



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.04.2015

P/14/078

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

TEKST UJEDNOLICONY

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. Kazimierz Ramocki, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 94338 z dnia 16 marca 2015 r. 2. Mariusz Twardowski, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 94337 z dnia 13 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	<i>Intercard</i> Sp. z o. o., ul. Miechowska 5B/4, 30-055 Kraków, Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie, 28 – 400 Pińczów, ul. Armii Krajowej 22 (w dalszej treści <i>Intercard</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Pasternak, Prezes Zarządu <i>Intercard</i> Sp. z o. o. (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna z uzasadnieniem

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że *Intercard* w ramach swojej jednostki organizacyjnej Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie, udzielając świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, zatrudniał lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. *Intercard* był wyposażony w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą obowiązującymi przepisami.

Intercard spełnił warunki i wymagania określone w obowiązujących przepisach, dotyczące zapewnienia pacjentom całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej przez lekarzy specjalistów z dziedziny kardiologii oraz pielęgniarki o odpowiednim wykształceniu i stażu pracy.

NIK zauważa, iż w procesie leczenia chorych wystąpiły przypadki odstąpienia od stanowiących wyznacznik¹ prawidłowego działania wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w zakresie postępowania w ostrych zespołach wieńcowych, dotyczących w szczególności stosowania w trakcie rozpoznawania i diagnostyki pacjentów markerów martwicy mięśnia sercowego.

¹ W oparciu o zapisy § 11 ust 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”, a także § 1 ust. 2 umów zawartych pomiędzy *Intercard*, a Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Kielcach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena szczegółowych warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego przez wybrane podmioty lecznicze.

Opis stanu
faktycznego

W dniu 7 września 2011 r., Wojewoda Małopolski działając stosownie do przepisu art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², dokonał wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – przedsiębiorcy *Intercard Sp. z o.o.* Wojewoda Małopolski był w tym przypadku organem właściwym do wpisu i prowadzenia przedmiotowego rejestru ze względu na regulację art. 106 ust. 1 pkt 1 cyt. ustawy o działalności leczniczej – siedzibą ww. Spółki był Kraków. Zgłoszonym i zarejestrowanym podmiotem wykonującym działalność leczniczą był *Intercard Sp. z o.o. – Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie*. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń przez ww. podmiot – *leczenie szpitalne i diagnostyka w zakresie kardiologii*.

(dowód: akta kontroli str. 11 - 15)

Intercard w okresie objętym kontrolą zatrudniał w podstawowym zespole 21 lekarzy. W trakcie kontroli zatrudnionych było 17 lekarzy. Ze zbioru podstawowego lekarzy (21 osób) – 16 lekarzy miało specjalizację z zakresu kardiologii, pozostałych 5 lekarzy posiadało specjalizacje z chorób wewnętrznych oraz udokumentowane rozpoczęcie specjalizacji z zakresu kardiologii.

Świadczenia pielęgniarские *Intercard* realizował poprzez dyżury zatrudnionych 35 pielęgniarek. Pięcioletni staż pracy na Oddziałach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) lub Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) – niezbędny do zabezpieczania dyżurów na OINK – we wrześniu 2011 r. posiadało 21 pielęgniarek, a we wrześniu 2014 r. – 24 pielęgniarki.

Obsługę Pracowni Hemodynamiki zapewniono poprzez zatrudnienie (umowy kontraktowe) – 15 techników elektroradiologów.

(dowód: akta kontroli str. 16 - 18)

W dniu 12 września 2011 r. *Intercard* zawarł umowę o świadczenie usług medycznych z [...] Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie. Przedmiotem umowy było świadczenie usług zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów kardiologii inwazyjnej oraz opiece nad pacjentami w Oddziale Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie. Spółka [...] zobowiązała się do wykonywania świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury medycznej, sprzętu, środków transportu, wyposażenia i bazy diagnostycznej należących do *Intercard*, w następującym zakresie:

- przez I dyżurnego-operatora, dyżurującego przez 14 godzin w dzień powszedni, od godz. 17 do 7 dnia następnego oraz przez 24 godziny w sobotę, niedzielę i święta. Lekarz dyżurował na Oddziale Kardiologicznym i w miarę potrzeby wykonywał zabiegi w Pracowni Hemodynamiki,

² Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

³ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ujawnienia nazwy przedsiębiorcy. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

⁴ j.w.

- przez II dyżurnego, w wymiarze 14 godzin w dzień powszedni, od godz. 17 do 7 dnia następnego oraz przez 24 godziny w sobotę, niedzielę i święta. Dyżur lekarski wykonywano w OINK,
- w takim samym wymiarze czasowym, co powyżej, świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę i technikę - wyłącznie w Pracowni Hemodynamicznej. Całodobowe i świąteczne dyżury pielęgniarskie w Oddziale Kardiologii i w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego były zabezpieczane wyłącznie przez pielęgniarki *Intercard*.

Spółka [...] ⁵ zabezpieczała umowne dyżury poprzez:

- 56 zatrudnionych lekarzy, z tego: ze specjalizacją kardiologiczną – 28, z rozpoczętą specjalizacją – 23 lekarzy, pozostali ze specjalnością – choroby wewnętrzne,
- 11 techników i 16 pielęgniarek – wyłącznie w zakresie obsługi Pracowni Hemodynamiki.

Przywołane powyżej spółki, corocznie aneksami przedłużały umowę o świadczeniu usług medycznych, zachowując warunki organizacyjne ustalone w 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 19 - 33, 34 - 35)

Analiza dokumentacji przeprowadzona w wybranych miesiącach okresu objętego kontrolą, tj.:

- harmonogramów pracy lekarzy zatrudnionych przez *Intercard* oraz przez [...] ⁶,
 - ewidencji czasu pracy personelu lekarskiego *Intercard*,
 - list obecności na dyżurach pielęgniarek *Intercard*, pielęgniarek [...] ⁷ (w Pracowni Hemodynamiki) oraz dyżurów techników elektroradiologów,
- wykazała, że wyłącznie ww. uprawnieni lekarze zatrudnieni w *Intercard* oraz [...] ⁸ prowadzili dyżury w ramach opieki lekarskiej w Oddziale Kardiologii, w OINK oraz w Pracowni Hemodynamiki.

Kontrola wykazała, że *Intercard* zapewnił wymaganą przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹, zwanego rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych całodobową opieką lekarską. Dyżury były pełnione przez lekarzy po ukończonej specjalizacji z kardiologii lub lekarzy ww. specjalności dyżurującymi wspólnie z lekarzami wykonującymi przedmiotową specjalizację. Ustalenia w tym zakresie dotyczyły w równym stopniu Oddziału Kardiologii i OINK.

Intercard zabezpieczył wymaganą przepisami ww. rozporządzenia całodobową opieką pielęgniarską. Ustalono, że w okresach poddanych kontroli, dyżury w OINK, pełniły wyłącznie pielęgniarki *Intercard*, o odpowiednim wykształceniu i z wymaganą praktyką w zawodzie.

Zapewniono całodobowe funkcjonowanie Pracowni Hemodynamiki zgodnie z wymaganiami cyt. rozporządzenia. *Intercard* zatrudniał 5 samodzielnych operatorów wykonujących obowiązki w Oddziale Kardiologii i jednocześnie w miarę potrzeby w Pracowni Hemodynamiki oraz pielęgniarki i techników elektroradiologów wykonujących zadania wyłącznie w Pracowni. Dyżur w Pracowni Hemodynamiki, w godzinach od 17 do 7 dnia następnego oraz w dniach ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z warunkami cyt. umowy zapewniał [...] ¹⁰ (operator, pielęgniarka, technik elektroradiolog).

⁵ j.w.

⁶ j.w.

