



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.411.005.03.2015

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numer i tytuł kontroli | R/15/005 Wdrażanie i realizacja pakietu onkologicznego |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia |
| Kontroler | Aniela Tazbir-Wierzbicka, gł. specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97618 z dnia 04.11.2015r. (dowód: akta kontroli str.1-2) |
| Jednostka kontrolowana | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANA” s.c. 02-591 Warszawa, ul. Stefana Batorego 31A |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Krystyna Górecka- Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3) |

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹, działalność kontrolowanej jednostki związaną z wdrożeniem i realizacją pakietu onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności:

- realizacja świadczeń przez personel posiadający niezbędne kwalifikacje oraz z wykorzystaniem sprzętu medycznego wymaganego przez NFZ,
- terminowe przekazywanie do NFZ raportów statystycznych² dotyczących realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że indywidualna dokumentacja medyczna świadczeniobiorców nie zawierała niektórych danych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.³

Ponadto w indywidualnych kartach historii zdrowia i choroby pacjentów, którym wydano Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, w związku z podejrzeniem wystąpienia niektórych chorób nowotworowych, nie odnotowywano faktu wykonania badań profilaktycznych w celu ich wczesnego rozpoznania, choć zgodnie z ust. 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej,⁴ działania lekarza POZ, są ukierunkowane m.in. na działania profilaktyczne.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. 2013. 1447 ze zm.).

³ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz.1697 ze zm. Z dniem 23 grudnia 2015 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069).

⁴ Dz. U. Nr 214, poz. 1816.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Opis stanu faktycznego

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANA”⁵ jest podmiotem leczniczym, prowadzonym od 2 stycznia 2001 r. w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki cywilnej, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

ZOZ „SANA” realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Świadczenia POZ obejmują świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Zakres udzielanych świadczeń jest zgodny ze Statutem Zakładu, Regulaminem organizacyjnym oraz rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Regulamin organizacyjny Zakładu odpowiada wymaganiom określonym w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶. Informacje powyższe podano do wiadomości świadczeniobiorców poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej na terenie rejestracji.

(dowód: akta kontroli str. 4-20, 21-27, 28-38)

2. Zasoby niezbędne do realizacji umowy z NFZ

2.1. Warunki lokalowe - sanitarne i techniczne.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej były realizowane w budynku przy ul. Batorego 31A.

Obiekt i pomieszczenia, w których udzielano świadczeń, były oznakowane zgodnie z wymaganiami § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷.

W Przychodni zamieszczony został wykaz adresów placówek dla pacjentów u których lekarz podejrzewa chorobę nowotworową i którzy otrzymali skierowanie na badania specjalistyczne.

Wyposażenie Przychodni odpowiadało wymaganiom określonym w Części V pkt 4 Załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸. Aparatura medyczna posiadała aktualne przeglądy techniczne. Nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym posiadanej aparatury, a stanem wykazany w umowie z NFZ na lata 2014-2015.

(dowód: akta kontroli str.39-40, 41, 47-54)

2.2. Personel udzielający świadczeń

Personel medyczny oraz jego kwalifikacje zgodne było z wymogami określonymi w załączniku nr 1 cz. V do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W Przychodni „SANA” świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, udzielało odpowiednio:

⁵ Zwany dalej również „Zakładem”, „Przychodnią” lub „ZOZ „SANA”.

⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁷ Dz.U. z 2008 r. Nr 81 poz. 484 (uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 1 pkt 50 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U., poz. 1138).

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.

- według stanu na 30 czerwca 2014 r. sześciu lekarzy (3,7 etatu), z których jeden posiadał specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej (0,74 etatu), czterech specjalistów chorób wewnętrznych (2,72 etatu), jedna osoba w zakresie innym niż wymienione powyżej, posiadając co najmniej 6 letni staż w POZ (0,24 etatu),
- według stanu na 30 czerwca 2015 r. 7 lekarzy (5,2 etatu), z których jeden posiadał specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej (0,79 etatu) czterech w zakresie chorób wewnętrznych (2,82 etatu) dwóch w zakresie innym niż wymienione powyżej, posiadając co najmniej 6 letni staż w POZ (1,59 etatu).

(dowód: akta kontroli str. 44-45)

W Przychodni zatrudnione były cztery pielęgniarki (3,6 etatu) i dwie położne (1,1 etatu).

(dowód: akta kontroli str. 46)

2.3. Zgodność godzin przyjęć poradni z harmonogramem umowy z NFZ

Czas pracy gabinetów zgodny był z harmonogram pracy ujętym w załączniku nr 1 „Harmonogram - zasoby” do umowy z NFZ, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰- do 20⁰⁰.

