



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Wojciech Kutyla

KZD – 4101-006-01/2014
P/14/064

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/064 – Funkcjonowanie szpitali klinicznych w Polsce
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Maciej Szustowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 90826 z 12.09.2014 r. (akta kontroli str. 1-2) 2. Lila Gniadek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90832 z 03.10.2014 r. (akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia (akta kontroli str. 6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Minister Zdrowia, w latach 2013 - 2014, nie przygotował rozwiązań dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, uwzględniających ich szczególną rolę w systemie opieki zdrowotnej¹.

W ocenie NIK, stworzenie mechanizmów pozwalających na efektywniejszą działalność tych jednostek, stosownie do ich wysokospecjalistycznego charakteru w obszarze leczniczym, dydaktycznym oraz naukowo-badawczym, ma istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Szpitale kliniczne wykonują około 25% świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym aż 75% wysokospecjalistycznych.

Uzasadnieniem dla wprowadzenia rozwiązań systemowych w tym zakresie jest m.in. pogorszenie większości wskaźników ekonomicznych charakteryzujących funkcjonowanie znacznej grupy szpitali klinicznych oraz spadek liczby rejestrowanych badań klinicznych produktów leczniczych.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Skala i zakres dofinansowania szpitali klinicznych

Opis stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej szpitale kliniczne są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami, dla których funkcje podmiotu tworzącego pełnią publiczne uczelnie medyczne² lub publiczne uczelnie

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

² Uniwersytety medyczne w: Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu.

prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych³ oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Według stanu na dzień zakończenia kontroli w Polsce funkcjonowało 41 szpitali klinicznych.

Ponadto stosownie do art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej uczelnie medyczne mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych. Według stanu na dzień zakończenia kontroli osiem uczelni medycznych⁴ utworzyło i prowadziło w tej formie łącznie 12 podmiotów leczniczych⁵, z tego w ośmiu przypadkach uczelnie realizowały zadania dydaktyczne, tj. w siedmiu w zakresie stomatologii, a w jednym w zakresie położnictwa i ginekologii.

Warszawski Uniwersytet Medyczny podjął decyzję o przekształceniu w spółkę kapitałową Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego, jednak z uwagi na brak środków na pokrycie zobowiązań, termin przekształcenia nie został jeszcze określony.

(akta kontroli str. 530-534, 551-595, 610-611)

1.2. W latach 2010 - 2014 (do 30 września) Minister Zdrowia przekazał szpitalom klinicznym środki finansowe w wysokości ogółem 2.691.554,6 tys. zł, w tym w 2013 r. 599.149,7 tys. zł i 2014 r. (do 30 września) 258.164,4 tys. zł. W 2012 r. nastąpił spadek przekazanych środków, w stosunku do 2011 r., o 7, 3%, natomiast w 2013 r., w relacji do 2012 r., o 11,8%.

Środki finansowe przekazywane były m.in. na inwestycje budowlane, zakupy inwestycyjne, w tym aparatury i sprzętu medycznego, finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych oraz programów polityki zdrowotnej.

Na realizację inwestycji budowlanych przekazano w 2013 r. 342.470,0 tys. zł, a w 2014 r. (do 30 września) 133.296,3 tys. zł. Środki przekazywane były szpitalom za pośrednictwem uczelni lub bezpośrednio na rachunki szpitali klinicznych. Z kolei wydatki z tytułu świadczeń wysokospecjalistycznych wyniosły w 2013 r. 181.108,3 tys. zł, a w 2014 r. (do 30 września) 112.308,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 1151-1194, 1344-1490, 1527-1530)

W latach 2013 - 2014 (do 30 września) Minister przekazał dotacje na realizację 20 inwestycji budowlanych. W 2014 r. wprowadzono pięć nowych zadań, jednak do 30 września nie uruchomiono jeszcze środków na ten cel.

(akta kontroli str. 1173-1176. 1322-1339, 1524-1530, 1836-2599)

Przy wyborze zadań budowlanych do objęcia finansowaniem w danym roku budżetowym stosowano ustalone kryteria, m.in. prawidłowość i terminowość składania rozliczeń z wcześniej otrzymanych środków budżetowych, kontynuacja realizacji zadania, kompletność i poprawność złożonych wniosków – jego merytoryczne uzasadnienie, udział środków własnych i innych źródeł finansowania zadań, priorytety i decyzje Ministra Zdrowia wynikające z potrzeb w zakresie realizacji zadań inwestycyjnych służących rozwojowi systemu ochrony zdrowia oraz stopień zaawansowania realizacji zadania.

Z uwagi na ograniczone środki budżetowe i brak możliwości zrealizowania wszystkich potrzeb limitowano nabór nowych wniosków na inwestycje budowlane do jednego priorytetowego zadania.

(akta kontroli, str. 1253-1296, 1173-1176)

³ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

⁴ W tym, jedna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

⁵ Uniwersyteckie Centrum Laboratoryjno-Diagnostyczne Sp. z o.o. utworzone 17 grudnia 2013 r. przez Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego nadal jest w organizacji i nie rozpoczęło jeszcze działalności.