⁷ j.w.

⁸ j.w.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

¹⁰ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej

Poprzez umowę dzierżawy z dnia 10 czerwca 2011 r. *Intercard* uzyskał od Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pińczowie (w dalszej treści ZOZ lub Szpital) prawo (na 25 lat) do zabudowanej nieruchomości gruntowej i wybudowania na własny koszt budynku przeznaczonego na prowadzenie działalności medycznej, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych *na Oddziale Kardiologii i Kardiologii Inwazyjnej w Pracowni Hemodynamiki*.

Ogłędziny przeprowadzone w pomieszczeniach *Intercard* wykazały, że pomieszczenia, łóżka szpitalne, sprzęt medyczny spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*. Wyposażenie poddane oględzinom było zgodne z umieszczonym w rejestrze sprzętu medycznego *Intercard*, co do rodzaju, marki, numeru fabrycznego. Rejestr urządzeń był tożsamy z listą sprzętu – załącznikiem do umów ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzona w trakcie oględzin liczba łóżek szpitalnych na Oddziale Kardiologicznym i na OINK była zgodna z liczbą łóżek w cyt. powyżej rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Urządzenia medyczne (w tym angiokardiograf – Axiom Artis FC wyprodukowany w 2005 r. przez firmę Siemens) były regularnie serwisowane przez specjalistyczne, certyfikowane firmy.

Oddział Kardiologiczny mieści się na poziomie I budynku należącego do *Intercard*. W skład Oddziału Kardiologicznego wchodziło pięć pokoi dwułóżkowych i jedna izolatka (1 łóżko), tj. łącznie 11 łóżek. Na I piętrze szpitala ZOZ dzierżawiono dodatkowe 3 sale (odpowiednio 4, 3 i 2 łóżka w salach). Łącznie było 20 łóżek na Oddziale Kardiologicznym. Wszystkie pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pokoje łóżkowe posiadały swoje węzły higieniczno-sanitarne.

Na poziomie I budynku należącego do *Intercard* mieścił się OINK, tj. 4 stanowiska łóżkowe oraz jedno stanowisko intensywnej terapii (łącznie 5 łóżek). Wszystkie stanowiska spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych* w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. W pomieszczeniu tym zorganizowane było również stanowisko nadzoru pielęgniarskiego. Personel medyczny zabezpieczający świadczenia medyczne w OINK, spełniał standardy podane w cyt. powyżej rozporządzeniu, w zakresie liczby lekarzy i pielęgniarek, ich wykształcenia i praktyki zawodowej.

Oddział Kardiologiczny i OINK posiadały niezależne punkty nadzoru pielęgniarskiego. Wspólne były: gabinet diagnostyczno-zabiegowy (*Pokój zabiegowy*), pomieszczenie porządkowe, brudownik. Na obydwu poziomach znajdowały się pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym dla poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Pracownia Hemodynamiki – znajdowała się na poziomie I. Pacjenci Oddziału Kardiologii i OINK mieli zapewniony bezpośredni dostęp do Pracowni. Pomieszczenia Pracowni i ich wyposażenie spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 (w części I w lp. 7) do cyt. *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych* w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Pomieszczenia na poziomie „zero” budynku *Intercard* to: pokoje administracyjne, dyżurki lekarskie (2 szt.), gabinet diagnostyczny – zabiegowy.

(dowód: akta kontroli str. 73 - 84, 113 - 119)

Stwierdzono, że poprzez zawarcie stosownych umów i porozumień z innymi podmiotami świadczącymi usługi medyczne *Intercard* zapewnił możliwość:

- wykonania prac adaptacyjnych w pomieszczeniach ZOZ-u, w celu utworzenia Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Tomografii Komputerowej (dzierżawa pomieszczeń),
- wykonywania dla pacjentów, m. in.: *specjalistycznych badań diagnostycznych*, badań cytologicznych, endoskopowych, hemodializoterapii, badań za pomocą rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, transportu sanitarnego (w tym przewiezienia pacjentów do dalszej diagnostyki lub na leczenie), konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych,
- kierowania pacjentów na leczenie szpitalne w ramach hospitalizacji w zakresie kardiologii – do Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie.

W strukturze organizacyjnej *Intercard* nie było Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przy 4-łożkowym OINK, funkcjonowało piąte łóżko jako stanowisko intensywnej terapii. *Intercard* zapewnił leczenie pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii poprzez umowy w tej sprawie z ZOZ w Pińczowie (Szpital w lokalizacji) oraz z NZOZ Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie (sąsiedni powiat).

(dowód: akta kontroli str. 120 - 124)

W trakcie analizowania dokumentacji medycznej pacjentów, którym wykonywano świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii ostrych zespołów wieńcowych, nie stwierdzono przesłanek mogących wskazywać na niewywiązywanie się Centrum z obowiązku prowadzenia sprawozdawczości w ramach Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego.

W wyjaśnieniach Pan Prezes – Marcin Pasternak potwierdził przesyłanie ww. danych drogą elektroniczną do rejestru zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie *Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego*¹¹. Podał również, że *Intercard* przysyłał przedmiotowe dane do rejestru PL-ACS zgodnie z *protokołem badania przyjętym w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Sercowo-Naczyniowych POLKARD*.

Do wyjaśnień dołączono zaświadczenie o prowadzeniu przez Centrum, *Ogólnopolskiego Rejestru Procedur Kardiologii Inwazyjnej ORPI* - wydane przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum oraz potwierdzenie Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, o udziale Oddziału (od 2011 r.) w *Ogólnopolskim Rejestrze Ostrego Zespołu Wieńcowego – PL ACS*.

(dowód: akta kontroli str. 85 - 112, 125 - 138, 139 - 140)

Porozumienie, jakie *Intercard* zawarł z ZOZ-em w 2011 r., traktowało m. in. o zasadach udostępniania Izby Przyjęć ZOZ-u dla potrzeb lekarzy *Intercard*. Ustalono, że zgodnie z treścią ww. porozumienia ZOZ udostępni pomieszczenia Izby Przyjęć dla potrzeby kontaktu lekarzy *Intercard* z pacjentami Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w Pińczowie. Zasady korzystania przez *Intercard* z Izby Przyjęć zostaną określone pomiędzy Ordynatorem Izby Przyjęć a Dzierżawcą. W wyniku kontroli nie stwierdzono aby cytowane strony porozumienia udokumentowały wypracowanie zasad/procedur, o których mowa w porozumieniu. Prezes *Intercard* wyjaśnił, że były to zasady niesformalizowane, ustne.

¹¹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1234 ze zm.

W 2014 r. ZOZ dodatkowo wydzierżawił część pomieszczeń Izby Przyjęć dla potrzeb wspólnego korzystania w szczególności: *korytarze, sanitariaty oraz podjazdy dla karetek.*

(dowód: akta kontroli str. 73 – 84, str. 141 - 153)

Izba Przyjęć jako komórka organizacyjna *Intercard* od dnia od 7 września 2011 r., tj. od zarejestrowania, była wpisana do przywołanego powyżej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Taka forma jej funkcjonowania została zaakceptowana również przez służby sanitarno-epidemiologiczne. W Regulaminie Organizacyjnym *Intercard* także potwierdzono, że w skład komórek organizacyjnych *Intercard* wchodzi m. in. Izba Przyjęć. Do zadań Izby Przyjęć według Regulaminu Organizacyjnego *należy w szczególności objęcie pacjenta doraźną opieką pielęgniarską i lekarską stosownie do jego stanu, w tym wykonanie niezbędnych badań, rejestracja pacjentów zgłaszających się do Oddziału, przyjęcie do Oddziału i przekazanie do Oddziału pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji oraz udzielenie pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do hospitalizacji.*

