winny być pokrywane przez zakład.

W roku 2003 natomiast, określając kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu konkursowym, nie wyznaczono wagi dla tych kryteriów. Dokumentacja z postępowania konkursowego wskazuje, że oferty nie były jednak oceniane według przyjętych kryteriów. W protokole brakowało także ich oceny końcowej, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

3.2.1.10. Ministerstwo Zdrowia nie miało rozeznania co do liczby lekarzy specjalistów z zakresu nefrologii. Z Raportów Krajowego Konsultanta z realizacji zadań i uprawnień wynika, że ogólna liczba lekarzy tej specjalności w latach 2001 – 2003 wynosiła ok. **300**, a ich niedobór szacowano na ok. **200**. Ministerstwo Zdrowia od 2001 r. nie weryfikowało tych informacji, mimo że dane te pochodziły zaledwie od 6 konsultantów wojewódzkich.

Według stanu na dzień 14 września 2004 r. w Centralnym Rejestrze Lekarzy, prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską, było zarejestrowanych **402** lekarzy posiadających specjalizację z zakresu nefrologii, w tym 36 w wieku powyżej 65 lat. Zgodnie natomiast ze „Sprawozdaniami o zatrudnieniu specjalistów: lekarzy, stomatologów, farmaceutów” (MZ – 89) w latach 2001 – 2003 liczba lekarzy posiadających specjalizację z zakresu nefrologii wynosiła odpowiednio: **223, 247, 277**.

Jednakże z informacji udzielonej przez Konsultanta Krajowego, prof. S. Cz., w trybie art. 29 pkt 2 lit f ustawy o NIK, wynika, że potrzeby kadrowe wynoszą **772 lekarzy** specjalistów z zakresu nefrologii, z tego: **412** winno być zatrudnionych w 204 stacjach dializ i 2 ośrodkach pozaustrojowej eliminacji trucizn oraz **360** w poradniach specjalistycznych.

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań zmierzających do zlikwidowania niedoboru lekarzy nefrologów, m. in. poprzez zwiększenie liczby etatów szkoleniowych, finansowanych z budżetu państwa, tzw. rezydentur. W latach 2000 – 2004 (I półrocze) został przyznany tylko jeden taki etat, na który wydatkowano 62,5 tys. zł. Brak lekarzy tej specjalności może mieć bardzo niekorzystny wpływ na jakość świadczeń zdrowotnych.

3.2.1.11. Na dzień 30 czerwca 2004 r. Ministerstwo nie miało również wiedzy o liczbie stacji dializ i stanowisk dializacyjnych, a także o liczbie niepublicznych zoz, które powstały na bazie majątku samodzielnych publicznych zoz, mimo że Program na lata 2000 – 2004 zakładał możliwość takiego przekształcenia.

3.2.1.12. W kontrolowanym okresie Ministerstwo przeprowadziło tylko jedną kontrolę prawidłowości wykorzystania środków publicznych przekazanych na zakup aparatury w SP Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy, co NIK ocenia negatywnie.

3.2.1.13. Zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 13 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,⁴⁹ Minister Zdrowia był zobowiązany do sprawowania nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego. Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, sprawujący w imieniu Ministra Zdrowia nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia i świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów z Funduszem, nie wywiązywał się z tego obowiązku. Od 1 kwietnia 2003 r. do 30 czerwca 2004 r. Wydział Kontroli Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w MZ nie przeprowadził żadnej kontroli świadczeniodawców wykonujących leczenie nerkozastępcze.⁵⁰

3.2.1.14. Stwierdzono także, że zarówno Ministerstwo Zdrowia (Departamenty: Ubezpieczenia Zdrowotnego i Polityki Zdrowotnej), jak i Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponowały rzetelną informacją o liczbie wykonanych hemodializ i leczonych tą metodą pacjentów. Świadczą o tym dane za okres od 1 kwietnia do 31 grudnia 2003 r. przedstawione w sprawozdaniach. I tak wykonano:

- **1.767.197** hemodializ u **141.378** pacjentów, według Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego.⁵¹

- **1.898.860** hemodializ u **9.821** pacjentów, według Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.⁵²

Z kolei według danych zawartych w „Raporcie o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2003” od 1 stycznia do 31 grudnia 2003 r. wykonano **1.512.604** hemodializy u **11.440** pacjentów.

Według rocznych sprawozdań: o działalności zakładu stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej (MZ – 29) i o działalności i zatrudnieniu ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (MZ – 12), liczba wykonanych hemodializ w 2003 r. wyniosła **1.450.619** u **21.929** pacjentów.⁵³

⁴⁹ Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

⁵⁰ W piśmie z dnia 25 marca 2005 r. W. Wojtala, Podsekretarz Stanu w MZ poinformowała NIK, iż zostanie dokonana analiza zasobów kadrowych Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w MZ w zakresie realizacji zadań kontrolnych.

⁵¹ Najwyższa Izba Kontroli jest świadoma, że przytoczona liczba pacjentów leczonych dializami jest błędna. Została ona podana w „Sprawozdaniu z działalności NFZ za okres od 1.04.2003 – 31.12.2003 r.”

⁵² Informacje przedstawione przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia były niekompletne, ponieważ nie zawierały danych z 7 na 16 województw.

⁵³ Zgodnie z informacją przekazaną NIK przez W. Wojtalę, Podsekretarza Stanu w MZ, Minister Zdrowia na podstawie delegacji zawartej w art. 190 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) przygotował projekty rozporządzeń w sprawie:

3.2.1.15. Do czasu wejścia w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁵⁴ Minister Zdrowia nie podjął działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia cen urzędowych na preparaty zawierające erytropoetynę, stosowane w leczeniu nerkozastępczym, które generują znaczne koszty dla zakładów leczenia zamkniętego. Z tego względu, takie działania powinny być, w ocenie NIK, podjęte.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan R. N. stwierdził, że preparaty te nie były stosowane wyłącznie w leczeniu zamkniętym. Można było je nabyć w aptekach ogólnodostępnych (status Rp i LzRp). Nie znajdowały się też w wykazach leków refundowanych. Niemożliwym było zatem ustalenie dla nich cen urzędowych.

Według „Raportów o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce” w latach 2000 - 2003 erytropoetynę stosowano u 90% leczonych hemodializą. Zgodnie z wyceną procedury przez NFZ, obowiązującą od 1 stycznia 2004 r., koszt podania erytropoetyny ustalono na 80 zł (1.300 jednostek leku), co stanowi 21,6 % ceny hemodializy (370 zł). W I półroczu 2004 r. wartość wykonanych hemodializ wyniosła ogółem 271.835,2 tys. zł.

Zakłady opieki zdrowotnej kupowały erytropoetynę płacąc ok. 60 zł za 1000 jednostek leku, podczas gdy w innych krajach jej cena była znacznie niższa. Przykładowo z informacji Ambasady Rzeczypospolitej Polskiej na Węgrzech wynika, że cena erytropoetyny na rynku węgierskim kształtowała się na poziomie ok. 46 zł za 1000 jednostek. Przyjmując cenę leku stosowaną na Węgrzech, tylko w I półroczu 2004 r. za wykonane hemodializy nadpłacono ok. 12.330 tys. zł⁵⁵, co NIK ocenia jako działanie niegospodarne.

Od maja 2004 r. – jak wynika z pisma Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii z 28 września 2004 r. – również w Polsce dopuszczono do obrotu nowy lek zawierający erytropoetynę w cenie 45 zł za 1000 jednostek, tj. o ok. 15 zł niższej od cen dotychczas obowiązujących.

-zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;

-ustalenia zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym NFZ oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw. Powyższe projekty rozporządzeń zostały przesłane w dniu 28.02.2005 r. do Rządowego Centrum Legislacji w celu ich rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą.

⁵⁴ Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

⁵⁵ Przy założeniu, że 90% hemodializ wykonano z podaniem erytropoetyny, ich wartość wyniosła 244.651,7 tys. zł. Z podzielenia kwoty 244.651,7 tys. zł przez cenę jednostkową hemodializy z podaniem erytropoetyny, tj. 370 zł, liczba wykonanych hemodializ wyniosła 661.221. Ogólny koszt podania erytropoetyny wynosił szacunkowo ok. 52.897,7 tys. zł. (661.221 hemodializ x 80 zł), co stanowi 881.628,3 tys. jednostek erytropoetyny.

Z dniem 1 października 2004 r., znowelizowano art. 5 ustawy o cenach⁵⁶, umożliwiając ustalenie - w drodze rozporządzenia – cen urzędowych na produkty lecznicze i wyroby medyczne, których koszt stanowi istotny udział w kosztach świadczeń zdrowotnych.

Międzyresortowy Zespół ds. Gospodarki Lekami, do zakończenia kontroli, tj. do 30 września 2004 r., prowadził prace nad „Listą leków stosowanych w lecznictwie zamkniętym,” w tym preparatów zawierających erytropoetynę.

3.2.1.16. W latach 2000 – 2003 liczba nzoż wzrosła z 2 do 47, co spowodowało zwiększenie dostępu do hemodializ. Jednakże z ustaleń kontroli wynika, że decyzje o ich utworzeniu, z braku uregulowań prawnych, nie były podejmowane w uzgodnieniu z organami samorządu terytorialnego, wojewodami, kasami chorych, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Krajowym i wojewódzkimi konsultantami w dziedzinie nefrologii, jak to założono w Programie. Do czasu zakończenia kontroli, Ministerstwo nie opracowało planu rozmieszczenia publicznych szpitali, w strukturze których znajdują się stacje dializ, mimo że, według informacji Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii, Minister Zdrowia już w 2002 r. zobowiązał się do wytypowania tych placówek. Krajowy i wojewódzcy konsultanci w dziedzinie nefrologii wnioskowali, aby w planie tym zostały umieszczone wszystkie jednostki akademickie oraz stacje działające w szpitalach wojewódzkich i byłych wojewódzkich. Tymczasem nzoż powstawały w lokalizacjach nie przewidzianych w Programie. Najczęściej były one sytuowane w szpzoż, w których działały stacje dializ, lub w ich bliskim sąsiedztwie. Taka lokalizacja nowych stacji dializ nie poprawiała równomiernego ich rozmieszczenia na terenie kraju, co m. in. było celem Programu. Nie powodowało też skrócenia drogi dowozu chorych na hemodializy. W niektórych przypadkach dowóz dializowanych przekraczał 40 km w jedną stronę, co powodowało wzrost kosztów tych zabiegów u świadczeniodawców.

3.2.2. Realizacja zakupów aparatury przez Akademię Medyczną w Gdańsku.

W wyniku prowadzonych przez Akademię procedur o zamówienie publiczne w trybie przetargów nieograniczonych zakupiono ogółem 187 aparatów do hemodializy, 4 stacje uzdatniania wody 10 – 12 - stanowiskowe, 6 stacji uzdatniania wody 2 – 14 - stanowiskowe oraz 2 zestawy odwróconej osmozy.

W latach 2000 – 2001 wartość aparatury zakupionej przez Akademię wynosiła ogółem 10.194 tys. zł, w tym: w 2000 r. – 8.798,5 tys. zł, w 2001 r. – 1.395,5 tys. zł.