W zakresie zakupów aparatury i sprzętu medycznego finansowane były najpilniejsze potrzeby. Złożone wnioski podlegały ocenie formalnej i merytorycznej przeprowadzanej przez Zespół oceniający, powoływany zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opiniowania wniosków zakupowych złożonych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia do objęcia finansowaniem z budżetu państwa, z części 46-Zdrowie w danym roku budżetowym⁶.

(akta kontroli, str. 1177-1178, 1200-1252)

Kontrolą objęto udzielenie w 2013 r. dotacji na realizację inwestycji budowlanych i zakupów inwestycyjnych w wysokości 340.399,8 tys. zł oraz przekazanie środków finansowych w wysokości 14.303,3 tys. zł na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych i programów polityki zdrowotnej.

(akta kontroli, str. 1173-1194, 1297-1321)

Na realizację 8 inwestycji budowlanych w szpitalach klinicznych, przyjętych do finansowania przed 1 lipca 2011 r., tj. przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej, przekazano w 2013 r. dotacje w wysokości 327.727,8 tys. zł bez zawierania umowy. Były to inwestycje kontynuowane (programy wieloletnie i pozostałe zadania budowlane), które wprowadzono do finansowania z części 46-Zdrowie w okresie obowiązywania ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁷. Wykorzystano środki w wysokości 325.668,1 tys. zł, w tym na pięć programów wieloletnich 301.748,9 tys. zł oraz na trzy pozostałe zadania budowlane 23.919,2 tys. zł. Minister informował uczelnie o wysokości przyznanych środków finansowych oraz ustalał warunki dla ich wykorzystania i rozliczenia.

(akta kontroli, str. 1173-1176, 1340-1523, 1761-1795)

Na udzielenie dotacji celowej na dofinansowanie realizacji inwestycji budowlanych, przyjętych do finansowania po 1 lipca 2011 r., tj. po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej, zawierane były umowy trójstronne, pomiędzy Ministrem Zdrowia, uczelnią medyczną i szpitalem klinicznym. Jak wyjaśniono, uczelnia medyczna pośredniczyła przy realizacji inwestycji z uwagi na jej prawo własności do nieruchomości oraz sprawowany nadzór nad szpitalem klinicznym. Uczelnia występowała jako inwestor, szpital jako użytkownik, a Minister Zdrowia jako dotujący. Programy inwestycyjne opracowywane były zarówno przez inwestora, jak i użytkownika.

(akta kontroli, str. 1761-1772, 2276-2292, 2387-2398, 2488-2498)

Nie wszystkie szpitale kliniczne zostały wyposażone przez podmiot tworzący, tj. uczelnie, w majątek w drodze nieodpłatnego użytkowania nieruchomości, co naruszało art. 54 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi mu w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym. Wystąpiły przypadki, że w celu realizacji zadań związanych z procesem wykonywania świadczeń zdrowotnych i działalności dydaktyczno-naukowej uczelnie medyczne przekazywały majątek szpitalom w bezpłatne użyczenie na podstawie umowy cywilnoprawnej lub w zarząd.

(akta kontroli, str. 1526-1760, 1769-1772)

1.3. Środki finansowe na realizację zadań medycznych uczelni wyższych, w tym na działalność dydaktyczną, uczelnie otrzymywały w formie dotacji podmiotowej.

⁶ Dz. Urz. MZ Nr 3, poz. 14.

⁷ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

Podział środków z budżetu państwa dla poszczególnych uczelni medycznych, nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, dokonywany był według zasad i algorytmu określonego w rozporządzeniach Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego⁸. Jednym z elementów dotacji na działalność dydaktyczną była dotacja na tzw. dydaktykę kliniczną, tj. na pokrycie kosztów ponoszonych przez szpitale kliniczne (lub oddział kliniczny) w związku z prowadzonym przez uczelnię medyczną kształceniem przeddyplomowym dla kierunków, których program kształcenia przewiduje zajęcia w oddziałach klinicznych.

W celu realizacji procesu kształcenia w dziedzinach klinicznych, zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej, szpitale kliniczne udostępniają uczelniom medycznym jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy cywilnoprawnej, która określa, m.in. wysokość środków finansowych należnych szpitalowi za kształcenie, sposób przekazania środków oraz zasady ich rozliczeń.

W latach 2013 - 2014 z ogólnej dotacji na działalność dydaktyczną przeznaczono na dydaktykę kliniczną kwotę w wysokości 88.197,0 tys. zł, w tym: w 2013 r. 43.437,0 tys. zł, a w 2014 r. 44.760,0 tys. zł. Podział środków dla uczelni dokonywany był na podstawie danych dotyczących liczby studentów studiów stacjonarnych.

(akta kontroli, str. 541-609, 783-785)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Ministerstwo Zdrowia nie posiadało informacji o rzeczywistych kosztach ponoszonych przez poszczególne szpitale kliniczne, w związku ze szkoleniem studentów w tych szpitalach oraz nie przeprowadzało analiz w tym zakresie. Ministerstwo dysponowało jedynie danymi obrazującymi łączne wydatki uczelni, jakie ponosiły na dydaktykę kliniczną. Dopiero w trakcie kontroli zasięgnięto takich informacji od rektorów uczelni medycznych i uczelni prowadzących działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych.