Analizując dokumentację medyczną oraz uwzględniając wyjaśnienia Prezesa *Intercard* stwierdzono, że hospitalizując pacjentów wykorzystywano Izbę Przyjęć w sposób następujący:

- pacjenci z rozpoznaniem ostrego zawału serca przekazani przez Zespół Ratownictwa Medycznego kierowani byli na Oddział Kardiologiczny z pominięciem Izby Przyjęć – bezpośrednio do Pracowni Hemodynamiki. Badając dokumentację medyczną 118 pacjentów *Intercard*, dobranych zgodnie z warunkami niniejszej kontroli, stwierdzono jeden przypadek potwierdzający przyjęcie pacjenta przedmiotowym trybem,
- pacjenci przyjmowani na Izbę Przyjęć ZOZ: *u których na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych podejrzewa się ostry zawał serca, w wyniku porozumienia pomiędzy lekarzem Izby Przyjęć, a lekarzem dyżurnym Oddziału Kardiologicznego konsultowani/kwalifikowani byli przez tych ostatnich. W przypadku pozytywnej kwalifikacji, tj. przyjęcia pacjenta do leczenia inwazyjnego, procedura dalsza była prowadzona tak j.w.* Prezes Zarządu potwierdził jednocześnie, że w latach objętych kontrolą: *żaden pacjent Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie nie był przyjęty za pośrednictwem Izby Przyjęć Szpitala ZOZ.*
- pacjenci „planowi” przyjmowani byli bezpośrednio w *Intercard* – bez udziału Izby Przyjęć ZOZ. Procedurę przyjęcia prowadzono w tych przypadkach wykorzystując pomieszczenia i wyposażenie gabinetu diagnostyczno – zabiegowego (gabinetu kardiologicznego znajdującego się na terenie Oddziału).

(dowód: akta kontroli str. 154 - 168, 169 - 179)

W wyniku kontroli dokumentacji medycznej 118 pacjentów objętych ww. próbą, stwierdzono 11 przypadków przyjęcia pacjentów do leczenia interwencyjnego w *Intercard*, po przeprowadzeniu wstępnego procesu diagnostycznego w ZOZ Pińców. Lekarze ZOZ dyżurujący w Izbie Przyjęć skierowali pacjentów na Oddział Chorób Wewnętrznych ZOZ. W dokumentacji medycznej nie stwierdzono konsultowania tych przypadków z lekarzami *Intercard*.

Prezes Zarządu *Intercard* – Pan Marcin Pasternak udzielając wyjaśnień w tej sprawie potwierdził, że pacjenci, o których mowa powyżej zostali przyjęci do Oddziału Chorób Wewnętrznych ZOZ bez konsultacji z lekarzami-kardiologami z *Intercard*. *Szpital ZOZ w Pińczowie i Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie sąsiadują ze sobą, ale są niezależnymi jednostkami. Na zasadzie obopólnej współpracy lekarze ww. jednostek dokonują wzajemnych konsultacji pacjentów. W ww. przypadkach lekarz kardiolog Oddziału Kardiologii*

Intercard został poproszony o konsultacje i zdecydował o pilnym przeniesieniu ww. chorych na Oddział Kardiologii celem dalszego leczenia. Wszyscy pacjenci Centrum przyjmowani są przez Izbę Przyjęć Centrum. W praktyce - poprzez przyjęcie w gabinecie kardiologicznym Izby Przyjęć Centrum przez lekarza kardiologa Centrum. Przyjęcia i wstępną diagnozę przeprowadzano w gabinecie kardiologicznym znajdującym się w budynku Intercard lub w pomieszczeniach dzierżawionych od Izby Przyjęć ZOZ Pińczów.

(dowód: akta kontroli str. 85 - 112, 169 - 179, 180 - 187)

Ustalenia kontroli, w tym również wyjaśnienia Prezesa – Marcina Pasternaka potwierdziły, że *Intercard* jako podmiot udzielających świadczeń zdrowotnych prowadził zgodnie z § 2 ust.1 pkt 2, oraz m. in. w myśl § 26 i § 27 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹², własną dokumentację zbiorczą niezależną od Izby Przyjęć ZOZ Pińczów, tj.:

- Księgę Przyjęć do Szpitala,
- Księgę Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć.

Według zapisów Księgi Przyjęć do Szpitala poprzez *Izbę Przyjęć Centrum* zdiagnozowano:

- w 2012 r. – 885 pacjentów,
- w 2013 r. – 1096 pacjentów,
- w 2014 r. – 1289 pacjentów

(dowód: akta kontroli str. 169 – 179, str. 188)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Porozumienie ws. wspólnego korzystania z Izby Przyjęć funkcjonującej przy Szpitalu ZOZ w Pińczowie nie zawierało pisemnych zasad współpracy przy kwalifikowaniu pacjentów do *Intercard*.

Ocena częściowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli *Intercard*, w ramach swojej jednostki organizacyjnej Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie, realizując świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii, spełniał – poza funkcjonowaniem Izby Przyjęć – warunki formalno-prawne pozwalające na ich rzetelne udzielanie. Dysponowano wymaganym sprzętem i wyposażeniem medycznym. Zatrudniano lekarzy ze stosownym wykształceniem/specjalizacją medyczną. Podobnie pozostały personel medyczny posiadał wymagane wykształcenie i specjalistyczny staż pracy. *Intercard*, spełniał warunki formalne, co do wymaganej struktury organizacyjnej, w tym m. in. posiadania stosownych pracowni zabiegowych.

Intercard w porozumieniu ws. wspólnego korzystania z Izby Przyjęć funkcjonującej przy Szpitalu ZOZ w Pińczowie nie określił zasad współpracy przy kwalifikowaniu pacjentów do *Intercard*.

2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

W zakresie świadczeń kardiologia – hospitalizacja w 2012 r. zaplanowano 9.230 jednostek, zakontraktowano 19.675 (213% planu) na kwotę 1.023.111 zł, a wykonano 22.340 (113% zakontraktowanych) na kwotę 1.161.711 zł. Zapłatę *Intercard* otrzymał za 21.708 jednostek (97% wykonanych) w kwocie 997.007 zł.

¹² (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.)

W 2013 roku zaplanowano 14.947 jednostek, zakontraktowano 27.730 (185 planu), na kwotę 1.441.016 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zwiększył się o 8.055 jednostek (co stanowiło 141% w porównaniu do roku poprzedniego). Wykonano 33.652,60 jednostki (121% kontraktu), a zapłatę *Intercard* otrzymał za 27.729,60 jednostki (100% kontraktu i 82% wykonania) w kwocie 1.441.939,20 zł. W 2014 roku zaplanowano 54.947 jednostek, zakontraktowano 80.876 jednostek, na kwotę 4.205.552 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zwiększył się o 53.146 jednostek (292% w porównaniu do roku poprzedniego). Wykonano 84.171,14 jednostki (104% kontraktu). *Intercard* otrzymał zapłatę za 80.874,14 jednostki (96% wykonania i 100% kontraktu) w kwocie 4.205.455,28 zł. Główną przyczyną zwiększenia kontraktu w stosunku do roku poprzedniego było łączne kontraktowanie świadczeń z zakresu Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26.

W 2012 r. świadczenia w zakresie kardiologia – hospitalizacja E11, E12, E13, E14 *Intercard* zaplanował na poziomie 69.232 jednostek. Zakontraktowano 86.271 jednostek, wykonano 86.007 jednostek, za które w 100% otrzymano zapłatę w kwocie 4.472.364 zł. W 2013 r. świadczenia te planowano na poziomie 77.394 jednostek. Zakontraktowano i wykonano 111.657 (144% planu) na kwotę 5.806.164 zł. Zapłatę otrzymano za wszystkie wykonane świadczenia. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt uległ zwiększeniu o 25.386 (129%) jednostek, a wykonanie uległo zwiększeniu o 25.650 (130%) jednostek. W 2014 r. zaplanowanych zostało 63.886 jednostek. Zakontraktowano 104.632 jednostki, wykonano 104.104 jednostki. Zapłatę otrzymano za wszystkie wykonane świadczenia w kwocie 5.413.408 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zmniejszył się o 7.025 (6%) jednostek, wykonanie zmniejszyło się o 7.553 (7%) jednostki.

