



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.01.2015

P/14/078

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/14/078 „Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze”

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie

Kontrolerzy

1. Robert Szwagiel, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 94321 z dnia 18 lutego 2015 r.
2. Małgorzata Milanowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94322 z dnia 18 lutego 2015 r.
(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie, 35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8 (zwany dalej Oddziałem).

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Pani Grażyna Hejda, Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie, od dnia 22 grudnia 2009 r.
(dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W 2012 r. umowy o udzielanie świadczeń w zakresach: *Kardiologia – hospitalizacja, Kardiologia – hospitalizacja E11-E14 (E10-E14) i Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26* zostały zawarte w trybie przewidzianym w przepisie art. 139 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*², tj. po rozstrzygnięciu konkursu ofert. W 2013 r. i w 2014 r., w efekcie przeprowadzonych negocjacji na podstawie § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*³ (OWU), świadczenia realizowano na podstawie aneksów zawartych do umów z 2012 r.

W celu zapewnienia należytej jakości udzielanych świadczeń, w związku z rozszerzeniem działalności przez jeden z podmiotów o zakres *Kardiologia – hospitalizacja E10-E14*, Oddział – przed zawarciem aneksu do umowy – dokonał oględzin miejsca realizacji świadczeń, sprawdzając m.in. wyposażenie i kwalifikacje personelu.

Nadzór nad jakością udzielanych świadczeń – stosownie do przepisu art. 64 ust. 3 cyt. ustawy – Oddział sprawował poprzez kontrole, które przeprowadził w 3 spośród 15 podmiotów realizujących świadczenia we wskazanych powyżej zakresach. Kontrole te polegały na sprawdzaniu dokumentacji medycznej,

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

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Dz. U. Nr 81, poz. 484

prawidłowości rozliczenia grup na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP oraz jakości udzielanych świadczeń. Pomimo wskazania w cyt. przepisie możliwości badania zasadności udzielania świadczeń, nie korzystano z niej, uzasadniając to, iż ocena taka należy do kompetencji specjalistów bądź konsultantów w danej dziedzinie medycyny.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1 W latach 2012 – 2014, 15 podmiotów leczniczych działających na terenie województwa podkarpackiego zawarło kontrakty na świadczenie usług kardiologicznych na łączną kwotę 369.976.672 zł, obejmującą 7.114.936 jednostek. Dotyczyły one świadczeń w zakresach: *Kardiologia – hospitalizacja*, *Kardiologia – hospitalizacja E11-E14 (E10-E14)* i *Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26*. W 2012 r. Oddział zawarł kontrakty na kwotę 121.196.556 zł (2.330.703 jednostki), w 2013 r. – 126.424.740 (2.431.245 jednostek), a w 2014 r. – 122.355.376 zł (2.352.988 jednostek). W 2012 r. umowy o udzielanie ww. świadczeń zostały zawarte w trybie konkursu ofert, a w 2013 r. i w 2014 r. – w wyniku przeprowadzonych negocjacji na podstawie § 32 OWU i zawarcia aneksów do umów wieloletnich. Łącznie zakontraktowane kwoty zostały wykonane na poziomie 112,3% i wyniosły 415.498.575,80 zł, z tego w 2012 r. – 136.716.911,92 zł (112,8%), w 2013 r. – 136.011.789,88 zł (107,6%) i w 2014 r. – 142.769.874 zł (116,7%). Oddział zapłacił łącznie kwotę 403.916.543,36 zł za realizację 7.825.032,28 jednostek. W 2012 r. Oddział zapłacił 134.169.974,64 zł za wykonanie 2.580.191,82 jednostki, w 2013 r. – 133.574.685,08 zł za 2.626.150,39 jednostek, zaś w 2014 r. – kwotę 136.171.883,64 zł za 2.618.690,07 jednostek. Kwoty zapłacone przez Oddział w poszczególnych latach objętych kontrolą stanowiły odpowiednio: 98,1%, 98,2% i 95,4% kwot wykonanych.

Wartości kontraktów zawartych w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja* rosły w poszczególnych latach objętych kontrolą i wyniosły łącznie 182.788.164 zł. W grupie tej zrealizowano świadczenia na łączną kwotę 224.570.071,80 zł (122,9% zakontraktowanych), zaś zapłacono – 213.505.439,36 zł (95,1% wykonanych).

W zakresie *Kardiologia – hospitalizacja E11-E14 (E10-E14)* wartość kontraktów w 2013 r. wynosiła 55.124.836 zł i wzrosła w stosunku do wartości takich kontraktów zawartych w 2012 r. o 7,6%, zaś w 2014 r. wyniosła 51.055.472 zł, tj. była niższa w stosunku do roku poprzedniego o 7,4%. Zarówno wartości świadczeń wykonanych, jak i zapłaconych przez Oddział malały w poszczególnych latach objętych kontrolą i wyniosły łącznie odpowiednio: 165.525.620 zł i 165.472.164 zł.