Wysokość środków finansowych przekazywanych dla szpitali lub oddziałów klinicznych, innych niż nadzorowane szpitale, w ramach dotacji na dydaktykę, określana była na podstawie przeprowadzonej przez uczelnie i szpitale kalkulacji uwzględniającej takie czynniki jak, np.: liczba studentów, liczba godzin i współczynnik kosztochłonności zajęć dydaktycznych.

(akta kontroli str. 541-609)

Według opinii rektorów niektórych uczelni medycznych, rzeczywiste koszty dydaktyki ponoszone przez szpitale nie są możliwe do precyzyjnego określenia, z uwagi na fakt, że nie wszystkie szpitale prowadzą wyodrębnioną ewidencję księgową wydatków związanych z dydaktyką kliniczną i nie są w stanie sprecyzować wysokości faktycznie ponoszonych kosztów. Część rektorów zwracała też uwagę, że wysokość przyznanych dotacji na zadania związane ze szkoleniem studentów studiów stacjonarnych była niewystarczająca w stosunku do potrzeb.

2. Prawne podstawy funkcjonowania szpitali klinicznych

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, prowadzone w Ministerstwie prace legislacyjne nad regulacjami dotyczącymi szpitali klinicznych dotyczyły projektu założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹

⁸Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2012 r. w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 789) oraz rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 lutego 2012 r. w sprawie sposobu i trybu ustalania wskaźników kosztochłonności dla poszczególnych kierunków studiów stacjonarnych pierwszego i drugiego stopnia, jednolitych studiów magisterskich oraz obszarów kształcenia, a także dla stacjonarnych studiów doktoranckich (Dz. U. z 2012 r. poz. 179 ze zm.).

⁹Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

(dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej). Projekt tych założeń był dopiero przedmiotem wewnętrznych uzgodnień.

Celem proponowanych zmian było dookreślenie roli tych podmiotów w systemie opieki zdrowotnej i wprowadzenie mechanizmów pozwalających na finansowanie działalności tego typu na poziomie adekwatnym do ich wysokospecjalistycznego charakteru. W związku z pracami nad projektem założeń do ustawy, w szczególności brano pod uwagę: finansowanie klinicznych podmiotów leczniczych, potrzebę zmiany systemu czasu pracy lekarzy będących nauczycielami akademickimi, czasu pracy nauczycieli akademickich zatrudnionych w klinicznych podmiotach leczniczych oraz odbywających studia doktoranckie w uczelniach medycznych, wykonywanie działalności dydaktycznej, a także możliwość stworzenia mechanizmu urealnającego wysokość środków na prowadzenie przez szpitale kliniczne dydaktyki na rzecz uczelni medycznej.

W związku ze zgłoszeniem do Wykazu Prac Legislacyjnych Rady Ministrów projektu założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Ministerstwo dwukrotnie zostało zobowiązane do uzupełnienia złożonego 29 maja 2013 r. wniosku¹⁰. Przedłożona ocena wpływu skutków regulacji wymagała uzupełnienia m.in. o następujące informacje: wskazanie danych dotyczących skali problemu, wyjaśnienie założeń przyjętych do kalkulacji kosztów i korzyści, przedstawienie wpływu projektu na rynek pracy, weryfikację skutków finansowych oraz szczegółowe wyjaśnienie rekomendowanych rozwiązań. Zespół ds. Programowania Prac Rządu, na posiedzeniu w dniu 7 sierpnia 2013 r., zdecydował o odroczeniu decyzji o wpisie do Wykazu Prac Legislacyjnych Rady Ministrów projektu założeń do projektu przedmiotowej ustawy, do czasu przedstawienia Radzie Ministrów informacji na temat celu i istoty proponowanych zmian.

Minister Zdrowia nie przedstawił Radzie Ministrów stosownej informacji, tłumacząc to koniecznością ponownej analizy funkcjonowania szpitali klinicznych oraz możliwych rozwiązań prawnych w tym zakresie.

Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw z 5 sierpnia 2013 r. zakładał szczególne regulacje dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale kliniczne, w tym m.in.:

- wprowadzenie zasady, że jedna uczelnia może prowadzić wyłącznie jeden (kliniczny) podmiot leczniczy;
- zastąpienie w klinicznym podmiocie leczniczym (spzoz) rady społecznej radą nadzorczą w liczbie 3 osób;
- zmiany dotyczące zatrudniania nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych;
- zmianę sposobu postępowania w przypadku niepokrycia przez uczelnie medyczne ujemnego wyniku finansowego spzoz prowadzących szpitale kliniczne, polegającą na obligatoryjnym przekształceniu spzoz w spółkę akcyjną;
- stworzenie narzędzi umożliwiających podjęcie interwencji, w przypadku zagrożenia dla stabilności finansowej spółki akcyjnej;
- umożliwienie podmiotom leczniczym niebędącymi przedsiębiorcami odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych;
- odroczenie obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do 31 grudnia 2016 r.;
- wprowadzenie obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez wszystkie podmioty lecznicze;

¹⁰ Pisma p. Adama Jassra Sekretarza Stanu, Wiceprzewodniczącego Zespołu ds. Programowania Prac Rządu z dnia 13 czerwca 2013 r. i 30 lipca 2013 r.