W 2000 r., w wyniku rozstrzygnięcia przetargu na zakup 149 aparatów do hemodializy jako najkorzystniejsze wybrano dwie oferty: firmy Compol Nefro S. A. w cenie 53,3 tys. zł za

⁵⁶ na podstawie art. 218 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

sztuczną nerkę (ocena punktowa - 98,37) i Gambro Poland Sp. z o.o. w cenie 53,3 tys. zł za sztuczną nerkę (ocena punktowa 98,69). W firmie Gambro Poland Sp. z o.o. kupiono 75 sztucznych nerek, zaś w firmie Compol Nefro S. A - 74 szt., mimo że jej oferta nie była najkorzystniejsza. Przy tej samej cenie sztucznej nerki jej oferta była bowiem o 0,32 pkt. niższa. Łączną wartość kontraktu określono na kwotę 3.944,2 tys. zł.

Naruszono w ten sposób postanowienia art. 28 ust.1 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych⁵⁷, który stanowił: „Przetarg jest organizowany przez zamawiającego w celu wyboru najkorzystniejszej oferty na wykonanie zamówienia publicznego.”

3.2.3. Realizacja specjalistycznych procedur medycznych – hemodializ przez zakłady opieki zdrowotnej

3.2.3.1. Zakłady opieki zdrowotnej udzielały świadczeń zdrowotnych - zaliczanych do specjalistycznych procedur medycznych, finansowanych ze środków publicznych - na podstawie umów zawieranych z kasami chorych, a następnie z NFZ, które określały w szczególności: rodzaj, liczbę i cenę jednostkową zakupionych hemodializ, a także maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych (Narodowego Funduszu Zdrowia) wobec świadczeniodawcy. Podpisywanie umów o udzielanie hemodializ w latach 2000 – 2002 było poprzedzane konkursem ofert⁵⁸, a w 2004 r. konkursem ofert albo rokowaniami.

Do roku 2003 brak było jednolitego standardu postępowania medycznego, określającego warunki wykonania, zakres czynności i badań składających się na procedurę hemodializy. Minister Zdrowia nie skorzystał bowiem z delegacji zawartej w art. 9 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważniającej do określenia w drodze rozporządzenia standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości hemodializy. Brak ten istotnie ograniczał możliwość wyliczenia jej kosztów przez płatnika (kasę chorych). W praktyce poszczególne kasy chorych tworzyły standardy medyczne we własnym zakresie, wykorzystując przy ich ustalaniu nieobligatoryjne zalecenia i wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii, co w ocenie NIK, sprzyjało nierównemu traktowaniu podmiotów udzielających hemodializy w różnych regionach kraju.

⁵⁷ j. t. Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.

⁵⁸ W 2003 r. nie przeprowadzono konkursu ofert. Aneksami do umów zawartych w 2002 r. przedłużono okres ich obowiązywania na 2003 r.

Ze względu na zastosowanie różnych standardów i zasad finansowania, jednostkowe ceny hemodializ w poszczególnych kasach chorych były zróżnicowane i kształtowały się następująco:

- w 2000 r. od 320 zł w Podlaskiej Regionalnej Kasie Chorych do 390 zł w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych;
- w 2001 r. od 349 zł w Kujawsko – Pomorskiej Regionalnej Kasie Chorych do 417 zł w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych;
- w 2002 r. i 2003 r. od 364 zł w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych (cena hemodializy nie obejmowała transportu pacjentów), do 422 zł w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych.

Od 1 stycznia 2004 r. obowiązują ujednolicone zasady kontraktowania hemodializ, określone przez Fundusz.⁵⁹

Finansowanie świadczeń odrębnie kontraktowanych oparte jest o cenę jednostkową wyrażoną w punktach. Zgodnie z katalogiem tych świadczeń, procedurę hemodializy (z transportem, w tym z leczeniem niedokrwistości erytropoetyną) wyceniono na 37 punktów, natomiast hemodializę z transportem bez erytropoetyny na 29 punktów rozliczeniowych, licząc 10 zł za punkt rozliczeniowy.⁶⁰ Ceny jednostkowe procedury wynosiły odpowiednio 370 zł i 290 zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał wyceny procedury hemodializy w oparciu o konsultacje i uzgodnienia ze środowiskiem medycznym, w tym z Konsultantem Krajowym w zakresie nefrologii. Nie przeprowadził natomiast analizy kosztów wykonania świadczenia, zgodnie z przyjętymi przez siebie standardami medycznymi, w których winny być wycenione oddzielnie wszystkie elementy składające się na procedurę hemodializy m. in. zabieg, transport chorego, podanie erytropoetyny, konsultacje, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

Fundusz nie przedstawił kontrolującemu informacji o metodologii zastosowanej przy wycenie hemodializy.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Zdrowotnych NFZ, Pan M. K. podał, że: „W dostępnych dokumentach brak jest algorytmów obiektywnej wyceny procedur związanych z udzielaniem świadczeń w zakresie hemodializy”.

⁵⁹ W załączniku Nr 13 do Uchwały Nr 226/2003 z września 2003 r. Zarządu NFZ pn. „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w NFZ od dnia 1 stycznia 2004 r. w rodzaju świadczeń zdrowotnych. Świadczenia odrębnie kontraktowane” w części dotyczącej procedury „hemodializa” określono standard leczenia hemodializą. Uchwałą Nr 227/2003 z dnia 30 września 2003 r. Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniająca uchwałę Nr 221/2003 Zarządu Narodowego Funduszu w tej sprawie z dnia 25 września 2003 r. wprowadzono do stosowania „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych” oraz wzory umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

⁶⁰ Uchwałą Nr 276/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowane w procesie kontraktacji na 2004 r.

3.2.3.2. Fundusz zawierał umowy o udzielanie hemodializ ze spółkami z o.o., które nie były świadczeniodawcami w rozumieniu art. 5 pkt 25 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. W umowach nie zobowiązano tych podmiotów do prowadzenia odrębnej dokumentacji, zapewniającej możliwość kontroli wykorzystania środków publicznych na realizację świadczeń. W konsekwencji środki te pozostawały poza kontrolą Funduszu.

Z naruszeniem art. 72 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł dwie umowy ze **Spółką z o.o. „Międzynarodowe Centra Dializ Polska”** z siedzibą w Warszawie, na udzielanie ogółem 10.373 hemodializ,⁶¹ na łączną kwotę 4.394,5 tys. zł. W żadnej z tych umów nie wyszczególniono nazwy ani siedziby świadczeniodawcy.

Niektórzy świadczeniodawcy nierzetelnie rozliczali się z Funduszem z realizacji umów. W dokumentach finansowych wykazywali bowiem hemodializy z podaniem erytropoetyny, mimo że nie podawano jej pacjentom. Np. **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu**, który podpisał umowę z firmą „Avitum” na świadczenie usług w zakresie hemodializ, w I półroczu 2004 r. zawyżył wartość zabiegów o **596,8 tys. zł**.

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne NIK, skierowane do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, dyrektor tego Oddziału podjął decyzję o przeprowadzeniu kontroli w Stacji Dializ w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu⁶². Kontrola wykazała, że na 8.831 wykonanych hemodializ w 3.976 hemodializach nie podano erytropoetyny, mimo że Fundusz sfinansował koszt tego leku, zgodnie z wystawioną przez Szpital fakturą. Zalecono dokonanie korekty rozliczenia finansowego w okresie styczeń – sierpień 2004 r. na kwotę 1.471,1 tys. zł oraz nałożono karę umowną w kwocie 27.260,26 zł (1 % od kwoty wypłaconej świadczeniodawcy w związku z nieprawidłową realizacją kontraktu). Narodowy Fundusz Zdrowia zawiadomił Prokuraturę Rejonową w Zgierzu o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez kierownika Stacji Dializ, Pana J. W.

Na zlecenie NIK, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadził kontrolę w NZOZ „Centrum Dializ Warszawa”, jednostce organizacyjnej Spółki z o.o. „Międzynarodowe Centra Dializ.” Stwierdzono, iż kwota nienależnie wypłacona świadczeniodawcy wyniosła 123,3 tys. zł i zażądano jej zwrotu. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ skierował ponadto zawiadomienie do prokuratury w sprawie utrudniania mu przez pracowników Spółki z o.o. „Międzynarodowe Centra Dializ” wykonywania czynności kontrolnych w NZOZ „Centrum Dializ Warszawa”.

Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadzając, na wniosek NIK, kontrolę w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w związku z niewłaściwym zawarciem z nimi

⁶¹ Umowa z dnia 15 października 2003 r. obejmująca okres październik – grudzień 2003 r. i umowa na rok 2004 z dnia 22 stycznia 2004 r.

⁶² Kontrola przeprowadzona przez Fundusz w dniach 6.10 – 26.10.2004 r.

umów o udzielanie hemodializ, podjął decyzję o jej rozszerzeniu, obejmując nią również spzoz. Skontrolowano 177 stacji dializ. W 72 stwierdzono zawyżanie rozliczeń finansowych. W kosztach hemodializy uwzględniono erytropoetynę, mimo że nie podawano jej chorym. Fundusz wystąpił do świadczeniodawców z żądaniem o zwrot **7.638,8 tys. zł, w tym 6.960,3 tys. zł** z tytułu nienależnie pobranych kwot za realizację procedury hemodializy bez podania erytropoetyny i **678,6 tys. zł** z tytułu nałożonych kar umownych za niewywiązywanie się z warunków umowy, zgodnie z § 32 pkt 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.”⁶³.

3.2.3.3. Najwyższa Izba Kontroli krytycznie ocenia brak działań Funduszu po kontroli przeprowadzonej przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ, w trakcie której stwierdzono, iż w Stacji Dializ SPZOZ, Szpitala Rejonowego w Kutnie dializowanym pacjentom przetaczano preparaty krwi zamiast podawania erytropoetyny. W Stacji nie przestrzegano również standardów przy leczeniu dializami, nie badano ich wydajności, nie przyjmowano na dializy nowych chorych, personel medyczny zaś nie spełniał wymogów kwalifikacyjnych.

Zalecenia pokontrolne, jakie sformułowano wobec Szpitala, ograniczały się do dokonania korekty rozliczenia finansowego z tytułu niepodania erytropoetyny. O zaistniałej sytuacji, zdaniem NIK, należało powiadomić prokuraturę i wypowiedzieć warunki umowy Szpitalowi. Działania takie podjął Minister Zdrowia, ale dopiero po nagłośnieniu tej sprawy przez media.

3.2.3.4. Szczegółowe zasady funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, wraz z zadaniami poszczególnych komórek organizacyjnych i zakresami czynności pracowników, powinny być określone w regulaminie porządkowym zakładu, zgodnie z wymaganiami art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Z 40 zakładów objętych kontrolą 10 nie spełniało tego obowiązku, m. in.:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie, Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych w Poznaniu, Specjalistyczny Szpital w Grudziądzu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi, SP ZOZ w Hajnówce, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku.

3.2.3.5. W 4 stacjach dializ stwierdzono brak możliwości rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego osób zakwalifikowanych do tego zabiegu, z powodu braku miejsca.