W zakresie *Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26* wartości zawartych kontraktów, ich wykonanie oraz wysokość zapłaconych środków były niższe w 2013 r. w porównaniu do 2012 r. Łącznie w okresie objętym kontrolą zawarto kontrakty na kwotę 29.799.016 zł, wykonano na kwotę – 25.402.884 zł zaś zapłacono na kwotę – 24.938.940 zł. W 2014 r. Oddział nie zawierał kontraktów i nie dokonywał płatności w tej grupie.

W 2012 r. świadczenia zakontraktowane w stosunku do zaproponowanych przez świadczeniodawców w ofertach stanowiły od 43,58% (w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26*) do 128,17% (w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja*). Niski poziom kontraktacji w stosunku do złożonej oferty – wynoszący od 60,64% do 69,30% – odnotowano w trzech niepublicznych i dwóch publicznych

podmiotach (w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja*). Wyższy poziom kontraktacji w stosunku do złożonej oferty – wynoszący 102,31% – odnotowano w jednym ze szpitali wojewódzkich w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26*. W 2013 i 2014 r. kontraktami objęto 100% świadczeń zaproponowanych przez poszczególne jednostki.
(dowód: akta kontroli str. 6 - 35)

Pani Grażyna Hejda – dyrektor Oddziału, na pytanie dlaczego w 2012 r. świadczenia w ww. zakresach zostały zakontraktowane w wartościach znacząco różniących się od propozycji zawartych w złożonych przez świadczeniodawców ofertach wyjaśniła, że oferty złożone przez świadczeniodawców obejmowały kilka zakresów kardiologicznych z możliwością przesunięć, w trakcie negocjacji, pomiędzy nimi w zależności od możliwości, potencjału oraz wysokości zrealizowanych świadczeń w latach ubiegłych. Wybrane wartości odnosiły się do części złożonych ofert, a nie do całości, lub – w jednym przypadku – do oferty, która obejmowała tylko jeden zakres świadczeń kardiologicznych. Zgodnie z procedurą kontraktowania świadczeń Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z ww. oferentami w celu ustalenia stanowiska stron w zakresie ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę liczbę oferentów, łączną wartość oferowanych świadczeń oraz kwotę postępowania wynikającą z planu zakupu świadczeń przed przystąpieniem do negocjacji, komisja dokonała stosownej analizy świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych.
(dowód: akta kontroli str. 36-47)

Kwoty świadczeń zapłaconych w stosunku do kwoty świadczeń wykonanych w poszczególnych zakresach i ogółem stanowiły od 34,58% do 100%. Najniższy poziom świadczeń zapłaconych w stosunku do wykonanych, dotyczył świadczeń w grupie *Kardiologia – hospitalizacja* zrealizowanych w jednym z niepublicznych podmiotów i wynosił w 2012 r. – 88,71%, w 2013 r. – 34,58%, i w 2014 r. – 88,95%. W innym niepublicznym podmiocie relacja ta w 2014 r., w tym zakresie wyniosła 84,09%, a w 2013 r. jeszcze w innym – 86,33%. W pozostałych podmiotach stosunek ten kształtował się na poziomie od 89,49% do 100%.
(dowód: akta kontroli str. 6 - 35)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że za świadczenia wykonane w 2012 i 2013 r. ponad limit określony w umowie, Oddział zapłacił jednemu z niepublicznych podmiotów na podstawie zawartej ze świadczeniodawcą ugody sądowej. Niski procent wykazanej zapłaconej kwoty w zakresie *kardiologia* wynikał z faktu, iż z tym świadczeniodawcą w tym czasie NFZ był w trakcie zawierania ugody sądowej. Po uwzględnieniu ugody procent zapłaconego wykonania wynosił 100. W odniesieniu do pozostałej kwoty nadwykonania Świadczeniodawca zrzekł się dochodzenia. Za 2014 r. za świadczenia wykonane ponad limit z umowy Oddział zapłacił temu świadczeniodawcy oraz innemu niepublicznemu podmiotowi na podstawie aneksów rozliczających. Zasady zapłaty za nadwykonania, wg zarządzenia dyrektora Oddziału Nr 214/2014 z 11.12.2014 r., uzależnione były od ich poziomu w stosunku do umowy pierwotnej wg skali degresywnej: do 3% nadwykonania – zapłata 100%, od 3% do 15% – 80%, powyżej 15% – 59%. Uwzględniono wysokość wykazanych nadwykonań i poziom posiadanych środków finansowych. W zawartych aneksach świadczeniodawcy zrzekli się pozostałej kwoty. W związku z tym za 2014 r. w zakresie *kardiologia – hospitalizacja* brak jest nadwykonań pozostających do zapłaty.