– wprowadzenie gwarancji finansowania ze środków publicznych minimalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, które są powiązane z procesem kształcenia kadry medycznej.

(akta kontroli str. 10-212)

Minister Zdrowia nie podjął działań mających na celu wprowadzenie odrębnej ustawy kompleksowo regulującej funkcjonowanie szpitali klinicznych. Kwestia odrębnego uregulowania spraw związanych z działalnością szpitali klinicznych była analizowana, ale ostatecznie Minister zdecydował, że wszystkie zagadnienia dotyczące działalności leczniczej powinny zostać uregulowane w jednym akcie prawnym, obowiązującym wszystkie podmioty lecznicze, gdzie specyfika funkcjonowania szpitali klinicznych będzie ujęta w odrębnym rozdziale.

Ustalone
nieprawidłowości

Pomimo, że w 2013 r. trwały prace nad uregulowaniami dotyczącymi zmian wskazanych wyżej ustaw, w celu dookreślenia funkcjonowania szpitali klinicznych, to do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie został opracowany ich projekt. Prace nad nim zostały zaniechane na etapie projektu założeń i w 2014 r. nie były już prowadzone z powodu wątpliwości i uwag zgłoszonych przez Zespół ds. Programowania Prac Rządu.

(akta kontroli str. 10-212)

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia zaniechanie prac legislacyjnych nad regulacjami dotyczącymi funkcjonowania szpitali klinicznych, ponieważ istniejące przepisy w tym zakresie są niewystarczające. Należy podkreślić, że również Minister Zdrowia, w toku prac legislacyjnych w sierpniu 2013 r., zwracał uwagę, że „...dotychczasowe próby rozwiązań pozalegisacyjnych nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Rola szpitali klinicznych w systemie opieki zdrowotnej jest bardzo szczególna i wymaga rozwiązań odrębnych od tych określonych dla pozostałych podmiotów”.

(akta kontroli str. 140)

3. Sytuacja ekonomiczna szpitali klinicznych

Opis stanu
faktycznego

Wysokość zobowiązań ogółem 41 szpitali klinicznych, na koniec III kwartału 2014 r., wyniosła 2.199.432,0 tys. zł i była o 119.170,4 tys. zł wyższa niż na koniec 2013 r. Natomiast w stosunku do stanu na koniec 2010 r. zobowiązania ogółem wzrosły o 495.372,6 tys. zł.

Zobowiązania wymagalne szpitali klinicznych na koniec III kwartału 2014 r. wyniosły 655.798,5 tys. zł i były o 102.740,5 tys. zł wyższe niż na koniec 2013 r. Natomiast, w latach 2010 – 2013, zobowiązania wymagalne obniżyły się z kwoty 580.811,9 tys. zł do 553.058,1 tys. zł.

Zobowiązania wymagalne na koniec III kwartału 2014 r. odnotowano w 25 szpitalach spośród 41, z czego 13 jednostek generowało zadłużenie w wysokości 631.329,6 tys. zł, co stanowiło 96% zadłużenia szpitali klinicznych.

Na koniec III kwartału 2014 r. wartość zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych stanowiła 31% zadłużenia wymagalnego wszystkich szpocz w Polsce, natomiast ich zobowiązania ogółem to 21% zobowiązań ogółem wszystkich szpocz w kraju.

O niekorzystnej sytuacji finansowej szpitali klinicznych świadczy również fakt, że na koniec 2013 r. w 10 z nich odnotowano ujemny wynik finansowy netto, a w 11 szpitalach występował ujemny stan funduszu własnego, co oznacza, że aktywa

w tych szpitalach finansowane były zewnętrznymi źródłami finansowania i istnieje zagrożenie dla kontynuacji działalności tych jednostek.

(akta kontroli str. 519-540)

Ministerstwo Zdrowia dysponowało danymi finansowymi szpitali klinicznych, które wykorzystywano do prac analitycznych. Przygotowywane były materiały informacyjne dotyczące zadłużenia szpitali, funkcjonowania klinik i ich wyposażenia w sprzęt, bazy obcej, zatrudnionej kadry (w tym nauczycieli akademickich) w ramach umów o pracę i umów cywilnoprawnych itp. W oparciu o dane finansowe powstały roczne opracowania (w 2013 r. za lata 2009 - 2012 i w 2014 r. za lata 2010 - 2013) dotyczące wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kraju z wyłączeniem jednostek nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej. W analizach tych uwzględniono również szpitale kliniczne, nie były one jednak przedmiotem odrębnego opracowania.

Ponadto, po upływie każdego kwartału, na podstawie danych o strukturze zobowiązań szpitali w kraju, sporządzane były analizy i opracowania obejmujące również szpitale kliniczne.