Stacja Dializ działająca w strukturze Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Bytomiu, w 2001 r. i I półroczu 2004 r. przekazała 10 pacjentów innym

⁶³ Informacja Narodowego Funduszu Zdrowia o wynikach kontroli przeprowadzonej w 2004 r. w stacjach dializ.

ośrodkom dializ.⁶⁴ W „**Mazowieckim Centrum Nefrologii**” NZOZ w Warszawie w I półroczu 2004 r. 5 pacjentów oczekiwało na hemodializę ok. 3 miesiące. W „**Stacji Dializ Golub – Dobrzyń**” NZOZ w latach 2003 – 2004 (I półrocze) na dializy oczekiwało odpowiednio 8 i 7 pacjentów. W „**Międzynarodowym Centrum Dializ – Wrocław**”, NZOZ - filia w **Lubaniu** oczekiwało 6 pacjentów.

W niektórych stacjach dializ liczba pacjentów oczekujących na leczenie nerkozastępcze, będących w okresie przygotowawczym, wynosiła od 12 do 43 osób.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie** w latach 2000 - 2004 na leczenie hemodializą oczekiwało odpowiednio: 25, 30, 36, 34, 43 osoby, w **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie** - 12 osób.

Zestawienie liczby pacjentów leczonych i oczekujących na hemodializę oraz liczbę wykonanych zabiegów w zakładach opieki zdrowotnej, objętych kontrolą, stanowi załącznik nr 5 do Informacji.

3.2.3.6. Zbyt małe limity porad zakontraktowanych przez NFZ w poradniach nefrologicznych zmusiły zoz do wprowadzenia kolejkowego trybu przyjęć pacjentów. Czas oczekiwania na wizytę u nefrologa wynosił od 1 tygodnia do 4 miesięcy.

W przypadku przewlekłej niewydolności nerek tak długi czas oczekiwania na poradę – w ocenie NIK - może prowadzić do zagrożenia zdrowia a nawet życia pacjentów.

Najdłuższe terminy oczekiwania na wizytę u lekarza ze specjalnością z zakresu nefrologii odnotowano:

W **Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu**, w Poradni przy ul Traugutta na wizytę do nefrologa oczekiwało 1.015 osób. Pomimo przekroczenia dziennego limitu przyjęć o ok. 60 % czas oczekiwania pacjenta na wizytę wynosił do 3 miesięcy. W **Przyszpitalnej Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu** okres oczekiwania na pierwsze badanie wynosił ok. 4 tygodni, a liczba oczekujących pacjentów od 40 do 50 osób. W NZOZ „**Stacja Dializ Oświęcim**” na dzień 7 lipca 2004 r. terminy przyjęć były wyczerpane do końca października, a czas oczekiwania na wizytę w Poradni Nefrologicznej wynosił od 2,5 do 3 miesięcy. W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie** w Poradni Nefrologicznej - Dializacyjnej czas oczekiwania na wizytę u nefrologa wynosił od 2 do 4 miesięcy. W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Łodzi** średni czas oczekiwania na poradę we wrześniu 2003 r., zgodnie z rejestrem pacjentów oczekujących, wynosił 48 dni.

W **Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie** u chorych z niewydolnością nerek nie wykonywano badań diagnostycznych w pełnym zakresie, ze względu na niski poziom refundacji kosztów leczenia ambulatoryjnego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Limitowanie badań wynikało z braku środków na pokrycie kosztów, nie zaś możliwości technicznych ich wykonania.

⁶⁴ Pacjenci z kreatyniną powyżej 4 mg % będą leczeni dializą przewlekłą przy poziomie kreatyniny 6 – 10 mg%.

3.2.3.7. Jednym z warunków podpisania kontraktów na udzielanie hemodializ z kasami chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia był obowiązek zatrudnienia w stacjach dializ lekarzy ze specjalnością z zakresu nefrologii, a także lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, przy czym zatrudnienie tych ostatnich uzależnione było od decyzji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii. Natomiast pielęgniarki, przed ich zatrudnieniem w ośrodku dializ, winny być wcześniej przeszkolone w takim ośrodku.

Z ustaleń kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2004 r.⁶⁵ wynika, że w 23 stacjach dializ, ze 177 objętych kontrolą, personel lekarski nie spełniał tych wymagań.

3.2.3.8. Powierzchnia pokoi dializ (wraz ze stanowiskiem nadzoru pielęgniarskiego), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r.⁶⁶ winna wynosić w pokoju jednostanowiskowym minimum 20,0 m², a w pokoju wieloosobowym 12,0 m² na 1 stanowisko.

Spośród 40 skontrolowanych zakładów 11 nie spełniało minimalnych norm. Odstępstwa od nich stwierdzono m. in. w :

Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Stacja Dializ Oświęcim” w Oświęcimiu, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej GAMBRO w Lublinie, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Dializa” z siedzibą w Sosnowcu w oddziałach: Tychy i Kędzierzynie –Koźlu, Szpitalu Kolejowym w Pruszkowie.

W niektórych stacjach dializ nie wydzielono odrębnych stanowisk dializacyjnych dla nosicieli HCV (+), HBV (+) i HIV (+), do czego zobowiązywały postanowienia rozporządzenia MZ i OS z dnia 21 września 1992 r.

Nieprawidłowości w tym zakresie m. in. odnotowano w:

Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Dializa” w Stacji Dializ w Sosnowcu i Tychach , SP ZOZ w Bytomiu, Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Gdańsku.

3.2.3.9. Zgodnie z zaleceniami Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii oraz jednolitym standardem leczenia hemodializą, określonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ośrodek dializ winien być wyposażony m. in. w: aparaty do dializy, tzw. „sztuczne nerki,” w stację uzdatniania wody z odwróconą osmozą, aparaty do automatycznej reutilizacji dializatorów.

⁶⁵ Informacja o wynikach kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stacjach dializ w 2004 r.

Objęte kontrolą stacje dializ, na dzień 1 stycznia 2000 r. dysponowały 430 aparatami do hemodializ, w tym 399 użytkowały spzoz, natomiast 31 było na wyposażeniu dwóch nzo. ⁶⁷ Do 30 czerwca 2004 r. liczba aparatów w kontrolowanych stacjach dializ wzrosła do 832, w tym 487 w spzoz (ok. 30 % ogólnej liczby aparatów w spzoz w Polsce) i 345 w nzo (ok. 56% ogólnej liczby aparatów w nzo w Polsce).

Stan aparatury do hemodializy w 21 z 26 skontrolowanych spzoz, mimo przeznaczania corocznie na jej zakup środków budżetowych, systematycznie pogarszał się, zmniejszając bezpieczeństwo zabiegów i powodując konieczność ograniczenia liczby dializowanych pacjentów. Na 30 czerwca 2004 r. aparaty do hemodializ w tych stacjach były zdekapitalizowane w 81,6%. ⁶⁸

Według zaleceń producentów aparaty do hemodializ po przepracowaniu ok. 20 - 25 tys. godzin lub, bez względu na liczbę godzin, po 7 latach pracy winny być wycofane z eksploatacji. Kontrola wykazała, że spośród 487 sztucznych nerek, wykorzystywanych przez spzoz, aż 234 (48%) zostały oddane do eksploatacji w latach 1985 – 1997 i niektóre z nich przepracowały ponad 50 tys. godzin.

Wprawdzie w badanym okresie nie odnotowano przypadku niewykonania hemodializy z powodu awarii sztucznej nerki, to jednak stan techniczny i stopień ich zużycia w spzoz zagraża bezpieczeństwu dializowanych pacjentów i ujemnie wpływa na jakość świadczonych usług.

Niewłaściwy stan techniczny aparatów do hemodializy m. in. stwierdzono:

W SP Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie z 20 aparatów do hemodializy 7 wyłączono z eksploatacji, gdyż nie spełniały norm technicznych. W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu na 12 aparatów tylko 4 miały aktualne świadectwa stanu technicznego, z pozostałych 2 były niesprawne. W Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, według stanu na 30 czerwca 2004 r., obie stacje dializ dysponowały łącznie 25 aparatami do hemodializ, z tego 20 przekroczyło nominalny czas pracy 2 lub 3 – krotnie. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu na 19 aparatów 12 z nich oddano do eksploatacji w latach 1993 – 1998.

Warunkiem podpisania kontraktu z kasą chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia był wymóg posiadania urządzenia do automatycznej reutilizacji dializatorów lub stosowanie

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia 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.).

⁶⁷ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Dializy i Diagnostyki w Warszawie – 17 aparatów do hemodializy i Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Chorób Wewnętrznych – El- VITA w Elblągu – 14 aparatów do hemodializ.

⁶⁸ Wartość początkowa 487 aparatów do hemodializy wynosiła 21.138,5 tys. zł. Wartość umorzenia 17.246 tys. zł.

dializatorów jednorazowych. Niespełnienie tego wymogu groziło odrzuceniem oferty i odmową podpisania kontraktu.

Jednakże, 2 zakłady (**Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu i Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku**), spośród 40 badanych, nie posiadały urządzenia do automatycznej reutilizacji dializatorów. Zakłady te, w obawie przed odrzuceniem ich ofert przez kasy chorych i NFZ, nie ujawniały, iż nie dysponowały wymaganym urządzeniem, a reutilizację dializatorów przeprowadzały metodą ręczną, co było niedozwolone z uwagi na ryzyko wystąpienia powikłań u pacjentów leczonych hemodializą.

W 12 z 26 skontrolowanych spzoz nie prowadzono w sposób rzetelny dokumentacji eksploatacyjnej aparatury. W „Paszporcie urządzenia medycznego – karcie gwarancyjnej” nie odnotowywano wymaganych przez producenta przeglądów okresowych, nie prowadzono też rejestracji awarii i wyłączeń z pracy aparatów. Część zakładów w ogóle nie dokonywała przeglądów technicznych aparatury dializacyjnej, tłumacząc to brakiem środków finansowych.

Dokumentacji eksploatacji aparatów do hemodializy nie prowadzono m. in. w:

SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Pisz, SP ZOZ Szpitalu Rejonowym w Raciborzu, SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie, SP ZOZ Poznańskim Ośrodku Specjalistycznych Usług Medycznych w Poznaniu, SP Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu, SP Szpitalu Klinicznym Nr 1 Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku, SP Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie.

3.2.3.10. Podstawowym ograniczeniem zakupów aparatury medycznej przez stacje dializ, funkcjonujące w spzoz był brak środków finansowych z uzyskiwanych przychodów, co w dużej mierze wynikało z niedostatecznego zbilansowania ich gospodarki finansowej (załącznik nr 7 do Informacji). Zakup aparatury medycznej był w zasadniczym stopniu zdeterminowany skalą pomocy udzielanej przez organy założycielskie. W badanym okresie tylko 2 zakłady z 26 spzoz otrzymały od organu założycielskiego dotację na zakup sztucznej nerki, na łączną kwotę 149,6 tys. zł (**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Bytomiu – 96 tys. zł, 2 aparaty, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach – 53,6 tys. zł, 1 aparat**).

