



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Krzysztof Kwiatkowski

KZD – 4101-011-01/2014
P/14/046

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/046 - Koordynacja Polityki Rodzinnej w Polsce
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90823 z dnia 1 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, Warszawa ul. Miodowa 15.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia (dowód: akta kontroli str. 2144)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

Pomimo identyfikacji głównych problemów w zakresie polityki prorodzinnej, w sferze ochrony zdrowia, oraz stworzenia odpowiednich podstaw prawnych dla jej realizacji, Minister Zdrowia nie wprowadził do końca III kwartału 2014 r. skutecznych instrumentów koordynacji, monitorowania i oceny efektywności działań podejmowanych w tym zakresie.

Nie stworzono skutecznych mechanizmów koordynacji przedsięwzięć realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia, zawierającego szereg istotnych celów z zakresu polityki rodzinnej, uchwalonego przez Radę Ministrów na lata 2007 – 2015. Minister Zdrowia nie przygotował również narzędzi pozwalających na efektywne monitorowanie realizacji zakładanych celów. Monitoring nie obejmował oceny efektów zdrowotnych podejmowanych działań, a także analiz dotyczących zmieniających się potrzeb społeczeństwa w tym zakresie¹.

W kontrolowanym okresie nie udało się ograniczyć zróżnicowania dostępu do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w poszczególnych regionach kraju, w szczególności do świadczeń stomatologicznych, a także ograniczyć skutków chorób i zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Świadczy o tym m.in. wzrost² liczby samobójstw. Na początku lat 90-tych XX w. stanowiły one ok. 10% zgonów w wyniku urazu, obecnie blisko 15%.

Pozytywnym zjawiskiem jest zmniejszenie liczby zgonów niemowląt, z 8,1 zgonów na 1000 żywych urodzeń w 2000 r. do 4,6 w 2013 r. Obniżył się także wskaźnik umieralności okołoporodowej³ dzieci w wieku 0-6 dni, a także współczynnik umieralności dzieci⁴ w wieku 1-14 lat.

W ocenie NIK do powyższych zmian mogła przyczynić się realizacja programów: badań przesiewowych u noworodków w Polsce, kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych, a także wprowadzenie przez Ministra Zdrowia standardów opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 2338-2339, 2346)

¹ Sprawozdanie z działalności Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia za rok 2013

² GUS. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2013 r. Stan w dniu 31.XII. Warszawa 2014.

³ GUS. Rocznik Demograficzny. Warszawa 2014 r. str. 447. Wskaźnik oznacza liczbę urodzeń martwych i zgonów niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych.

⁴ GUS. Materiał na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014 r. Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Programowanie i jakość zarządzania instrumentami wspierania rodziny.

1.1. Podstawy prawno-organizacyjne systemu wspierania rodziny oraz przyjęte w tym zakresie strategie

Opis stanu faktycznego

Ustawa zasadnicza zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych m.in. dzieciom oraz kobietom w ciąży,⁵ co znalazło swoje odzwierciedlenie w przepisach ustawowych⁶ i wykonawczych, m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. określono standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem⁷.

Ponadto Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, m.in. sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁸ odnoszące się m.in. do oddziału lub zespołu porodowego lub innej jednostki o tym samym profilu w przypadku rodzących siłami natury, ciąży powikłanej, pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem”.

Z kolei w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹ określono wymogi w zakresie zabezpieczenia opieki nad noworodkiem przez pielęgniarkę lub położną w oddziałach neonatologicznych z uwzględnieniem trzech poziomów referencyjności szpitala.

W badanym okresie funkcjonowały również szczególne jednostki organizacyjne, powołane do sprawowania¹⁰ opieki zdrowotnej nad kobietą w czasie ciąży i położu oraz dziećmi, w szczególności: Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie; Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

(dowód: akta kontroli str. 267-283)

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi (art. 68 ust 3), że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. dzieciom, kobietom ciężarnym i osobom niepełnosprawnym.

⁶ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają dzieci, kobiety w okresie ciąży, porodu i położu, które posiadają obywatelstwo polskie i mieszkają na terytorium RP, niezależnie od podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.

⁷ Dz.U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259. Od 19 października 2012 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100).

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545); weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. .

⁹ Dz.U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

¹⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (MP poz. 333) .

Zgodnie z rozwiązaniami przyjętymi w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju¹¹ opracowano spójną hierarchię dokumentów strategicznych w celu wdrożenia efektywnego systemu zarządzania rozwojem kraju. Do głównych strategii wytyczających priorytety w obszarze zdrowia zaliczono Strategię „Sprawne Państwo” (SSP) i „Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego” (SRKL). Istotne cele na poziomie regionalnym wyznaczyła „Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie.” Dokumentami implementującymi cele i kierunki interwencji dotyczące ochrony zdrowia są plan działań na rzecz SSP w perspektywie do roku 2020 oraz dokument implementacji SRKL opisujący narzędzia realizacji.

