



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-022-08/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów

T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06

lrz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler Stanisław Tobolewski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91561 z dnia 20 listopada 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1 - 2)

Jednostka kontrolowana Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

Kierownik jednostki kontrolowanej Od 19 czerwca 2012 r. Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie jest Pan Piotr Lenik.

(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności.

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie w okresie lat 2012 – I półrocze 2014, a także realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii i diabetologii, na podstawie umów z NFZ z uwzględnieniem profilaktyki i edukacji prozdrowotnej w tym zakresie.

*Uzasadnienie
oceny ogólnej*

W okresie objętym kontrolą Szpital funkcjonował w oparciu o aktualną podstawę prawną, posiadał aktualny Statut i Regulamin organizacyjny. Aktualne były również wpisy do rejestrów.

Rzeczywisty zakres i rodzaj udzielanych świadczeń był zgodny z zapisami powyższych dokumentów, a także zgodny z zapisami umów z NFZ. W okresie objętym kontrolą, Szpital był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, posiadał wymagane certyfikaty ISO oraz Certyfikaty Akredytacyjne w zakresie spełniania standardów leczenia szpitalnego wydane przez Ministra Zdrowia.

Szpital posiadał aktualne zaświadczenie o właściwym stanie pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krośnie.

W kontroli stwierdzono, że Szpital udostępniał pacjentom pełną informację o udzielanych świadczeniach i sposobie zapisania się na wizytę.

Nie stwierdzono odstępstw od postanowień umów z NFZ w zakresie określonym w załącznikach „Harmonogram – zasoby”, w zakresie wyposażenia, czasu pracy,

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

miejsca świadczenia usług Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej, a także w zakresie personelu medycznego i jego kwalifikacji.

Zapewniono także dostęp do tych poradni osobom niepełnosprawnym oraz zapewniono dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom do tego uprawnionym.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Forma prawna i organizacyjna świadczeniodawcy.

Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, zwany dalej „Szpitalem”, funkcjonuje w oparciu o Statut nadany Szpitalowi Uchwałą Sejmiku Województwa Podkarpackiego Nr XX/341/12 z dnia 26 marca 2012 r.

Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000014669. Podmiotem tworzącym Szpital było Województwo Podkarpackie, a nadzór nad działalnością prowadził Zarząd Województwa Podkarpackiego. Szpital działał na podstawie przepisów powołanej wyżej ustawy.

W treści Załącznika nr 1 do Statutu, wyszczególniono między innymi takie komórki działalności medycznej jak Poradnia Diabetologiczna i Poradnia Kardiologiczna. Funkcjonowanie obu poradni, w okresie objętym kontrolą, były ujawnione w rejestrze. Faktyczny zakres udzielanych świadczeń był zgodny ze Statutem, rejestrem i umowami z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 4 – 17, 162 - 163)

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu funkcjonował Regulamin Organizacyjny wprowadzony do stosowania Zarządzeniem dyrektora Nr 268/12 z dnia 11 grudnia 2012 r., w treści którego, w Rozdziale IV § 40 zapisano, że w skład Szpitala, jako jednostki organizacyjnej wchodzi między innymi Poradnia Diabetologiczna i Poradnia Kardiologiczna. Regulamin był aktualny.

(dowód: akta kontroli str. 18 - 34)

Szpital legitymował się Certyfikatem Systemu Zarządzania ISO 9001:2008 w zakresie świadczenia usług medycznych, leczenia zachowawczego i zabiegowego, diagnostyki, rehabilitacji, pielęgnacji i profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Certyfikat dotyczył okresu od 11 kwietnia 2008 r. do 11 kwietnia 2014 r. Kolejny Certyfikat w tym zakresie obejmuje okres od 12 kwietnia 2014 r. do 11 kwietnia 2017 r.

W okresie od 2011 r. do 2014 r. szpital Posiadał Certyfikaty Akredytacyjne w zakresie spełniania standardów leczenia szpitalnego wydane przez Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 35 - 38)

W okresie objętym kontrolą, godziny przyjęć poradni, o których mowa wyżej były zgodne z zapisami umów z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 39 - 154)

² Dz. U. z 2001 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.

2. Zasoby kadrowe i sprzętowe związane z realizacją umów z NFZ.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (PPIS) w Krośnie wydał w dniu 18 maja 2012 r. zaświadczenie o aktualnym stanie pomieszczeń, w których udzielane będą świadczenia zdrowotne. PPIS stwierdził, że Poradnia Diabetologiczna (gabinet lekarski i gabinet pielęgniarski) oraz Poradnia Kardiologiczna (3 gabinety lekarskie) spełniają wymogi sanitarne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej³.

W pozostałym okresie objętym kontrolą, PPIS nie prowadził kontroli opisywanych poradni.