3.2.3.11. Ustawa o zoz zobowiązała organy założycielskie, które utworzyły spzoz, do określenia zasad udostępniania ich majątku trwałego innym podmiotom.⁶⁹.

W toku kontroli stwierdzono, że organ założycielski SPZOZ w Pisz nie określił jednolitych zasad dysponowania mieniem, a wniosek zakładu o sprzedaż wyposażenia Stacji Dializ rozstrzygnięto indywidualnie.

⁶⁹ Art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Sprzedano wyposażenie Stacji Dializ, o wartości rynkowej **480 tys. zł**, pomimo że Rada Społeczna, działająca przy Szpitalu, nie przedstawiła organowi założycielskiemu opinii w tej sprawie. Powyższe działanie stanowiło naruszenie art. 46 pkt 1 lit. b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz § 22 ust. 1 lit. b statutu Szpitala.

NIK nie znajduje uzasadnienia zbycia środków trwałych Stacji Dializ w Piszcu w sytuacji stałej poprawy jej wyniku finansowego. O ile w 2000 r. był on ujemny (-271,6 tys. zł), o tyle w 2003 r. osiągnięto zysk w wysokości 302,4 tys. zł. Decyzja o prywatyzacji rentownej jednostki będzie miała niewątpliwie negatywny wpływ na sytuację finansową całego Szpitala.

3.2.3.12. Udostępniając majątek stacji dializ innym podmiotom nie zawsze wykazywano należyłą dbałość o składniki tego mienia, co NIK oceniła jako działanie niegospodarne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu, za zgodą organu założycielskiego, wydzierżawił m. in. Ośrodek Dializ Niepublicznemu Zakładowi Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej „Avitum” z siedzibą w Poznaniu (NSZOZ). Dzierżawca zobowiązał się m. in. do wyremontowania, za kwotę **300 tys. zł**, Ośrodka Dializ Szpitala, w terminie 3 miesięcy po zakończeniu jego dzierżawy, z czego się nie wywiązał.

Po wygaśnięciu umowy dzierżawy Szpital przejął uprzednio wydzierżawiony sprzęt do wykonywania hemodializ, w tym 12 aparatów do hemodializy - bez sprawdzenia ich stanu technicznego. W czasie kontroli NIK szpitalny Ośrodek Dializ nie funkcjonował, a sztuczne nerki w stanie nie nadającym się do użytkowania (zdemontowane) były zgromadzone w jednym z jego pomieszczeń.

Doprowadzenie do stanu nieużywalności i bezużyteczności aparatury dializacyjnej, jest - w ocenie NIK - przejawem niegospodarności ze strony kierownictwa Szpitala.

Międzynarodowe Centrum Dializ-Wrocław Spółka z o.o. również nie wywiązała się, do dnia zakończenia kontroli NIK (tj. 27 sierpnia 2004 r.), z postanowień zawartej umowy z SPZOZ w Lubaniu. Nie wykonano bowiem remontu pomieszczeń Szpitala (bloku operacyjnego Oddziału Ortopedycznego), którego koszt określono na **200 tys. zł**. Spółka przekazała Szpitalowi jedynie kwotę **30,0 tys. zł** tytułem zapłaty za projekt architektoniczny sali operacyjnej. NIK wystąpiła do Szpitala i jego organu założycielskiego o spowodowanie realizacji umowy przez MCD Wrocław. W wyniku tych działań Spółka przekazała na rzecz Szpitala **170 tys. zł** na zakup aparatury.

3.2.3.13. W stacjach dializ występowały zakażenia wewnątrzszpitalne. Wysoki ich wskaźnik wśród pacjentów objętych leczeniem nerkozastępczym odnotowano:

W Szpitalu Specjalistycznym w Wałbrzychu liczba ujawnionych zakażeń wirusami HBs i HCV wzrosła ogółem z 46 w 2000 r. do 54 w 2002 r., tj. o 17,4%. W stosunku zaś do liczby leczonych hemodializami pacjentów zakażenia te w latach 2000 – 2002 stanowiły ponad 32,6%. Natomiast w latach 2003 – 2004 liczba ujawnionych zakażeń była niższa i wynosiła odpowiednio 26,4 % i 24,6%.

W NZOZ Elvita w Elblągu systematycznie rosła liczba osób zakażonych, z 3 osób w 2000 r. do 17 w 2003 r. W I półroczu 2004 r. zakażonych było 13 osób. W tej Stacji jeden dializator był używany nawet do 6 dializ.⁷⁰

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej, udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, obowiązani są, zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach⁷¹ do postępowania przeciwdziałającego szerzeniu się zakażeń zakładowych poprzez opracowanie i wdrożenie procedur zapewniających ochronę przed tymi zakażeniami, zgodnie z obowiązującymi standardami. Procedury takie nie zostały jednak opracowane i wdrożone m. in. w:

NZOZ „Centrum Dializa” Spółka z o. o. w Sosnowcu, Stacji Dializ NZOZ w Ostrowi Mazowieckiej – Oddział International Nephrology Centers Poland Spółka z o.o z siedzibą w Krakowie, Samodzielnym Publicznym Zespole ZOZ w Sandomierzu, Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.

Nie wszędzie były też realizowane postanowienia art. 12 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, zobowiązujące do powołania zespołu i komitetu kontroli zakażeń zakładowych. Nie powołano ich w:

NZOZ „Centrum Dializa” Spółka z o. o. w Sosnowcu, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach, NZOZ „Stacja Dializ Golub Dobrzyń” w Golubiu Dobrzyniu, NZOZ Stacja Dializ INCP w Piotrkowie Trybunalskim.

Minister Zdrowia nie wydał bowiem aktów wykonawczych wynikających z delegacji zawartych w art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

3.2.3.14. Spośród 26 spzoz objętych kontrolą, 9 naruszyło przepisy ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych,⁷² przy udzielaniu zamówień publicznych na wykonanie usług, dostaw leków, sprzętu jednorazowego i aparatury medycznej, na ogólną kwotę 8.930,6 tys. zł. Stwierdzono to m. in.:

W Specjalistycznym Szpitalu w Wałbrzychu z naruszeniem przepisów tej ustawy wydatkowano 4.162,2 tys. zł, Szpitalu Chirurgii Plastycznej SP ZOZ w Polanicy Zdroju - 1.858,5 tys. zł, SP Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu -1.610,8 tys. zł,

⁷⁰ Zgodnie z zaleceniami Krajowego Konsultanta w dziedzinie nefrologii dializator winien być użyty maksymalnie do 3 dializ.

⁷¹ Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.

⁷² art. 4 ust. 1 pkt 9 z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 1994 r. Nr 76, poz. 344 ze zm.). Od 12 czerwca 2002 r. t. j. Dz. U. Nr 72, poz. 664 ze zm. Z dniem 2 marca 2004 r. (art. 3 ust. 1 pkt 1) ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. Nr 19, poz. 177 ze zm.).

SPZOZ w Działdowie - 720,3 tys. zł, SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Pisz - 467 tys. zł.

3.2.3.15. Organy prowadzące rejestr nierzetelnie kontrolowały wiarygodność danych ujętych we wniosku o wpis do rejestru, zaniedbując tym samym wykonanie obowiązków i uprawnień wynikających z art. 13 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a dotyczących stwierdzenia przez organ prowadzący rejestr spełniania przez zakład wymagań określonych w art. 9-11 tej ustawy.

Dwa z 14 skontrolowanych nzo, **NZOZ w Warszawie, ul. Ceglowska 37 i NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ” w Poznaniu**, zostały wpisane do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez wojewodę właściwego ze względu na lokalizację zakładu, z naruszeniem przepisów prawa.⁷³

Stwierdzono też przypadki nie zgłaszania przez zakłady opieki zdrowotnej wniosków o dokonanie zmian w rejestrze zoz prowadzonym przez wojewodę i Krajowym Rejestrze Sądowym w przewidzianym ustawowo terminie 14 dni, co stanowiło naruszenie postanowień art. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Z wnioskiem o dokonanie zmian w rejestrze zoz, w trakcie kontroli NIK, zwróciły się do właściwych wojewodów m. in.:

NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ Poznań” w Poznaniu z oddziałami w Rawiczu i Lesznie, NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ Kołobrzeg” w Kołobrzegu, Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, Szpital Kolejowy w Pruszkowie, NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ” w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Wyniki kontroli rozpoznawczej przeprowadzonej w III kwartale 2003 r. w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Warszawie, ul. Barska 16/20 w zakresie organizacji, finansowania i dostępności do dializoterapii w latach 2000 – 2003 (I półrocze) stanowiły ukierunkowanie badań niniejszej kontroli.

Założenia kontroli przewidywały zbadanie działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia i kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej na rzecz zwiększenia dostępu do leczenia hemodializami.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po jej zakończeniu

Postępowanie kontrolne zakończono 20 października 2004 r. Kierownicy skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń opisanych w protokołach kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości oraz wnioski

wynikające z ustaleń przedstawionych w protokołach omówione zostały na 5 naradach pokontrolnych.

Do kierowników wszystkich 42 skontrolowanych jednostek skierowano wystąpienia pokontrolne, zawierające uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Ponadto przekazano wystąpienia pokontrolne do organów założycielskich 3 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i 2 do Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi podczas kontroli. Z ogólnej liczby 104 wniosków pokontrolnych zrealizowano 56, a 36 pozostawało w fazie realizacji. Według stanu na dzień 29 marca 2005 r. nie zrealizowano 12 wniosków pokontrolnych.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia postulowano o pilne wydanie zaległych aktów wykonawczych, stosownie do postanowień art. 10 ust. 4 i art. 70a ust. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, a także o wyegzekwowanie od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej 24,8 tys. zł, pozostawionych nielegalnie w 2000 r. i dokonanie ich zwrotu do budżetu państwa, zapewnienie skutecznego nadzoru nad realizacją „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w zakresie przydzielania środków finansowych i rozliczania ich wykorzystania, podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby lekarzy specjalistów z zakresu nefrologii, sprawowanie skutecznego nadzoru nad działalnością Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w wykonywaniu obowiązku kontroli świadczeniodawców udzielających hemodializ, rzetelne sporządzanie przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego i NFZ, sprawozdań z wykonanych hemodializ.

W stosunku do kontrolowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej wnioski pokontrolne NIK wskazywały m. in. na konieczność: dostosowania stacji dializ do wymogów określonych w rozporządzeniu 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, zapewnienia przeglądów konserwacyjnych aparatury, wynikających z ewidencji czasu jej pracy i przyczyn wyłączeń awaryjnych, prowadzenia dokumentacji określonej przez producenta w „Paszporcie urządzenia medycznego - Karta gwarancyjna,” wyposażenia stacji dializ w aparaty do automatycznej reutilizacji dializatorów, powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń

⁷³ art. 9 – 11 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

zakładowych i likwidacji zakażeń wewnątrzszpitalnych, opracowania regulaminu porządkowego szpitala, spełniającego wymagania art. 18a ust. 1a ustawy o zoz i uaktualnienia zapisów w rejestrach prowadzonych przez właściwych wojewodów i Krajowy Rejestr Sądowy.