W latach 2007-2014 Ministerstwo Zdrowia opracowało szereg dokumentów o charakterze strategicznym określających kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Jednym z najważniejszych był zatwierdzony przez Radę Ministrów, w dniu 15 maja 2007 r., Narodowy Program Zdrowia (NPZ), który w założeniu miał stanowić narzędzie spójnej polityki zdrowotnej, realizowanej przez organy państwa, m.in. w zakresie poprawy świadczeń dla dzieci i młodzieży, a także poprawy opieki nad kobietami w ciąży.

W NPZ nie określono mechanizmów koordynacji działań w celu osiągnięcia wskazanych celów, a także szczegółowego harmonogramu jego realizacji.¹² W dokumencie wskazano, że po przyjęciu NPZ rozpocznie działanie powołany przez Prezesa Rady Ministrów Zespół Koordynujący Narodowy Program Zdrowia, który przygotuje na pierwszym posiedzeniu harmonogram realizacji NPZ i zasady współpracy podmiotów uczestniczących w programie. Pierwsze posiedzenie Zespołu odbyło się dopiero 29 lipca 2009 r., a wstępny harmonogram¹³ realizacji uchwalono dopiero w listopadzie 2009 r. Program nie był dostosowywany do zmieniających się potrzeb zdrowotnych ludności Polski, mimo powołania przez Ministra Zdrowia już w 2007 r. Zespołu do spraw aktualizacji Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013¹⁴.

Koordynacja realizacji NPZ w zakresie polityki prorodzinnej ograniczyła się, w latach 2012-2014 (III kw.), do dwóch posiedzeń „Podzespołu Problemowego do spraw dzieci i młodzieży i osób starszych” w lipcu i grudniu 2013 r. W ich trakcie omówiono m.in. problem nadwagi i otyłości wśród dzieci.

Dopiero w dokumencie Policy Paper¹⁵ z września 2014 r. przedstawiono kompleksową analizę sytuacji zdrowotnej w regionach na tle podaży usług zdrowotnych,¹⁶ wykazano najważniejsze problemy zdrowotne tej populacji oraz opisano założenia koordynacji, monitoringu i ewaluacji. W celu monitorowania i koordynacji działań zaproponowano m.in. powołanie Komitetu Sterującego.

(dowód: akta kontroli str. 1887-1979, 1992- 2113)

¹¹ Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 ze zm.

¹² Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2014 r.

¹³ Informacja o wynikach kontroli. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. KZD -4101-04/2012

¹⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw aktualizacji Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013 (Dz. Urz. MZ Nr 6, poz. 18) oraz zarządzenie Ministra Zdrowia w tej sprawie z dnia 8 sierpnia 2008 r. (Dz. Urz. MZ Nr 9, poz. 54).

¹⁵ Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne. Dokument przyjęty przez Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 10 września 2014 r.

¹⁶ Analizę przygotował NIZP-PZH w ramach opracowania pn. „Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych”.

1.2. Główne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży oraz dostęp do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i kobiet w ciąży.

W okresie objętym kontrolą nastąpiła poprawa opieki nad kobietą i noworodkiem w okresie okołoporodowym. Według danych GUS spadała liczba zgonów niemowląt (w wieku poniżej 1 roku). W 2013 r. współczynnik zgonów niemowląt wynosił 4,6 podczas gdy w roku 2000 – 8,1. Współczynnik ten był w 2013 r. jednak wyższy o 0,8 pkt niż średnia dla 27 państw UE. Przyczyną zgonów niemowląt były głównie choroby i stanu okresu okołoporodowego (52%) oraz wady rozwojowe wrodzone (36%). Pozostałe zgony były spowodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Obniżył się także wskaźnik umieralności okołoporodowej dzieci w wieku 0-6 dni z 9,7 na każde 1000 urodzeń w roku 2000 do 6 na koniec 2013 r. Spadkowi umieralności niemowląt towarzyszył spadek współczynnika umieralności dzieci w wieku 1-14 lat z 21 w roku 2000, do 14 w roku 2013, w przeliczeniu na 100 tys. ludności tej grupy wieku oraz spadek liczby zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i pogoju z 20 w 2010 r. do 9 w roku 2013.