W zakresie świadczeń kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26 w 2012 r. zaplanowano 36.923 jednostki. Zakontraktowano 29.545 jednostek (80% planu), wykonano 22.758 jednostek (62% planu). Zapłatę *Intercard* otrzymał za wszystkie wykonane świadczenia w kwocie 1.183.416 zł. W 2013 r. zaplanowano 20.769 jednostek, zakontraktowano 23.053 jednostki (111% planu). Wykonano 23.333 (112% planu). Zapłatę *Intercard* otrzymał za 22.843 jednostki w kwocie 1.187.836 zł (99% kontraktu). W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zmniejszył się o 6.492 jednostki (zmniejszenie o 22%), wykonanie uległo zwiększeniu o 575 jednostek (zwiększenie o 3%). W roku 2014 łącznie kontraktowano świadczenia z zakresu Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26.

W latach 2011 – 2014 *Intercard* nie kontraktował świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – hospitalizacji oraz w zakresie izby przyjęć/SOR.
(dowód: akta kontroli str. 319-324)

W latach 2012 – 2014 *Intercard* udzielił 57.718 świadczeń według procedur ICD-9¹³, z czego 4.652 w 2012 r., 23.440 w 2013 r., 29.626 w 2014 r. W 2012 r. *Intercard* udzielił 4.652 świadczeń według procedur ICD-9. Największy udział miały procedury: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami – 1.745 (37,5% ogółu) świadczeń, koronarografia z użyciem dwóch cewników – 706 (15,2%), echokardiografia – 701 (15,1%), angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej – 381 (8,2%). Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 706 (15,2%), angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej – 381 (8,2%), wprowadzenie jednego stentu

¹³ Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych

naczyniowego – 282 (6,1%), wprowadzenie stentu (ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych do naczynia wieńcowego – 195 (4,2%).

W 2013 r. *Intercard* udzielił 23.440 świadczeń według procedur ICD-9. Największy udział miały: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami – 2.120 (9,1%), Sód – 1.718 (7,3%), Potas – 1.712 (7,3%), Kreatynina – 1.499 (6,4%). Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 876 (3,7%), angioplastyka wieńcowa nieokreślona inaczej – 470 (2%), wprowadzenie jednego stentu naczyniowego – 350 (1,5%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 269 (1,1%). Największy wzrost liczebności świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego wystąpił w procedurach: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami o 375 (21,4%), koronarografia z użyciem dwóch cewników o 170 (24%) oraz angioplastyka wieńcowa nieokreślona inaczej o 89 (23,3%).

W 2014 r. *Intercard* udzielił 29.626 świadczeń według procedur ICD-9. Największy udział miały: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami – 2.413 (8,1%) świadczeń, Sód – 2.223 (7,5%), Potas – 2.216 (7,5%), CK-MB – 1.940 (6,5%).

Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 967 (3,3%), angioplastyka wieńcowa nieokreślona inaczej – 502 (1,7%), wprowadzenie jednego stentu naczyniowego – 377 (1,3%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 349 (1,2%). Największy wzrost liczebności świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego wystąpił w procedurach: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami o 293 (13,8%), koronarografia z użyciem dwóch cewników o 91 (10,3%) oraz wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej o 80 (29,7%). Największy spadek odnotowano w procedurach: wprowadzenie stentu(ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych do naczynia wieńcowego o 71 (58,6%).

W 2012 r. najczęściej występującymi rozpoznaniem były: I25.0 (Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy) – 247 (28%), I21.4 (Ostry zawał serca podwosierdziowy) – 152 (17,3%), I21.1 (Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej) – 95 (10,8%), I20.0 (Dusznica niestabilna) – 69 (7,8%), I21.0 (Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej) – 64 (7,3%), I25.1 (Choroba serca w przebiegu miażdżycy) – 57 (6,5%), I49.5 (Zespół chorej zatoki) – 17 (1,9%). W 2013 r. najczęściej występowały nw. rozpoznania: I25.0 – 233 (21,7%), I20.0 – 169 (15,7%), I21.4 – 156 (14,5%), I21.0 – 76 (7,1%), I21.1 – 71 (6,6%), I25.1 – 63 (5,9%), I49.5 – 36 (3,4%). Największy wzrost w stosunku do roku poprzedniego wystąpił w rozpoznaniach I20.0 o 100 (144,9%) oraz I49.5 o 19 (111,8%). Największy spadek odnotowano w rozpoznaniu I21.1 o 25 (25,3%). W 2014 r. najczęściej występowały rozpoznania: I25.0 – 279 (22,7%), I21.4 – 210 (17,1%), I20.0 – 133 (10,8%), I21.0 – 73 (5,9%), I25.1 – 71 (5,8%), I21.1 – 69 (5,6%), I49.5 – 32 (2,6%). Największy wzrost w stosunku do roku poprzedniego wystąpił w rozpoznaniach I21.4 o 54 (23,1%) oraz I25.0 o 46 (19,7%). Największy spadek odnotowano w rozpoznaniu I20.0 o 36 (21,3%).

W 2012 roku zrealizowano w *Intercard* 881 (JGP)¹⁴. Największy udział miały JGP E27 (koronarografia i inne zabiegi inwazyjne) – 177 (20,1%), E12 (OZW leczenie inwazyjne złożone) – 147 (16,7%), E13 (leczenie inwazyjne powyżej 3 dni) – 114 (12,9%), E14 (leczenie inwazyjne poniżej 4 dni) – 107 (12,1%), E23

¹⁴ System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), wprowadzony w dniu 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – zmienionego zarządzeniami nr 69/2009/DSOZ, nr 72/2011/DSOZ i obowiązujące nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (NFZ.2013.89).

(angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu) – 72 (8,2%), E56 (choroba niedokrwienna serca poniżej 69 roku życia lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi) – 57 (6,5%). W roku 2013 zrealizowano 1074 JGP. Największy udział miały JGP E12 – 285 (27%), E27 – 283 (26%), E14 – 87 (8,1%), E13 – 84 (7,8%), E23 – 77 (7,2%), E32 – 41 (3,8%), E10 – 23 (2,1%), E56 – 16 (1,5%). Największy wzrost liczności świadczeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w JGP E12 – OZW leczenie inwazyjne złożone o 138 (93,9%) oraz E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne o 106 (59,9%). Największy spadek świadczeń wystąpił w JGP E13 – leczenie inwazyjne powyżej 3 dni o 30 (26,3%), E56 – choroba niedokrwienna serca powyżej 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi o 41 (71,9%) oraz E14 – leczenie inwazyjne poniżej 4 dnia o 20 (18,7%). W roku 2014 zrealizowano 1231 JGP. Największy udział miały JGP E27 – 316 (25,7%), E12 – 301 (24,5%), E10 – 121 (9,8%), E23 – 117 (9,5%), E32 – 55 (4,5%), E13 – 36 (2,9%), E56 – 27 (2,2%), E14 – 18 (1,5%). Największy wzrost liczności świadczeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w JGP E10 - diagnostyka inwazyjna o 98 (426%) oraz E23 - angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu o 40 (51,9%). Największy spadek świadczeń wystąpił w JGP E14 – leczenie inwazyjne poniżej 4 dni o 69 (79,3%) oraz E13 – leczenie inwazyjne powyżej 3 dni o 48 (57,1%).