W jednym przypadku, dotyczącym NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ Poznań” w Poznaniu kontroler, na podstawie art. 51 ustawy o NIK, poinformował kierownika jednostki o bezpośrednim niebezpieczeństwie dla życia i zdrowia ludzkiego w związku ze stwierdzeniem niezabezpieczenia przed okresowym zalaniem wodą instalacji elektrycznej znajdującej się w piwnicy, z której korzysta Stacja Dializ.

Adresaci wystąpień pokontrolnych skorzystali z prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach.

Zastrzeżenia Ministra Zdrowia Kolegium NIK oddaliło w całości. Zastrzeżenia zgłoszone przez dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu NIK uwzględniła w części dotyczącej 1 oceny, natomiast pozostałe 3 zastrzeżenia oddaliła w całości. Spośród 14 zastrzeżeń zgłoszonych przez marszałka Województwa Łódzkiego w związku z kontrolą Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu, NIK uwzględniła 5 zastrzeżeń w całości i 3 częściowo, zaś pozostałe zastrzeżenia oddaliła w całości. Zastrzeżenia dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie NIK oddaliła w całości.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków pokontrolnych.

W wyniku kontroli uzyskano efekty finansowe w kwocie 30.671.234,36 zł, z tego: kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa - 22.616.997,53 zł, inne nieprawidłowości w dochodach – 8.053.851,83 zł. W odniesieniu do kwoty 8.793.071,83 zł Najwyższa Izba Kontroli podjęła działania w celu jej odzyskania.

Według stanu na dzień 29 marca 2005 r. odzyskano 4.608.474,55 zł, tj. 52,4 % kwoty, o której zwrot wnioskowano w wystąpieniach pokontrolnych.

W wyniku ujawnienia faktów wskazujących na naruszenie dyscypliny finansów publicznych, Najwyższa Izba Kontroli, do dnia 29 marca 2005 r., skierowała 3 zawiadomienia o naruszenie dyscypliny finansów publicznych. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wystosowano również jedno zawiadomienie do organów powołanych do ścigania przestępstw.

5. Załączniki

Załącznik nr 1 Wykaz skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej i jednostek organizacyjnych NIK uczestniczących w kontroli.

Załącznik nr 2 Wykaz osób zajmujących stanowisko Ministra Zdrowia i kierujących pracą departamentów merytorycznych Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialnych za realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2004 (I półrocze).

Załącznik nr 3 Wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które otrzymały środki finansowe na zakup aparatury medycznej w ramach „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2003.

Załącznik nr 4 Zestawienie liczby stacji dializ i stanowisk dializacyjnych działających publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, według „Raportów o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce.” w latach 2000 – 2003, opracowanych przez Krajowego Koordynatora „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce”, Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne.

Załącznik nr 5 Zestawienie liczby pacjentów leczonych i oczekujących na hemodializę oraz zabiegów wykonanych w zakładach opieki zdrowotnej, objętych kontrolą.

Załącznik nr 6 Zestawienie liczby hemodializ zakontraktowanych przez kasy chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wysokość środków finansowych przekazanych dla zakładów opieki zdrowotnej na ich realizację, w latach 2000 – 2004 (I półrocze).

Załącznik nr 7 Zestawienie przychodów i kosztów ich uzyskania oraz wyniku finansowego osiągniętego na sprzedaży hemodializ przez samodzielne publiczne zoz w latach 2002 – 2004 (I półrocze).

Załącznik nr 8 Ważniejsze normatywne akty prawne dotyczące kontrolowanej tematyki.

Załącznik nr 9 Słowniczek nazw użytych w Informacji.

Załącznik nr 10 Wykaz organów, którym przekazano Informację o wynikach kontroli.

Wykaz skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej i jednostek organizacyjnych NIK uczestniczących w kontroli :

Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
Akademia Medyczna w Gdańsku
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie
NZOZ „Centrum Dializy i Diagnostyki” Sp. z o.o. w Warszawie
NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ” w Warszawie
Delegatura NIK w Białymstoku
SP ZOZ w Hajnówce
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białymstoku
NZOZ – INCP w Ostrowi Mazowieckiej
Delegatura NIK w Bydgoszczy
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu
SP ZOZ Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu
NZOZ Stacja Dializ – Golub Dobrzyń
Delegatura NIK w Gdańsku
SP Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku
SP Szpital Kliniczny Nr 1 Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku
NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ” w Kołobrzegu
Delegatura NIK w Katowicach
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny N 4 w Bytomiu
SP ZOZ Szpital Rejonowy w Raciborzu
NZOZ „Centrum Dializa” Sp. z. o. w Sosnowcu
Delegatura NIK w Kielcach
SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
NZOZ Stacja Dializ Gambro w Kielcach
Delegatura NIK w Krakowie
SP ZOZ Szpital Specjalistyczny im. Rydygiera w Krakowie
SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
NZOZ Stacja dializ Oświęcim w Oświęcimiu

Delegatura NIK w Lublinie
SP Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie SP Szpital Wojewódzki w Zamościu NZOZ Stacja Dializ Gambro w Lublinie
Delegatura NIK w Łodzi
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi NZOZ Stacja Dializ INCP w Piotrkowie Trybunalskim
Delegatura NIK w Olsztynie
SP ZOZ w Działdowie SP ZOZ Szpital Powiatowy w Piszcu NZOZ Centrum Chorób Wewnętrznych „EL – VITA” Sp. z o. o. w Elblągu
Delegatura NIK w Poznaniu
SP ZOZ Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych w Poznaniu SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie NZOZ „Międzynarodowe Centrum Dializ Poznań” w Poznaniu
Delegatura NIK w Warszawie
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku SP ZOZ Szpital Kolejowy w Pruszkowie NZOZ „Aetia” Spółka z o.o. Mazowieckie Centrum Nefrologii w Warszawie
Delegatura NIK we Wrocławiu
SP ZOZ Szpital Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju SP Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu SP ZOZ Specjalistyczny Szpital w Wałbrzychu NZOZ – „Międzynarodowe Centrum Dializ Wrocław” we Wrocławiu

Załącznik nr 2

Ministrowie Zdrowia odpowiedzialni za realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2004 (I półrocze):

Franciszka Cegielska w okresie od dnia 26 marca 1999 r.
do dnia 22 października 2000 r.

Grzegorz Opala w okresie od dnia 7 listopada 2000 r.
do dnia 19 października 2001 r.

Mariusz Łapiński w okresie od dnia 19 października 2001 r.
do dnia 17 stycznia 2003 r.

Marek Balicki w okresie od dnia 17 stycznia 2003 r.
do dnia 2 kwietnia 2003 r.

Leszek Sikorski w okresie od dnia 2 kwietnia 2003 r.
do dnia 2 maja 2004 r.

Wojciech Rudnicki w okresie od dnia 2 maja 2004 r.
do dnia 11 czerwca 2004r.

Jerzy Hausner

Wiceprezes Rady Ministrów,

Minister Gospodarki i Pracy

powierzenie zastępstwa Ministra Zdrowia w okresie od 20 maja 2004 r. do 10 czerwca 2004 r.

w związku z chorobą Ministra Wojciecha Rudnickiego.

Marian Czekański

w okresie od dnia 11 czerwca 2004 r. do dnia

15 lipca 2004 r.

Marek Balicki

od dnia 15 lipca 2004 r.

Departamentem Zdrowia Publicznego, który odpowiadał w Ministerstwie Zdrowia za realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w okresie od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia 13 grudnia 2001 r. kierowali:

Bożenna Stankiewicz – Choroszuca

- zatrudniona na stanowisku Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w okresie

od dnia 1 lipca 1999 r. do dnia 28.12.2000 r.

Jacek Graliński	- zatrudniony na stanowisku Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w okresie od dnia 1 maja 2000 r. do dnia 10 września 2001 r.
Michał Sobolewski	- zatrudniony na stanowisku Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w okresie od dnia 10 września 2001 r. do dnia 4 grudnia 2001 r.

Od 14 grudnia 2001 r. do dnia zakończenia kontroli, tj. 30.09.2004 r. zadania dotyczące planowania, kontraktowania monitorowania realizacji oraz rozliczania pod względem merytorycznym „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” należały do zakresu działania Departamentu Polityki Zdrowotnej, którym kierowali:

Mieczysław Błaszczuk	- zatrudniony na stanowisku p. o. Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w okresie od dnia 11 grudnia 2001 r. do dnia 2 stycznia 2002 r.
-----------------------------	---

Wojciech Marciniak	- zatrudniony na stanowisku p. o. Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w okresie od dnia 1 lutego 2002 r. do dnia 22 maja 2002 r.
---------------------------	--

Małgorzata Drab	- zatrudniona na stanowisku p. o. Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w okresie od dnia 24 maja 2002 r. do dnia 20 sierpnia 2002 r.
------------------------	---

Ewa Kacprzak	- zatrudniona na stanowisku p.o. Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w okresie od dnia 20 sierpnia 2002 r. do 30 września 2004 r.
---------------------	---

Załącznik nr 3

Wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które otrzymały środki finansowe na zakup aparatury medycznej w ramach „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce” w latach 2000 – 2003.

Lp.	Nazwa jednostki	2000 r.				2001 r.				2002 r.				2003 r.			
		Kwota Umowy	Nazwa aparatury medycznej			Kwota Umowy	Nazwa aparatury medycznej			Kwota Umowy	Nazwa aparatury medycznej			Kwota Umowy	Nazwa aparatury medycznej		
			Sztuczne nerki	Aparat do uzdatniania wody	zestawy odwróconej osmozy		Sztuczne nerki	Aparat do uzdatniania wody	zestawy odwróconej osmozy		Sztuczne nerki	Aparat do uzdatniania wody	Zestawy odwróconej osmozy		Sztuczne nerki	Aparat do uzdatniania wody	Zestawy odwróconej osmozy
1	2																
1	SPZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny Stalowa Wola	387.142,25	5	1	0	50.250	1	0	0		-	-			-	-	-
2	SPZOZ Krotoszyn	387.142,25	5	1	0	150.750	3	0	0	250.000	-	-	-				
3	SPZOZ Olecko	224.014,50	2	1	0						-	-	-				
4	SPZOZ Szpital Kolejowy Pruszków	53.717,25	1	0	0												
5	SPZOZ Racibórz	387.142,25	5	2	0												
6	SPZOZ Łęborg	385.116,25	5	1	0	100.500	2	0	0	49.776	1	0	0				
7	SPZOZ Kępno	161.151,75	3	0	0	212.056	2	1	0	49.776	1	0	0				
8	SPZOZ Lubartowie	107.434,50	2	0	0												
9	SP Szpital Kliniczny Nr 2 AM Szczecin	107.434,50	2	0	0												
10	SPZOZ Choszczno	107.434,50	2	0	0												
11	Szpital Powiatowy im. Matki Teresy Drawsko Pomorskie	53.717,25	1	0	0												
12	SPZOZ Nowy Targ	53.717,25	1	0	0												
13	SPZOZ Oświęcim	107.434,50	2	0	0												
14	SPZOZ Pleszew	226.024,50	2	1	0												
15	SPZOZ Wołomin	53.717,25	1	0	0												
16	SPZOZ Szpital Powiatowy Bartoszyce	107.434,50	2	0	0												
17	SPZOZ Sandomierz	53.717,25	1	0	0					49.776	1	0	0	50.000	1	0	0
18	SPZOZ Nowa Sól	107.434,50	2	0	0									50.000	1	0	0
19	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Zgierz	107.434,50	2	0	0												
20	SPZOZ Szpital Wojewódzki Szczecin	107.434,50	2	0	0									50.000	1	0	0
21	SPZOZ Szpital Rejonowy Luban	107.434,50	2	0	0												
22	SPZOZ Szpital Miejski Sanok	53.717,25	1	0	0												
23	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Biała Podlaska	53.717,25	1	0	0												
24	SPZOZ Szpital Praski Warszawa	53.717,25	1	0	0												

