

**Kontrole zlecone Wojewodom oraz Konsultantom Krajowym przez Ministra Zdrowia na podstawie
art. 119 ustawy o działalności leczniczej
w 2019 r.**

L.p.	Kontrolujący	Nazwa jednostki kontrolowanej i adres	Przedmiot kontroli	Ustalenia/ stwierdzone nieprawidłowości	Zalecone wnioski
1.	Wojewoda Dolnośląski	Szpital w Oleśnicy – Powiatowy Zespół Szpitali, ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta R.T.	Postępowanie diagnostyczno-lecznicze lekarzy Szpitala zastosowane wobec pacjenta R.T. było prawidłowe. Stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej.	Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie uzyskiwania pisemnej zgody pacjenta na wykonywane badania diagnostyczne.
2.	Wojewoda Mazowiecki	Szpital Powiatowy Gajda-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Teofila Kwiatkowskiego 19, 06-102 Pułtusk.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki N.N. i jej dziecka M.C.	1) proces diagnostyczno-terapeutyczny zastosowany wobec pacjentki N.N. w Szpitalu oceniono pozytywnie; 2) negatywnie oceniono nieprzestrzeganie przez Szpital przepisów dotyczących obowiązku zgłaszania porodu co wynika z przepisów określonych w części XIII pkt 2 ppkt 9, 10 lub 11 ² w związku z przepisami części XIV pkt 7 ³ załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej; 3) postępowanie personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym Szpitala wobec dziecka, poza zastrzeżeniami dotyczącymi sporządzania i wydawania dokumentacji wypisowej noworodka oraz zaplanowania wcześniejszej kontroli ambulatoryjnej, było prawidłowe.	1) wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem personelu medycznego oraz prawidłowością procesu diagnostyczno-terapeutycznego (...); 2) przestrzeganie przepisów dotyczących obowiązku zgłaszania porodu, określonych w części XIII pkt 2 ppkt 9, 10 lub 11 ² w związku z przepisami części XIV pkt 7 ³ załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej; 3) wzmoczenie nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie: dołączania do historii choroby całości zapisu prowadzonego podczas porodu badania KTG, terminowego sporządzania i wydawania dokumentacji wypisowej noworodka.
3.	Wojewoda Podkarpacki	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta T.P.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
4.	Wojewoda Dolnośląski	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości	1) brak wydzielonego w SOR Szpitala miejsca przyjmowania dzieci w stanie nagłym: poczekalnia, pokój	1) rozważenie wydzielone w SOR Szpitala miejsca przyjmowania dzieci w stanie nagłym (odcinek dziecięcy) wraz z personelem dedykowanego tylko

		<p>w Świdnicy, Regionalny Szpital Specjalistyczny „Latawiec”</p> <p>ul. Leśna 27-29, 58-100 Świdnica.</p>	<p>procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec małego pacjenta F.K.</p>	<p>badań dzieci, sala obserwacji;</p> <p>2) wydzielony odcinek dziecięcy winien posiadać własny personel dedykowany tylko przyjmowanym dzieciom – idealna jest sytuacja, w której do opieki nad dziećmi przyjmowanymi do SOR zajmuje się oddzielny lekarz (w tym dedykowany lekarz i pielęgniarka /ratownik);</p> <p>3) koniecznym jest wdrożenie procedury TRIAGE, wraz z kartą TRIAGE (także w modyfikacji dla dzieci). Karta taka umożliwi między innymi wczesną identyfikację pacjentów z zagrażającym ciężkim przebiegiem choroby;</p> <p>4) w przedstawionej dokumentacji brak jest danych, które co do zasady zawarte są w karcie TRIAGE: pomiaru temperatury ciała, liczby oddechów, tętna, ciśnienia tętniczego krwi. Ponadto w systemach TRIAGE wykonywanych u dzieci wykonuje się obowiązkowo pomiar stężenia glukozy. Parametry te, niezależnie od wyniku badania lekarskiego, wskazują na grupę pacjentów zagrożonych wystąpieniem choroby o cięższym przebiegu;</p> <p>5) przedstawione w karcie porady informacje nie świadczą o ciężkim przebiegu choroby u pacjenta.</p>	<p>przyjmowanym dzieciom (lekarz i pielęgniarka/ratownik);</p> <p>2) wdrożenie procedury TRIAGE, wraz z kartą TRIAGE (także w modyfikacji dla dzieci).</p>
5.	<p>Wojewoda Mazowiecki</p>	<p>Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa.</p>	<p>Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta P.P.</p>	<p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>	<p>Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.</p>
6.	<p>Wojewoda Mazowiecki</p>	<p>Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną</p>	<p>Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-</p>	<p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>	<p>Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.</p>