(dowód: akta kontroli, str. 325-430)

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń w kardiologii, w okresie objętym kontrolą był zgodny z ustalonym w kontrakcie z NFZ i rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 431)

Analiza dokumentacji medycznej, tj. *Księgi Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych*, prowadzonej przez *Intercard* od dnia 12 września 2011 r. oraz cyt. uprzednio wyjaśnień Prezesa *Intercard* w sprawie trybu przyjmowania pacjentów wykazały, że przywołana *Księga Odmów (...)* stanowiła jedyną dokumentację dotyczącą trybu, przyczyn i dalszych działań w związku z odmową przyjęcia pacjentów na leczenie szpitalne do *Intercard*.

W 2011 r. nie stwierdzono odmów przyjęcia, w 2012 r. – odnotowano 4 odmowy przyjęcia, w 2013 – 22 odmowy i w 2014 r. – 58 odmów.

W kontroli poddano analizie szczegółową dokumentację medyczną (na podstawie wyboru celowego, z określonych 3 miesięcy) dotyczącą:

- 4 odmów z 2012 r. (wszystkie w tym roku). Wszyscy pacjenci zgłosili się ze skierowaniem od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- 6 odmów z 2013 r. – pacjenci skierowani przez lekarzy POZ,
- 13 odmów z 2014 r. – z tego 6 osób skierowane przez lekarzy POZ, pozostałe 7 osób zgłosiły się do *Intercard* bez skierowania.

Analiza przedmiotowej dokumentacji wykazała, że:

- nie było wskazań do natychmiastowej hospitalizacji, w związku z problemami zdrowotnymi, które były przyczyną zgłoszenia się pacjentów do *Intercard*,
- brak wskazań do pilnej hospitalizacji w Oddziale Kardiologii dotyczył wszystkich pacjentów. Dwóch pacjentów wymagało planowej diagnostyki kardiologicznej w Centrum, pozostali wymagali modyfikacji już stosowanej farmakoterapii lub diagnostyki dolegliwości niekardiologicznych. U jednego pacjenta wykluczono cechy dysfunkcji sztucznej zastawki serca – chory skierowany do poradni

¹⁵ Rejestr jest dostępny na stronach internetowych Centrum Systemów Informatycznych Ministerstwa Zdrowia – <http://rpwdl.csioz.gov.pl/>.

kardiologicznej (AOS). W jednym przypadku wystąpiła błędna interpretacja zapisu ekg przez lekarza POZ.

Analiza nie wykazała nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy konsultujących, których postępowanie było zgodne z obowiązującymi standardami. Stwierdzono, że we wszystkich analizowanych przypadkach, lekarze *Intercard* wykonali zgłaszającym się pacjentom *badania podmiotowe i przedmiotowe*, w tym badania ekg i w miarę potrzeby badania TTEcho i badania poziomu markerów martwicy mięśnia serca.

Wszyscy ww. pacjenci, którym odmówiono przyjęcia, zostali skierowani przez lekarzy *Intercard* do dalszej diagnostyki w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradniach Kardiologicznych. W dwóch przypadkach zapisano pacjentów do planowej kolejki, w celu poprowadzenia dalszych badań kardiologicznych w *Intercard*.

Ustalono, że brak wolnych łóżek na Oddziale Kardiologicznym (łącznie z OINK) nie był przyczyną odmowy przyjęcia pacjentów. W trakcie diagnozowania pacjentów obłożenie łóżek wynosiło od 6 do 16 pacjentów (jeden przypadek w dniu 30 maja 2014 r.), a średnio ok. 10 pacjentów. *Intercard* dysponował 11 łóżkami na Oddziale Kardiologicznym, 5 na OINK i 9 łóżkami w pokojach dzierżawionych od ZOZ Pińczów.

(dowód: akta kontroli str. 85 - 112, 189 - 190)

Średni czas hospitalizacji pacjentów w *Intercard* w 2012 r. wynosił 2,97 dnia. Hospitalizacji jednodniowych (poniżej 24 h) było 35 (4% ogółu), hospitalizacji dwudniowych (pomiędzy 24 a 48 h) było 297 (33,8%), hospitalizacji trzydniowych (pomiędzy 48 a 72 h) było 175 (19,9%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 374 (42,3%). W 2013 r. średni czas hospitalizacji w *Intercard* wynosił 3,11 dnia. Jednodniowych hospitalizacji było 54 (5% ogółu), dwudniowych było 364 (33,9%), trzydniowych było 185 (17,5%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 471 (43,6%).

Średni czas hospitalizacji w *Intercard* w 2014 r. wynosił 3,25 dnia. Hospitalizacji jednodniowych było 64 (5,2% ogółu), hospitalizacji dwudniowych było 454 (36,9%), hospitalizacji trzydniowych było 186 (15,1%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 527 (42,8%).

(dowód: akta kontroli str. 432)

Kontrolą objęto celowo dobraną dokumentację medyczną 118 hospitalizacji z lat 2012-2013 (6% ogółu pacjentów odnotowanych w cyt. Księdze Przyjęć). Dokumentacje medyczne dotyczyły:

- 10 przypadków zawałów typu STEMI (wszystkie w 2012 r.), w tym 7 przypadków rozpoznań według ICD 10¹⁶ jako I21.1 – ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej i 3 przypadki I21.0 – ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej,
- 44 przypadków zawałów typu NSTEMI (28 w 2012 r. i 16 w 2013 r.), w tym jeden MI typu 4a (powikłanie spowodowane przeprowadzoną procedurą). Wszystkie zostały zakodowane z rozpoznaniem według ICD 10 jako I21.4 – ostry zawał podścielczy. Zawał typu 4a wystąpił u pacjenta u którego przeprowadzono zabieg PCI (angioplastyka) z powodu dławicy piersiowej niestabilnej. Zawał został

¹⁶ ICD – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta, o której mowa w cyt. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447) oraz zarządzeniu nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21.10.2011 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (ze zm.)

rozpoznany na podstawie obrazu klinicznego oraz wzrostu stężenia troponin - od 25 pg/ml do 357 pg/ml w kolejnych pomiarach wykonywanych po zabiegu.
- 64 przypadki zakodowane według ICD 10 jako I 20.0, tj. choroba niedokrwienna serca – dławica piersiowa niestabilna (15 w 2012 r. i 49 w 2013 r.).

Długość hospitalizacji pacjentów z zawałem serca typu STEMI, we wszystkich przypadkach przekroczyła 48 godzin i nie przekraczała 72 godzin. Wynosiła od 50 godzin i 51 minut do 70 godzin i 43 minut. Średni czas hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem STEMI wynosił 66 godzin i 46 minut.

Czas oczekiwania 10 pacjentów z rozpoznaniem zawałem serca typu STEMI na interwencję zabiegową (rozumianą jako rozpoczęcie wykonania procedury koronarografii) wynosił od 5 do 140 minut, średnio 62,5 minut. W 5 przypadkach czas oczekiwania na rozpoczęcia koronarografii przekroczył 60 minut¹⁷.