(dowód: akta kontroli str. 1319, 2339, 2346, 2487, 2517)

W latach 2010-2014 nie udało się jednak rozwiązać istotnych problemów zdrowotnych populacji dzieci i młodzieży.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Stan zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży odbiegał od standardów europejskich. Badania pięcioletnich dzieci w 2011 r. wykazały, iż zaledwie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku dzieci 15-letnich wynosił zaledwie 8,2%. Istotny wpływ na tę sytuację miały niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki. Ministerstwo nie wdrożyło wieloletniego programu polityki zdrowotnej p.n. „Program poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą”, tj. zadania wskazanego w NPZ, ze względu na limit środków finansowych na realizację programów polityki zdrowotnej.¹⁷

Minister Zdrowia podjął jednak działania z zakresu profilaktyki zdrowia jamy ustnej, zgłaszając propozycję uwzględnienia, w ramach współpracy polsko-szwajcarskiej, programu pn. *Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do dzieci przedszkolnych, ich rodziców i wychowawców*. Uzasadniając potrzebę realizacji tego zadania Minister Zdrowia powołał się na zapisy Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, w szczególności na cel 11 dotyczący intensyfikacji zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży. Program został przyjęty przez stronę szwajcarską. Jego realizacja rozpoczęła się w październiku 2014 r., przy czym 85% całkowitych kosztów Programu ponosi strona szwajcarska, a pozostałe 15% Minister Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 274-275, 1303-1304, 2391-2393)

W latach 2012 - 2014 Ministerstwo Zdrowia nie realizowało także programów promocji zdrowia psychicznego (kampanie edukacyjne skierowane do lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego, programu zapobiegania samobójstwom, programu zapobiegania depresji). Ministerstwo Zdrowia przygotowywało w 2013 r. pilotażowe programy zdrowotne w tym zakresie, które po zaopiniowaniu przez AOTM miały być realizowane w 2014 r. Ze względu na ograniczenia finansowe nie podjęto jednak realizacji tego zadania.

¹⁷ Ustalenia kontroli NIK dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli Warszawa, 2013 r. KZD-4101-04/2012.

(dowód: akta kontroli str. 1330-1331, 2157, 2185-2205)

W 2012 r. targnęło się na własne życie 373 osób do 19 roku życia, z czego 177 zakończyło się zgonem. W 2011 r. było 326 prób samobójczych, z czego 151 zakończyło się zgonem.

(dowód: akta kontroli str.: 240, 553-554)

Ponadto w poszczególnych regionach kraju wśród dzieci i młodzieży stwierdzono m.in.:¹⁸

- dolnośląskie - wysoką umieralność z powodu chorób nowotworowych (185,1 na 100 tys. ludności według grup wieku w 2012 r.) oraz duże rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (opieką ambulatoryjną objęto 1940,3 osób na 100 tys. ludności w 2011 r.),
- kujawsko-pomorskie - najwyższy w Polsce poziom umieralności niemowląt (6,3 na 1000 urodzeń żywych w 2012 r.). Najwyższy w Polsce współczynnik leczonych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (2470,6 na 100 tys. w 2011 r.),
- lubelskie - wysoką umieralność (najwyższy w kraju współczynnik zgonów) z powodu chorób układu krążenia 1,7 na 100 tys. w roku 2012,
- lubuskie - najwyższy w kraju wskaźnik zgonów (55,6 na 100 tys. ludności w 2012 r.) i najwyższy w kraju współczynnik leczonych całodobowo z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (242,9 na 100 tysięcy w 2011 r.),
- opolskie - wyższą niż przeciętnie częstość hospitalizacji z powodu nowotworów w 2012 r. (159 na 100 tys. ludności), chorób układu oddechowego (3187,9 na 100 tys. ludności) oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (158,5 na 100 tys. w 2011 r.),
- podkarpackie - wysoką umieralność niemowląt – 6,2 na 1000 urodzeń żywych w 2012 r.,

(dowód: akta kontroli str.: 1996-2003)

Przyczyną tego stanu było, m.in. nierównomierne rozmieszczenie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia¹⁹, pogłębione w niektórych regionach kraju wzrostem średniej wieku profesjonalistów medycznych i ich przechodzeniem na emeryturę²⁰, a także wyjazdami poza granice kraju.²¹

Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii²² stwierdził, m.in. że występuje niedobór neonatologów w stosunku do potrzeb, skutkiem czego w niektórych

¹⁸ Wskazane w dokumencie „Policy Paper”.

¹⁹ Liczba lekarzy uprawniona do wykonywania zawodu wzrosła ze 134.292 w 2010 r. do 139.595 na koniec 2013 r. i wynosiła od 24,3 na 10 tys. ludności (lubuskie) do 47,2 (mazowieckie).

²⁰ Analiza struktury wieku wśród lekarzy poszczególnych specjalności wykazała, że w 13 dziedzinach medycyny ponad 25% specjalistów ukończyło 70 rok życia, a w 10 dziedzinach około 13% specjalistów jest w wieku 61–65 lat, natomiast w 18 dziedzinach ponad 50% lekarzy przekroczyło 56 rok życia. Na emeryturę przeszło w roku 2012 – 381 lekarzy (w tym 41 niewykonyjących zawodu) i odpowiednio w latach: 2013 r. – 190 (26) i 2014 (do 30 czerwca) – 59 (14).