Kontrola akt osobowych lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń w objętych kontrolą poradniach w latach 2012 – I połowa 2014 wykazała, że spełnione zostały wymagania dotyczące pracowników, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁴.

Szpital zapewnił dostęp dla osób niepełnosprawnych do pomieszczenia poradni i jej urządzeń na całym odcinku od wejścia do Szpitala do pomieszczeń poradni.

(dowód: akta kontroli str. 225 - 305)

Szpital spełniał wszystkie wymagania informacyjne opisane w treści § 11 załącznika do wyżej cytowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 211)

Szpital spełniał wymagania w zakresie wyposażenia poradni kardiologicznej i diabetologicznej, określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej⁵. Sprzęt i aparatura posiadały aktualne certyfikaty dopuszczające do stosowania.

(dowód: akta kontroli str. 180, 336 - 337)

W okresie objętym kontrolą, w Poradni Diabetologicznej świadczeń udzielał jeden lekarz (0,11 pełnego etatu) i dwie pielęgniarki (2 pełne etaty). W Poradni Kardiologicznej świadczeń udzielało dziewięciu lekarzy (1,28 pełnego etatu) i 2 pielęgniarki (2 pełne etaty).

Wielkość zatrudnienia w tych dwóch poradniach, była zgodna z zapisami załączników do umów z NFZ „Harmonogram – zasoby”, oraz z harmonogramami pracy ustalonymi zarządzeniami Dyrektora Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 63 – 151, 212)

Kontrola akt osobowych lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń w objętych kontrolą poradniach w latach 2012 – I połowa 2014, wykazała, że spełnione

³ Dz. U. z 2011 r. Nr 31, poz.158

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413

zostały wymagania dotyczące pracowników, określone w wyżej cytowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 241 - 305)

W okresie objętym kontrolą, Szpital był objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶.

(dowód: akta kontroli str. 152 - 161)

3. Współdziałanie podmiotów udzielających świadczeń ambulatoryjnych z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej.

W trakcie kontroli poddano szczegółowym oględzinom 10 dokumentacji indywidualnych (kart historii zdrowia i choroby) z czerwca 2014 r. w Poradni Diabetologicznej oraz 12 takich dokumentacji w Poradni Kardiologicznej. Badana próba stanowiła 5% liczby wszystkich pacjentów w wieku 35 – 65 lat przyjętych w tym miesiącu w tych poradniach. W 5 przypadkach stwierdzono adnotacje o wydaniu informacji dla lekarza kierującego pacjentem do poradni (3 przypadki w Poradni Diabetologicznej i 2 przypadki w Poradni Kardiologicznej).

Informacje dla lekarza kierującego sporządzone zostały na drukach, których wzór określony został w załączniku nr 6 do zarządzenia Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r.

Wszystkie poddane oględzinom dokumentacje zawierały dane identyfikujące lekarza kierującego.

(dowód: akta kontroli str. 332 - 337)

4. Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej.

Szpital korzysta z systemu informatycznego AMMS v 5.15.3 autorstwa ASSECO POLAND, udostępnionego Szpitalowi w ramach Programu Regionalnego - Narodowa Strategia Spójności, Europejskiego funduszu Rozwoju Regionalnego. System ten umożliwia kompleksową obsługę jednostki, w tym także w zakresie rejestracji do przychodni, rezerwacji terminów, prowadzenia kolejek oczekujących, obsługi harmonogramu pracy jednostek i personelu, weryfikacji poprawności wprowadzonych danych, realizacji wizyt w poradni, wprowadzania danych z wizyty (zlecenia badań, konsultacji, skierowań, badań i procedur), wystawiania recept i zwolnień lekarskich.

(dowód: akta kontroli str. 164 - 179)

W trakcie kontroli poddano oględzinom zbiorczą dokumentację medyczną w formie Księgi przyjęć. Szczegółowym oględzinom poddano wpisy do Księgi Przyjęć Poradni; Diabetologicznej i Kardiologicznej za miesiąc czerwiec 2014 r. Oględzinom poddano łącznie 22 wpisy, tj. 5 % wszystkich wpisów dotyczących pacjentów w wieku 35 – 65 lat. W wyniku oględzin stwierdzono, że Księgi Przyjęć prowadzono rzetelnie, w formie elektronicznej, w oparciu o funkcjonujący, zintegrowany system informacyjny.

Księgi przyjęć opatrzone były numerami i zawierały: oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenia, numer kolejny wpisu, datę i godzinę zgłoszenia się

⁶ Dz. U. Nr 293, poz.1729

pacjenta, imię i nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu – spełniały wymogi określone przepisem § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷.