		odpowiedzialnością, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa.	terapeutycznego zastosowanego wobec 72-letniej pacjentki – W.D.		
7.	Wojewoda Małopolski	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku – Szpital Powiatowy im. L. Rydygiera, ul. Kościuszki 68, 32- 800 Brzesko.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno- terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta K.G.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
8.	Wojewoda Dolnośląski	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, Regionalny Szpital Specjalistyczny „Latawiec” Oddział Ginekologiczno- Położniczy z Pododdziałem Patologii Ciąży ul. Leśna 27-29, 58-100 Świdnica.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno- terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki D.G.	1) postępowanie diagnostyczno- terapeutyczne było prowadzone zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami w opiece ginekologiczno- położniczej; 2) personel powinien wykazać większe zaangażowanie, zainteresowanie się stanem psychicznym pacjentki i zapropionować konsultację psychologa.	Przestrzeganie zapisów działu XV. „Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych” rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756), w szczegółowości dotyczących traktowania kobiety z szacunkiem i empatią oraz umożliwienia jej skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej jak również udzielania wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji.
9.	Wojewoda Lubelski	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, al. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno- terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki N.K.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
10.	Wojewoda Mazowiecki	Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej Oddział Ginekologii, Oddział Położniczy,	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno- terapeutycznego zastosowanego	1) na opaskach identyfikacyjnych pacjentek umieszczone były dane w sposób umożliwiający ich identyfikację; 2) naruszenie części III ust. 1 pkt 1	1) przestrzeganie art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym znak identyfikacyjny powinien zawierać informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta

		Blok Porodowy ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa.	wobec pacjentki N.M. i jej dziecka oraz ocena zgodności z prawem funkcjonowania Oddziału Ginekologii, Oddziału Położniczego oraz Bloku Porodowego.	załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595); 3) w regulaminie organizacyjnym Szpitala brak było zapisu o niepobieraniu opłat w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy; 4) analiza indywidualnej dokumentacji medycznej wykazała uchybienia.	przez osoby nieuprawnione; 2) dostosowanie pomieszczeń do warunków określonych w części III ust. 1 pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą; 3) uzupełnienie regulaminu organizacyjnego Szpitala o zapisy dotyczące niepobierania opłat w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy; 4) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; 5) rozważenie wprowadzenia obowiązku informowania pacjentek o trudnych warunkach pobytu i ewentualnej możliwości skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym szpitalu z odnotowywaniem ww. informacji w indywidualnej dokumentacji pacjentki.
11.	Wojewoda Mazowiecki	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu Poradnia Genetyczna, Poradnia Genetyczna – Dzieci oraz Pracownia Genetyki ul. Maurycego Mochnickiego 10 02-042 Warszawa.	1) Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne. 2) Ocena funkcjonowania poradni genetycznej.	Stwierdzono brak odrębnych formularzy skierowania oraz świadomej zgody na badanie genetyczne metodą NGS opracowanych na potrzeby tej pracowni. Dotychczas badania NGS były z reguły wykonywane we współpracy z WUM, który ma własne wzory zgód na badanie.	Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
12.	Wojewoda Podlaski	Pracownia cytogenetyczna Centrum Bocian Sp. z o.o. S.K. ul. Akademicka 26, 15-267 Białystok.	Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne.	1) jednostka kontrolowana nie przedstawiła dokumentów potwierdzających uprawnienia zatrudnionych diagnostów laboratoryjnych, tj. tytułu dr hab. n. med. i kompletnych kserokopii wpisów prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego trzech zatrudnionych	1) opracowanie, wdrożenie i stosowanie procedur pobierania i transportu materiału, prowadzenia dokumentacji badania, w tym zlecenia na badanie cytogenetycznego i deklaracji świadomej zgody na wykonanie badań cytogenetycznych zgodnie z wymaganiami rozporządzenie Ministra w