(akta kontroli str. 535-538)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W ocenie NIK, pogarszające się wyniki finansowe znacznej grupy szpitali klinicznych w 2014 r. wskazują na konieczność zintensyfikowania działań Ministra Zdrowia w celu przygotowania regulacji prawnych, które powinny umożliwić efektywniejsze funkcjonowanie szpitali klinicznych.

4. Badania kliniczne w Polsce

Opis stanu faktycznego

W latach 2013 - 2014 nie prowadzono prac nad regulacją ustawową odnoszącą się do problematyki badań klinicznych. Ministerstwo zawiesiło i ostatecznie odstąpiło od prac nad projektem ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, z uwagi na trwające wówczas końcowe prace w Radzie i Parlamencie Europejskim nad rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE¹¹. Zgodnie z art. 99 rozporządzenie stosuje się po upływie sześciu miesięcy po dniu publikacji zawiadomienia, o którym mowa w art. 82 ust. 3¹², jednak nie wcześniej niż 28 maja 2016 r. Uznano więc za niezasadne procedowanie projektu ustawy odnoszącej się do problematyki badań klinicznych, która musiałaby zostać uchylona po ok. 1-2 lat.

Prace mające na celu dostosowanie polskich przepisów prawnych do przedmiotowego rozporządzenia i zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹³ w zakresie rozdziału 2a „Badania kliniczne produktów leczniczych” znajdują się obecnie na etapie roboczych prac koncepcyjnych¹⁴.

(akta kontroli str. 667-769)

Badania kliniczne rejestrowane są w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Głównym obszarem prowadzonych, w latach 2013 – 2014, badań klinicznych produktów leczniczych była onkologia (na poziomie 18-22%),

¹¹ Dz.U.UE.L.2014.158.1 z 27 maja 2014 r.

¹² Art. 82 ust. 3 stanowi, że Komisja po stwierdzeniu przez zarząd Agencji o weryfikacji pełnej funkcjonalności portalu UE i bazy danych UE oraz o tym, że systemy odpowiadają specyfikacjom funkcjonalnym, publikuje zawiadomienie w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

¹³ Dz. U. z 2008 r., Nr 45, poz. 271 ze zm.

¹⁴ Trwa opracowywanie tabeli zbieżności ww. rozporządzenia i ustawy Prawo farmaceutyczne.

a głównym obszarem badań klinicznych wyrobów medycznych była kardiologia (na poziomie 72-77%).

W latach 2011-2014 (do 30 września) zarejestrowano 1657 badań klinicznych produktów leczniczych, przy czym roczna liczba badań wykazywała tendencję malejącą. W 2013 r. nastąpił spadek liczby zarejestrowanych badań do 422, tj. w stosunku do 2011 r. liczba badań zmniejszyła się o 73, a w stosunku do 2012 r. o 27.

Wyjaśniono, że prowadzenie badań klinicznych komercyjnych przez sponsorów tych badań, tzn. firmy farmaceutyczne, rządzi się prawami ekonomii oraz planami biznesowymi tych firm i niemożliwe jest wpływanie na ich plany. Działania Ministra ograniczają się jedynie do kwestii finansowych dotyczących ustalania wysokości opłat wnoszonych za rejestrację badania w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych.

Liczba zarejestrowanych badań klinicznych prowadzonych przez sponsorów niekomercyjnych w latach 2011-2014 (do 30 września) wyniosła 19 oraz dwa wnioski były w trakcie rejestracji, przy czym liczba kształtowała się pomiędzy 2-8 badań rocznie. W 2013 r. zarejestrowano dwa badania prowadzone przez sponsorów niekomercyjnych, w 2012 r. osiem, a w 2011 r. trzy. W odniesieniu do tych badań Ministerstwo kładło nacisk na stymulowanie ich rozwoju ponieważ, jak wyjaśniono, pozwalają one lepiej wykorzystać potencjał, jaki znajduje się już w dostępnych produktach leczniczych i niosą mniejsze zagrożenia dla biorących w nich udział pacjentów.

Liczba zarejestrowanych badań klinicznych wyrobów medycznych kształtowała się pomiędzy 9 a 22 rocznie, w latach 2011-2014 zarejestrowano ich łącznie 57. W 2013 r. zarejestrowanych było 13 badań, w 2012 r. 9, a w 2011 r. 13.

(akta kontroli, str. 667-673, 770-782)

W celu doprecyzowania zasad realizacji badań klinicznych, Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, podejmował działania polegające na: opublikowaniu 1 czerwca 2013 r. na stronie internetowej Ministerstwa komunikatu dotyczącego zawierania umów o prowadzenie badania klinicznego, w celu zapewnienia przejrzystości działań stron ją zawierających; przedstawiciele RP uczestniczyli w pracach grup roboczych w Komisji Europejskiej i Radzie UE w ramach procedowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014 oraz zorganizowano w Ministerstwie w dniu 23 października 2014 r. szkolenie pn. „Niekomercyjne badania kliniczne w Polsce”¹⁵.

(akta kontroli, str. 667-769)

Prowadzenie Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pozwalało na ograniczoną analizę badań klinicznych rejestrowanych w Polsce. Liczba wniosków dotyczących badań klinicznych publikowana jest w Raporcie Rocznym Prezesa Urzędu Rejestracji, a od 2011 r. Prezes Urzędu monitoruje ilość badań klinicznych rejestrowanych przez podmioty niekomercyjne.