²¹ Liczba lekarzy, którzy wyjechali za granicę RP szacowana jest na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje do wykonywania zawodu na terenie UE. W Centralnym Rejestrze Lekarzy w dniu 7 lipca 2014 r. odnotowano 9.161 lekarzy i 974 lekarzy dentyistów, którzy pobrali zaświadczenia stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji, co stanowiło 7,2% ogólnej liczby lekarzy i 2,8% dentyistów. W dziedzinie położnictwa i ginekologii, wydano 446 zaświadczeń (7,3% ogólnej liczby lekarzy) i odpowiednio w dziedzinie pediatrii 280 zaświadczeń (4,1% lekarzy), psychiatrii dzieci i młodzieży 11 zaświadczeń (3,7% lekarzy). W dziedzinie neonatologii nie wydano zaświadczeń.

²² Sprawozdanie z dnia 22 listopada 2012 r.

szpitalach I stopnia opieki perinatalnej w oddziałach noworodkowych dyżurują pediatrzy. W ocenie Konsultanta nadal zbyt dużo porodów patologicznych i przedwczesnych odbywa się na niższych stopniach referencji. Stwarza to konieczność transportu noworodków po urodzeniu specjalistycznymi karetkami. Wielu transportów można byłoby uniknąć, gdyby lepiej działała diagnostyka prenatalna w identyfikacji wad wrodzonych. Urodzenie na niższym poziomie referencji oraz konieczność transportu obniżają o ok. 50% szanse na przeżycie i uniknięcie powikłań. W Polsce brakuje także systematycznie prowadzonych badań populacyjnych określających wyniki w grupie: noworodków urodzonych znacznie przedwcześnie, w stanie ciężkim (3 pkt. i poniżej według Apgar) oraz urodzonych z wadami rozwojowymi. Badania są wyrywkowe i z pojedynczych ośrodków, które nie mogą być uważane za reprezentatywne.

(dowód: akta kontroli str.: 1205-1214, 1221, 1231)

W opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii niedobór kadry ograniczony jest do małych szpitali powiatowych. Niedobór lekarzy pediatrów występuje w woj. opolskim (140 pediatrów, w tym 78 w wieku emerytalnym), w woj. podkarpackim (spośród 324 pediatrów, 60 w wieku emerytalnym) i w woj. pomorskim (spośród 581 pediatrów, 184 jest w wieku emerytalnym).

(dowód akta kontroli str.: 505-507, 1205-1214, 1222, 1806, 1813-1817)

Minister Zdrowia podejmował działania zmierzające do zwiększenia zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia. Limit na studiach stacjonarnych kierunku lekarskiego²³ wzrósł z 2.695 w roku akademickim 2007/2008, do 3.194 w roku 2014/2015. Skrócono okres kształcenia lekarzy poprzez likwidację stażu podyplomowego i włączenie elementów nauczania praktycznego do kształcenia przed-dyplomowego²⁴. Wzrosła liczba miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych do przeprowadzenia szkoleń specjalizacyjnych z 31.336 w 2008 r. do 37.498 w 2014 r.

Poprawie dostępu do lekarzy specjalistów w specjalnościach medycznych dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą służyć miało uznanie medycyny rodzinnej, neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, pediatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży i stomatologii dziecięcej za dziedziny priorytetowe w rozumieniu rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych 16 dziedzin medycyny²⁵. Na dzień 31 marca 2014 r. w trakcie szkoleń specjalizacyjnych było 23.937 lekarzy i lekarzy dentyistów. W latach 2012 – 2014 specjalizację:

- a) w dziedzinie położnictwa i ginekologii ukończyło 343 lekarzy,
- b) w dziedzinie neonatologii ukończyło 111 lekarzy,
- c) w dziedzinie pediatrii ukończyło 461 lekarzy,
- d) w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży 65 lekarzy.

(dowód: akta kontroli str.: 507-514)

²³ Art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, ze zm.)

²⁴ Staż podyplomowy zostanie po raz ostatni zorganizowany dla zawodu lekarza z dniem 1 października 2017 r., a dla zawodu lekarza/dentyisty z dniem 1 października 2016 r.

²⁵ Ze względu na możliwość ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta w porównaniu do lekarza rezydenta odbywającego szkolenie w dziedzinach nie zaliczonych do priorytetowych; patrz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2012, poz. 1498).

Liczba pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu²⁶ zmalała z 282.420 w roku 2010 do 279.979 w 2013 i wahała się od 62,6 na 10 tys. ludności (wielkopolskie) do 94,4 (łódzkie). Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na 1 tys. mieszkańców w Polsce²⁷ wynosi 6,42 i jest najniższy w stosunku do wskaźników UE (np. Francja - 7,5, Czechy - 8,1, Węgry - 8,6, Niemcy - 9,6).