				<p>pracowników. Zgodnie z brzmieniem art. 17 ust. 3 ww. ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy jest obowiązany zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;</p> <p>2) podmiot nie prowadził rejestru przechowywania materiału do badań genetycznych”, co jest niezgodne ze standardami określonymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;</p> <p>3) przedstawiona w trakcie kontroli procedura pobierania i transportu materiału do badań jest niekompletna m.in. odnośnie oznaczenia próbki do badań pkt. 4 nie zawiera informacji odnośnie: danych pacjenta – imię i nazwisko oraz daty i godziny pobrania, obowiązków osoby pobierającej materiał, co nie jest zgodne ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;</p> <p>4) skontrolowana dokumentacja dot. badań genetycznych, składająca się z wypełnionych formularzy: zlecenia na badanie cytogenetycznego, deklaracji świadomej zgody na wykonanie badań cytogenetycznych i raport z badania cytogenetycznego, nie zawierała: wypełnionych pozycji dot. informacji o lekarzu kierującym, pieczętki i podpisu lekarza kierującego i sposobu kontaktu z lekarzem, informacji o wskazaniach do badania, wywiadu rodzinnego, informacji o stosowanym leczeniu, występowały braki w wypełnieniu celu wykonywania badania genetycznego i adnotacji, że pacjent uzyskał od lekarza zlecającego informację o istocie podejrzananej choroby i znaczeniu</p>	<p>sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;</p> <p>2) dostosowanie w podmiocie posiadania dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczenia zdrowotne zgodnie z art. 17 ust. pkt 3 ustawy o działalności leczniczej;</p> <p>3) dostosowanie prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej z danymi osobowymi pacjentów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;</p> <p>4) stosowanie art. 90 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych, w zakresie wypełnienia kart technicznych użytkowanej aparatury laboratoryjnej;</p> <p>5) dostosowanie prowadzenia rejestru zużycia odczynników zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;</p> <p>6) prowadzenie dokumentacji kontroli wewnętrznej jakości badań laboratoryjnych zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>diagnostycznym planowanego badania genetycznego;</p> <p>5) w toku kontroli przedłożono paszporty techniczne tylko 6 z 12 eksploatowanych urządzeń zlokalizowanych w Laboratorium Cytogenetycznym, co było niezgodne z wymogami określonymi w art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;</p> <p>6) nie udostępniono dokumentu potwierdzającego posiadanie świadectwa wzorcowania termometru wzorcowego, co jest niezgodne z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych.</p>	
13.	Wojewoda Podlaski	<p>Lekarska Specjalistyczna Spółdzielnia Pracy „ESKULAP”</p> <p>ul. Nowy Świat 11C, 15-453 Białystok.</p>	Ocena funkcjonowania poradni genetycznej.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
14.	Wojewoda Wielkopolski	<p>Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie</p> <p>ul. Garbary 15, 61-866 Poznań.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ocena funkcjonowania poradni genetycznej. 2) Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) brak dokumentów regulujących zasady rejestracji; 2) laboratorium nie poddawało się ocenie zewnętrznej pod względem jakości badań; 3) laboratorium nie posiadało rekomendacji Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) opracowanie i wdrożenie procedur dotyczących udzielania porady genetycznej oraz regulujących zasady rejestracji pacjentów; 2) rozważenie poddania laboratorium ocenie zewnętrznej pod względem jakości badań; 3) rozważenie podjęcia działań mających na celu uzyskania rekomendacji Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka.
15.	Wojewoda Wielkopolski	<p>Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Pracownia Cytogenetyczna, Centralne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ocena funkcjonowania poradni genetycznej. 2) Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne. 	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

		Laboratorium ul. Polna 33, 60-535 Poznań.			
16.	Wojewoda Wielkopolski	Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A., Poradnia Genetyczna ul. Kazimierza Wielkiego 24/26, 61-863 Poznań.	Ocena funkcjonowania poradni genetycznej.	Część porad genetycznych jest udzielana przez specjalistę genetyki klinicznej, jednak jest on wykazany tylko raz w tygodniu. Większość porad jest udzielana przez specjalistów onkologii. Jednak są to lekarze doświadczeni w poradnictwie genetycznym onkologicznym i porady genetyczne są na właściwym poziomie.	Podjęcie działań mających na celu zapewnienie udzielania porad genetycznych przez specjalistę genetyki klinicznej.
17.	Wojewoda Zachodniopomorski	DIAGEN Diagnostyka Genetyczna dla Rodziny sp. z o.o. ul. św. Wojciecha 7, 70-410 Szczecin.	1) Ocena funkcjonowania poradni genetycznej. 2) Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
18.	Wojewoda Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin.	1) Ocena funkcjonowania poradni genetycznej. 2) Ocena funkcjonowania medycznego laboratorium diagnostycznego wykonującego badania genetyczne.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

Kontrole zrealizowane przez Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia w 2019 r.