Za 2013 r. Oddział zapłacił niepublicznemu podmiotowi za wszystkie wykonane świadczenia ponadumowne w oparciu o wyrok Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 09.03.2015 r. Wykazany powyżej % wykonania odnosił się do okresu przed wyrokiem. Obecnie, po umorzeniu przez Sąd części należności, Oddział zapłacił za całość wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 36-47)

W okresie od 2011 r. na terenie działania Oddziału nie było przypadków przekazania przez podmioty publiczne podmiotom niepublicznym oddziałów kardiologicznych, działających w ramach zawartych z NFZ umów w zakresie leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 48)

1.2 Wszystkie podmioty udzielające świadczeń kardiologicznych, za wyjątkiem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie, realizowały zakresy świadczeń objęte niniejszą kontrolą jeszcze przed 2012 r. W związku z tym Oddział nie był zobowiązany do przeprowadzenia kontroli (poprzedzającej zawarcie umowy) u świadczeniodawców, którzy dotychczas nie mieli zawartej z Oddziałem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, na który została złożona oferta.

Umowa z SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie obowiązująca do dnia 14 października 2014 r. umożliwiały wykonywanie i rozliczanie świadczeń jedynie z zakresu: *Leczenie szpitalne – Kardiologia hospitalizacja*. Od dnia 15 października 2014 r. podmiot ten rozliczał też udzielone świadczenia z zakresu *Leczenie szpitalne – Kardiologia hospitalizacja E10-E14*.

W związku z zakończeniem budowy Pracowni Hemodynamiki, pismem z dnia 30 czerwca 2014 r. dyrektor SP ZOZ MSW w Rzeszowie zwrócił się do dyrektora Oddziału NFZ z prośbą o umożliwienie zakontraktowania świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej poprzez ogłoszenie konkursu ofert lub wydzielenie zakresu skojarzonego, obejmującego grupy z zakresu kardiologii inwazyjnej, z kwoty kontraktu w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja*. Dyrektor SP ZOZ MSW poinformował też, że na dzień 1 sierpnia 2014 r. zaplanowano rejestrację i rozpoczęcie działalności Pracowni, a możliwości wykonywania „dużej ilości zabiegów z równoczesnym pełnym wykorzystaniem potencjału sprzętowego i kadry medycznej zależne są od pozyskania dodatkowych środków finansowych z NFZ”.

Aneksem nr 6 do umowy nr 0901004703201401 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 24 października 2014 r., który obowiązywał do rozliczeń od dnia 15 października 2014 r., Oddział przyznał SP ZOZ MSW w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja E10-E14* cztery tysiące jednostek rozliczeniowych o wartości 208.000 zł. Środki te wydzielono zmniejszając o tę kwotę zakres *Kardiologia – hospitalizacja*.

Zawarta w dniu 31 grudnia 2013 r. umowa nr 0901004703201401 obowiązywała do dnia 31 grudnia 2014 r. Dotyczyła ona m.in. udzielania świadczeń w zakresie *Kardiologia – hospitalizacja*. Ten sam zakres świadczeń został także wykazany w ofercie podmiotu z dnia 28 listopada 2011 r., złożonej w związku z ogłoszeniem konkursu ofert z dnia 24 listopada 2011 r. o udzielanie świadczeń w rodzaju: *Leczenie szpitalne*, w zakresie: *Kardiologia – hospitalizacja, Kardiologia – hospitalizacja E11, E12, E13, E14 i Kardiologia – hospitalizacja – E23, E24, E25, E26*. Zarówno umowa z dnia 31 grudnia 2013 r. jak i oferta SP ZOZ MSW z dnia 28 listopada 2011 r. nie obejmowała świadczeń z zakresu *Kardiologia – hospitalizacja E11, E12, E13, E14*.

W dniu 14 października 2014 r. pracownicy Oddziału dokonali oględzin miejsca realizacji świadczeń z zakresu *Kardiologii – diagnostyka i leczenie inwazyjne* w SP ZOZ MSW. Oględzinom poddano wyposażenie znajdujące się w Pracowni Radiologii Zabiegowej oraz w pomieszczeniach ze stanowiskami intensywnego

nadzoru kardiologicznego. Sprawdzone kwalifikacje personelu lekarskiego, umowy z podwykonawcami określające zasady współpracy w zakresie przekazywania pacjentów oraz dostęp do miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych. Od dwóch lekarzy pobrano oświadczenia o treści deklarującej wykonywanie pracy w wymiarze odpowiadającym wymogom stanowiącym o konieczności zatrudnienia dwóch samodzielnych operatorów, każdy w wymiarze czasu pracy odpowiadającym jednemu etatowi. W protokole z oględzin nie zawarto informacji odnośnie porównania danych w ofercie SP ZOZ MSW ze stanem faktycznym, jak również dotyczących oceny warunków sanitarno - higienicznych. *Protokół oględzin miejsca realizacji świadczeń* nie został sporządzony wg wzoru stanowiącego załącznik nr 25 do *Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* Nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 z 29 września 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 49-64; 243-263)

Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 z 29 września 2011 r. przewiduje obligatoryjne przeprowadzenie kontroli, jak również możliwość odstąpienia od niej po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału. Zgodnie z tą procedurą celem kontroli oferenta jest porównanie informacji zawartych w jego ofercie ze stanem faktycznym. Zgodnie z procedurą Komisja winna sprawdzić w szczególności pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń i dokonać oraz przedstawić ocenę warunków sanitarno – higienicznych. Wyniki kontroli u oferenta winny zostać udokumentowane wg wzoru określonego w załączniku nr 25 procedury i zawierać m.in. informacje o konkursie ofert/rokowań, numerze oferty oraz podsumowanie, tj. wynik kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 65-69)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zgodnie z art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Oddział zawarł umowę w drodze postępowania konkursowego nr 09-12-000366/LSZ/03/1/1 z SP ZOZ MSW w Rzeszowie na zakres Kardiologia - hospitalizacja. Postępowanie konkursowe w przedmiotowej sprawie było przeprowadzone w 2011 r. zgodnie z obowiązującą wówczas procedurą nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 z 29 września 2011 r. Aneksiem z dnia 24.10.2014 r. wprowadzono do umowy tzw. skojarzony zakres świadczeń: Kardiologia - hospitalizacja E10-E14. Jest to grupa procedur wyodrębniona z zakresu podstawowego będącego przedmiotem kontraktowania, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie. Zgodnie z § 16 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne ww. świadczenia są nielimitowane, za które Oddział Funduszu płaci na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału. Zakres skojarzony jako wyodrębniony z zakresu podstawowego zgodnie z art. 156 ust. 2 ustawy, nie mógł być przedmiotem odrębnego postępowania konkursowego. Dla realizacji zakresu świadczeń Kardiologia - hospitalizacja E10-E14 muszą być spełnione dodatkowe warunki dotyczące, m.in. personelu, sprzętu oraz funkcjonowania pracowni radiologii zabiegowej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia ich spełnienia Fundusz w dniu 14.10.2014 r. przeprowadził oględziny miejsca realizacji świadczeń, co zostało uwidocznione w protokole obustronnie podpisanym przez przedstawicieli Oddziału

Funduszu i Świadczeniodawcy. Protokół nie stanowi załącznika do Procedury konkursowej a jego treść zawiera niezbędne dla obu stron informacje stanowiące podstawę do wprowadzenia stosownych zmian w umowie. W przypadku zmiany polegającej na dodaniu zakresu skojarzonego do umowy nie mają zastosowania zapisy art. 158 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 36-47)

Zgodnie z § 16 ust. 1 pkt 6 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r., kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących grup z katalogu określonego w załączniku nr 1a do zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach /.../ 6) *Kardiologia:*

- a) E10 – OZW – diagnostyka inwazyjna,
- b) E11 – OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
- c) E12 – OZW – leczenie inwazyjne złożone,
- d) E13 – OZW – leczenie inwazyjne > 3 dni,
- e) E14 – OZW – leczenie inwazyjne < 4 dni.

(dowód: akta kontroli str. 70-96)

1.3 W dniach od 19 lipca do 17 września 2012 r. Oddział przeprowadził kontrolę w Intercard Sp. z o.o. Oddział Kardiologii i Angiologii Inwazyjnej NZOZ w Krośnie. Kontrolą objęto realizację 2 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19. W ramach kontroli badano spełnienie wymogów dotyczących kwalifikacji personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak również zasadność kwalifikacji i rozliczania grup na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP. Oddział pozytywnie ocenił spełnienie przez Świadczeniodawcę warunków szczegółowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁴ oraz w zarządzeniu nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne* – w zakresie wymagań formalnych i wyposażenia w sprzęt, zatrudnienia i kwalifikacji lekarzy, pielęgniarek oraz techników elektrokardiologii w pracowni hemodynamiki. Pozytywnie oceniono także prowadzenie przez Świadczeniodawcę sprawozdawczości oraz zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń. Stwierdzone w trakcie kontroli uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły:

- braku na zewnątrz budynku tablicy z nazwą świadczeniodawcy i znakiem graficznym NFZ, co stanowiło naruszenie przepisu § 11 ust. 2 OWU.
- prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej, gdzie wskazano, że „w pojedynczych przypadkach: brak oznaczenia lekarza wykonującego zabieg w książce zabiegów i dokonującego wpisu w książce raportów lekarskich” oraz nieczytelnych wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej, tj. sporządzania dokumentacji z naruszeniem przepisów § 10, 30 i 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁵,