(akta kontroli, str. 772-777)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na spadek liczby badań klinicznych w Polsce oraz bardzo małą liczbę badań niekomercyjnych, co jest zjawiskiem niekorzystnym dla systemu ochrony zdrowia oraz rozwoju nauk medycznych.

¹⁵ W szkoleniu wzięło udział ponad 120 uczestników. Program szkolenia obejmował następujące zagadnienia: badanie kliniczne a eksperyment medyczny, prowadzenie badań klinicznych w świetle rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r., prowadzenie badań klinicznych – praktyczne aspekty według metodologii Good Clinical Practice, finansowanie niekomercyjnych badań klinicznych w ramach konkursów Narodowego Centrum Badań i Rozwoju oraz w ramach Programu Horyzont 2020, niekomercyjne badania kliniczne w onkologii.

5. Kontrole szpitali klinicznych

5.1. W roku 2013 Minister Zdrowia zaplanował przeprowadzenie kontroli w sześciu szpitalach klinicznych. Kontrole nie zostały przeprowadzone i ponownie wpisano je do planu na rok 2014. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie zostały one wszczęte z powodu braków kadrowych oraz znacznej liczby zleczonych kontroli doraźnych.

(akta kontroli, str. 466-518)

W latach 2013-2014 w ramach przeprowadzanych pięciu kontroli doraźnych¹⁶ skontrolowanych zostało dziewięć z 42 szpitali klinicznych oraz trzy wojskowe szpitale kliniczne. Za zgodą Ministra Zdrowia odstępowano od opracowywania programów kontroli. Sporządzonych zostało 13 wystąpień pokontrolnych oraz pięć sprawozdań z kontroli do dyrektorów tych szpitali.

Kontrole przeprowadzane były w następujących zakresach:

1. Na polecenie Ministra Zdrowia, Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg przeprowadził kontrole w zakresie funkcjonowania jednostek biorących udział w konkursie na wybór realizatorów programu zdrowotnego pn. „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”. Kontrolą objęto 26 podmiotów leczniczych, w tym cztery szpitale kliniczne. Nie stwierdzono nieprawidłowości w żadnej ze skontrolowanych jednostek.

2. W zakresie spełniania wymogów akredytacyjnych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie ortodoncji kontrolą objęto 32 podmioty lecznicze, w tym osiem szpitali klinicznych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku porozumień z podmiotami zewnętrznymi na odbywanie staży kierunkowych, których jednostki nie mogły zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej lub nieprecyzyjnie zawieranych umów na ich odbycie. Minister Zdrowia zalecił zawieranie porozumień na odbywanie staży kierunkowych w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarzy programu specjalizacji.

3. Kontrola ośrodków realizujących program zdrowotny Ministra Zdrowia została przeprowadzona przez Departament Matki i Dziecka, w zakresie prawidłowości realizacji zawartej umowy na realizację programu zdrowotnego pn. „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”¹⁷. Skontrolowanych zostało 26 podmiotów leczniczych, w tym cztery szpitale kliniczne. Kontrolą objęto okres od dnia zawarcia umowy do dnia 25 października 2013 r. Stwierdzono występowanie uchybień i nieprawidłowości związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej w ramach Programu.

4. Ocena spełniania warunków konkursu ofert na 2013 r. w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie geriatra – hospitalizacja prowadzanego przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie posiadanego przez szpital personelu lekarskiego oraz sprzętu i aparatury medycznej. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na nieprzestrzeganiu terminowego przeprowadzania przeglądów technicznych urządzeń i aparatury medycznej.

5. Kontrola w zakresie poprawności przebiegu i dokumentacji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie położnictwa i ginekologii w latach 2007 – 2013,

¹⁶ Celem kontroli doraźnych było podjęcie natychmiastowych działań związanych z informacjami dotyczącymi potencjalnych nieprawidłowości albo pilnego dostarczenia Kierownictwu Ministerstwa informacji o konkretnej działalności kontrolowanych jednostek.

¹⁷ Ocenie podlegały następujące elementy: kompletność i prawidłowość przyjęcia oświadczeń pacjentów wymaganych umową, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, poprawność i terminowość obsługi Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji, prawidłowość kwalifikacji lub dyskwalifikacji pary do udziału w Programie oraz prawidłowość postępowania klinicznego.

w której stwierdzono, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii nie zrealizował w całości programu specjalizacji, a kierownik specjalizacji potwierdził w indeksie odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem. Stwierdzono również nieprawidłowości w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej. Wydane zalecenia pokontrolne dotyczyły prowadzenia specjalizacji lekarzy zgodnie z programem specjalizacji, a dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami rozporządzenia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁸.