L.p.	Kontrolujący	Nazwa i adres jednostki kontrolowanej	Zakres kontroli	Ustalenia kontroli	Zalecone wnioski
1.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Główny Inspektorat Sanitarny w Warszawie ul. Targowa 65, 03-729 Warszawa.	Prawidłowość przeprowadzenia postępowania naborowego na merytoryczne stanowisko w Departamencie Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1559) oraz uregulowaniami wewnętrznymi GIS.	Pomimo formalnego zakończenia postępowania naborowego, (Komisja do spraw naboru przedstawiła Dyrektorowi Generalnemu GIS wyniki postępowania 2 kandydatek na stanowisko głównego specjalisty w Departamencie, które uzyskały jednakową liczbę punktów), Dyrektor Generalny GIS nie podjął decyzji o zatrudnieniu jednej z kandydatek wyłonionych w postępowaniu.	Formalne zakończenie postępowania dotyczącego naboru na stanowisko głównego specjalisty w Departamencie Nadzoru nad Środkami Zastępczymi

			Okres objęty kontrolą: 2018-2019 r.		
2.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław.	Prawidłowość realizacji umów: nr 23/IL/1265/1252/17 z dnia 6 listopada 2017 r. oraz 23/IL/1265/785/18 z dnia 19 grudnia 2018 r., zawartych z Ministrem Zdrowia na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, przekazanych w latach 2017 - 2018. Okres objęty kontrolą: 1 stycznia 2017 r. – 28 lutego 2019 r.	Spośród wskazanych do rozliczenia czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego, 22 orzeczeń nie spełnia warunków umownych, ponieważ nie były to rozstrzygnięcia kończące postępowanie w danej instancji - powyższe miało miejsce w przypadku rozstrzygnięć OSL w przedmiocie uchylecia postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o umorzeniu albo odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, następująco: w 2017 r. w odniesieniu do 13 postępowań, natomiast w 2018 r. w odniesieniu do 9 postępowań.	1) przedkładanie do rozliczenia w ramach przekazanych środków finansowych, czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego spełniające wymogi określone w umowie; 2) wykorzystywanie środków finansowych na realizację zadań objętych umową zgodnie z ich przeznaczeniem, w szczególności dotyczących czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego, ujmowanych w Rocznym sprawozdaniu z liczby zrealizowanych zadań określonych umową; 3) dokonanie zwrotu środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.
3.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław.	Prawidłowość wykorzystania środków publicznych przekazanych przez Ministra Zdrowia na realizację w 2017 r. zadania Wyposażenie /doposażenie hybrydowej Sali operacyjnej na potrzeby chirurgii naczyniowej, kardiologii i kardiochirurgii w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2020 – umowa nr 5/6/4/2017/123/1021. Okres objęty kontrolą: 2017-2018 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
4.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli ul. dr K. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin.	Prawidłowość wykorzystania środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia w zakresie umowy nr 1/6/3/2017/51/368 na realizację zadania: „Doposażenia zakładów radioterapii w Polsce” w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Okres objęty kontrolą: 2017 r. –	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

			2018 r.		
5.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpitalu Specjalistycznym im. Sz. Starkiewicza ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza.	Prawidłowość wykorzystania środków publicznych przekazanych przez Ministra Zdrowia na realizację w 2017 roku program wsparcia ambulatoryjnego leczenia zespołu stopy cukrzycowej na lata 2016-2018, zadanie: Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową w 2017 r. w szczególności w zakresie oszczędnego i racjonalnego gospodarowanie środkami publicznymi – umowa 16/16/2017/512/762. Okres objęty kontrolą: 2017-2018 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
6.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Dom Pracownika Służby Zdrowia ul. Elekcyjna 37, 01-119 Warszawa.	Wybrane aspekty funkcjonowania DPSZ, ze szczególnym uwzględnieniem gospodarki finansowej. Okres objęty kontrolą: 1 stycznia 2018 r. – 31 marca 2019 r.	<ol style="list-style-type: none"> 1) w Regulaminie Pracy nie zostały dokonane zmiany wynikające z zaleceń zawartych w Wystąpieniu pokontrolnym DNK.0923.1.2015.7.RG; 2) podpisywanie pism w imieniu Dyrektora przez Głównego księgowego, który nie posiadał stosowanego w tym zakresie upoważnienia, należy uznać za działanie niezgodne z § 16 pkt 6 ppkt a Regulaminu organizacyjnego; 3) stwierdzono braki w dokumentach pensjonariuszy, które stanowią podstawę do przyjęcia do DPSZ; 4) zwiększenie etatów w jednostce nastąpiło pomimo braku zabezpieczenia środków na ten cel w planie finansowym na 2018 r.; 5) decyzją Dyrektora jednostki dokonano zwiększenia dodatkowego wynagrodzenia rocznego z paragrafów rzeczowych, co skutkowało zwiększeniem ogólnego limitu na wynagrodzenia przyznane na dany rok w planie finansowym jednostki, jak 	<ol style="list-style-type: none"> 1) dostosowanie Regulaminu Pracy DPSZ w Warszawie do obowiązujących przepisów prawa; 2) przestrzeganie zasad właściwej reprezentacji, w szczególności przy podpisywaniu pism wychodzących na zewnątrz DPSZ; 3) podjęcie działań zmierzających do uzupełnienia dokumentacji pacjentów uprawniającej do pobytu w DPSZ; 4) zwiększanie funduszu płac oraz zatrudnianie nowych pracowników wyłącznie po uzyskaniu zabezpieczenia środków na ten cel w planie finansowym DPSZ; 5) dokonywanie przesunięć w planie wydatków wyłącznie w zakresie przewidzianym w posiadanym upoważnieniu; 6) terminowe przekazanie zgromadzonych środków budżetowych na centralny rachunek budżetu państwa; 7) rzetelne sporządzanie sprawozdań Rb-28, w szczególności w zakresie składek ZUS i PDOF oraz zobowiązań wynikających z