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 1082 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

- niezapewnienia w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej na każdej zmianie co najmniej jednej pielęgniarki posiadającej co najmniej 5 letni staż pracy w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale intensywnej opieki kardiologicznej, co stanowiło naruszenie wymogu zawartego w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- kwalifikacji i rozliczania świadczeń w grupach JGP E11-E14, poprzez wykazywanie i rozliczanie w ww. grupach zarówno świadczeń wykonywanych w trybie pilnym, jak również świadczeń w związku różnym stopniem nasilenia dolegliwości, występujących w ciągu ostatnich dni lub tygodni, po upływie kilku dni/ tygodni po wypisie z oddziału chorób wewnętrznych innego szpitala; na podstawie skierowania lekarza opieki ambulatoryjnej wystawionego przed 2-6 tygodniami; rozliczanie OZW w przypadku braku odnotowania w dokumentacji ostrych dolegliwości (przyjęcia określone w historii choroby jako w trybie planowym lub przyśpieszonym).

W związku z ww. uchybieniami i nieprawidłowościami Oddział skierował do Prezesa Zarządu Spółki zalecenia dotyczące:

1. umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane były świadczenia, tablicy ze znakiem graficznym NFZ,
2. prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
3. zapewnienia w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej opieki pielęgniarskiej, tak aby na każdej zmianie opiekę sprawowała co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca co najmniej 5 letni staż pracy w OINK lub OAiIT,
4. wykazywania do rozliczenia świadczeń zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne Świadczeniodawca poinformował Oddział o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach. Wskazano, że tablica informacyjna z danymi Świadczeniodawcy oraz znakiem graficznym NFZ została zdjęta na czas remontu elewacji budynku szpitala i zostanie niezwłocznie umieszczona. Ponadto poinformowano o usunięciu uchybień w dokumentacji medycznej, zobligowaniu personelu medycznego do zwracania uwagi na jej kompletność oraz prowadzenia w sposób czytelny tej dokumentacji, jak również o sprawowaniu opieki na każdej zmianie w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej przez co najmniej jedną pielęgniarkę, posiadającą minimum 5 letni staż pracy w OINK lub OAiIT. W zakresie zalecenia dotyczącego kwalifikowania do rozliczania świadczeń, świadczeniodawca przedstawił okoliczności dotyczące stanu zdrowia hospitalizowanych pacjentów oraz dokumentacji medycznej, które jego zdaniem uzasadniały prawidłowość kwalifikacji zakwestionowanych rozliczeń.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami i nieprawidłowościami dyrektor Oddziału nie nałożyła kar finansowych na kontrolowany podmiot. Oddział nie przeprowadził kontroli, której celem byłoby sprawdzenie realizacji ww. zaleceń.

(dowód: akta kontroli str. 97-141)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że kontrolę w Spółce Intercard Oddział Kardiologii i Angiologii Inwazyjnej NZOZ w Krośnie przeprowadzono zgodnie z programem kontroli koordynowanej – „Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19”. W wystąpieniu pokontrolnym

zawarto ocenę kontrolowanej działalności oraz przedstawiono zalecenia pokontrolne, nie zakwestionowano środków oraz nie nałożono kary umownej. Kontrolowany Świadczeniodawca w terminie przewidzianym w 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przesłał informację o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz podjętych działaniach. POW NFZ w przypadku kontroli „bezwynikowych” nie praktykuje przeprowadzania powtórnych czynności kontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 36-47)

1.4 W 2012 r. Oddział skontrolował 3 spośród 15 podmiotów świadczących usługi w zakresie kardiologii, w grupach: *Kardiologia – hospitalizacja, Kardiologia – hospitalizacja E11-E14 (E10-E14) i Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26.* Oprócz kontroli opisanej w pkt. 1.3 przeprowadzono kontrolę w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu i w Polsko – Amerykańskich Klinikach Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii w Mielcu. Dotyczyły one sprawdzenia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w tym prawidłowości i sposobu rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19.