(dowód: akta kontroli str. 332 – 334, 336 - 337)

W okresie objętym kontrolą szczegółową (czerwiec 2014 r.), sporządzano i prowadzono dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby (w odniesieniu do przypadków opisanych wyżej, dokumentacja poddana oględzinom dotyczyła 6 kobiet i 4 mężczyzn w Poradni Diabetologicznej oraz 4 kobiet i 8 mężczyzn w Poradni Kardiologicznej).

Sposób sporządzenia dokumentacji indywidualnej spełniał wymogi przywołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W czerwcu 2012 r., w przychodniach objętych kontrolą, nie wystąpiły przypadki powtarzania się wizyt tych samych pacjentów.

Sposób przechowywania dokumentacji medycznej gwarantuje zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych.

Informacja dla świadczeniobiorców o możliwości udostępnienia im dokumentacji medycznej, w tym o cenach sporządzenia odpisu, zestawienia lub kopii dokumentacji udostępniona została w sposób opisany w pkt. 1 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 332 – 334, 336 - 337)

5. Dostępność świadczeń i prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia.

W trakcie kontroli poddano oględzinom listy oczekujących na przyjęcie do poradni; Diabetologicznej i Kardiologicznej w miesiącach styczniu i czerwcu 2014 r. Szczegółowym oględzinom poddano 20 wpisów na listy oczekujących Poradni Diabetologicznej i 22 wpisy na taką listę w Poradni Kardiologicznej. Listy oczekujących były prowadzone w formie elektronicznej, w ramach systemu informatycznego funkcjonującego w Szpitalu.

W wyniku oględzin ustalono, że sposób prowadzenia list oczekujących uwzględniał przepisy art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸.

(dowód: akta kontroli str. 164 – 179, 332 – 334)

Zasady rejestracji pacjentów oczekujących na wizytę (sposób tworzenia kolejki) określone zostały w Instrukcji Nr NO/1/2009 z lutego 2009 r. zatwierdzonej przez Zastępcę Dyrektora ds. lecznictwa. (Instrukcja została wprowadzona do stosowania Zarządzeniem Nr 36/09 Dyrektora Szpitala z dnia 11 lutego 2009 r.) Zasady opisane w Instrukcji odpowiadają kryteriom medycznym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów

⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 177

⁸ tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁹.

Sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej opisane w Instrukcji wynikały z zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej¹⁰.

Szpital umożliwia rejestrację pacjentów telefonicznie oraz drogą elektroniczną, informacje o takiej możliwości podane zostały do wiadomości pacjentów w sposób opisany wcześniej oraz na stronie internetowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 183 - 211)

Oględziny list oczekujących wykazały, że świadczeniodawca wprowadzał pacjentów na listę oczekujących każdego dnia pracy świadczeniodawcy.

Ordynatorzy Oddziałów wyznaczyli imiennie osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących, zakres tego obowiązku wpisano pracownikom do zakresów obowiązków.

Jak wykazały oględziny, świadczeniodawca każdorazowo kwalifikował świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: przypadek pilny, przypadek stabilny, a adnotacja o kwalifikacji zawarta była w dokumentacji dotyczącej ustalania kolejności udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. – 179, 332 – 334, 336 - 339)

Dyrektor Szpitala, Zarządzeniem Nr 108/13 z dnia 8 kwietnia 2013 r. powołał „Zespół oceny przyjęć”, którego zadania wynikały z treści przepisu art. 21 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Spełnienie tego obowiązku było dokumentowane w formie comiesięcznych „Protokołów oceny list pacjentów oczekujących”, przedstawianych Dyrektorowi Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 308 - 332)

Szpital, w okresie objętym kontrolą, przekazywał drogą elektroniczną raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń Przychodniach. Zakres i terminy przekazywanych informacji były zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹¹. Okres oczekiwania na przyjęcie w poradniach wynosił w Poradni Diabetologicznej 71 dni na koniec kwietnia 2014 r., 68 dni na koniec maja i 74 dni na koniec czerwca. W Poradni Kardiologicznej odpowiednio 72 dni, 75 i 76 dni.

(dowód: akta kontroli str. 182)

Oględziny opisanych wyżej list oczekujących, wykazały ponadto, że: nie stwierdzono wpisów nieczytelnych, skreśleń świadczeniobiorców z listy oczekujących, zmian terminów przyjęć na wniosek świadczeniobiorcy w związku ze zmianą stanu zdrowia wskazującą na potrzebę wcześniejszego przyjęcia niż w ustalonym pierwotnie terminie. Stwierdzono łącznie 3 przypadki zmiany terminu

⁹ Dz. U. Nr 200, poz. 1661

¹⁰ Dz. U. Nr 250, poz. 1884

¹¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

udzielenia świadczenia ze względu na okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu, a które uniemożliwiały zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących.