Według wyjaśnień Prezesa Zarządu *Intercard* oraz Ordynatora Oddziału Kardiologicznego – Pana Leszka Badacza: *chory z zawałem STEMI zostaje przyjęty bezpośrednio do Pracowni Hemodynamiki. Wyjątkowo zdarzają się odstępstwa od tej zasady. Mogą być spowodowane trwającym właśnie zabiegiem u innego pacjenta lub dotyczyć chorych przyjętych w odległej godzinie zawału serca bez ostrych dolegliwości i/lub z nawrotem stenokardii bez cech niewydolności serca, z niejednoznacznymi zmianami ST-T w zapisach ekg, aktualnie bez typowych objawów dławicowych itp. Wymagają oni wykonania dodatkowych badań diagnostycznych przed podjęciem decyzji o rewaskularyzacji mięśnia serca w odległej godzinie od początku epizodu.*

Analiza dokumentacji medycznej, w tym pacjentów dla których czas oczekiwania najbardziej odbiegał od przyjętej w badaniu granicy 60 min.¹⁸ i wynosił 140 min. i 120 min. wykazała, że czas oczekiwania wynikał z przyjęcia pacjentów do *Intercard* w odległych godzinach od początku zawału. Pacjenci zostali zakwalifikowani początkowo do leczenia zachowawczego, ale ze względu na nawrót dolegliwości bólowych, pojawienia się zaburzeń rytmu, podjęto decyzję o wykonaniu koronarografii, w trakcie których podejmowano decyzję o rewaskularyzacji *ad hoc*.

W pozostałych przypadkach czas ten wynosił od 2 do 48 minut od przyjęcia pacjenta na Oddział Kardiologii, co było zgodnie z wytycznymi ESC/PTK dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia serca¹⁹.

Analiza dokumentacji medycznej – historii chorób 118 pacjentów *Intercard* nie wykazała przypadków wykonywania pacjentom interwencji zabiegowych w sytuacji, gdy nie stwierdzono istotnych zwężeń w tętnicach. Do każdej historii choroby dołączono kartę zabiegu angioplastyki z uwzględnieniem zastosowanych wyrobów medycznych oraz zaaplikowanej dawki promieniowania jonizującego. Opisy koronarografii oraz angioplastyki zostały zamieszczone również w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego. W dokumentach po przeprowadzeniu badania koronarograficznego podawano m. in. procentowy stopień zwężenia/zwężeń tętnic wieńcowych lub opisowo poprzez określenia: „subtotalnie”, „zamknięta”, „zwężona krytycznie”.

Wykazano, analizując cyt. dokumentację medyczną, że wszystkie interwencje podjęto na podstawie obrazu klinicznego uzyskanego z badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań dodatkowych, przy czym decyzja o rewaskularyzacji mechanicznej była podejmowana podczas koronarografii.

¹⁷ Numery księgi głównej: 32/2012, 317/2012, 347/2012, 379/2012, 540/2012

¹⁸ Na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich przekazanych w badaniu ankietowym

¹⁹ Kardiologia Polska 2010; 68 (supl. VIII), str. 589-591

Stwierdzono, że w dwóch przypadkach badania koronarograficzne wykazały zwężenie tętnicy do 50%²⁰. Dokumentacja medyczna wskazała jednak na zasadność/konieczność przeprowadzenia w tych przypadkach interwencji zabiegowych, ponieważ wykazano, że: *RCA do 50%, w PCI „uwidoczniono długą zmianę do 50-70% oraz RCA 50% (rozsiane na całym przebiegu tętnicy).*

Zabieg interwencyjny u jednego z pacjentów przeprowadzono po konsultacji przeprowadzonej w ramach *heart team*²¹ (wynik na piśmie uzyskano drogą fax). W innym przypadku pacjenta zakwalifikowano do ww. konsultacji po przeprowadzonym zabiegu PCI jednego zwężenia w chorobie wielonaczyniowej.

Ustalono, że *organizowanie konsultacji kardiologicznych w ramach heart team dla pacjentów ze zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej lub odpowiednikiem zwężenia pnia jest zalecane w wytycznych postępowania w zakresie kwalifikowania chorych do zabiegów angioplastyki wieńcowej.*

(dowód: akta kontroli str. 85 - 112, 125 - 138)

Stwierdzono, analizując dokumentację medyczną pacjentów z rozpoznaniem zawałem mięśnia sercowego (STEMI i NSTEMI – 37 pacjentów w 2012 r. i 16 w 2013 r., łącznie – 53 pacjentów), że w 25 przypadkach przedmiotowych hospitalizacji, wypisano pacjentów ze szpitala pomimo wzrastających – w badaniu poprzedzającym wypis - poziomów troponiny, jednego z markerów martwicy mięśnia sercowego (cTn). Wykazano jednocześnie, że spośród ww. 25 przypadków, gdzie stwierdzono wzrost poziomów troponin:

- u pozostałych pacjentów – poza 3 przypadkami wskazanymi poniżej – następował spadek poziomu CK-MB, tj. drugiego ze stosowanych markerów martwicy mięśnia sercowego,
- te 3 przypadki dotyczyły hospitalizacji pacjentów: JT214/2012 gdzie wykonano tylko jedno oznaczenie CK-MB oraz CM304/2012 i GH575/2012 gdzie nastąpiły wzrosty poziomu CK-MB w ostatnim badaniu,
- w hospitalizacjach: WS163/2012, TT154/2012, PS412/2013 i NB529/2013 wykonano jeden pomiar cTn – stąd brak możliwości odniesienia się co poziomu markera.

W wyjaśnieniach Ordynator Oddziału Kardiologicznego – Pan Leszek Badacz podał, że:

- *wszyscy pacjenci wypisywani ze szpitala (...) nie prezentowali żadnych nowych objawów chorobowych, byli pacjentami z wydolnym układem krążenia – bez objawów niewydolności mięśnia sercowego zarówno w badaniach przedmiotowych, jak i badaniach dodatkowych TTecho, bez istotnych zmian w zapisie EKG,*
- wykorzystanie oznaczenia kinazy kreatynowej i jej frakcji sercowej jako markera wiodącego (CK i CK-MB) pozwala na szybszą ocenę normalizacji stanu po epizodzie niedokrwienia mięśnia sercowego. Czas ewolucji ww. markera wynosi zwykle 48 – 72 godz., natomiast poziom troponiny może się utrzymywać na wysokim poziomie przez okres 3 - 4 tygodni,
- każdy przypadek wypisania pacjenta, w tym również ww. 2 przypadki gdy nastąpił wzrost CK-MB oraz przypadek wykonania jednego badania w tym zakresie, były uzasadnione względami medycznymi potwierdzonymi w ocenie stanu ogólnego pacjenta przez lekarza wypisującego,

²⁰ Nr księgi głównej: 575/2012 i 632/2013.

²¹ Pacjenci, księga główna: 124/2012, 281/2013. Konsultację przeprowadzono w Klinice Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego – Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. *Heart team* - zespół w skład którego wchodzi kardiochirurg, kardiolog i kardiolog hemodynamista.

- wykonanie jednego pomiaru stężenia troponiny wynikało:
 - z przyjęcia i zaakceptowania wyników wykonanych w innych szpitalach (2 przypadki – jednocześnie nie wykonano kopii i nie zachowano tych wyników),
 - zaginięcia wyniku cTn (w 1 przypadku – w dokumentacji zachowano kartę zlecenia badań),
 - w pozostałym przypadku – wypisanie pacjenta *podjęto na podstawie obrazu klinicznego, który odpowiadał zawałowi typu NSTEMI o łagodnym przebiegu z niewielkim wzrostem stężenia markerów i bez nasilonych dolegliwości dławicowych.*

(dowód: akta kontroli str. 88 – 112, str. 169 - 179)

W 14 przypadkach choroby wielonaczyniowej (7 w 2012 r. i 7 w 2013 r. - stwierdzonych podczas koronarografii), zabiegowi poddano zwężenie w jednym naczyniu, a ponadto w jednym – (pacjent – G.A. 157/2012) – zabiegowi rewaskularyzacji poddano 2 naczynia wieńcowe. Jednocześnie we wszystkich tych 15 przypadkach wyznaczono termin kolejnego etapu rewaskularyzacji mechanicznej, wskazując termin w karcie informacyjnej lub zalecając zgłoszenie się do poradni.