Kontrola w Polsko – Amerykańskich Klinikach Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii w Mielcu została przeprowadzona przez trzech pracowników Oddziału w okresie od 2 lipca 2012 r. do 9 sierpnia 2012 r. Celem kontroli było sprawdzenie spełnienia wymogów dotyczących: kwalifikacji personelu; wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną; prowadzenia dokumentacji medycznej oraz rozliczania grup E11-E14. Oddział pozytywnie ocenił: wyposażenie Świadczeniodawcy w wymagany sprzęt; kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń oraz organizację ich udzielenia, m.in. w zakresie zapewnienia na Oddziale Kardiologicznym i OINK całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej i świadczeń realizowanych przez pracownię radiologii zabiegowej/hemodynamiki we wszystkie dni tygodnia; kwalifikowanie i rozliczanie grup na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP; zawarte przez Świadczeniodawcę umowy ubezpieczenia dotyczące odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń. Stwierdzono uchybienia w zakresie zgodności personelu lekarskiego realizującego umowę z wykazem stanowiącym załącznik do umowy na realizację świadczeń. Świadczenia udzielane były przez lekarzy zgłoszonych w ww. załączniku do umowy, ale kontrola wykazała, że nie wszyscy lekarze wykazani w przedmiotowym załączniku udzielali świadczeń. Spośród 36 zgłoszonych lekarzy – świadczenia udzielało 20, co było niezgodne z zapisami § 2 ust. 1 umowy o *udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.* Stwierdzone przez Oddział uchybienia dotyczyły także prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. Ustalono, że w księdze raportów lekarskich nie było zapisów odnośnie opisu zdarzeń, ich okoliczności i podjętych działań, zaś w historiach choroby – wyników konsultacji specjalistycznych w tym kardiochirurgicznych, oświadczeń pacjentów o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji lub oświadczeń o braku takiego upoważnienia. Uchybienia w prowadzonej dokumentacji stanowiły naruszenie przepisów § 8, 15 i 30 rozporządzenia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.*

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami Oddział skierował do Świadczeniodawcy zalecenia dotyczące przestrzegania obowiązku udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy, jak również zgłaszania dyrektorowi Oddziału wszelkich zmian w załącznikach do umowy, zgodnie § 2 ust. 7. Ponadto zalecono prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej*

oraz sposobu jej przetwarzania, wyeliminowanie uchybień i zobowiązanie personelu medycznego do respektowania obowiązujących przepisów.

Pismem z dnia 21 września 2012 r. Prezes Zarządu Spółki poinformował dyrektora Oddziału o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu zaleceń. Wskazano, że lekarze wykazani w harmonogramie, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy świadczą usługi wg harmonogramu czasu świadczenia usług. Dokonano zmian w harmonogramie dotyczących zasobów i zapewniono aktualizację danych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami. Wprowadzono obowiązek wpisywania wyniku konsultacji kardiologicznych uzyskanych telefonicznie na karcie kwalifikacji do zabiegu kardiologicznego, która będzie dołączana do historii choroby. Na lekarzy dyżurnych nałożono obowiązek rzetelnego wypełniania książki raportów lekarskich, w tym opisywania czynności wykonywanych podczas dyżuru medycznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Podjęto działania w celu modyfikacji karty *Upoważnienie do udzielania informacji*, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz zaleceniami pokontrolnymi.

(dowód: akta kontroli str. 141-198)

Kontrola w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu została przeprowadzona przez 2 pracowników Oddziału, w okresie od dnia 2 lipca 2012 r. do dnia 24 września 2012 r. Jej przedmiotem było sprawdzenie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w szczególności przez Oddział Kardiologiczny, w tym sposobu kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19. Celem kontroli było sprawdzenie spełnienia wymogów dotyczących kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dokumentacji medycznej a także zasadności kwalifikacji i rozliczania grup na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP, tj. ustalenie czy rozliczenie przez świadczeniodawców wykazywanych grup było uzasadnione danymi z hospitalizacji pacjenta.

W dniu 10 października 2012 r. dyrektor Oddziału skierowała do dyrektora Szpitala wystąpienie pokontrolne, w którym stwierdziła, że nie może pozytywnie ocenić udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w tym sposobu kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19. Analiza wybranej dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielono świadczeń wykazanych do rozliczenia w 31 przypadkach (14,1% kontrolowanych historii chorób) nie potwierdziła zasadności kwalifikacji do przedstawionych grup JGP, m.in. w związku z przyjęciem pacjentów celem wykonania angioplastyki, wykonaniem planowej koronarografii, rozpoznaniem chorób u pacjentów, które kwalifikowały ich do innych grup JGP, rozpoznaniem u pacjenta choroby nadczynności tarczycy oraz niezasadną hospitalizacją, gdyż istniała możliwość wykonania badań w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie posiadał dolegliwości. Działania powyższe stanowiły naruszenie przepisów § 2 ust. 1 pkt 14 i § 11 pkt 5 i 6 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. nr 69/2009/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz art. 58 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem dyrektora Oddziału pozytywnie nie można było także ocenić organizacji udzielenia świadczeń gwarantowanych dla grup E11-E14 w OINK w związku z brakiem respiratora w miejscu udzielania świadczeń.

Oddział negatywnie – pod względem rzetelności – ocenił prowadzenie dokumentacji medycznej w Oddziale Kardiologii i Pracowni Hemodynamiki. W dokumentacji tej stwierdzono braki, które naruszały przepisy rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Pozytywnie

oceniono spełnienie wymogów zatrudnienia personelu z odpowiednimi kwalifikacjami, dla prawidłowej realizacji świadczeń dla grup E11-E14.