Miejszem przechowywania list oczekujących był serwer w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 332 – 334, 336 - 339)

Szpital nie dysponuje systemem informatycznym pozwalającym na automatyczne generowanie powiadomień o terminie przyjęcia. Kontaktuje się ze świadczeniobiorcami telefonicznie, przypominając o terminie przyjęcia w przypadkach, gdy te terminy są odległe.

W Szpitalu przyjęto zasadę, że w przypadku zwolnienia się terminu przyjęcia, na zwolnione miejsce w pierwszej kolejności zapisywani są pacjenci ze wskazaniami do przyjęcia pilnego.

Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym, wymienionym w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach (...), poprzez wprowadzenie tzw. „0” numeru kolejności, który uprawnia do przyjęcia poza kolejnością. Informacja o tych uprawnieniach jest ogólnie dostępna i zamieszczona w sposób i w miejscach opisanych wcześniej.

(dowód: akta kontroli str. 306 - 307)

6. Rozliczanie umów o świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

W okresie objętym kontrolą, Szpital zawarł z Oddziałem Wojewódzkim NFZ następujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- Umowa Nr 0901004002201201 (02/01/AOS/212), bez określenia daty zawarcia umowy. Okres obowiązywania – 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. Wartość umowy na 2012 r. określono na kwotę 5.289.405,20 zł. Umowa była aneksowana (w formie aneksu lub ugody) w zakresie rzeczowym i finansowym. Wartość końcowa umowy po uwzględnieniu zmian w trakcie roku wyniosła 5.600.078,50 zł.
- Umowa Nr 0901004002201301 (02/01/AOS/213) bez określenia daty zawarcia umowy. Okres obowiązywania od dnia 1 stycznia 2013 r. Wartość umowy na 2013 r. określono na kwotę 6.320.812,30 zł. Umowa była aneksowana (w formie aneksu lub ugody) w zakresie rzeczowym i finansowym. Wartość końcowa umowy po uwzględnieniu zmian w trakcie roku wyniosła 6.329.033,10 zł.
- Umowa Nr 0901004002201401 (02/01/AOS/214) bez określenia daty zawarcia umowy. Okres obowiązywania – 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. Wartość umowy na 2014 r. określono na kwotę 6.661.229,50 zł. W okresie I kw. 2014 r. umowa nie była aneksowana.

W okresie objętym kontrolą, umowy z NFZ były realizowane z udziałem jednego podwykonawcy, który świadczył usługi w zakresie badań patomorfologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 39 – 62, 86 – 105, 122 - 139)

Szpital udzielił ogółem w 2012 r. – 143 546 porad, w 2013 r. – 151 895 porad i w I połowie 2014 r. – 78 744 porady. W Poradni Diabetologicznej liczba porad

wynosiła odpowiednio: 3 094, 3 403 i 1 825. W Poradni Kardiologicznej udzielono odpowiednio; 6 591, 6 971 i 3 656 porad.

(dowód: akta kontroli str. 213)

Wartość nadwykonań wszystkich usług wyniosła w 2012 r. 677.214,74 zł, tj. 100,67 % ostatecznej wartości kontraktu z NFZ. Wartość nadwykonań w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2012 r. wyniosła 1.782,70 zł, tj. 100,03 % ostatecznej wartości kontraktu z NFZ.

W latach 2012 – 2013 nie wystąpiły nadwykonania w zakresie usług świadczonych przez poradnie Diabetologiczną i Kardiologiczną.

W okresie objętym kontrolą, nie wystąpiły niewykonania kontraktu z NFZ w zakresie usług świadczonych przez poradnie Diabetologiczną i Kardiologiczną. NFZ nie nakładał na Szpital kar umownych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umów w opisywanym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 214)

W latach 2012 – I połowa 2014, nadzór merytoryczny nad działalnością Poradni Kardiologicznej sprawował Ordynator Oddziału Kardiologicznego z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca, a nad działalnością Poradni Diabetologicznej – Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych. Nadzór nad tymi oddziałami pełnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

(dowód: akta kontroli str. 18 - 34)

W okresie objętym kontrolą, oprócz kontroli przeprowadzonej przez PPIS (opisanej w pkt 2 niniejszego wystąpienia), Szpital nie był kontrolowany przez NFZ, Okręgową Izbę Lekarską, Wojewodę Podkarpackiego, Konsultanta Krajowego, jak również przez organ założycielski.

(dowód: akta kontroli str. 215 - 235)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym powyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Delegatury NIK w Rzeszowie.

Rzeszów, dnia stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Stanisław Tobolewski
Główny specjalista k. p.

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....

.....