Według prognoz²⁸, w latach 2010 – 2020, 80.814 pielęgniarek, urodzonych w latach 1950-1960, osiągnie wiek emerytalny, tylko 19.954 pielęgniarki podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 24,7% liczby pielęgniarek nabywających prawo do emerytury w tym okresie i wskazuje na brak w systemie w 2020 r. – 60.860 pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 519-536, 1255-1266, 2476-2479, 2480-2482)

Ocena cząstkowa

Mimo poprawy niektórych wskaźników, dotyczących, m.in. opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem nadal istnieją istotne problemy zdrowotne dotyczące tej populacji. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015, wbrew przyjętym założeniom, nie stał się skutecznym instrumentem ich rozwiązywania.

Minister Zdrowia podjął działania w celu ograniczenia niedoborów kadrowych wśród personelu medycznego. Jednak problem luki pokoleniowej, widoczny szczególnie w przypadku pielęgniarek, może stanowić istotne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i realizacji polityki rodzinnej w nadchodzących latach.

2. Działania na rzecz zapewnienia i podnoszenia skuteczności oraz efektywności realizowanych instrumentów wspierania rodziny.

2.1. Realizacja Programu badań przesiewowych noworodków.

Opis stanu faktycznego

W latach 2010-2014 Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, we współpracy z 7 laboratoriami, realizował Program badań przesiewowych populacji noworodków (zwany dalej PBPN) w celu wykrycia fenyloketonurii (PKU), wrodzonej niedoczynności tarczycy (WNT) i mukowiscydozy (CF) oraz doprowadzenia do standaryzacji badań.²⁹ W Programie zdefiniowano problem podając częstości występowania chorób metabolicznych i ich skutki³⁰. Realizacja Programu związana była z celem operacyjnym NPZ „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.”

(dowód: akta kontroli str. 925-1035, 1036-1044, 1491-1494)

Miernikami programu była m.in. liczba badanych noworodków w stosunku do liczby urodzeń oraz liczba przypadków powikłań, w związku z niewykrytą chorobą w okresie noworodkowym. (dowód: akta kontroli str. 24-155)

²⁶ Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. CSIOZ 2011 r. i 2014 r.

²⁷ Według stanu na 2010 r. Odpowiedź MZ na interpelację nr 6457.

²⁸ Odpowiedź Aleksandra Sopińskiego - Podsekretarza Stanu w MZ, na interpelację nr 6457 w sprawie sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce z dnia 20 lipca 2012 r.

²⁹ Wykrycie noworodków z chorobami wrodzonymi i zapewnienie wczesnego leczenia, zapobiegło dalszym poważnym zaburzeniom rozwoju, a nawet śmierci, a w przypadku fenyloketonurii i hipotyreozy również ciężkiemu upośledzeniu umysłowemu. Przeżywalność tych chorych jest taka sama jak zdrowych osobników. Sprawozdanie z badań IMiD - dr n. biol. Mariusz Ołtarzewski.

³⁰ M.in. Global Raport on Birth Defectes The Hidden toll of dying and disabled children” opublikowanego przez amerykańską organizację March of Dimes w 2006 r. i danymi rejonizacji i odsetek populacji objętych programem w 2008 r. opracowane przez Instytut Matki i Dziecka.

W latach 2009 – 2013 wykonano 6.707.500 badań przesiewowych noworodków, w wyniku których wykryto 1.394 noworodki z chorobami wrodzonymi.³¹ Zakres i sposób prowadzenia badań został poszerzony w latach 2009 –2014.³²

(dowód: akta kontroli str. 916-920)

Liczba noworodków objęta programem wyniosła:

Rodzaj badania	2010	2011	2012	2013	2014 (II kw.)
Hipotyreoza	420.000	376.000	420.000	382.000	236.683
Fenyloketonuria	430.000	414.500	430.000	406.000	256.456
Mukowiscydoza	420.000	402.200	420.000	382.000	236.491
Rzadkie wady metabolizmu	120.000	162.300	120.000	285.000	211.443

Postępowanie diagnostyczne było prowadzone przez wytypowanie kliniki i poradnie, do których bezpośrednio kierowane były noworodki z podejrzeniem jednej z badanych chorób wrodzonych. Na każdy rok realizacji programu realizator przedkładał kalkulację wydatków z prognozowaną liczbą badań oraz cenami jednostkowymi, a także cenami materiałów diagnostycznych do badań wraz z zapewnieniem ciągłości badań w roku następnym. Na każdy rok zawierane były umowy pomiędzy Ministrem Zdrowia, a realizatorem w zakresie: wykonywania badań przesiewowych, zakupu materiałów diagnostycznych, monitorowania i koordynacji programu. Do połowy stycznia następnego roku realizator był zobowiązany do przedstawienia sprawozdania merytorycznego z realizacji zadań i rozliczenia finansowego.

W 2014 r. cała populacja noworodków była objęta badaniami w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii, mukowiscydozy oraz 20 wad metabolizmu.