				<p>również wykraczało poza nadane Dyrektorowi upoważnienie;</p> <p>6) DPSZ naruszył § 4 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia Ministra Finansów, przez nieterminowe przekazanie w 2 przypadkach (5 dni i 2 dni opóźnienia) zgromadzonych środków budżetowych na centralny rachunek;</p> <p>7) w sprawozdaniu RB-28 obejmującym okres styczeń-październik 2018 r. nie zostały wykazane zobowiązania wynikające ze składek ZUS i PDOF oraz zobowiązania wynikające z paragrafów 4110 i 4120;</p> <p>8) stwierdzono błędy w stanach magazynowych polegające na wprowadzaniu do magazynu asortymentu nie odpowiadającemu rzeczywistości zakupionemu, znaczna część zobowiązań wynikających z wystawianych na DPSZ faktur regulowana jest po terminie płatności, brak dokonywania oznaczenia na części faktur daty wpływu do DPSZ.</p>	<p>paragrafów 4110 i 4120;</p> <p>8) uporządkowanie gospodarki magazynowej w zakresie rzeczowym i finansowym, terminowe regulowanie zobowiązań oraz rzetelne oznaczanie daty wpływu faktur do DPSZ.</p>
7.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Wojewódzkim Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl.	<p>Prawidłowość wykorzystania środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia w zakresie umowy nr 14/9/2017/356/938 z dnia 19 października 2017 r. na realizację zadania: „Realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w latach 2017-2018”.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 2017 r.-2019 r.</p>	Nieterminowe składanie sprawozdań kwartalnych z realizacji umowy oraz końcowego rozliczenia merytoryczno-finansowego z realizacji umowy.	Terminowe składanie przez Szpital rozliczeń finansowych oraz sprawozdań merytorycznych za dany okres rozliczeniowy, zgodnie z postanowieniami zawartych umów.
8.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi	Prawidłowość wypłaty środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych,	W przedmiocie wypłaty ze środków OWU pochodnych od wzrostu wynagrodzeń zasadniczych, jakie mogą być pokrywane przez świadczeniodawców z	1) środki otrzymane z Narodowego Funduszu Zdrowia na dokonanie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w przypadku pochodnych od tego