Ponadto Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 119 ustawy o działalności leczniczej, zlecał przeprowadzenie doraźnych kontroli w szpitalach klinicznych wojewodom i konsultantom krajowym, w związku z informacjami i doniesieniami medialnymi oraz składanymi skargami w zakresie prawidłowości postępowania personelu medycznego oraz procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W tym trybie przeprowadzonych zostało 8 kontroli w 6 szpitalach klinicznych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, braku pełnego wyposażenia w sprzęt i aparaturę, nieprzestrzegania obowiązującego regulaminu, nieprawidłowego postępowania lekarskiego oraz nieprzestrzegania zasad prowadzenia dokumentacji medycznej. Wydano zalecenia pokontrolne dotyczące dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁹, bezwzględnego stosowania obowiązujących zasad i regulaminu, rozważenie możliwości wzmocnienia obsady lekarskiej celem zapewnienia bezpieczeństwa, dokonania weryfikacji obowiązujących procedur planowanych przyjęć, postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności personelu, zapewnienia skutecznego nadzoru kierownictwa szpitala nad pracą personelu medycznego oraz przestrzegania zasad prowadzenia dokumentacji medycznej stosownie do obowiązujących przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

(akta kontroli str. 213-518)

Ustalone
nieprawidłowości

Minister Zdrowia nie informował na bieżąco podmiotów tworzących o wynikach przeprowadzanych przez Departamenty Ministerstwa Zdrowia kontroli w szpitalach klinicznych. Pozbawiało to uczelnie informacji służących wzmocnieniu i poprawie efektywności nadzoru nad szpitalami klinicznymi. Podmiotom tworzącym wyniki kontroli zostały przekazane w trakcie kontroli NIK, dopiero po skierowaniu przez kontrolującego pisma w tej sprawie²⁰, tj. w dniach 16 września, 22 października i 24 listopada 2014 r.

Jedynie w przypadku pięciu kontroli zleconych wojewodom i konsultantom krajowym Minister poinformował na bieżąco podmioty tworzące o wynikach przeprowadzonych kontroli.

Art. 120 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że Minister właściwy do spraw zdrowia informuje podmiot tworzący o wynikach kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 118 i 119 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 213-518)

Przyczyną było znaczne obciążenie pracą grupy kontrolerów oraz przeoczenia. W trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych podjęte zostały działania zapobiegawcze, w celu wyeliminowania podobnych sytuacji w przyszłości.

¹⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

¹⁹ Dz. U. Nr 237, poz. 1420 ze zm.

²⁰ Pismo NIK z 15 września 2014 r.

Pracownicy zostali zobowiązani do przygotowywania pism informujących o wynikach kontroli w terminie 14 dni od dnia podpisania wystąpienia pokontrolnego. Dodatkowo, przy każdym akcie kontroli opracowywane będą, tzw. „karty przeglądowe akt kontroli”, w których będzie odnotowywany m.in. fakt przekazania wyników kontroli.

(akta kontroli str. 216, 468-469)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Zdaniem NIK, biorąc pod uwagę skalę dofinansowania szpitali klinicznych²¹, liczba oraz zakres przeprowadzanych kontroli przez Ministra Zdrowia była niewystarczająca dla zapewnienia skutecznego nadzoru nad prawidłowością wykorzystania przekazanych środków budżetowych oraz nad realizacją zadań niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przez te szpitale. Ponadto, charakter doraźny prowadzonych postępowań i odstępowanie od opracowywania programów kontroli²² mogło mieć wpływ na zapewnienie odpowiedniej jakości prowadzonych postępowań kontrolnych.

Opis stanu faktycznego

5.2. Stosownie do przepisów art. 121 ustawy o działalności leczniczej, uczelnie medyczne w ramach sprawowanego nadzoru nad szpitalami klinicznymi przeprowadzały kontrole i dokonywały oceny ich działalności.

Przeprowadzane kontrole obejmowały swym zakresem przede wszystkim: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarkę finansową, wykonanie zaleceń pokontrolnych po uprzednio przeprowadzanych kontrolach.

(akta kontroli str. 786-1022)

Kontroli poddano 83 informacje z wyników 143 kontroli szpitali klinicznych przeprowadzonych w latach 2013-2014 (do 25 września 2014 r.), przesłanych Ministrowi przez rektorów 9 uczelni medycznych, trzech uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

(akta kontroli str. 786-1022)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w trzech utworzonych podmiotach leczniczych przeprowadził tylko po jednej kontroli w pierwszym półroczu 2013 r. pomimo, że art. 121 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej zobowiązywał do przeprowadzania kontroli co najmniej raz na 6 miesięcy. Kontrole przeprowadzono w zakresie weryfikacji przekazywanych danych w sprawozdaniach: o stanie zgodności zobowiązań według tytułów dłużnych oraz o stanie należności z ewidencją księgową, sposobu załatwienia skarg, wniosków i próśb kierowanych przez pacjentów i ich rodziny za okres drugiego półrocza 2012 r.

Minister Zdrowia nie zareagował na naruszenie przepisów ustawowych przez nadzorowaną przez siebie uczelnię medyczną. Dopiero w trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych, po skierowaniu przez kontrolującego pisma w tej sprawie, przekazane zostało pismo ponaglające²³.