Gabinet zabiegowy był czynny w godzinach pracy Przychodni. Materiał do badań laboratoryjnych pobierano od pacjentów w poniedziałki, środy, piątki w godzinach 7⁰⁰-9⁰⁰. Pacjenci, którzy wymagali szybkiej diagnostyki laboratoryjnej, badania takie wykonywane mieli niezwłocznie. Pacjenci na wizytę mogli umówić się telefonicznie, osobiście, lub przez osoby trzecie, a także drogą elektroniczną. Pacjenci z nagłymi i ostrymi zachorowaniami przyjmowani byli na bieżąco, w dniu zgłoszenia. Wizyty o charakterze planowym realizowane były najczęściej w terminie ok. 10 dni.

(dowód: akta kontroli str. 39-40, 60)

2.4. Struktura świadczeniobiorców

Na podstawie danych dotyczących stycznia i czerwca 2014 r i 2015 r. ustalono, że liczba deklaracji wyboru lekarza poz w NZOZ „SANA” wynosiła w styczniu 2014 r. 8 838⁹, a w czerwcu 2015 r. 7 815¹⁰. Najliczniejszą grupę objętą opieką lekarzy poz stanowili pacjenci w przedziale wieku 20-65 lat - ponad 70%, zaś świadczeniobiorcy powyżej 65 roku życia ok. 30%.

Według stanu na czerwiec 2015 r. liczba deklaracji zgłoszonych do poszczególnych lekarzy wynosiła: od 1079 do 2139. Do lekarzy, którzy zbieranie deklaracji rozpoczęli w 2014 r. od 211 do 640 deklaracji.

(dowód: akta kontroli str. 55, 56)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

⁹ W tym 2236 deklaracji złożonych do lekarzy, którzy zaprzestali pracy w Przychodni, a świadczeniobiorcy dotychczas nie złożyli nowej deklaracji.

¹⁰ W tym 1671 deklaracji do lekarzy niepracujących już w Przychodni..

Opis stanu
faktycznego

3. Realizacja wybranych programów profilaktycznych, szkolenie personelu.

Program profilaktyki raka szyjki macicy prowadzony jest od 2011 r. dla kobiet w wieku 25-59 lat, które przez ostatnie trzy lata nie wykonywały badań cytologicznych oraz dla kobiet obciążonych czynnikami ryzyka, które nie wykonywały badań cytologicznych przez ostatnie 12 miesięcy. W latach 2014-2015 wykonano 139 badań.

W szkoleniu dotyczącym pakietu onkologicznego organizowanym, w październiku 2014 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uczestniczyło trzech lekarzy i trzech pracowników administracji.

(dowód: akta kontroli str. 57-59)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

Opis stanu
faktycznego

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej.

Zapisy do lekarza odbywają się również drogą elektroniczną: mailową oraz przez platformę OSOZ (Ogólnopolski System Opieki Zdrowotnej) połączoną z aplikacją KS-Somed (możliwość zapisu na wizytę przez OSOZ ograniczono do dwóch lekarzy). Ograniczenia te wprowadzono ze względu na przewagę pacjentów powyżej 65 r życia, którzy nie korzystają z internetu.

(dowód: akta kontroli str. 57-59)

4.1. Zbiorcza dokumentacja medyczna - Księga przyjęć.

Księga przyjęć prowadzona jest w formie elektronicznej. Kontrola wpisów dokonanych w styczniu i czerwcu 2015 r. (łącznie 4 708 wpisów) wykazała, że Księga generowana jest codziennie, spełnia wymogi § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹.

(dowód: akta kontroli str.60)

4.2 Indywidualna dokumentacja medyczna - historia zdrowia i choroby

Dokumentacja indywidualna, karty historii zdrowia i choroby pacjentów, sporządzana i prowadzona jest w formie papierowej. Dokumentacja ta przechowywana jest w kartotekach, w rejestracji przychodni i skutecznie zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

Kontroli poddano 55 kart historii zdrowia i choroby pacjentów (29 kobiet i 26 mężczyzn), którym w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej wystawione zostały karty Diagnostyki Leczenia Onkologicznego (DiLO).

W dokumentacji 55 pacjentów, zarejestrowano łącznie 3 434¹² wizyt, z których 481 (14%) dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków.

Liczba porad udzielonych świadczeniobiorcom przez lekarzy wskazanych w deklaracji wyboru wyniosła 1148 (33%), co trzecia wizyta realizowana była przez lekarza innego niż wskazany przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru.

¹¹ Dz. U. Nr 252, poz.1697 ze zm; Dz. U. z 2014 r. poz. 177 (uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r. przez art. 1 i 2 ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2015 r., poz. 1163).

¹² Kontrolę wpisów rozpoczęto od dnia pierwszej wizyty do dnia wydania karty DiLO.

W indywidualnej dokumentacji medycznej każdego z pacjentów, któremu wydano Kartę DiLO zamieszczono opis badania podmiotowego, opis badania przedmiotowego, zlecenie i opis wyników badań diagnostycznych, informacje o przepisanych lekach.