(dowód: akta kontroli str. 1036-1038,1105-1106,1427-1491, 2450)

Finansowanie PBPN dokonywane było w ramach budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia. Wydatki na realizację Programu wyniosły: w 2010 r. – 16.653,3 tys. zł (100% planu po zmianach), w 2011 r. - 16.039,5 tys. zł (100%), w 2012 r. –16.500 tys. zł (100%), w 2013 –19.416,2 tys. zł (99,4%), w 2014 r. do 30 czerwca

³¹ W latach 2009-2013 przebadano w kierunku fenyloketonurii – 1.998.000 noworodków, wykryto 311 dzieci (leczone) i 311 z łagodną hiperfenyloalaninemią (obserwacja). W kierunku hipotyreozy zbadano 1.998.000 noworodków, wykryto 594 chorych dzieci. W kierunku mukowiscydozy zbadano 1.924.200 noworodków; wykryto 384 chorych. W kierunku rzadkich wad metabolizmu zbadano 787.300 noworodków, wykryto 125 chorych noworodków.

³² W czerwcu 2009 r. zakończono wdrażanie przesiewu mukowiscydozy w odniesieniu do całej populacji noworodków. Zmodyfikowano procedurę przesiewu mukowiscydozy poprzez wprowadzenie w badaniu molekularnym dwustopniowego badania mutacji genu CFTR, dzięki czemu do specjalisty wzywane są jedynie noworodki, u których wykryto jedną lub dwie mutacje genu. W efekcie zmniejszono liczbę dzieci wzywanych na dalsze badania diagnostyczne. Od września 2010 r. rozpoczęto w IMiD wdrażanie nowego badania przesiewowego w kierunku wrodzonych rzadkich wad metabolizmu metodą tandemowej spektrometrii mas, którymi objęto 20 chorób. Badania wykonano dla 120.000 noworodków z 4 województw: lubelskiego, mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego. W kolejnych latach obejmowano dalsze województwa, a całą populację noworodków objęto badaniami przesiewowymi pod koniec listopada 2013 r. Zakład Badań Przesiewowych Noworodków IMiD prowadzi Centralny Rejestr Badań Przesiewowych w oparciu o dane przekazywane w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich 7 ośrodków przesiewowych w kraju. Rejestr zawiera dane zgromadzone podczas badań przesiewowych prowadzone przez ośrodki regionalne. W latach 2009-2013 wykryto 125 chorych noworodków.

6.161,7 tys. zł (27,3%). Koszty obsługi Programu³³ w badanym okresie wyniosły: w 2012 r. – 410 tys. zł, w 2013 r. – 373 tys. zł, a na rok 2014 zostały ustalone w kwocie 420 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 423, 436- 439, 446-461, 465-473, 480-502, 1031-1033, 1427-1428, 1452-1455, 1470-1474, 2454-2455)

2.2. Realizacja Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu.

Od 2006 r. realizowany jest „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu”. Jego realizatorem jest Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

(dowód: akta kontroli str. 159-214, 1140-1144)

Głównym miernikiem programu w badanym okresie była liczba wykonanych zabiegów wewnątrzmacicznych w przypadkach wad rozwojowych i chorób płodu. Realizator programu został wyłoniony na podstawie konkursu ofert.

(dowód: akta kontroli str.187, 205)

W latach 2012-2013 Minister Zdrowia zawierał umowy z realizatorem Programu, po uprzednim złożeniu kosztorysu / kalkulacji kosztów z prognozowaną liczbą badań. Świadczenia realizowane w ramach programu były finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. W 2012 r. zaplanowano wydatki 949,0 tys. zł, a przekazano 916,4 tys. zł. W 2013 r. zaplanowano i wydatkowano 1.400 tys. zł. W 2014 r. zaplanowano wydatki 1.400 tys. zł, które do końca III kw. 2014 r. nie zostały uruchomione.

(dowód: akta kontroli str.473)

Zmiany w Programie dotyczyły wyłączenia finansowania Rejestru Wad Wrodzonych w 2011 r., a w 2012 r. szkoleń lekarzy. Od 2013 r. finansowano wyłącznie badania i zabiegi na płodzie.

(dowód: akta kontroli str. 474-479, 1109-1132, 2154)

Liczbę zabiegów realizowanych w programie prezentuje poniższa tabela.

Rodzaj świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014 III kw.
Zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie	120	135	132	240	272
Badania USG kwalifikujące do zabiegu	120	120	132	240	0
Badania Echo płodu	151	146	100	122	0

(dowód: akta kontroli str. 922, 1085-1104, 1664-1667)

Według prof. Krzysztofa Szaflika z ICZMP możliwość korekcji wewnątrzmacicznej pozwala na: poprawę stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży, a także urodzenie noworodków w lepszym stanie ogólnym.³⁴

³³ W tym: prowadzenie rejestru noworodków oraz bazy danych chorych leczonych objętych badaniami przesiewowymi, korespondencja, przesyłki, łączność elektroniczna, organizacja corocznej konferencji roboczej, wyjazdy, delegacje krajowe, prowadzenie stron internetowych związanych z badaniami przesiewowymi, koszty osobowe – logistyczna obsługa programu, druk ulotek informacyjnych dla matek, etykiet z kodami.