25	SPZOZ Limanowa	53.717,25	1	0	0												
26	SPZOZ Chojnice	53.717,25	1	0	0												
27	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej Warszawa	107.434,50	2	0	0												
28	SPZOZ Łapy	53.717,25	1	0	0												
29	SPZOZ Nysa	158.689,50	2	0	1							50.000	1	0	0		
30	Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych Poznań	53.717,25	1	0	0							50.000	1	0	0		
31	SP Szpital Kliniczny AM Bydgoszcz	107.434,50	2	0	0							50.000	1	0	0		
32	SPZOZ Szpital Działdowo	53.717,25	1	0	0												
33	SPZOZ Szpital Specjalistyczny Inowrocław	53.717,25	1	0	0												
34	SPZOZ Końskie	158.689,50	2	0	1												
35	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony Leszno	107.434,50	2	0	0												
36	PZOZ Szpital Słupca	53.717,25	1	0	0		1		49.776								
37	PSK AM Gdańsk	107.434,50	2	0	0				99.552	2	0	0					
38	SPZOZ Szpital Morski .im. PCK Gdynia	53.717,25	1	0	0							50.000	1	0	0		
39	SPSK Nr 4 Lublin	53.717,25	1	0	0												
40	SPZOZ im. Prymasa K.W. Sieradz	107.434,50	2	0	0												
41	Wojewódzki Szpital Zespolony Skierniewice	107.434,50	2	0	0												
42	SPSK Nr 2 im. H. Święcickiego Poznań	107.434,50	2	0	0	114.565	-	1	0				100.000	2	0	0	
43	SPZOZ Milicz	53.717,25	1	0	0												
44	ZZOZ Zarząd St. Zdr .MSW i A Poznań	53.717,25	1	0	0							50.000	1	0	0		
45	Szpital Uniwersytecki Kraków	107.434,50	2	0	0							50.000	1	0	0		
46	Wojewódzki Szpital Zespolony Kielce	53.717,25	1	0	0							50.000	1	0	0		
47	Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego Maków Mazowiecki	53.717,25	1	0	0												
48	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Rzeszów	107.434,50	2	0	0												
49	Szpital Powiatowy im. M. Kajki Mragowo	107.434,50	2	0	0												
50	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Olsztyn	53.717,25	1	0	0												
51	SPZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne Opole	53.717,25	1	0	0												

52	SPZOZ Szpital Specjalistyczny Pila	107.434,50	2	0	0												
53	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony Plock	53.717,25	1	0	0												
55	Samodzielny Specjalistyczny Szpital Wojewódzki. Siedlce	53.717,25	1	0	0												
56	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony Slupsk	53.717,25	1	0	0												
57	SPZOZ Szpital Powiatowy Sokółów Podlaski	53.717,25	1	0	0												
58	SPZOZ Sokółka	53.717,25	1	0	0												
59	SPSK SAM im A. Mieleckiego Katowice	53.717,25	1	0	0								50.000	1	0	0	
60	SPZOZ Wojewódzki Szpital Nr 5 Sosnowiec	53.717,25	1	0	0												
61	SP Szpital Wojewódzki Suwałki	53.717,25	1	0	0								50.000	1	0	0	
62	SPZOZ Wojewódzki Szpital Toruń	53.717,25	1	0	0												
63	SPZOZ Szpital Specjalistyczny Wałbrzych	107.434,50	2	0	0				49.776	1	0	0					
64	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zielona Góra	53.717,25	1	0	0								50.000	1	0	0	
65	SPZOZ Centralny Szpital .Kolejowy Warszawa	107.434,50	2	0	0								50.000	1	0	0	
66	SPZOZ Brzeg Dolny	53.717,25	1	0	0												
67	SP Szpital Kliniczny Nr 5 Wrocław	107.434,50	2	0	0												
68	SP Szpital .Kliniczny Nr 1 Łódź	53.717,25	1	0	0												
69	SP Szpital Kliniczny .Nr 1 Zabrze	53.717,25	1	0	0												
70	Wojewódzki Szpital .im. K. Dłuskiego Białystok	53.717,25	1	0	0								50.000	1	0	0	
71	Szpital Zespolony im. L. Perzyny Kalisz	107.434,50	2	0	0								50.000	1	0	0	
72	PSK Centralny Szpital Kliniczny. Warszawa	107.434,50	2	0	0												
73	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika Koszalin	107.434,50	2	0	0												
74	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Kraków	53.717,25	1	0	0								50.000	1	0	0	
75	Szpital Specjalistyczny .im. W. Biegańskiego	53.717,25	1	0	0												

	Grudziądz																
76	SPZOZ Szpital Głubczyce	107.434,50	2	0	0									50.000	1	0	0
77	Szpital Nr 1 Gliwice	53.717,25	1	0	0												
78	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 Jastrzębie Zdrój	53.717,25	1	0	0												
79	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 Bytom	53.717,25	1	0	0									50.000	1	0	0
80	SPZOZ Szpital Wojewódzki Belchatów	107.434,50	2	0	0				49.776	1	0	0					
81	Wojewódzki Szpital Podkarpacki Krosno	53.717,25	1	0	0												
82	Szpital im. Mielęckiego Chorzów	53.717,25	1	0	0												
83	SP ZOZ Grodzisk Mazowiecki	53.717,25	1	0	0												
84	SPZOZ Gniezno	53.717,25	1	0	0												
85	Szpital Wojewódzki Legnica	53.717,25	1	0	0												
86	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Tarnów	53.717,25	1	0	0									50.000	1	0	0
87	Szpital Wojewódzki Włocławek	53.717,25	1	0	0									50.000	1	0	0
88	Szpital Marynarki Wojennej Gdańsk	53.717,25	1	0	0												
89	SPZOZ Zamość	107.434,50	2	0	0												
90	Szpital Wojewódzki im. S. K. Wyszyńskiego Łomża	53.717,25	1	0	0									50.000	1	0	0
91	SPZOZ Puławy	53.717,25	1	0	0												
92	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny Wrocław	53.717,25	1	0	0												
93	SPZOZ Hajnówka	53.717,25	1	0	0									50.000	1	0	0
94	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Warszawa	116.580,00	0	1	0									50.000	1	0	0
95	SPZOZ Tarnów	53.717,25	1	0	0												
96	Szpital Rejonowy Kolbuszowa	107.434,50	2	0	0				49.776	1	0	0					
97	SPZOZ Cieszyń	53.717,25	1	0	0												
98	Szpital Wojewódzki Rzeszów	53.717,25	1	0	0												
99	Centralny Szpital Kliniczny WAM Warszawa	53.717,25	1	0	0												
101	SPZOZ Kutno	53.717,25	1	0	0												
102	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Tarnów	50.000,00	0	0	1												
103	SP ZOZ Dębica					100.500	2	0	0								
104	SP ZOZ Mielec					315.570	4	1	0	49.776	1	0	0	50.000	1	0	0
105	Szpital Miejski Dąbrowa Górnicza					312.556	4	1	0	49.776	1	0	0	50.000	1	0	0
106	SP ZOZ					100.500	2	0	0								

	Nowy Tomyśl																
107	SP ZOZ Wieluń								49.776	1	0	0					
108	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Gryfice								49.776	1	0	0					
109	ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski								49.776	1	0	0					
110	ZOZ Olesno								49.776	1	0	0					
111	Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza Gorlice								49.776	1	0	0					
112	ZOZ Busko Zdrój								49.776	1	0	0					
113	Centralny Szpital Kliniczny Warszawa, ul. Banacha 1a								45.500	1	0	0	50.000	1	0	0	
114	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Łódź												50.000	1	0	0	
115	SP ZOZ Janów Lubelski												50.000	1	0	0	
116	SP Szpital Wojewódzki Jana Pawła II Zamość												50.000	1	0	0	
117	Centrum Zdrowia Matki Polki Łódź												50.000	1	0	0	
118	SP ZOZ im. Śniadeckiego Nowy Sącz												50.000	1	0	0	
119	Powiatowy ZOZ Starachowice												50.000	1	0	0	
120	SP ZOZ Myślenice												50.000	1	0	0	
121	Powiatowy Szpital im. Biegańskiego Iława												50.000	1	0	0	
122	Akademicki szpital kliniczny im. Mikulicza Wrocław												50.000	1	0	0	
123	SP ZOZ Gorzów Wlkp.												50.000	1	0	0	
124	Specjalistyczny Szpital im. Szczeklika Tarnów												50.000	1	0	0	
	Razem:	9.044.045,50 z tego wykorzystano 9.041.366,95	150	7	3	1.457.247,00 z tego wykorzystano 1.450.890,85	20	4	1.103.000 z tego wykorzystano 1.103.000 -		18	-	-	2.000.000 z tego wykorzystano 1.979.652,70	40	-	

W I półroczu 2004 r. Ministerstwo Zdrowia nie wydatkowało środków finansowych na realizację „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce”

Załącznik nr 4

Zestawienie liczby stacji dializ i stanowisk dializacyjnych działających w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, według „Raportów o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce.” w latach 2000 – 2003, opracowanych przez Krajowego Koordynatora „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce”, Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne⁷⁴.

l.p.	Wyszczególnienie	Stan na 1.01.200 r.		Stan na 31.12.2000		Stan na 31.12.2001		Stan na 31.12.2002		Stan na 31.12.2003		[%]	
		Liczba stacji	Liczba stanowisk	Liczba Stacji	Liczba stanowisk	Liczba Stacji	Liczba stanowisk	Liczba stacji	Liczba stanowisk	Liczba stacji	Liczba stanowisk	Kol. 11: 3	Kol. 12: 4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Akademie Medyczne	14	205	14	207	14	207	15	218	15	230	107,1	112,2
2.	Szpitale Wojewódzkie, Miejskie, Powiatowe	118	1.115	118	1.220	124	1.257	124	1.320	120	1.294	101,7	116,1
3.	Szpitale Kliniczne MON	5	24	5	27	5	27	4	23	4	27	80,0	112,5
4.	Szpitale MSW i A	2	11	2	14	3	17	3	24	3	23	150,0	209,1
5.	Szpitale PKP	2	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	--
6.	Kliniki i Szpitale Pediatriczne	13	63	14	66	14	72	14	69	14	70	107,7	111,1
7.	Ośrodki sanatoryjne	1	6	1	6	1	10	1	10	1	9	100,0	150,0

⁷⁴ Na dzień 30 czerwca 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, nie miało wiedzy o strukturze stacji i stanowisk dializacyjnych oraz o liczbie utworzonych niepublicznych stacji dializ na bazie majątku samodzielnych publicznych zoz.