Z ww. analizowanej grupy pacjentów, w 7 przypadkach pierwsza rewaskularyzacja była wykonywana w związku z wystąpieniem zawału mięśnia sercowego typu NSTEMI, w pozostałych 8 – powodem pierwszej angioplastyki było występowanie objawów choroby niedokrwiennej serca.

Ustalono, że w omawianych przypadkach wszystkie kolejne hospitalizacje (14 - jedna nie została zrealizowana, pacjent nie zgłosił się na zabieg), podczas których zrealizowano kolejne angioplastyki, zostały wykazane do sfinansowania przez Oddział Wojewódzki NFZ, jako grupy JGP²² przeznaczone do rozliczania zabiegów angioplastyki wieńcowej, wykonywanych w stanach klinicznych innych niż ostry zespół wieńcowy, tj.:

- E20 – angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż dwóch stentów DES (1 przypadek),
- E23 – angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES (9 przypadków),
- E24 – angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa (1 przypadek),
- E25 – angioplastyka wieńcowa z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi DES (3 przypadki).

W wyjaśnieniach Ordynator Oddziału Kardiologicznego – Pan Leszek Badacz podał, odpowiadając na pytanie – dlaczego w ww. analizowanych hospitalizacjach wykonano zabiegi tylko na jednej tętnicy wieńcowej, a odroczone zabiegi na pozostałych tętnicach pomimo występowania w nich istotnych zwężeń oraz z czego wynikało wyznaczenie czasu przerwy pomiędzy zabiegami (3 lub 4 tygodnie) – że zgodnie z zaleceniami ESC/PTK u chorych z Ostрым Zespołem Wieńcowym (UA, STEMI, NSTEMI) należy wykonywać inwazyjną rewaskularyzację tylko w zakresie tętnicy dozawałowej. Biorąc pod uwagę, że stres związany z OZW może powodować obkurczanie tętnic wieńcowych pod wpływem katecholamin, stwierdzone w koronarografii zwężenia innych tętnic wieńcowych należy pozostawić

²² Według katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 października 2011 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

do ponownej oceny klinicznej i angiograficznej i ewent. dalszych etapów rewaskularyzacji. Okres odroczenia następnego etapu na ok. 3-4 tygodnie związany jest z okresem gojenia pozawałowego mięśnia serca i możliwością oceny klinicznej pacjenta przed ewentualnym, następnym etapem PCI. Takie postępowanie, prowadzące do zmniejszenia dawki promieniowania, obniżenia ilości podanego kontrastu, a zatem ryzyka nefropatii pokontrastowej oraz obniżenie stresu chorego, pozwala na zmniejszenie ryzyka okołozabiegowego dla pacjenta i jest postępowaniem ogólnie stosowanym. Dla pacjentów we wstrząsie – zalecane jest możliwe najpełniejsze zaopatrzenie wszystkich istotnych zwężeń jednocześnie.

(dowód: akta kontroli str. 88 - 125, 180 - 187)

Szacunkowa analiza kosztów hospitalizacji po 3 losowo wybranych pacjentów²³ rozliczonych w każdej z najliczniejszych JGP (E10, E12, E23, E27, E32) w 2014 r. wykazała, że:

- w JGP E10 koszt hospitalizacji wynosił od 3.080,46 zł do 13.088,34 zł, przychód uzyskany z NFZ wynosił 4.628 zł (każdorazowo), zysk od 1.083,59 zł do 1.547,54 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 651 – wystąpiła strata w kwocie 8.460,34 zł;
- w JGP E12 koszt wynosił 8.452,72 zł do 54.639,08 zł, przychód 13.728 zł (każdorazowo), zysk od 867,58 zł do 5.275,28 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 1.095 wystąpiła strata w wysokości 37.479,08 zł;
- w JGP E23 koszt wynosił od 4.195,84 zł do 7.392,6 zł, przychód wyniósł 12.740 zł (każdorazowo), zysk wyniósł od 5.347,4 zł do 8.544,16 zł;
- w JGP E27 koszt wynosił od 2.494,71 zł do 4.244,57 zł, przychód wyniósł 1.664 zł (każdorazowo). Strata wynosiła od 830,71 zł do 872,47 zł;
- w JGP E32 koszt wynosił 4.739,73 zł do 13.043,21 zł, przychód wyniósł 7.748 zł (każdorazowo), zysk od 2.847,62 zł do 3.008,27 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 648 – strata wyniosła 5.295,21 zł.

Najbardziej opłacalna dla *Intercard* była JGP E23 (zysk 8.544,16 zł), natomiast największa strata wystąpiła w JGP E12 (37.479,08 zł).

(dowód: akta kontroli str. 433-446)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę na możliwość występowania niejednorodnej praktyki w zakresie uzależniania czasu hospitalizacji pacjentów od zmian poziomu troponiny. Z przeprowadzonej na potrzeby kontroli ankiety wynika bowiem, że według konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dr hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz 8 z 10 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii²⁴ wypis pacjenta z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym lub zawałem mięśnia sercowego NSTEMI lub STEMI po przeprowadzeniu leczenia interwencyjnego (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu) jest możliwy, gdy poziom troponiny maleje, nawet jeśli jest on nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego. Jednocześnie jednak dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii (małopolski, warmińsko-mazurski) stwierdziło, że >>Oznaczenie poziomu troponiny jest pomocne w ocenie ryzyka pacjenta z zawałem serca jednak jej poziom nie może być używany jako pojedynczy wskaźnik determinujący długość hospitalizacji (...) zwiększanie się stężenia troponiny w kolejnych pomiarach może świadczyć o utrzymującym się niedokrwieniu o ile jest to skorelowane z zapisem EKG oraz stanem klinicznym pacjenta. U pacjentów z niewydolnością nerek poziom troponiny może być przewlekłe zwiększony<< oraz, że >>Stężenie troponiny nie jest

²³ Pacjenci z 2014 r. o różnych okresach hospitalizacji i 1 pacjent z powikłaniami.

²⁴ Lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego.

właściwym wskaźnikiem określającym termin wypisu chorego do domu. Decyduje obraz kliniczny. Staramy się jednak uzyskać zmniejszenie stężeń wskaźników martwicy serca wskazujące na proces gojenia.<<

2. Wątpliwości NIK budzi rozliczenie 4 hospitalizacji z 2012 r. (numery księgi głównej: 237/2012, 502/2012, 651/2012, 735/2012), jako świadczeń z grup JGP dedykowanych ostrym zespołom wieńcowym. Prezes *Intercard* w wyjaśnieniach dotyczących ww. przypadków przywołał argumenty uzasadniające zdiagnozowanie i rozliczenie *niestabilnej dławicy*. Wykazano bowiem w koronarografii występowanie istotnych zwężeń oraz wykonano rewaskularyzację. W ocenie NIK stwierdzenie zwężenia nie jest tożsame z występowaniem stanu patofizjologicznego określanego jako OZW, jak również zidentyfikowanie czynników ryzyka wystąpienia OZW nie jest tożsame z występowaniem ostrego zespołu wieńcowego. Zdaniem NIK uzasadnione byłoby zweryfikowanie przez *Intercard* powyższych przypadków i ewentualne ich przedstawienie NFZ do ponownego rozliczenia.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Stwierdzono 5 przypadków, kiedy podczas przyjęcia do *Intercard*, w historiach choroby nie odnotowano informacji o poziomie troponiny oraz CK-MB. Pacjenci zostali przyjęci do *Intercard* i wykazani do rozliczenia w OW NFZ, jak po leczeniu ostrego zespołu wieńcowego. Konieczność oznaczenia markerów uszkodzenia mięśnia sercowego przy przyjęciu do szpitala pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego jest działaniem rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne²⁵.