Ponadto ustalono, że w indywidualnej dokumentacji medycznej w przypadku:

- 54 pacjentów (92%) odnotowano 1969 wyników pomiaru ciśnienia tętniczego,
- 51 pacjentów (93%) odnotowano 516 pomiarów poziomu cukru we krwi,
- 34 pacjentów (62%) odnotowano wzrost i masę ciała.

Informacje o badaniu gruczołów piersiowych lub o instruktarzu samobadania piersi odnotowano jedynie w przypadku 9 pacjentek (24%), a opis wyniku badań cytologicznych w 6 indywidualnych dokumentacjach medycznych (21%).

(dowód: akta kontroli str. 62-74)

Ustalone
nieprawidłowości

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, którym wydano Karty DiLO nie zamieszczono informacji w przypadku:

- 39 pacjentów o szczepieniach i stosowanych surowicach (71%),
- 16 pacjentów o uczuleniach lub ich niewystępowaniu (29%),
- 15 pacjentów nie podano informacji dotyczącej obciążeń dziedzicznych lub ich niewystępowaniu (29%),
- 18 pacjentów nie zamieszczono informacji o przebytych poważnych chorobach lub ich niewystępowaniu (33%),
- 4 pacjentów nie odnotowano wpisów dotyczących pobytów w szpitalnych lub niekorzystaniu z takiej formy leczenia (7%),

do czego zobowiązywał § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

(dowód: akta kontroli str.62-74)

Dyrektor NZOZ wyjaśniła, że przy prowadzeniu dokumentacji medycznej w formie papierowej wpisywanie wszystkich informacji zajmowało lekarzowi dużo czasu, dlatego w kartach odnotowywano tylko najbardziej istotne informacje. Po ujawnieniu przez kontrolę NIK braków w dokumentacji lekarze zostali pouczeni o konieczności prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami.

(dowód: akta kontroli str.75-76)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

5. Wykonanie badań diagnostycznych.

5.1. W latach 2014-2015, w zakresie objętym kontrolą Przychodnia „SANA” korzystała z usług firm, świadczących usługi w ramach podwykonawstwa na podstawie zawartych umów z:

- Diagnostyka Sp. z o.o. w Krakowie, wykonującą wybrane badania laboratoryjne,
- Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Mokotów w zakresie RTG.

- Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w zakresie USG.

5.2. W ramach Szybkiej Terapii Onkologicznej zawarto umowy/porozumienia na wykonanie wysoko specjalistycznych badań diagnostycznych (diagnostyka wstępna lub pogłębiona):

- Euromedic Diagnostics Sp. Z.o. o. w zakresie Rezonansu Magnetycznego - MR i pozytonowej tomografii komputerowej -PET-CT,
- VOXEL S.A. z siedzibą w Krakowie w zakresie tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (MR), pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET-TK) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniu onkologicznym (ICD-9-92.061),
- „NUKLEOMED NZOZ” z siedzibą w Warszawie na badania scyntygraficzne.

(dowód: akta kontroli str.77-107, 213-216, 217-312)

5.3 Koszty 40 656 badań laboratoryjnych wykonanych świadczeniobiorcom POZ wyniosły: w 2014 r. 91 089,65 zł, w 2015 r. (do końca XI) 76 352,75 zł (33.012 badań), a w I półroczu 2014¹³ r. 54 661 zł (22 833 badań), natomiast w I półroczu 2015¹⁴ r. 53 328 zł (22 833 badań).

Koszty 5 991 badań diagnostycznych (diagnostyki obrazowej i nie obrazowej) wyniosły: w 2014 r. 163 130 zł., w 2015 r. (do końca XI) 150 495 zł (5 382 badań), a w I-półroczu 2014¹⁵ r. 97 635 zł (3 379 badań), w I półroczu 2015¹⁶ r. 103 335 zł (3 313 badań).

(dowód: akta kontroli str.108-115)

6 Realizacja umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej.

W 2015 r. siedmiu lekarzy wystawiło łącznie 55¹⁷ Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). W jednym przypadku NFZ zakwestionował wystawioną kartę.

Nie odnotowano przypadków wydania skierowania do lekarzy specjalistów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub na leczenie szpitalne w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej, bez wydania Karty DiLO.

W latach 2014-2015 pacjenci odbyli 770 wizyt (w 2014-321, w 2015-449 wizyt). Lekarze 50¹⁸ pacjentom zlecieli wykonanie 1376 badań na ogólną kwotę 8 459,35 zł.

W związku z tzw. „pakietem onkologicznym” lekarze zlecieli: 35 pacjentom 47 badań usg jamy brzusznej, 27 świadczeniobiorcom zlecono 34 badań rtg klatki piersiowej, 14 osobom zlecono wykonanie 15 badań gastrokopii, 16 pacjentom 18 badań kolonoskopii, 8 pacjentom zlecono badanie tarczycy i przytarczyc, żelazo TIBC zlecono 11 razy (8 pacjentów).