8.	Stacje dializ w samodzielny ch publicznych zoz ogółem:	155	1.440	154	1.540	161	1.590	161	1.664	157	1.653	101,3	114,8
9.	Stacje dializ w niepubliczny ch zoz	-	-	4	40	16	178	30	323	47	615	-	-
10.	Razem: stacje dializ w publicznych i niepubliczn ych zoz	155	1.440	158	1.580	177	1.768	191	1987	204	2.268	131,6	157,5

Załącznik nr 5

Zestawienie liczby pacjentów leczonych i oczekujących na hemodializę oraz zabiegów wykonanych w zakładach opieki zdrowotnej, objętych kontrolą w latach 2000 – 2004 (I półrocze).

Lp.	Wyszczególnienie	2000			2001			2002			2003			2004			RAZEM
		SP ZOZ	NZOZ	RAZEM	SP ZOZ	NZOZ	RAZEM	SP ZOZ	NZOZ	RAZEM	SP ZOZ	N ZOZ	RAZEM	SPZOZ	NZOZ	RAZEM	
1.	Liczba pacjentów leczonych hemodializa ogółem: Z tego:	3.043	158	3.201	3.454	352	3.806	3.804	814	4.618	4.301	1.342	5.643	3.199	1.467	4.666	21.934
1.1.	Dializą przewlekłą	2.475	140	2.615	2.690	330	3.020	2.942	768	3.710	3.258	1.258	4.516	2.657	1.405	4.062	17.923
1.2.	Odsetek osób leczonych dializą przewlekłą %	81,3	88,6	81,7	77,9	93,8	79,3	77,3	94,3	80,3	75,7	93,7	80,0	83,1	95,7	87,1	81,7
2.	Liczba wykonanych hemodializ ogółem: Z tego:	235.469	15.591	251.060	272.468	26.824	299.292	288.419	63.806	352.225	294.596	115.701	410.297	153.114	81.738	234.852	1.547.726
2.1.	Liczba wykonanych hemodializ u pacjentów leczonych dializą przewlekłą	232.330	15.511	247.841	251.514	26.739	278.253	272.058	63.612	335.670	289.428	115.081	404.509	146.947	78.094	225.041	1.491.314
2.2.	Odsetek wykonanych hemodializ u pacjentów leczonych dializą przewlekłą	98,7	99,5	98,7	92,3	99,7	93,0	94,3	99,7	95,3	98,2	99,5	98,6	96,0	95,5	95,8	96,4
3.	Liczba pacjentów oczekujących na hemodializę	25	0	25	30	0	30	36	0	36	36	8	42	55	12	67	200
3.1.	Liczba pacjentów uprzednio leczonych hemodializami w NZOZ lecz na skutek powikłań przeniesionych do stacji SP ZOZ	0	0	0	48	0	48	107	0	107	220	-	220	266		266	641
3.2.	Liczba wykonanych hemodializ u pacjentów uprzednio leczonych dializami w NZOZ	14	0	14	288	0	288	594	0	594	1.861	0	1.861	972		972	3.729

Załącznik nr 6

Zestawienie liczby hemodializ zakontraktowanych przez kasy chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wysokość środków finansowych przekazanych dla zakładów opieki zdrowotnej na ich realizację, w latach 2000 – 2004 (I półrocze).

L p.	Wyszczególnienie	2000 r.		2001 r.		2002 r.		2003 r.		2004 r		Razem	
		Liczba procedur	Wartość	Liczba procedur	Wartość	Liczba procedur	Wartość	Liczba procedur	Wartość	Liczba procedur	Wartość	liczba	Wartość
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Hemodializy zakontraktowane przez kasy chorych i NFZ	813.411	337.515,8	916.898	406.503,5	1.128.687	439.400,2	1.244.240	484.024,2	912..555	390.587,5	5.015.791	2.058.031,2
2.	Hemodializy wykonane -według kas chorych i NFZ	6.329.218	268.899,1	1.052.914	432.741,3	1.173.111	455.940,2	1.304.711	504.181,5	839.958	271.835,2	10.699.912	1.933.597,3
3.	Hemodializy zakontraktowane przez zakłady objęte kontrolą	237.582	78.300,6	281.880	106.976,9	300.166	94.460,3	321.518	128.545,5	232.431	81.188,6	1.373.577	489.471,9
4.	Hemodializy wykonane przez zakłady objęte kontrolą	221.838	77.674,6	270.628	109.390,6	328.726	132.334,4	380.048	149.389,6	171.004	62.526,8	1.372.244	531.316,0
5.	% (wiersz 4 : 2)	3,5	28,9	25,7	25,3	28,0	29,0	29,1	29,6	20,4	23,0	12,8	27,5

Załącznik nr 7

Zestawienie przychodów, kosztów ich uzyskania oraz wyniku finansowego osiągniętego na sprzedaży hemodializ przez samodzielne publiczne zoz w latach 2002 – 2004 (I półrocze).

Lp.	Nazwa jednostki SP ZOZ	2002 r.				2003 r.				2004 r.			
		Przychody ogółem w tym przychody od kas chorych	Udział przychodów od kas chorych w przychodach ze sprzedaży hemodializ [%]	Koszty uzyskania przychodu	1. Wynik finansowy na sprzedaży hemodializ	Przychody Ogółem: w tym od Kas chorych/ NFZ	Udział przychodów od kas chorych i NFZ w przychodach ze sprzedaży hemodializ [%]	Koszty uzyskania przychodu	2. Wynik finansowy na sprzedaży hemodializ	Przychody ogółem: w tym przychody od NFZ	Udział przychodów od NFZ w przychodach ze sprzedaży hemodializ [%]	Koszty uzyskania przychodu [zł]	3. Wynik finansowy na sprzedaży hemodializ [zł]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	5.785.937,0 5.781.889,0	99,9	4.821.708,0	+964.229,0	5.699.238,0 5.699.238,0	100,0	5.891.165,0	-191.927,0	2.254.960,0 2.254.960,0	100,0	3.505.139,0	-1.250.179,0
2.	Specjalistyczny Szpital im. Rydygiera w Krakowie	5.120.055,0 5.108.120,0	99,8	5.827.174,0	-707.119,0	5.221.155,0 5.219.230,0	99,9	5.367.881,0	-146.726,0	2.413.100,0 2.400.290,0	95,5	2.539.492,0	-126.392,0
3.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	12.350.340,0 12.256.930,0	99,2	11.466.630,0	+883.710,0	12.835.038,0 12.715.947,0	99,1	11.969.738	+865.300	5.649.300,0 5.599.980,0	99,1	6.105.389	-456.089,0

4.	SP ZOZ Specjalistyczny. Szpital w Wałbrzychu	5.024.275,69 5.021.350,69	99,9	3.341.220,69	+1.683.055,0	3.751.237,71 3.750.137,71	99,9	3.485.060,13	+266.177,58	2.578.554,04 2.572.352,72	99,8	1.899.005,82	+679548,22
5.	SP ZOZ Szpital Chirurgii Plastycznej w Polanicy	4.342.109,0 4.340.909,0	99,9	4.458.871,0	-116.762,0	4.471.244,0 4.467.044,0	99,9	4.393.827,0	+77.417,0	1.908.870,0 1.905.870,0	99,8	2.077.751,0	-168.881,0
6.	SP ZOZ Wojew. Szpital Zespolony w Plocku	4.692.760,0 4.682.135,0	99,8	4.645.488,92	+47.271,08	4.877.795,0 4.877.795,0	100,0	4.903.624,30	-25.829,30	2.271.760,0 2.271.760,0	100,0	2.224.903,99	+46.856,01
7.	SP ZOZ Szpital Kolejowy w Pruszkowie	2.113.826,0 2.113.826,0	100,0	2.108.291,0	+5.535,0	1.988.890,0 1.988.890,0	100,0	1.844.466,0	+144.424,0	1.044.140,0 1.044.140,0	100,0	987.652,0	+56.488,0
8.	SP ZOZ w Lęborku	2.738.935,0 2.738.935,0	100,0	2.767.761,0	-28.826	3.791.255,0 3.789.770,0	99,9	3.344.269,0	+446.986,0	1.782.970,0 1.782.970,0	100,0	1.488.004,0	+294.966,0
9.	Szpital Kliniczny Nr 1 w Gdańsku	5.558.695,0 5.558.695,0	100,0	4.936.042,85	+622.652,15	5.873.370,0 5.873.370,0	100,0	5.945.707,19	-72.337,19	2.945.940,0 2.945.940,0	100,0	2.651.791,09	+294.148,91
10.	SP Szpital Wojewódzki w Zamościu	3.733.935,0 733.935,0	100,0	3.617.603,95	+116.331,05	3.924.884,53 3.924.884,53	93,4	3.469.080,10	+455.804,43	1.791.032,51 1.787.800,00	99,8	1.729.030,34	+62.002,17
11.	SP Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	5.087.135,0 5.087.135,0	100,0	4.378.970,01	+708.164,99	5.373.474,65 5.373.474,65	100,0	4.751.825,97	+621.648,68	2.192.674,72 2.192.674,72	100,0	2.149.541,49	+43.133,23
12.	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu	4.719.890,0 4.717.490,0	99,9	4.334.596,0	+385.294,0	4.663.515,0 4.651.215,0	99,7	4.714.642,0	-51.127,0	2.351.420,0 2.351.420	100,0	2.021.786,0	+329.634,0
13.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu	4.663.947,0 4.630.290,0	99,3	4.041.845,0	+622.102,0	4.170.340,0 4.168.160,0	99,9	4.423.391,0	-253.052,0	2.126.755,0 2.119.780,0	99,7	1.996.427,0	+130.328,0
14.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 W Bytomiu	6.177.610,0 6.166.740,0	99,8	4.763.373,12	+1414236,88	5.569.758,13 5.559.067,96	99,8	4.705.859,82	+863898,31	2.766.120,0 2.766.120,0	100,0	2.588.020,46	+178.099,54
15.	Szpital Rejonowy W Raciborzu	1.968.470,0 1.930.472,0	98,1	1.928.860,0	+39.610,0	2.301.510,0 2.252.910,0	97,9	2.388.275,0	-86.765,0	1.296.360,0 1.292.760,0	99,7	1.451.859,0	-155.499,0
16.	SP ZOZ W Działdowie	3.385.920,00 3.385.920,00	100,0	3.082.957,34	+302.962,66	3.205.340,0 3.205.340,0	100,0	2.645.317,47	+560.022,53	1.512.770,0 1.512.770,0	100,0	1.305.541,74	+207.228,26
17.	SP ZOZ W Pisz	2.938.580,0 2.938.580,0	100,0	3.122.613,56	-184.033,56	3.429.368,4 3.423.168,4	99,8	3.126.940,13	+302.428,27	1.020.230,0 1.020.230,0	100,0	972.777,47	+47452,53
18.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu	4.161.720,0 4.161.720,0	100,0	3.908.060,12	+253.659,88	4.604.910,0 4.604.910,0	100,0	4.535.894,64	+69.015,36	2.044.500,0 2.044.500,0	100,0	2.013.832,50	+30.667,50
19.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi	3.963.960,0 3.903.900,0	98,5	4.333.751	-369.791,0	3.942.015,0 3.881.570,0	98,5	4.540.550	-598535,0	1.836.470,0 1.806.440,0	98,4	2.341.458,0	-504.988,0
20.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie	6.430.940,00 6.430.940,00	100,0	5.209.118,77	+1.221.821,23	6.230.005,0 6.230.005,0	100,0	5.559.026,50	+670.978,50	2.762.850,0 2.762.850,0	100,0	2.824.220,28	-61.370,28
21.	Wojewódzki Szpital Zespolony. W Koninie	3.547.800,0 3.547.800,0	100,0	3.664.438,0	-116.638,0	3.755.880,0 3.737.880,0	99,5	4.033.875,0	-277.995	2.687.570,0 2.687.570,0	100,0	3.038.103,00	-350.533,00
22.	Poznański Ośrodek Usług Medycznych w Poznaniu	3.104.280,0 3.093.840,0	99,5	2.640.071,0	+464.209,0	3.075.480,0 3.065.040,0	99,7	3.062.493,0	+12.987,0-	1.717.510,0 1.712.730,0	99,7	1.849.078,0	-131.568,0
23.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Białymstoku	5.107.180,0 5.097.452,0	99,8	4.579.016,0	+528.164,0	5.883.385,0 5.826.279,0	99,0	5.780.375,0	+103.010,0	2.775.640,0 2.775.240,0	99,9	2.560.894,0	+214.746,0
24.	SP ZOZ w Hajnówce	1.827.904,0 1.827.904,0	100,0	1.730.617,0	+97.287,0	1.839.566,0 1.839.566,0	100,0	1.634.605,0	+204.961,0	836.890,0 836.890,0	100,0	887.159,0	-50.269,0
25.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu	2.825.155,0 2.825.155,0	100,0	3.722.214,0	-897.059,0	2.776.355,0 2.752.426,0	99,1	3.441.228,0	-664.893,0	1.339.590,0 1.337.230,0	100,0	1.499.272,0	-159.682,0
26.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	3.562.290,0 3.554.090,0	99,8	3.818.229,82	+127.292,18	3.802.433,30 3.798.833,30	99,9	3.818.229,92	-15.796,62	2.315.100,0 1.771.880,0	76,5	2.055.922,43	+259.177,57
	Razem:	114.933.646,6 111.636.152,6	97,1	107.249.522,1	+7.684.12445	117.057.442,7 116.676.151,5	99,7	113.777.346,1	+3.280.096,6	56.223.076,27 55.557.147,44	98,8	56.764.010,61	-540.934,34