		<p>Królowej w Rzeszowie</p> <p>ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów.</p>	<p>wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1681).</p> <p>Okres objęty kontrolą: 1 września 2018 r. – 31 maja 2019 r.</p>	<p>wykorzystaniem środków z OWU, postępowanie Szpitala było sprzeczne ze stanowiskiem Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2019 r. (znak: PP WPS.0761.1.2019.ZD).</p>	<p>wynagrodzenia, przeznaczać wyłącznie na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – podwyżkę dodatku za wysługę lat do wypłaty którego pracodawca jest obowiązany (do wysokości określonej w przepisach ustawowych); – pochodne wymienione expressis verbis w § 2 ust. 2 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. (tj. dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy oraz składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy).
9.	<p>Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia</p>	<p>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu</p> <p>ul. Kaszubska 9, 62-800 Kalisz.</p>	<p>Wybrane aspekty funkcjonowania Jednostki</p> <p>Okres objęty kontrolą: 1 stycznia 2017 r. – 15 lipca 2019 r.</p>	<p>1) 5 pracownikom wypłacane są dodatki stażowe w wysokości przekraczającej 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, narusza regulamin wynagradzania obowiązujący w Centrum oraz jest sprzeczna z treścią art. 65 ustawy o działalności leczniczej, a także prowadzi do nierównego traktowania pracowników,</p> <p>2) pomiędzy załącznikiem nr 7 - „Klauzule informacyjne” a załącznikiem nr 8 „Rejestr czynności przetwarzania” zachodzą rozbieżności w kwestii informacji o czasie przechowywania danych osobowych.</p>	<p>1) wypłacanie dodatku stażowego za wysługę lat w wysokości nieprzekraczającej wartości określonych w art. 65 ustawy o działalności leczniczej;</p> <p>2) ujednoczenie danych w zakresie instrukcji dotyczących ochrony danych osobowych.</p>
10.	<p>Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia</p>	<p>Fundacja Marka Kamińskiego</p> <p>Al. Grunwaldzka 212, 80-266 Gdańsk.</p>	<p>Prawidłowość realizacji w 2018 r. umowy nr 6/7/6/NPZ/FRPH/2018/3361/157 z dnia 12.07.2018 r. na opracowanie i promocję projektu systemowego wsparcia u młodzieży szkolnej i studenckiej oraz osób starszych mechanizmów automotywacji do zmiany stylu życia oraz promocji zachowań prozdrowotnych w obszarze profilaktyki otyłości, aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego i przeciwdziałaniu uzależnieniom m.in. w środowisku szkolnym i akademickim oraz</p>	<p>Niedotrzymanie terminów zapłaty w stosunku do podwykonawców.</p>	<p>Rzetelne i terminowe wywiązywanie się Fundacji ze zobowiązań, wynikających z realizacji umowy zawartej z Ministrem Zdrowia.</p>

			zamieszkania w zakresie punktu 7 zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych. Okres objęty kontrolą: 12 lipiec 2018 r. – 31 grudnia 2018 r.		
11.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa.	Ocena prawidłowości całości postępowania podczas procedury orzekania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu wobec małoletniego pacjenta S.L. Okres objęty kontrolą: 2019 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
12.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Gdański Uniwersytet Medycznym ul. M. Skłodowskiej-Curie 3A, 80-210 Gdańsk.	Prawidłowość wydatkowania środków publicznych na realizację zadania w ramach Narodowego Programu Zdrowia przekazanych przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy nr 6/5/4.2/NPZ/2017/ 1203/1257 z dnia 7 listopada 2017 r. Okres objęty kontrolą: 6 listopada 2017 r. – 15 stycznia 2019 r.	1) Uniwersytet uchybił obowiązkowi terminowego składania oświadczeń o uruchomieniu, oddaniu do użytku i wpisaniu do ewidencji księgowej sprzętu zakupionego w ramach niniejszej umowy, określonych w § 3 ust. 21 pkt 3 aneksu nr 3 do kontrolowanej umowy. Ponadto, Uniwersytet nieterminowo przekazywał protokoły zdawczo-odbiorcze z odbioru sprzętu zakupionego w ramach wydatków majątkowych stanowiących wyposażenie Uniwersytetu, co stanowiło działanie niezgodne z § 3 ust. 21 pkt 2 kontrolowanej umowy. Dodatkowo w kontrolowanym okresie Uniwersytet nieterminowo przekazał produkt wymagany umową, tj. zgody Komisji Bioetycznej, tym samym naruszając postanowienia § 3 ust. 14 oraz ust. 17 ww. umowy; 2) Uniwersytet wbrew postanowieniom § 4 ust. 4 kontrolowanej umowy, nie zawierał odpowiednich umów o przeniesienie praw autorskich majątkowych oraz praw do dokonywania opracowań utworów (praw zależnych).	1) terminowa realizacja obowiązków sprawozdawczych wynikających z umowy zawartej z Ministrem Zdrowia; 2) zawieranie odpowiednich umów o przeniesienie praw autorskich majątkowych oraz praw do dokonywania opracowań utworów (praw zależnych) ze wszystkimi osobami lub podmiotami, które współpracują przy realizacji umowy oraz które wnoszą wkład twórczy do utworów powstałych przy realizacji przedmiotu umowy.