W ocenie NIK zrezygnowanie z wykonania w tych przypadkach oznaczenia poziomu markerów sercowych, stoi w sprzeczności z zasadami prowadzenia diagnostyki w OZW oraz finansowania takiego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jak w przypadkach ostrego zespołu wieńcowego.

W wyjaśnieniach w tej sprawie podano, że posłużono się oznaczeniami poziomów markerów wykonanych w innych szpitalach przed przyjęciem do *Intercard*, jednak nie zachowano ani kopii informacji o wynikach badań ani kart informacyjnych z tych poprzedzających hospitalizacji.

Działanie *Intercard* w przywołanych powyżej sprawach naruszało dyspozycję § 15 ust. 4 pkt 3 i ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁶.

(dowód: akta kontroli str. 88 - 112, 258 - 270, 271 - 318)

2. W przedstawionych powyżej 5-ciu przypadkach, braki w dokumentacji nie upoważniały *Intercard* do rozliczenia udzielonych świadczeń poprzez JGP jako E12 (4-krotnie) i E14 (jeden raz). Dokumentacja medyczna nie potwierdzała konieczności przyjęcia pacjenta w trybie pilnym. Działalność *Intercard* była niezgodna z § 11 ust. 1 i 12, § 13 ust. 1-5 zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne²⁷.

3. Dokumentacja medyczna hospitalizacji 3 pacjentów z 2013 r. (numer: 384/2013, 391/2013, 415/2013) nie pozwalała na zakwalifikowanie tych hospitalizacji do rozliczenia w grupach dedykowanych ostrym zespołom wieńcowym. W ww. przypadkach stan patofizjologiczny pacjentów został określony jako *dławica stabilna*. Powyższa diagnoza wskazuje na brak zasadności rozliczenia tych hospitalizacji

²⁵ Według zaleceń publikowanych na stronie www.ptkardio.pl

²⁶ Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.

²⁷ NFZ.2011.42.72 ze zm.

w grupie E12, dedykowanej wyłącznie ostrym zespołom wieńcowym. Występowanie ostrego zespołu wieńcowego wyklucza jednoczesne występowanie stabilnej postaci dławicy piersiowej. Wyjaśnienia Ordynatora w tych sprawach wprawdzie uzupełniają opisy zamieszczone w historiach choroby jednak pierwotne diagnozy określone przez lekarza badającego pacjenta jako dławica stabilna pozostają niezmienione.

Intercard w tych przypadkach nie uwzględnił dyspozycji zawartych w cyt. przepisach zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 85 -112, 213 – 239, 240 - 257)

Od rejestracji *Intercard* jako podmiotu wykonującego działalność leczniczą, do czasu zawarcia umowy z Oddziałem Świętokrzyskim NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w trybie art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸, *Intercard* udzielał świadczeń zdrowotnych w trybie art. 19 cyt. ustawy, tj. w stanach nagłych. Od 10 września 2011 r. do końca roku 2011 udzielono łącznie 140 takich świadczeń. Do świadczeń zgodnych z ustalonym ww. zakresem, zaliczono ostatecznie 130 przypadków. W 10 pozostałych przypadkach hospitalizacja pacjentów przeciągnęła się na rok 2012 i została rozliczona w ramach kontraktu z NFZ. Po kontroli zasadności merytorycznej tych hospitalizacji Oddział Świętokrzyski NFZ uznał, że wszystkie 130 hospitalizacje spełniały warunki przypadków nagłych, o których mowa w art. 19 ww. ustawy.

W okresie tym *Intercard* – działając w trybie ust. 4 i 5 przepisu art. 19 cyt. ustawy – wystąpił do dyrektorów Oddziałów NFZ o wypłatę wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom w stanach nagłych. Po dwa przypadki dotyczyły pacjentów z województw śląskiego i małopolskiego. Pojedynczy pacjenci pochodzili z województw: podkarpackiego i podlaskiego. W pozostałych 124-ech przypadkach *Intercard* zwrócił się o wynagrodzenie do Oddziału Świętokrzyskiego NFZ.

Początkowa łączna kwota wynagrodzenia za świadczenia udzielone w trybie nagłym, o którą wystąpił *Intercard* wynosiła 1.523.620 zł. Po uwzględnieniu zasad wynikających z obowiązującego w NFZ systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) przeszacowano wyliczone świadczenia do kwoty 1.437.435 zł, z tego kwota 1.366.239 zł dotyczyła pacjentów należących do Oddziału Świętokrzyskiego NFZ.

W rezultacie kontroli świadczeń przez Oddział Świętokrzyski NFZ zmieniono kwalifikację świadczeń dla 9 pacjentów. Po kontroli wnioskowana kwota należności wobec ww. Oddziału została obniżona do kwoty – 1.117.155 zł.

Pan Marcin Pasternak – Prezes Zarządu wyjaśnił, że *błąd dotyczył w zakresie ilości 6,9% pacjentów, a w zakresie kwoty – 16,25% wartości. Zastrzeżenia dotyczyły przyjęcia pacjentów w trybie pilnym. Spółka przeprowadziła dodatkowe szkolenia w zakresie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dla zespołu medycznego oraz prawidłowości rozliczeń dla zespołu administracyjnego.*

W wyniku ugody sądowej jaką w dniu 24 października 2013 r. zawarł *Intercard* z Oddziałem Świętokrzyskim NFZ - ostateczna kwota zapłacona za wykonanie świadczeń w trybie nagłym wyniosła 865.139 zł. Według Prezesa Zarządu przystano na ww. ugodę ze względu na biznesową politykę Spółki.

Do dnia zakończenia niniejszej kontroli Oddział Śląski NFZ i Oddział Podlaski NFZ odmówiły *Intercard* zapłaty wynagrodzeń za świadczenia udzielone w 2011 r. w trybie nagłym - odpowiednio za 2 faktury na kwotę łączną 25.551 zł i za fakturę na kwotę 12.036 zł.

²⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

Prezes Zarządu – Pan Marcin Pasternak w wyjaśnieniach podał, że w tych sprawach Spółka prowadzi działania windykacyjne, jednak Zarząd zastrzega sobie możliwości ich zaprzestania i umorzenia roszczeń ze względu na przewidywane koszty obsługi prawnej pozwu sądowego.

W latach 2011 – 2014 kontrola świadczeń realizowanych w ramach cyt. art. 19, była jedyną kontrolą przeprowadzoną przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w *Intercard*.

(dowód: akta kontroli str. 190 - 197, str. 198 - 212)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że *Intercard* zapewnił pacjentom dostępność świadczeń medycznych w zakresie kardiologii inwazyjnej. Pacjenci z najcięższymi postaciami zawału mięśnia sercowego hospitalizowani byli ponad 48 godzin. Czas oczekiwania na interwencję zabiegową - poza przypadkami uzasadnionymi względami medycznymi - nie przekraczał 60 minut. Nie stwierdzono nieuzasadnionych interwencji zabiegowych.

Stwierdzono jednak, że w procesie leczenia chorych wystąpiły przypadki niestosowania się do wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dotyczyły one głównie niewykonywania w działalności diagnostyczno-terapeutycznej pomiarów stężeń markerów martwicy mięśnia sercowego.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

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 Kontroli²⁹, wnosi o:

1. Zweryfikowanie i ponowne rozliczenie z NFZ hospitalizacji dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu, a rozliczonych przez Szpital w grupie JGP dedykowanej OZW.
2. Zapewnienie zgodnego z obowiązującymi przepisami prowadzenia dokumentacji medycznej.

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 Delegatury NIK w Rzeszowie.

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.

Rzeszów, dnia 15 lipca 2015 r.

²⁹ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
Podpis