Załącznik nr 8

Ważniejsze normatywne akty prawne dotyczące kontrolowanej działalności:

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) – uchylona z dniem 1 kwietnia 2003 r.
3. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) – uchylona z dniem 1 października 2004 r.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).
5. Ustawa z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. Nr 19, poz. 177 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (t. j. z 2003 r. Dz. U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t. j. Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575 ze zm.).
11. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439 ze zm.).
13. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (t.j. Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.).
14. 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.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów o udzielania świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 148, poz. 978 ze zm.) – uchylone z dniem 1 kwietnia 2003 r.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589 ze zm.).

20. 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.)
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 864) – uchylone z dniem 1 grudnia 2004 r.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych, oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266), uchylone z dniem 22 czerwca 2002 r.
23. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. z 2002 r. Nr 69, poz. 642) – uchylone z dniem 1 października 2004 r.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 ze zm.).

SŁOWNICZEK NAZW UŻYTYCH W INFORMACJI⁷⁵

Przewlekła niewydolność nerek - jest zespołem chorobowym prowadzącym do szeregu zaburzeń matabolicznych, które wpływają negatywnie na jakość życia pacjentów i przyczyniają się do znacznej liczby powikłań. Liczba tych powikłań wzrasta szczególnie w grupie chorych cierpiących na dodatkowe schorzenia, takie jak cukrzyca, choroby układu, zaawansowane zmiany naczyniowe, choroby układu krążenia. Zaawansowana przewlekła niewydolność nerek jest stanem, w którym staje się konieczne zastąpienie funkcji nerek poprzez leczenie nerkozastępcze: dializoterapię (hemodializa lub dializa otrzewnowa) lub przeszczepienie nerki.

Zabieg hemodializy (HD) – dializa pozaustrojowa – zabieg wykonywany przy użyciu dializatora zawierającego błonę półprzepuszczalną. Celem zabiegu jest usunięcie produktów katabolizmu białek (toksyn) oraz wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej i kwasowo – zasadowej.

Kwalifikacja chorych do leczenia nerkozastępczego – zgodnie z zaleceniami Zespołu Konsultantów w Dziedzinie Nefrologii i Ministerstwa Zdrowia przy stacji dializ lub poradni nefrologicznej powinna istnieć komisja kwalifikacyjna. W każdym przypadku jednak w postępowaniu kwalifikacyjnym powinien uczestniczyć specjalista z zakresu nefrologii i lekarz prowadzący chorego.

Leczenie hemodializami – (hemodializoterapia) to łączenie wielokrotnie powtarzalnych zabiegów hemodializ z leczeniem substytucyjnym, dietetycznym, farmakologicznym oraz rehabilitacją psychiczną, społeczną i zawodową. Celem leczenia hemodializami (HD), jest zapewnienie odpowiedniej jakości życia pacjentom z niewydolnością nerek, tj. przywrócenie zbliżonej do prawidłowej homeostazy płynów ustrojowych poprzez usunięcie wody i rozpuszczonych w niej substancji o niskim i średnim ciężarze cząsteczkowym oraz dostarczenie do organizmu związków, jonów i cząsteczek niezbędnych dla wyrównania niedoborów (zwłaszcza związków buforujących i jonów nieorganicznych).

⁷⁵ Źródło: „Standardy postępowania w rozpoznaniu i leczeniu chorób nerek” pod redakcją B. Rutkowskiego i S. Czekalskiego, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2001 r.

Za pacjenta przewlekle leczonego (hemo)dializami - uznaje się pacjenta, u którego rozpoczęto wykonywanie powtarzalnych zabiegów hemodializ w celu długotrwałego zastępowania nieodwracalnie wygasłej czynności wydalniczej nerek.

Za pacjenta w kolejce do dializ - uznaje się pacjenta z wytworzonym dostępem naczyniowym lub otrzewnowym, u którego z różnych powodów odroczone leczenie dializami.

Za początek leczenia (hemo)dializami - uznaje się datę pierwszej wykonanej (hemo)dializy.

Dostęp naczyniowy – warunkiem wykonania skutecznej hemodializy jest uzyskanie przepływu krwi przez dializator w ilości co najmniej 150 – 200 ml/min. Aby to uzyskać należy wytworzyć dostęp dializacyjny, tj. przetokę tętniczo – żylną (naturalną lub z użyciem protezy naczyniowej), zapewniający swobodny dostęp do układu tętniczego lub dużych naczyń żylnych chorego.

Częstotliwość wykonywania zabiegów - w przewlekłym leczeniu hemodializami zabiegi HD należy wykonywać co najmniej 3 razy w tygodniu (ok. 156 dializ rocznie u każdego pacjenta leczonego dializą przewlekłą). Tygodniowy czas trwania zabiegów hemodializ u pacjenta nie powinien być krótszy niż 12 godzin, za wyjątkiem bardzo szczególnych sytuacji klinicznych.

Leczenie niedokrwistości u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek – u większości pacjentów leczonych dializą przewlekłą występuje bowiem niedokrwistość, która ogranicza aktywność i pogarsza ich jakość życia. Niedokrwistość spowodowana jest m. in. zmniejszonym wytwarzaniem krwinek czerwonych z powodu braku erytropoetyny (hormonu wytwarzanego przez nerki). Leczenia niedokrwistości polega m. in. na podawaniu preparatów zawierających **erytropoetynę**.

Leczenie ambulatoryjne powikłań dializacyjnych - za wyjątkiem chirurgicznych zabiegów związanych z wytworzeniem i utrzymaniem dostępu naczyniowego, stanowi część leczenia hemodializami i winno być w gestii ośrodka dializ. Każdy pacjent leczony hemodializami musi mieć zapewnione konsultacje z zakresu nefrologii w poradni nefrologicznej i odpowiednich poradniach specjalistycznych (np. diabetologicznej, okulistycznej, reumatologicznej).

Hospitalizacje - każdy pacjent leczony hemodializami, tak w ośrodku publicznym, jak i niepublicznym, winien mieć zagwarantowaną hospitalizację w dowolnym publicznym oddziale specjalistycznym. Jest wskazane, by niepubliczne stacje dializ miały zagwarantowany, na mocy odrębnej umowy ze szpitalem, dostęp do leczenia w oddziale

nefrologii, chorób wewnętrznych i chirurgii. Umowa taka powinna sankcjonować dostęp personelu ośrodka dializ do dokumentacji medycznej pacjenta hospitalizowanego.

Jakość leczenia hemodializami - zależy od warunków lokalowych, wyposażenia, kwalifikacji i doświadczenia personelu medycznego, jakości materiałów i sprzętu medycznego.

Standardy wyposażenia ośrodka w sprzęt medyczny - stacja uzdatniania wody z odwróconą osmozą, aparaty do hemodializy (sztuczne nerki), aparaty do reutilizacji dializatorów, zestaw do intubacji, zestaw AMBU, aparat EKG, defibrylator z monitorem.

Standardy ograniczenia zagrożenia epidemiologicznego zakażeń wirusowych i bakteryjnych – pacjenci leczeni hemodializami mają upośledzoną odporność immunologiczną i są szczególnie narażeni na zakażenia wirusami przenoszonymi z krwią, zwłaszcza wirusami hepatotropowymi. Jedynie dla tych ostatnich, ze względu na skalę zagadnienia, opracowano odpowiednie zalecenia dotyczące postępowania profilaktycznego i leczniczego. Brak natomiast szczegółowych zaleceń dotyczących postępowania z nieco mniej częstymi patogenami – HIV, CMV i prątkami gruźlicy. Testy na zakażenia HBV (Hepatitis B wirus), HCV (Hepatitis C wirus) należy wykonywać co 3 miesiące, na obecność HIV co 12 miesięcy. W każdym przypadku wymagana jest zgoda pacjenta. W razie odmowy udzielenia zgody pacjenta należy traktować jakby był zakażony wirusami HBV, HCV i HIV. Odmowa udzielenia zgody na badanie nie uzasadnia zaniechania dializ ani odmowy ich rozpoczęcia. Stanowiska dializacyjne dla pacjentów HBV (+), HCV (+) i HIV (+) powinny być wydzielone.

Załącznik nr 10

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. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji
Odpowiedzialności Konstytucyjnej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji
do Spraw Kontroli Państwowej
12. Przewodniczący Senackiej Komisji
Polityki Społecznej i Zdrowia