13.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość ul. Lenartowicza 3-4, 71-445 Szczecin	Prawidłowość wydatkowania środków publicznych przekazanych przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy nr 6/3/1.3/NPZ/2017/3251/1285 z dnia 17 listopada 2017 r. na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego określonego w Narodowym Programie Zdrowia w ramach celu operacyjnego nr 3 pod nazwą Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa, w zakresie punktu 1.3. Okres objęty kontrolą: 17 listopada 2017 r. – 31 stycznia 2019 r.	Stowarzyszenie przekazało do Ministerstwa Zdrowia produkty (utwory) wymagane umową po terminie wskazanym w ww. załączniku.	Rzetelne i terminowe realizowanie wszystkich zobowiązań zawieranych przez Stowarzyszenie umów.
14.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej ul. Żwirki i Wigury 63A, Warszawa 02-091	Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowości realizacji umów na zapewnienie opieki medycznej nad zawodnikami zakwalifikowanymi do kadry narodowej w sportach olimpijskich, paraolimpijskich i igrzysk głuchych w latach 2017 – 2018. Okres objęty kontrolą: 1 stycznia 2017 r. – 15 stycznia 2019 r.	<ol style="list-style-type: none"> 1) struktura organizacyjna określona w statucie i regulaminie organizacyjnym nie jest zgodna z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 2) w Regulaminie organizacyjnym brak jest informacji odnośnie zadań filii, nie ma również informacji dotyczących komórek organizacyjnych funkcjonujących w jej ramach; 3) Regulamin pracy nie zawiera wprost regulacji dotyczących pracowników młodocianych oraz kobiet; 4) regulamin wynagradzania obejmował regulacje dotyczące wynagradzania głównej księgowej – co stanowiło naruszenie art. 24126 § 2 w związku z art. 128 § 2 pkt 2 w związku z art. 772 § 5 Kodeksu Pracy; 5) ustalenie planów finansowych na latach 2017-2018 nie zostało dokonane z odpowiednim wyprzedzeniem (Dyrektor COMS ustalił plan finansowy na 2017 r. w dniu 23 stycznia 2017 r., natomiast na 2018 r. – 30 marca 2018 r.), umożliwiając ich obowiązywanie i realizację od początku roku; 6) dokumentacja w zakresie badań wydolnościowych nie przedstawiała ogólnego stanu zdrowia zawodnika 	<ol style="list-style-type: none"> 1) dostosowanie struktury organizacyjnej COMS, określonej w statucie i regulaminie organizacyjnym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 2) zgłaszanie organowi prowadzącemu rejestr wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania, zgodnie z postanowieniami art. 107 ustawy o działalności leczniczej; 3) uwzględnienie w regulaminie organizacyjnym COMS informacji odnośnie zadań oraz komórek organizacyjnych funkcjonujących w ramach filii COMS w Gdyni; 4) aktualizacja i dostosowanie Regulaminu Pracy COMS do obowiązujących przepisów prawa ze szczególnym uwzględnieniem regulacji dotyczących pracowników młodocianych oraz kobiet; 5) dostosowanie Regulaminu Wynagradzania COMS do obowiązujących przepisów prawa w zakresie regulacji dotyczących wynagradzania osoby zatrudnionej na stanowisku głównego księgowego; 6) sporządzanie i zatwierdzanie planu finansowego jednostki w terminie umożliwiającym obowiązywanie i realizację od początku roku budżetowego; 7) wprowadzanie do dokumentacji