W związku z ww. uchybieniami i nieprawidłowościami skierowano następujące zalecenia pokontrolne dotyczące:

1. wyposażenia OINK zgodnie z wymaganiami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu *Leczenie szpitalne*;
2. prowadzenia dokumentacji zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
3. dokonania korekty sprawozdania finansowego i sprawozdania rzeczowego za okres od 1 lipca 2011 r. do 30 czerwca 2012 r. zgodnie z wykazem zakwestionowanych świadczeń w kwocie 265.928 zł, a następnie wpłacenia jej na wskazany nr rachunku bankowego.

W związku z nienależytym wykonywaniem umowy, tj. prowadzeniem dokumentacji medycznej z naruszeniem przepisów prawa, Oddział nałożył na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 27.005,19 zł.

Pismem z dnia 29 października 2012 r. dyrektor Szpitala poinformował dyrektora Oddziału o wykonaniu zaleceń i podjętych działaniach, tj. o:

- zobowiązaniu personelu Oddziału Kardiologii i Pracowni Hemodynamiki do skrupulatnego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- dokonaniu korekty zakwestionowanych świadczeń i wystawieniu 2 faktur korygujących, odpowiednio: za 2011 r. na kwotę 90.168 i za 2012 r. na kwotę 175.760 zł.

Wyjaśniono ponadto, że respirator, który znajdował się w Oddziale Kardiologii na zasadzie dostępności (użyczony) z OIOM został do czasu zakupu nowego aparatu przekazany jako wyposażenie – zasób OIOK od dnia 1 października 2012 r. Do dnia zakończenia kontroli Oddział nie przeprowadził kontroli sprawdzających sposób wykonania zaleceń pokontrolnych zarówno w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu jak i w Polsko – Amerykańskich Klinikach Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii w Mielcu.

(dowód: akta kontroli str.141; 199-238)

Pani Violetta Tyczyńska z-ca dyrektora Oddziału wyjaśniła, że kontrolowani świadczeniodawcy w terminie przewidzianym w art. 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przesłali informacje o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz podjętych działaniach. Ponadto Szpital Wojewódzki w Przemyślu dokonał korekty zakwestionowanych środków zgodnie z wezwaniem zawartym w wystąpieniu pokontrolnym. Korekta ta została zweryfikowana przez Dział Monitorowania Świadczeń pod względem zgodności z zasadami kodowania JGP. Wyjaśniła też, że aktualne przepisy nie nakładają na Oddział obowiązku przeprowadzenia rekontroli, lecz obowiązek monitorowania działań świadczeniodawcy odnośnie wykonania zaleceń pokontrolnych poprzez cyt. powyżej przepis.

(dowód: akta kontroli str. 239-240)

W latach 2013-2014 żaden z 14 podmiotów realizujących świadczenia z zakresu objętego niniejszą kontrolą nie został objęty kontrolą Oddziału.

W latach 2012-2014 Oddział przeprowadził łącznie 456 kontroli w różnych zakresach świadczeń. Wartość skontrolowanych umów stanowiła kwotę 1.456.371.076 zł co stanowiło 40% wartości zawartych umów (3.644.992.314 zł), w tym 3 kontrole z zakresów: *Kardiologia – hospitalizacja*, *Kardiologia – hospitalizacja E11-E14 (E10-E14)* i *Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26* – 52.899.403 zł. Wartość umów objętych kontrolą we wskazanych 3 zakresach stanowiła odpowiednio: 1,5% wartości wszystkich umów i 3,6% wartości umów

objętych kontrolą przez Oddział. Wartość zawartych umów dotyczących leczenia szpitalnego wynosiła w okresie objętym kontrolą 3.260.852.471 zł (89%), zaś wartość takich umów objętych kontrolą przez Oddział 1.181.431.207 zł (81%).
(dowód: akta kontroli str. 141; 264-265)

W zakresie przyczyn nieobjęcia kontrolami większej liczby podmiotów w latach 2013-2014, dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w roku 2013 przeprowadzono 190 kontroli, w tym 41 dotyczyło leczenia szpitalnego, w 2014 r. przeprowadzono 124 kontrole, w tym 29 w rodzaju świadczeń leczenia szpitalne. Kontrole swoim zakresem obejmowały cały wachlarz innych grup JGP, wg których rozliczają się szpitale. W zakresie ww. grup JGP w kwietniu 2015 r. planowane jest rozpoczęcie kontroli w Podkarpackim Centrum Interwencji Sercowo-Naczyniowych NZOZ w Sanoku.