Jak wyjaśniła Dyrektor Placówki, lekarz kieruje pacjenta na badania diagnostyczne zgodnie ze swoją wiedzą medyczną, nie jest ograniczany przez kierownictwo Placówki, co do ilości wystawianych skierowań. Zdaniem lekarzy badania, jakie

¹³ W 2014 r. w styczniu wykonano 3 368 badań na kwotę 7 455,30 zł, w czerwcu wykonano 3 050 badań na kwotę 6 942,70 zł

¹⁴ W 2015 r. w styczniu wykonano 3 408 badań, na kwotę 8 004,70 zł, w czerwcu wykonano 3 133 badań na kwotę 7 532 zł.

¹⁵ W 2014 r. w styczniu wykonano 541 badań na kwotę 14 14 480 zł, w czerwcu wykonano 427 badań, na kwotę 11 200 zł.

¹⁶ W 2015 r. w styczniu wykonano 625 badań na kwotę 18 755 zł, w czerwcu 556 na kwotę 15 070 zł.

¹⁷ 1 lekarz wystawił 24 karty, 1 lekarz 18, 3 lekarzy po 3 karty, 2 lekarzy po 2 karty.

¹⁸ 5-ciui pacjentom nie wykonano badań, zgłosili się do lekarza poz z wynikami badań .

mogą zlecać w związku z tzw. „Pakiem onkologicznym”, są wystarczające by postawić wstępną diagnozę. Lekarze POZ nie byli informowani o stadium rozwoju choroby i wynikach leczenia pacjentów, którym wystawiono kartę DiLO. Nie posiadali informacji o liczbie skierowań wystawionych przez lekarzy specjalistów, i skierowań pacjentów na leczenie szpitalne. Lekarze otrzymują taką informację jedynie od rodzin pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 116, 117-127,62-74,75-76- 128-139,212)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 9 przypadkach, wydanie Karty DiLO nastąpiło w związku z podejrzeniem wystąpienia nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, choć w karcie tylko jednego pacjenta odnotowano wykonanie badania per rectum.

Trzem pacjentkom wydano Karty DiLO, w związku z podejrzeniem nowotworu gruczołu piersiowego (1 przypadek) lub raka narządów rodnych (2 przypadki). W indywidualnej dokumentacji medycznej tych pacjentek nie odnotowano informacji o wykonanych badaniach profilaktycznych związanych z wczesnym wykryciem tych nowotworów.

NIK zwraca ponadto uwagę, że w przypadku 22 pacjentek, którym wydano Kartę DiLO (76%), w indywidualnej dokumentacji medycznej nie zamieszczono informacji o badaniu gruczołu piersiowego i/lub instruktażu samobadania piersi, zaś w przypadku 23 pacjentek (79%) nie odnotowano wyniku badania cytologicznego.

W ocenie NIK powyższe ustalenia wskazują na potrzebę intensyfikacji działań lekarzy POZ zmierzających do wczesnego wykrycia nowotworów, a także poprawy samoświadomości pacjentów, którzy byli objęci ich opieką. Zgodnie bowiem z ust. 4, pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej,¹⁹ w zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób, lekarz POZ identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie.

5. Realizacja umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń

W okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2014-2015, udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane było na podstawie umowy Nr 07R-1-00673-01-01/07-06-00086-11-05/06 zawartej z MOW NFZ w dniu 27 stycznia 2011 r. na okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. oraz późniejszych aneksów przedłużających okres jej obowiązywania.

W umowie określono m.in: zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, wysokość miesięcznej stawki kapitałowej, a także umieszczono zapisy dotyczące kar umownych, w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umów w zał. nr 1 zasoby (sprzęt i wyposażenie), a w zał. nr 2 wykaz podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 169-209)

Rozliczenie wykonania umowy następowało na podstawie miesięcznych rachunków wystawionych przez NZOZ i weryfikowanych przez MOW NFZ. W 2014 r. przychody uzyskane z tytułu realizacji umowy wyniosły 1 444 408,79 zł, a w I półroczu 2014 r – 727 897,14 zł, natomiast w I półroczu 2015 r. 952 446,91 zł.

(dowód: akta kontroli str.211)

¹⁹ Dz. U. Nr 214, poz. 1816.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i 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 Kontroli²⁰, wnosi o:

Wnioski pokontrolne

zapewnienie zamieszczania w dokumentacji medycznej wszystkich danych wymaganych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

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 dyrektora Departamentu Zdrowia 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 25 stycznia 2016 r.

Kontroler
Aniela Tazbir-Wierzbicka
Główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis

²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz.1096.