				<p>oraz brak było konkretnych wskazań oraz zaleceń terapeutycznych. Ponadto w dokumentacji dotyczącej przeprowadzonego szczepienia przeciwko grypie u jednego z zawodników występują nieprawidłowości w dacie kwalifikacji do szczepienia i podania preparatu szczepionkowego.</p>	<p>medycznej opisu stanu zdrowia zawodników oraz wskazania do wykonania badań zarówno wydolnościowych, jak i innych specjalistycznych;</p> <p>8) prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie szczepień zgodnie z obowiązującymi w COMS standardami podmiotu leczniczego.</p>
15.	<p>Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia</p>	<p>Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie</p> <p>ul. Kapelanka 60, 30-347 Kraków</p>	<p>Realizacja Planu Naprawczego zaakceptowanego przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia w dniu 31 stycznia 2017 r.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 1 lutego 2017 r. – 30 czerwca 2019 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) faktyczna struktura organizacyjna w CMJ nie odzwierciedla tej określonej w Statucie i Regulaminie organizacyjnym - Statut oraz Regulamin organizacyjny CMJ nie przewiduje komórki organizacyjnej pod nazwą „Projekt POWER”. Dodatkowo, ww. dokumenty wewnętrzne CMJ ustanowiły Samodzielne Stanowisko pracy ds. Obsługi Sekretariatu, jednakże w ramach tej komórki organizacyjnej nie zatrudniono żadnej osoby. 2) CMJ zawarł z dwoma pracownikami jedną umowę o pracę w łącznym wymiarze przekraczającym jeden etat, bez jedoczesnego uwzględnienia przepisów dotyczących czasu pracy. 3) 3 pracowników CMJ uczestniczyło w postępowaniach prowadzonych w trybie Pzp jako przewodniczący Komisji Przetargowej, pomimo iż Plan naprawczy stanowił że że CMJ będzie kontynuować dotychczasową praktykę polegającą na powoływaniu jako przewodniczącego komisji przetargowej osoby nie będącej pracownikiem CMJ (jako gwarancja bezstronności i obiektywizmu) posiadająca wiedzę oraz udokumentowane kwalifikacje i doświadczenie. 4) W zamówieniu nr POZ-271-5/17 ogłoszenie o zamówieniu nie zawierało wykazu oświadczeń lub dokumentów potwierdzających brak podstaw wykluczenia w odniesieniu do wykonawców mających siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium RP (art. 41 pkt. 7a ustawy Prawo zamówień publicznych). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) określenie struktury organizacyjnej CMJ w sposób odpowiadający faktycznej organizacji Jednostki, z uwzględnieniem zapisów dokumentów wewnętrznych, tj. Statutu i Regulaminu organizacyjnego; 2) zawieranie umów o pracę z uwzględnieniem przepisów dotyczących czasu pracy; 3) bezwzględne przestrzeganie postanowień Planu naprawczego w zakresie powoływania jako przewodniczącego komisji przetargowej osoby nie będącej pracownikiem CMJ; 4) zamieszczanie w ogłoszeniu o zamówieniu wykazu oświadczeń lub dokumentów potwierdzających brak podstaw wykluczenia w odniesieniu do wykonawców mających siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium RP.

16.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku – DM10-01 ul. Warszawska 3, 15-875 Białystok	Ocena prawidłowości funkcjonowania dyspozytorni medycznych w zakresie dotyczącym organizacji stanowisk pracy, sposobu funkcjonowania oraz elementów technicznych dyspozytorni medycznej, wyposażenia stanowisk pracy SWD PRM w dyspozytorni medycznej oraz stosowania ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora. okres objęty kontrolą: listopad 2018 r. – październik 2019 r.	1) Brak było monitoringu wizyjnego wewnątrz pomieszczeń dyspozytorni medycznej co jest niezgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej; 2) jedno z pomieszczeń Dyspozytorni sąsiaduje z pomieszczeniem Miejskiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Białymstoku (MCZK). Pomieszczenia są oddzielone od siebie niedokładnie, pomiędzy pokojami jest szeroka przerwa pod sufitem, która powoduje iż wszystkie rozmowy prowadzone w dyspozytorni medycznej, w szczególności dotyczące danych osobowych 6 Dz.U. z 2018 r., poz. 2001. 5 i danych dotyczących stanu zdrowia osoby, której wezwanie dotyczy są słyszalne w pomieszczeniu MCZK.	1) umieszczenie monitoringu wizyjnego wewnątrz pomieszczeń dyspozytorni medycznej co jest wymagane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej; 2) dokładne oddzielenie pomieszczenia Dyspozytorni sąsiadującego z pomieszczeniem Miejskiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Białymstoku w celu zapewnienia skutecznej ochrony informacji wrażliwych, dotyczących danych osobowych oraz stanu zdrowia osób, ujawnianych podczas prowadzenia rozmów przez ratowników medycznych.
17.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Uzdrowisko Kołobrzeg S.A., Szpital Uzdrowskiowy „Perła Bałtyku” ul. Sikorskiego 3, 78-100 Kołobrzeg	Ocena realizacji leczenia uzdrowskiego przez zakład lecznictwa uzdrowskiego. Ocena jakości i zgodności z posiadanymi przez uzdrowisko kierunkami leczniczymi udzielanych świadczeń oraz funkcjonowania zakładu. Ocena kwalifikacji personelu medycznego udzielającego świadczeń z zakresu leczenia uzdrowskiego. Okres objęty kontrolą: 2019 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
18.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Fundacja Nowe Horyzonty ul. Bobrowiecka 9 00-728 Warszawa	Realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. okres objęty kontrolą: II półrocze 2018 r. - 2019	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
19.	Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia	Fundacja na Rzecz Rozwoju Ochrony Zdrowia	Realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

		w Gnieźnie ul. Św. Michała 19/1a 62-200 Gniezno	terroryzmu. okres objęty kontrolą: II półrocze 2018 r. - 2019		
--	--	--	--	--	--