(dowód: akta kontroli str. 36-47)

Zgodnie z przepisem art. 64 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

Wyjaśniając sposób realizacji obowiązków dotyczących kontroli jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych podczas kontroli opisanych w pkt. 1.3 i 1.4 niniejszego wystąpienia, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że kontrole w wymienionych podmiotach były przeprowadzone w ramach kontroli koordynowanej nr 2/2012 zgodnej z Planem Kontroli Centrali NFZ. Tematyka i metodyka kontroli zawarta była w programie kontroli koordynowanej - Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19. W ramach przedmiotowych kontroli zrealizowano wszystkie zalecenia/wytyczne zawarte w ww. programie kontroli. W dniu 1.10.2012 r. Oddział przekazał syntetyczną ocenę wyników kontroli do Centrali NFZ. Wyjaśniła ponadto, że w rozumieniu Oddziału kontrola jakości świadczeń polega na sprawdzeniu zgodności warunków udzielania świadczeń z wymogami zawartymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń gwarantowanych, rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej rozliczania, jak również w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń. Taka kontrola obejmuje m.in.: liczbę wszystkich lekarzy operatorów udzielających świadczeń, kwalifikacje poszczególnych lekarzy, wymiar etatowy lekarzy udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, liczbę wszystkich chorych przyjętych do leczenia w oddziale szpitalnym, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, organizację udzielania świadczeń. W przypadku przedmiotowych kontroli sprawdzono dla pracowni hemodynamiki i oddziału kardiologicznego: liczbę wykonanych zabiegów diagnostycznych, liczbę wszystkich lekarzy – operatorów udzielających świadczeń w pracowni hemodynamicznej świadczeniodawcy, kwalifikacje poszczególnych lekarzy, wymiar etatowy poszczególnych lekarzy – operatorów udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, liczbę innych niż świadczeniodawca miejsc pracy (zatrudnienia) lekarzy operatorów, faktyczny czas pracy – czy badania i zabiegi wykonywane są przez całą dobę we wszystkie dni tygodnia, średnią liczbę łóżek w oddziale, liczbę wszystkich chorych przyjętych do leczenia w oddziale szpitalnym, liczbę zatrudnionych (wszystkie formy zatrudnienia) w oddziale lekarzy w tym: specjalistów w trakcie specjalizacji. Kontrola zasadności rozliczania udzielonych

świadczeń polega na porównaniu zapisów zawartych w dokumentacji medycznej z wersją elektroniczną sprawozdania przekazaną przez danego świadczeniodawcę do Oddziału. Ma ona być zgodna z zasadami kodowania JGP, które określone są w odrębnych przepisach. Zarządzenie Prezesa NFZ definiuje system JGP: system jednorodnych grup pacjentów (JGP) – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych parametrów. (...)

Biorąc pod uwagę zapisy z dokumentacji medycznej oraz zasady kodowania JGP ustala się zasadność rozliczenia danej hospitalizacji.

Oddział w swoich kontrolach nie kwestionuje i nie ingeruje w sposób leczenia, prowadzenia procesu terapeutycznego prowadzonego przez świadczeniodawcę. Taka ocena należy do kompetencji specjalistów, konsultantów w danej dziedzinie medycyny. W uzasadnionych przypadkach zwracamy się z prośbą do ww. o wydanie opinii.

(dowód: akta kontroli str. 36-47; 241-242)

*Uwagi dotyczące
badanej działalności*

NIK zwraca uwagę, że pomimo uprawnienia nadanego przepisami art. 64 ust. ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kontrole przeprowadzane przez Oddział w ograniczonym stopniu dotyczyły jakości i zasadności udzielanych świadczeń, ponieważ obejmowały głównie sposób realizacji umowy z NFZ, zasadność kwalifikowania pacjentów do grup JGP, prawidłowość rozliczenia procedur medycznych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także stan pomieszczeń, kwalifikacji i zasady zatrudniania personelu. NIK uwzględnia fakt, że zbadanie zasadności udzielanych świadczeń wymagało specjalnych kwalifikacji, a w okresie objętym kontrolą w Oddziale nie zatrudniono lekarzy o specjalizacji z zakresu kardiologii. W przypadku żadnej przeprowadzonej wówczas kontroli nie skorzystano z możliwości powołania specjalisty kardiologa, choć w art. 64 ust. 4 ww. ustawy zawarto taką możliwość. Skutkiem braku prowadzonej w ten sposób kontroli może być ryzyko niezapewnienia przez podmioty lecznicze wystarczającej jakości udzielanych świadczeń. Potwierdzają to wyniki kontroli NIK przeprowadzonej w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie, w którym stwierdzono przypadki odstąpienia od wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących w szczególności czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego.

*Ustalono
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶ kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi 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.

Rzeszów, dnia

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor

Wiesław Motyka

Kontroler
Robert Szwańiel

Doradca techniczny

Kontroler
Małgorzata Milanowska

Główny specjalista kontroli państwowej