(akta kontroli str. 844-869, 1010-1022, 1066-1074)

Wnioski z przeprowadzanych przez uczelnie medyczne kontroli w szpitalach klinicznych, rektorzy przekazywali Ministrowi Zdrowia w okresach od 4 do 211 dni

²¹ Minister Zdrowia przekazał szpitalom klinicznym w okresie 2013-2014 r. (wg stanu na 30 września) środki finansowe w wysokości 857.314,1 tys. zł m.in. na inwestycje budowlane, zakupy aparatury i sprzętu medycznego, realizację świadczeń wyspecjalistycznych oraz realizację umów w ramach programów polityki zdrowotnej.

²² Program kontroli został opracowany tylko w jednej kontroli przeprowadzanej przez pracowników Ministerstwa Zdrowia.

²³ Pismo z dnia 1 grudnia 2014 r. sygn.: MZ-NSO-078-326/MP/14.

od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego²⁴ oraz w okresach od 4 do 323 dni od dnia zakończenia czynności kontrolnych w jednostce, pomimo że art. 121 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że wnioski z przeprowadzanych kontroli przekazuje się niezwłocznie.

(akta kontroli, str. 1010-1022, 1066-1075)

Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, zwracał uwagę²⁵ rektorom uczelni medycznych o obowiązku wynikającym z art. 121 ust. 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, dotyczącym przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych, dla których są podmiotami tworzącymi, co najmniej raz na 6 miesięcy oraz niezwłocznym przekazywaniu wniosków z tych kontroli ze wskazywaniem zakresu i okresu objętego kontrolą. Ponadto zwracał się o przekazywanie do wiadomości aktualnych informacji dotyczących zmian w obrębie bazy klinicznej uczelni, w szczególności łączenia, dzielenia oraz likwidowania szpitali klinicznych oraz informacji na temat podmiotów leczniczych utworzonych i prowadzonych przez uczelnie w formie spółki kapitałowej.

(akta kontroli str. 1066-1074, 1025-1026)

Wnioski z przeprowadzanych przez uczelnie medyczne kontroli w szpitalach klinicznych rektorzy przekazywali Ministrowi, a następnie przekazywano je do wybranych komórek organizacyjnych Ministerstwa²⁶ do wiadomości i służbowego wykorzystania w bieżących pracach resortu zdrowia. Stanowiły one materiał do prowadzonego przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego monitoringu ogólnej sytuacji szpitali klinicznych, m.in. o ich sytuacji finansowej, kadrowej oraz posiadanej bazie łóżkowej. Monitorowanie spraw związanych z funkcjonowaniem szpitali klinicznych pozwalało na zdiagnozowanie ewentualnych zagrożeń związanych z wykonywanymi przez nie zadaniami w procesie przed i podyplomowym kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, a także prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

(akta kontroli str. 1010-1022, 1066-1150)

Podejmowane przez Ministra Zdrowia działania, polegające na kierowaniu pism do rektorów uczelni medycznych w sprawie obowiązku wynikającego z art. 121 ust. 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, dotyczącego przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych, dla których są podmiotami tworzącymi co najmniej raz na 6 miesięcy oraz niezwłocznego przekazywania wniosków z tych kontroli, okazały się nieskuteczne.

Rektorzy uczelni medycznych przekazywali wnioski z przeprowadzanych kontroli szpitali klinicznych w niejednorodny sposób, informacje sporządzane były w różnym układzie szczegółowości, od bardzo lakonicznych (kilkudzaniowych) do szczegółowych i obszernych opisów, lub przekazywano kopie wystąpień pokontrolnych wraz z pismem przewodnim. W 28 przypadkach, tj. 19,6% przekazanych informacji, nie podawano okresu objętego kontrolą, a w 54 przypadkach, tj. 37,8%, nie zawarto informacji o dacie sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.

Minister Zdrowia nie określił w jakim terminie oraz według jakich zasad miały być sporządzane informacje dotyczące wyników kontroli szpitali klinicznych.

²⁴ Stwierdzono, że ilość wniosków z kontroli przekazywanych po 10 dniach od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego lub projektu wystąpienia stanowiło 51,1%, tj. 73 przypadki.

²⁵ Pisma z dnia 4 października 2013 r., znak: MZ-NSO-078-32341-52/MP/13 i 2 grudnia 2014 r., sygn. MZ-NSO-078-34943-14/BP/14.

²⁶ Tj. do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg oraz Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁷, wnosi o:

1. przeprowadzenie kompleksowej analizy funkcjonowania szpitali klinicznych, mając na uwadze m.in. koszty dydaktyki klinicznej, wyposażenie w majątek, prowadzenie badań naukowych, w celu zidentyfikowania barier dla efektywnego funkcjonowania tych jednostek,
2. przygotowanie, na podstawie wyników wspomnianej analizy i dotychczasowych prac, propozycji rozwiązań dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, uwzględniającej ich szczególną rolę w systemie opieki zdrowotnej,
3. podjęcie skutecznych działań zmierzających do zapewnienia niezwłocznego przekazywania wniosków z kontroli szpitali klinicznych, przeprowadzanych przez uczelnie medyczne oraz ujednoczenie formy ich sporządzania,
4. zapewnienie realizacji kontroli planowych dotyczących szpitali klinicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, dnia 13 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
podpis

²⁷ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.