³⁴ W ocenie prof. Krzysztofa Szaflika „osiągnięto wysokie wskaźniki przeżycia noworodków na poziomie 60-75%, co mobilizuje do poszerzenia i wprowadzenia nowych technik i rodzajów zabiegów w pozostałych patologiach płodowych”.

W roku 2014 (do końca III kw.) zostało skierowanych lub się zgłosiło 141 kobiet ciężarnych u których wykonano 272 zabiegi wewnątrzmaciczne. Realizacja programu pozwoliła m.in. na modyfikację technik zabiegów wewnątrzmacicznych, opracowanie „Analizy porównawczej wyników terapii wewnątrzmacicznej obustronnej i jednostronnej uropatii zaporowej”³⁵, oszczędności w stosunku do potencjalnych kosztów leczenia wewnątrzmacicznego wykonywanego za granicą.

(dowód: akta kontroli str. 1095, 1107-1138, 1355-1356.)

Ministerstwo Zdrowia szacuje zapotrzebowanie na zabiegi terapii wewnątrzmacicznych na 600-800 przypadków rocznie³⁶, z czego część patologii (prostych) np. małowodzie, wielowodzie, nakłucie torbieli, może być realizowana w ośrodkach klinicznych. W trudnych sytuacjach diagnostycznych i terapeutycznych ciężarne kierowane były do ICZMP.

(dowód: akta kontroli str. 1094, 2150-2153)

NIK podziela opinię prof. Krzysztofa Szaflika³⁷ z ICZMP w Łodzi, że wskazane byłoby utworzenie i wyszkolenie wyspecjalizowanych grup terapii płodu funkcjonujących także w innych dużych ośrodkach położniczych w kraju i że taka współpraca między instytucjami połączona z praktyczną nauką byłaby cenna dla rozwoju terapii wewnątrzmacicznej w Polsce.

(dowód: akta kontroli str. 1094)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Ministerstwo Zdrowia zawarło umowę na realizację „Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu”, na lata 2014 – 2017, z wybranym realizatorem Programu dopiero w dniu 4 listopada 2014 r. W tym czasie ICZMP w Łodzi wykonał 272 zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie.

W ocenie NIK opóźnienie było spowodowane przyjęciem nowej edycji programu przez Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 7 kwietnia 2014 r. W trakcie dalszego procedowania Programu, po wydaniu opinii przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, zwrócono się do ICZMP w Łodzi o odniesienie się do uwag AOTM. Dopiero wówczas możliwe było przeprowadzenie konkursu ofert i wybór realizatora.

(dowód: akta kontroli str. 1107-1109, 1402, 1404, 1407, 1655)

2) Minister Zdrowia od przeszło dwóch lat nie wydał rozporządzenia³⁸ w sprawie Polskiego Rejestru Wad Rozwojowych. Rejestr ten ma umożliwić, m.in. identyfikację czynników ryzyka wystąpienia wad rozwojowych u płodu, monitorowanie stanu profilaktyki pierwotnej wad oraz poprawę poradnictwa genetycznego dla rodzin. Wady wrodzone występują u 2-4% noworodków i są zasadniczą przyczyną zgonów niemowląt, jak również niepełnosprawności fizycznej i intelektualnej u dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 1659-1662, 2492-2497)

³⁵ Ginekologia Polska 2014/3/ str. 185-191. Wykaz publikacji załączono w aktach kontroli.

³⁶ Wyjaśnienie Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej.

³⁷ Sprawozdanie z realizacji programu „Kompleksowa diagnostyka (...)” za lata 2009-2013.

³⁸ Na podstawie art. 20 ust 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. Projekt rozporządzenia przekazano w lipcu 2014 r. do uzgodnień i konsultacji. Aktualnie oczekuje na akceptację Kolegium Ministerstwa Zdrowia.

2.3. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK.

Po kontroli P/09/166 – Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych Najwyższa Izba Kontroli wniosowała, o:

- 1) kompleksowe uregulowanie zasad funkcjonowania systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w drodze ustawowej, wraz z ustanowieniem standardów opieki okołoporodowej oraz
- 2) podjęcie działań organizacyjnych w celu umożliwienia uzyskiwania specjalizacji w dziedzinie neonatologii i położnictwa przez większą liczbę lekarzy.

Wnioski NIK zostały zrealizowane.

W załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁹ określono szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zawarte w części I tego załącznika szczegółowe warunki jakim powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zostały określone odrębnie dla każdego z trzech poziomów opieki w zakresie położnictwa oraz w zakresie neonatologii.

Ponadto Minister Zdrowia wydał także rozporządzenie z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str. 338-345, 1298-1301)

Minister podjął działania w celu umożliwienia uzyskiwania specjalizacji w dziedzinie neonatologii i położnictwa przez większą liczbę lekarzy⁴¹.

2.4. Współpraca z podmiotami trzecimi oraz pozostałe wybrane działania Ministerstwa Zdrowia związane z realizacją polityki rodzinnej.

Minister Zdrowia, w badanym okresie, współpracował z Ministrem Edukacji Narodowej oraz Ministrem Sportu i Turystyki w celu realizacji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Efektem współpracy było m.in.: stanowisko w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów przekazane do wszystkich szkół, a także poradnik „Wspólne śniadanie w szkole”, projekt programu poprawy opieki nad dzieckiem w wieku 0-7 lat, a także program „Wczesna, Wielospecjalistyczna, Kompleksowa, Skoordynowana i Ciągła Pomoc Dziecku Zagrożonemu Niepełnosprawnością lub Niepełnosprawnemu oraz Jego Rodzinie”.

Ponadto Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej przygotował rozporządzenie z 25 marca 2011 r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych dotyczących żłobków i klubów dziecięcych.⁴²

³⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

⁴⁰ Dz. U. Nr 187, poz. 1259; weszło w życie w dniu 8 kwietnia 2011 r., uchylone z dniem 19 października 2012 r. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100).

⁴¹ Opisane w punkcie 1.2. wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 285-289)

W rocznych planach działalności Ministerstwa Zdrowia zaplanowano m.in. :

- a) w 2013 r. 6.570 zabiegów zapłodnienia pozaustrojowego; wykonano 4.339 zabiegów.⁴³ W roku 2014 zaplanowano 11.000 zabiegów; do końca III kw. 2014 r. wykonano 8.216.
- b) w 2013 r. zaplanowano działania zmierzające do upowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży opierającego się na aktywności fizycznej i zasadach zdrowego żywienia w szkołach podstawowych i gimnazjach. Zaplanowano objęcie działaniami 38% szkół podstawowych i gimnazjów biorących udział w programach edukacyjnych, a udział wzięło 40,8 % szkół.
- c) W 2012 r. nie wykonano w pełni programu edukacyjnego polegającego na podniesieniu świadomości dzieci na temat zagrożeń wynikających z palenia tytoniu. Zakładano objęcie programem 65,0% przedszkoli; faktycznie program objął 47,7%.

(dowód: akta kontroli str. 553-554, 2183-2205, 2157-2158, 2160-2161)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁴⁴ dostęp do badań prenatalnych mają kobiety po ukończeniu 35 roku życia. Badaniami objęto 54.131 kobiet w 2012 r., 64.669 kobiet w 2013 r. oraz 39.829 kobiet w 2014 r. (I półrocze). Koszty badań wyniosły 38.110,5 tys. zł w roku 2012, 39.920,8 tys. zł w 2013 r. i 20.582,2 tys. zł w 2014 r. (I pół.).

NIK zwraca uwagę, iż finansowanie tych badań przez NFZ dotyczy kobiet po ukończeniu 35 lat. Zgodnie z wyjaśnieniami Ministerstwa, powołano grupę roboczą w celu dokonania modyfikacji badań prenatalnych. W toku prac ustalono, że w nowym projekcie badań zostaną zweryfikowane kryteria kwalifikacji i metody badań oraz zniesione zostaną ograniczenia wiekowe kobiet kwalifikowanych do badań.

(dowód: akta kontroli str. 1145-1161, 1309, 2437-2438)

IV. Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁵, wnosi o:

1. podjęcie działań w celu wprowadzenia w Narodowym Programie Zdrowia obowiązującym w kolejnych latach skutecznych instrumentów koordynacji działań i monitorowania efektów,
2. uruchomienie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych,
3. poprawę dostępu do świadczeń diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu,

⁴² Dz. U. 2011 r. Nr 69, poz. 367. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 14 lipca 2014 r. przez art. 1 pkt 4 i art. 6 ustawy z dnia 10 maja 2013 r. o zmianie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r. poz. 747).

⁴³ Początkowo zakładano, że Program będzie obowiązywał przez cały rok kalendarzowy. Jego realizacja rozpoczęła się 1 lipca 2013 r.

⁴⁴ Dz. U. z 2013, poz. 1505.

⁴⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

4. podjęcie działań w celu realizacji programów promocji zdrowia psychicznego.

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

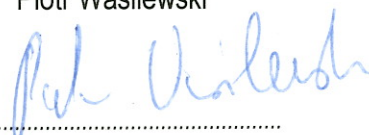
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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 5 grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis