



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ. 410.13.3.2024

**Pan
Andrzej Kwiatkowski
Dyrektor
Wojewódzkiej Stacji
Pogotowia Ratunkowego
w Rzeszowie
ul. Ks. Poniatowskiego 4
35-026 Rzeszów**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/045 Opieka paliatywna i hospicyjna finansowana ze środków publicznych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie (dalej: <i>WSPR</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kwiatkowski - Dyrektor
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. 2. Rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Monika Marciniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/75/2024 z dnia 10 czerwca 2024 r.

(akta kontroli tom I str.1 -2)

¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność WSPR w Rzeszowie mającą na celu zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej: *oph*) w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. WSPR udzielała świadczeń *oph* zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej³. Stosowała również standardy zdefiniowane przez Radę Europy w Wytocznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej.

Pacjenci Klinicznego Oddziału Opieki Paliatywno – Hospicyjnej wraz z Zespołem Opieki Domowej (dalej: *Oddział OPH*) mieli zapewnione warunki udzielania świadczeń zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵.

Pacjentom objętym *oph* zapewniano leczenie bólu, zapewniono im również prawo do godności i intymności zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶.

NIK pozytywnie ocenia fakt, że WSPR nie ograniczał liczby pacjentów ani zakresu udzielanych im świadczeń opieki paliatywno – hospicyjnej, których stałym elementem była codzienna fizjoterapia i pomoc psychologiczna obejmująca również rodziny.

W ocenie NIK dobrą praktyką było zaangażowanie Kierownika Oddziału OPH w prowadzenie aktywnej działalności medialnej mającej na celu upowszechnianie wiedzy na temat zasad działalności i potrzeb opieki paliatywno – hospicyjnej, jak również podejmowanie współpracy z wolontariuszami.

Równocześnie kontrola wykazała nieprawidłowość polegającą na niezłożeniu w 63 przypadkach do NFZ dokumentów rozliczeniowych w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni co było niezgodne z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opis stanu faktycznego

1.1. Świadczenia w ramach opieki paliatywno – hospicyjnej (dalej: *świadczenia oph*) realizowane były przez WSPR od dnia 1 stycznia 1994 r.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 262, dalej: *rozporządzenie w sprawie oph*

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: *rozporządzenie w sprawie wymagań*

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: *rozporządzenie w sprawie warunków umów*

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm., dalej: *ustawa o prawach pacjenta*

⁷ Oceny częstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Przedmiotowe świadczenia udzielane były przez Oddział OPH. Pracami Oddziału OPH kierował kierownik – lekarz.

Do zadań Oddziału OPH należało:

- ustalanie leczenia objawowego i poprawa komfortu życia pacjentów z chorobą nowotworową, zdyskwalifikowaną z leczenia przyczynowego;
- udzielanie świadczeń opiekuńczo – leczniczych dla pacjentów z chorobami nowotworowymi, wymagającymi opieki z ustalonym leczeniem i rozpoznaniem;
- zwalczanie bólu;
- pielęgnacja pacjenta;
- łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych pacjenta;
- edukacja zdrowotna.

Do zadań Zespołu Opieki Domowej (dalej: ZOD) należało:

- wizyty lekarza w ramach domowej opieki paliatywnej;
- opieka wyjazdowa świadczona przez pielęgniarkę pacjentom w terminalnym stanie choroby nowotworowej przebywającym w swoich domach.

Wizyty u pacjentów odbywały się w dniu zgłoszenia.

(akta kontroli tom I str. 4 - 152)

W każdym roku objętym kontrolą świadczenia oph poddane były audytom zewnętrznym i wewnętrznym.

Audyty zewnętrzne⁸ nie wykazały żadnych niezgodności.

Audyty wewnętrzne, prowadzone zgodnie z *Programem audytów wewnętrznych* zatwierdzanym w każdym roku przez Dyrektora WSPR, wykazały następujące niezgodności:

- w roku 2022 numeracja księgi głównej nie odpowiadała numeracji księgi oddziału oraz nieprawidłowy nadzór sprawowany przez pielęgniarkę koordynującą nad sprzętem medycznym;
- w roku 2023 nieprawidłowe gospodarowanie lekami.

W związku z tymi niezgodnościami sporządzane były karty niezgodności oraz formułowane wnioski o podjęcie działań korygujących. Przeprowadzane nieplanowane audyty sprawdzające wykazywały, iż niezgodności zostały usunięte.

(akta kontroli tom I str. 153 - 215, tom II str. 217 - 225)

W latach 2022-2024 Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Rzeszowie przeprowadziła łącznie 9 kontroli⁹ OPH. W kontrolach tych nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli tom I str. 310 - 360)

Na działalność Oddziału OPH w okresie objętym kontrolą została złożona 1 skarga¹⁰. Zarzuty w niej podniesione nie zostały potwierdzone.

(akta kontroli tom I str. 361 - 366)

W WSPR został wdrożony system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami PN-EN ISO 9001:2015-10. Zakres certyfikacji dotyczył usług ratownictwa medycznego, transportu medycznego, świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć WSPR oraz Oddziale OPH.

WSPR nie prowadziła Poradni OPH.

(akta kontroli tom II str. 1 - 4)

Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w latach 2022 – 2024 (do 30 kwietnia) wynosiła odpowiednio:

⁸ Przeprowadzane przez firmę Isocert spółka z o.o.

⁹ 4 kontrole w roku 2022, 5 kontroli w roku 2023

¹⁰ Skarga złożona telefonicznie do Ministerstwa Zdrowia przez męża pacjentki Oddziału OPH

- 378 pacjentów w hospicjum stacjonarnym, w tym 345 (91,26%) pacjentów nowotworowych i 50 w hospicjum domowym, w tym 49 (98%) pacjentów nowotworowych;
- 332 pacjentów w hospicjum stacjonarnym w tym 314 (94,57%) pacjentów nowotworowych i 32 w hospicjum domowym, w tym 32 (100%) pacjentów nowotworowych);
- 114 pacjentów w hospicjum stacjonarnym, w tym 109 (95,61%) pacjentów nowotworowych i 14 w hospicjum domowym, w tym 14 (100%) pacjentów nowotworowych).

Średni czas objęcia opieką paliatywną i hospicyjną w latach 2022 – 2024 (do 30 kwietnia) wynosił odpowiednio:

- 18,72 dni w hospicjum stacjonarnym, 19,21 dni w hospicjum domowym;
- 19,38 dni w hospicjum stacjonarnym, 20,38 dni w hospicjum domowym;
- 18,53 dni w hospicjum stacjonarnym, 22,69 dni w hospicjum domowym.

Wykonane za miesiąc wartości punktowe/ilości łóżek (obłożenie) i liczby pacjentów były następujące:

- na dzień 31 marca 2022 r. - 4914/24,61 i 23 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 30 czerwca 2022 r. - 4689,50/23,86 i 25 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 30 września 2022 r. - 4652,40/24,53 i 25 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 31 grudnia 2022 r. - 4684,25/23,54 i 20 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 31 marca 2023 r. - 5465,50/25,61 i 25 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 30 czerwca 2023 r. - 5042,45/25,30 i 25 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 30 września 2023 r. - 4414,35/23 i 21 pacjentów;
- na dzień 31 grudnia 2023 r. - 5133,55/23,96 i 23 pacjentów (nadwykonanie);
- na dzień 30 kwietnia 2024 r. - 4838,90/24,40 i 26 pacjentów (nadwykonanie).

Odnosnie nadwykonań kontraktu z OW NFZ we wskazanych wyżej miesiącach Dyrektor WSPR wyjaśnił, że *podyktowane były potrzebą zapewnienia opieki pacjentom zgłaszającym się do tutejszego oddziału. Na Oddziale posiadamy 30 łóżek i tylu pacjentom jesteśmy w stanie pomóc w ich chorobie i cierpieniu. Nie wyobrażam sobie, aby łóżka „stały puste”, a pacjent zgłaszający się na Oddział dostał odmowę przyjęcia. Dlatego też biorąc pod uwagę szczególny charakter Oddziału oraz pacjentów zgłaszających się z koniecznością pomocy, nie ma odmów przyjęć na oddział, stąd też w niektórych miesiącach pojawiają się „nadwykonania”.*

Pomieszczenia i urządzenia odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu w sprawie wymagań.

Na 2 piętrze zorganizowany był taras rekreacyjny dla pacjentów, którzy mają możliwość poruszania się.

Oddział OPH był dostępny dla osób niepełnosprawnych.

Na Oddziale OPH znajdowało się 11 sal łóżkowych, dyżurka pielęgniarek, pokój socjalny, pokój lekarski, pokój pielęgniarki koordynującej, pokój do spotkań z rodzinami pacjentów, kaplica, izolatka, dwie ogólnodostępne łazienki, kącik kuchenny dla pacjentów, kuchnia oddziałowa, biblioteka dla pacjentów.

Łazienki dla pacjentów znajdowały się na korytarzu.

W budynku, w którym udzielano stacjonarnych świadczeń oph zamontowane były i działały dwie windy: osobowa i techniczna np. do przewozu odpadów medycznych, transportu zwłok, itp.) Windy zlokalizowane były w odrębnych częściach korytarza.

W pokoju pielęgniarki koordynującej (dostęp do pomieszczenia kodowany) znajdowała się zamykana na klucz szafa, a w niej sejf ze środkami odurzającymi i substancjami psychoaktywnymi. W tym samym pomieszczeniu znajdowało się 19 książek kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych (prowadzonych odrębnie dla każdego leku).

W dyżurce pielęgniarek znajdowały się uporządkowane leki przeznaczone dla pacjentów, z zachowanym terminem ważności.

Każda sala dwuosobowa miała zapewniony bezpośredni dostęp do instalacji tlenowej.

W toku oględzin ustalono, że pomieszczenia Oddziału OPH spełniały wymogi określone w *rozporządzeniu w sprawie wymagań*.

Kontroli poddano dokumentację medyczną losowo wybranych 25 pacjentów, którym udzielano świadczeń oph¹¹. W wyniku tej kontroli ustalono, że:

- 1) liczba dni opieki wynosiła:
 - w trybie domowym od 10 do 482;
 - w trybie stacjonarnym od 1 do 122;
- 2) pacjenci objęci opieką domową mieli zapewnione wizyty lekarza z częstotliwością co najmniej 2 razy w miesiącu i pielęgniarki z częstotliwością co najmniej 2 razy w tygodniu;
- 3) przyczyną zakończenia opieki były:
 - zgony w 15 przypadkach;
 - skierowanie do innego szpitala w 6 przypadkach;
 - poprawa stanu pacjenta w 4 przypadkach;
- 4) pacjenci objęci opieką domową nie mieli zaleconej rehabilitacji, natomiast pacjenci, którym udzielano świadczeń w opiece stacjonarnej w pierwszym dniu pobytu odbywali wizytę fizjoterapeutyczną, a następnie codziennie mieli wykonywaną rehabilitację;
- 5) w stosunku do każdego pacjenta podejmowano działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu i monitorowano go w sposób ciągły;
- 6) w 22 przypadkach pacjenci uskarżali się na ból, przy czym w 20 przypadkach pacjenci otrzymywali opioidy;
- 7) 1 pacjent objęty opieką domową korzystał z wypożyczonego sprzętu medycznego był to koncentrator tlenu;
- 8) u pacjentów objętych opieką domową nie występowały objawy apatii, depresji lub stanów lękowych natomiast u pacjentów, którym udzielano świadczeń w opiece stacjonarnej takie objawy stwierdzono w 7 przypadkach;
- 9) wszyscy pacjenci, którym udzielano świadczeń w opiece stacjonarnej mieli zapewnioną pomoc psychologiczną niezależnie od stwierdzenia u nich objawów apatii, depresji lub stanów lękowych;
- 10) pacjenci objęci opieką domową byli informowani o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej;
- 11) u żadnego pacjenta objętego opieką domową nie zastosowano opieki wyręczającej¹²,
- 12) w 3 przypadkach pacjenci nie byli zdolni do wyrażenia samodzielnie zgody na udzielenie świadczenia.

Kierownik Oddziału OPH wyjaśniła, że *pacjenci tutejszej domowej OPH są okresowo obejmowani opieką wyręczającą o ile rodzina zgłasza taką potrzebę, a pacjent się na to zgadza. Wtedy chory jest przyjmowany na jakiś czas do stacjonarnej OPH, a następnie ponownie wypisywany do domu pod opiekę hospicjum domowego, jeżeli stan pacjenta nadal jest stabilny* Składająca wyjaśnienia dodała, że *pacjenci, którzy z powodu zaawansowanego stadium choroby oraz wiążącego się z tym osłabienia nie są w stanie podpisać zgody na udzielenie świadczenia wyrażają swoją wolę ustnie w obecności personelu medycznego.*

¹¹ 10 w kwietniu 2022 r., 10 w kwietniu 2023 r. i 5 w kwietniu 2024 r.

¹² rozumianej jako formę opieki, mającą na celu czasowe odciążenie rodziny w sprawowaniu opieki nad chorym. Opieka wyręczająca jest wspomagającą i czasową (krótkotrwałą) formą zewnętrznej pomocy dla opiekunów formalnych i nieformalnych osób niesamodzielnych, polegającą na czasowym przejęciu odpowiedzialności i samej pieczy nad osobą wymagającą stałej opieki.

Oddział OPH korzystał z pomocy wolontariuszy, z którymi WSPR zawierał porozumienia o współpracy. W ramach tych porozumień wolontariusze zobowiązywali się między innymi do:

- towarzyszenia chorym;
- udzielania wsparcia duchowego chorym i ich rodzinom;
- rozmów z chorymi i rodzinami;
- udzielania pomocy w pisaniu listów oraz wykonywanie telefonów.

(akta kontroli tom II str. 5 - 67)

1.2. Wymagania dotyczące personelu dla każdego zakresu świadczeń OPH określone zostały w Załączniku nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*. Kontrolą objęto personel¹³ zatrudniony w Oddziale OPH w miesiącach kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

Ustalono, że WSPR zapewniła personel w liczbie określonej w zał. nr 2 *rozporządzenia w sprawie oph*.

Stan zatrudnienia personelu Oddziału OPH przedstawiał się następująco:

- 1) w kwietniu 2022 r:
 - 7 lekarzy (żadnego specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej);
 - 22 pielęgniarki w tym:
 - 2 ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a 14 ukończyły specjalizację lub kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*;
 - 2 psychologów;
 - 1 fizjoterapeuta;
 - 6 opiekunów medycznych.
- 2) w kwietniu 2023 r:
 - 8 lekarzy (w tym 1 specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej);
 - 19 pielęgniarek w tym:
 - 3 ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a 14 ukończyły specjalizację lub kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*;
 - 2 psychologów;
 - 1 fizjoterapeuta;
 - 10 opiekunów medycznych.
- 3) w kwietniu 2024 r:
 - 8 lekarzy 8 (w tym 2 specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej);
 - 26 pielęgniarek w tym:
 - 9 ukończyło specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a 14 ukończyły specjalizację lub kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*;
 - 2 psychologów;
 - 1 fizjoterapeuta;
 - 8 opiekunów medycznych.

Wszyscy lekarze posiadali uprawnienia do wystawiania recept na leki opioidowe oraz ukończyli 40 godzinny kurs podstawowy w zakresie opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej lub kurs dla lekarzy pracujących w jednostkach medycyny paliatywnej.

WSPR nie dysponowała danymi dla ilu osób Oddział OPH jest jedynym miejscem pracy.

Dla świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym równoważnik etatu dla następujących grup zawodowych: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci i opiekunowie medyczni przedstawiał się odpowiednio:

¹³ Szczegółową kontrolą objęto grafiki dyżurów oraz listy obecności personelu

- 1) w kwietniu 2022 r.: 1,99; 16,70; 0,75; 0,75; 5,46 na 17,93 łóżka;
- 2) w kwietniu 2023 r.: 2,57; 14,92; 0,75; 0,75; 5,83 na 24,70 łóżek;
- 3) w kwietniu 2024 r.: 2,47; 15,13; 0,75; 0,75; 6,20 na 24,40 łóżek.

Dla świadczeń udzielanych w trybie domowym równoważnik etatu dla następujących grup zawodowych: lekarze, pielęgniarki przedstawiał się odpowiednio:

- 1) w kwietniu 2022 r.: 0,59; 1 na maksymalnie 16 pacjentów;
- 2) w kwietniu 2023 r.: 0,59; 1 na maksymalnie 15 pacjentów;
- 3) w kwietniu 2024 r.: 0,51; 1 na maksymalnie 14 pacjentów.

WSPR aktualizowała dane o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy z NFZ zgodnie z postanowieniami §2 ust. 9 umowy z NFZ.

(akta kontroli tom II str. 68 - 91)

1.3. Oddział OPH posiadał sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany dla poszczególnych form OPH, określony w zał. nr 2 *rozporządzenia w sprawie oph*.

Ponadto na wyposażeniu Oddziału OPH znajdował się:

- aparat przenośny do usg;
- aparat TENS;
- aparat do masażu limfatycznego;
- pulsoksymetry;
- rower stacjonarny;
- myjka do basenów;
- wózek opatrunkowy;
- platforma do transferu pacjentów w pozycji pionowej;
- łóżko i fotel do mycia pacjentów;
- wyparzacz do naczyń.

Na Oddziale OPH zabezpieczone były leki dla pacjentów zgodnie z zasadami określonymi w §3 ust 5 załącznika do *rozporządzenia w sprawie warunków*.

(akta kontroli tom II str. 92 - 93)

1.4. Na podstawie badania próby dokumentacji dla miesięcy kwiecień 2022 r. kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r.¹⁴ ustalono, że:

- dla opieki stacjonarnej zapewniono całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę;
- dla opieki domowej zapewniono całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

(akta kontroli tom II str. 94 - 99)

1.5. Szczegółowej kontroli poddano wykorzystanie sprzętu w odniesieniu do pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w kwietniu 2022 r., 2023 r. i 2024 r. Ustalono, że wykorzystywano każdy rodzaj sprzętu wymienionego dla poszczególnych form OPH, określonego w zał. nr 2 *rozporządzenia w sprawie oph*. Dodatkowo używany był sprzęt niewymieniony w zał. nr 2 *rozporządzenia w sprawie oph* między innymi były to: trener do ćwiczeń oddechowych, kompresja przerywana pneumatyczna, trójkąt przeciwobrzękowy, piłki sensoryczne, pompa do PEG, platforma pionizacyjna.

Dyrektor WSPR wyjaśnił, że wykaz sprzętu można byłoby rozszerzyć o: system podciśnieniowy do leczenia ran/odleżyn 9VAC; pompy do żywienia dojelitowego; kompresja pneumatyczna przerywana (BOA); urządzenie do przeszskórnej elektrostymulacji prądem (TENS); piłki sensoryczne; hantle; trener do ćwiczeń oddechowych. Jednocześnie pracownicy nie wskazali, by którykolwiek ze sprzętu wymienionego w rozporządzeniu był niepotrzebny.

¹⁴ harmonogramy dyżurów Oddziału OPH, księga chorych Oddziału OPH, księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich

1.6. WSPR realizowała obowiązek określony w art. 19a ust. 1, 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵ polegający na prowadzeniu w formie elektronicznej harmonogramu przyjęć oraz przekazywaniu do NFZ w trybie art. 23 ust 1 ustawy o świadczeniach informacji o liczbie oczekujących.

Przyjęcia do Oddziału OPH odbywały się na bieżąco, co znajdowało odzwierciedlenie w przekazywanej do NFZ informacji o listach oczekujących.

Z dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów, którym udzielano świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej¹⁶ wynika, że czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (od dnia wystawienia skierowania do dnia przyjęcia pacjenta) w jednym przypadku wyniósł 163 dni.

Kierownik Oddziału OPH wyjaśniła, że *czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie jest równoważny z czasem od dnia wystawienia skierowania do dnia przyjęcia pacjenta, dlatego też liczba dni (...) 163 nie odzwierciedla rzeczywistości. W niektórych przypadkach pacjenci otrzymują skierowanie od lekarza POZ/AOS/Oddziału szpitalnego, ale nie zgłaszają się do OPH z tym skierowaniem. Jest to spowodowane przeświadczeniem pacjenta/jego rodziny, że nie potrzebują jeszcze na tym etapie choroby świadczeń ze strony OPH. Dopiero gdy stan pacjenta pogarsza się, wtedy ze skierowaniem wcześniej wystawionym zgłaszają się do OPH. Stąd występuje różnica między rzeczywistym czasem oczekiwania, a czasem od wystawienia skierowania do przyjęcia do odpowiedniej formy OPH.*

(akta kontroli tom II str. 118-129)

1.7. Kontroli poddano dokumentację medyczną 132¹⁷ pacjentów Oddziału OPH leczonych stacjonarnie i domowo w kwietniu 2022 r., kwietniu 2023 r. i kwietniu 2024 r.

W badanej dokumentacji medycznej znajdowały się karty oceny natężenia bólu, z których wynika, że pacjentom podawano między innymi następujące środki uśmierzające ból: Buprenorfina, Lidokaina, Pregabalina, Duloksetyna, Tramadol, Pyralgina, Naproxen, Paracetamol, Oxycodon, Lyrica, Doreta, Accordeon, Ketonal i Morfina, przy czym morfinę otrzymało:

- w kwietniu 2022 r. 48,83%% pacjentów;
- w kwietniu 2023 r. 40% pacjentów;
- w kwietniu 2024 r. 34,88% pacjentów.

W dwóch przypadkach morfina była podana pacjentom ze schorzeniami innymi niż nowotwór złośliwy.

Kierownik Oddziału OPH wyjaśniła, że *pacjenci ze schorzeniami innymi niż nowotwór złośliwy otrzymywali w małej dawce morfinę w postaci parenteralnej z uwagi na duszność, która wynikała z niewydolności oddechowo krążeniowej. Byli to pacjenci w terminalnej fazie chorób przewlekłych. Powołując się na źródło: Medycyna Paliatywna pod redakcją A. Ciałkowska - Rysz, T. Dzierżanowski, wyd. Termedia 2019 r. Rozdział "Zaburzenia ze strony układu oddechowego" leki opioidowe są lekami pierwszego wyboru w leczeniu duszności u chorych w zaawansowanym stadium chorób nowotworowych i nienowotworowych (...). Metaanalizy przeprowadzonych badań klinicznych wskazują morfinę stosowaną doustnie lub parenteralnie jako lek pierwszego wyboru.*

(akta kontroli tom II str. 130-142)

¹⁵ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, dalej: *ustawa o świadczeniach*

¹⁶ 10 w kwietniu 2022 r., 10 w kwietniu 2023 r. i 5 w kwietniu 2024 r.

¹⁷ 49 w kwietniu 2022 r., 40 w kwietniu 2023 r., 43 w kwietniu 2024 r.

1.8. W kontroli nie stwierdzono odmów przyjęcia do Oddziału OPH pacjentów przywiezionych do Izby Przyjęć. Wszystkie przyjęcia odbywały się po wcześniejszym ustaleniu z kierownikiem oddziału lub lekarzem dyżurującym w danym dniu.

Kierownik Oddziału OPH wyjaśniła, że *jeśli pacjent jest kierowany ze szpitala, konieczne jest przekazanie telefoniczne przez lekarza prowadzącego z Oddziału, gdzie pacjent obecnie przebywa. Z uwagi na profil Oddziału w pierwszym rzędzie przyjmowani są pacjenci w trakcie paliatywnych terapii onkologicznych, wymagający opieki wspierającej, leczenia objawów ubocznych terapii onkologicznych, a nie tylko opieki. Taki profil Oddziału wynika z Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 gdzie założono, że przy każdym centrum onkologicznym powinna funkcjonować jednostka stacjonarna opieki paliatywnej współpracująca z centrami onkologicznymi, a takiej komórki w samym Klinicznym Szpitalu Uniwersyteckim brak. Tak więc przy wstępnej kwalifikacji pacjenta kierowanego ze szpitala, jeżeli pacjent zakończył leczenie i jest w stanie stabilnym proponowane jest czasem przekazanie chorego do innej stacjonarnej jednostki OPH. Pacjenci przebywający w domu są zgłaszani telefonicznie przez rodziny. Jeśli choroba pacjenta lub też stan pacjenta nie kwalifikują chorego do objęcia opieką w stacjonarnej formie opieki paliatywnej, rodzina zostaje o tym poinformowana, są to na ogół osoby jeszcze bez skierowania, dzwoniące w celach informacyjnych. Najczęściej osobami, które nie kwalifikują się do przyjęcia na tutejszy oddział są pacjenci z chorobami przewlekłymi spoza listy wynikającej z rozporządzenia MZ dotyczącego opieki paliatywno - hospicyjnej (stan po udarze, niewydolność serca).*

(akta kontroli tom II str. 143 - 144)

1.9. Na podstawie Księgi zgonów za okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 30 kwietnia 2024 r. ustalono, że ilość zgonów przedstawiała się następująco:

- 234 w roku 2022;
- 278 w roku 2023;
- 84 w roku 2024.

W WSPR obowiązywały procedury:

- PKOP 20 – *Postępowanie z pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej;*
- PKOP 23 – *Zgon pacjenta w oddziale.*

W procedurze PKOP – 20 określono, że do głównych zadań opieki nad pacjentem w terminalnym stanie choroby należało:

- stworzenie pacjentowi warunków komfortu fizycznego i psychicznego;
- zmniejszenie dolegliwości i cierpień związanych z chorobą;
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia, np. odleżyny, zaniki mięśniowe, zniekształcenia w stawach;
- zapewnienie prawidłowego żywienia dietetycznego;
- pomoc w realizowaniu leczenia;
- regulowanie wydalania;
- zapewnienie snu i spoczynku;
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej;
- zachęcanie chorego do samopielęgnacji, jeśli jest to możliwe;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego w sytuacjach trudnych dla pacjenta;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- przygotowanie rodziny do niesienia choremu pomocy, opieki i wsparcia emocjonalnego;
- pomoc rodzinie w przystosowaniu się do zmienionej przez chorobę sytuacji;
- pomoc rodzinie w akceptacji niepomyślnego rokowania.

Psycholog Oddziału OPH wyjaśniła, że *w sytuacji, gdy stan pacjenta pogarsza się i istnieją przesłanki, że wchodzi w proces umierania staramy się zminimalizować stres*

współpacjentom. Na tym etapie podejmujemy starania by przenieść umierającego do innej, mniejszej sali, w której w miarę możliwości może przebywać na wyłączność z najbliższymi. Bardzo często współpacjenci nawiązują ze sobą więź i deklarują nam, że mimo ciężkiego stanu współpacjenta chcą z nim pozostać "do końca". Staramy się w takich sytuacjach monitorować częściej stan psychiczny i emocjonalny pacjenta towarzyszącego umierającemu przypominając, że w każdym momencie ma prawo zmienić decyzję i nie ma w tym nic złego. Zdarzają się sytuacje, iż mimo deklaracji o towarzyszeniu obserwujemy, iż ma to negatywny wpływ na współpacjenta i podejmujemy samodzielnie decyzje o przeniesieniu go na inną salę. Często dopytują o umierającego, co wymaga od nas odpowiedniego przekazania informacji o stanie oraz wsparcia emocjonalnego na wypadek kryzysu (...). W oddziale udzielamy wsparcia emocjonalnego bliskim chorego w trakcie całej jego hospitalizacji w zakresie potrzeb przez nich zgłaszanych jak i obserwowanych. Nasze obserwacje pokazują nam, że bliscy potrzebują wsparcia i towarzyszenia w tym czasie, co ma wpływ na zminimalizowanie ich stresu oraz efektywniejszemu towarzyszeniu umierającemu. W sytuacji umierania pacjenta psychoedukujemy rodzinę jak efektywnie wspierać chorego na tym etapie choroby. W wyjątkowych sytuacjach na prośbę bliskich i za zezwoleniem kierownika oddziału udzielana jest zgoda na całonocne czuwanie jednego członka rodziny przy chorym umierającym w przeznaczonych do tego na wyłączność sali. Każdorazowo oceniamy relacje między chorym a bliskimi, którzy chcą przy nim być biorąc pod uwagę przede wszystkim potrzeby chorego i jego potrzebę towarzyszenia mu. Bliscy chorego informowani są o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej również po jego śmierci i zdarza się, że rodziny korzystają z tego wsparcia.

(akta kontroli tom II str. 145 - 179)

1.10. Dla pacjentów Oddziału OPH nie tworzących Indywidualnych Planów Opieki (dalej IPO). Kierownik Oddziału OPH wyjaśniła, że brak jest przepisu zobowiązującego OPH do tworzenia IPO, w związku z tym takiego dokumentu nie tworzymy. Jednakże praktycznie każdy pacjent przyjmowany do Oddziału podlega procedurze jak w IPO. Zgodnie z §3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie oph świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Zadania te w Oddziale OPH realizowane były między innymi w następujący sposób:

- każdy pacjent miał indywidualnie dobieraną lekoterapię, plany żywieniowe, rehabilitację oraz zapewnioną opiekę psychologiczną;
- każdorazowo, gdy w dokumentacji medycznej odnotowano konieczność odbycia konsultacji specjalistycznej była ona zapewniana;
- pacjenci byli pytani w jaki sposób personel może im umożliwić realizowanie ich potrzeb religijnych;
- pacjentom umożliwiano zachowania higieny osobistej mimo niesprawności – np. poprzez możliwość kąpieli w przewoźnej wannie lub fotelu kąpielowym;
- każdorazowo rodzinie umożliwiano się towarzyszenie choremu, również pozostawanie przy umierającym pacjencie przez całą noc, po śmierci pacjenta, przed przewiezieniem do pomieszczenia *pro morte*, najbliżsi chorego mieli możliwość pożegnania się z pacjentem w pokoju pożegnań.

W Oddziale OPH stosowane były standardy określone przez Radę Europy w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw

członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej takie jak:

- zapewnianie ulgi w bólu i innych objawach;
- afirmowanie życia i uznanie umierania za normalny proces;
- nieuznawanie za cel przyspieszania ani odraczania śmierci;
- integracja psychologicznych i duchowych aspektów opieki nad chorym;
- oferowanie systemu wsparcia pozwalającego choremu żyć tak aktywnie, jak to tylko możliwe aż do śmierci;
- oferowanie rodzinie systemu wsparcia zarówno w czasie choroby pacjenta, jak i w okresie żałoby;
- opieranie się na działaniach zespołowych w celu zaspokojenia wielorakich potrzeb chorego i jego rodziny, włączając w to wsparcie w okresie żałoby, jeśli jest to wskazane;
- poprawa jakości życia co może również mieć pozytywny wpływ na przebieg choroby;
- zastosowanie opieki paliatywnej wcześniej w przebiegu choroby, jednocześnie z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia, radioterapia, jak też uwzględnia wykonanie tych badań, które potrzebne są dla lepszego zrozumienia i opanowywania dokuczliwych powikłań klinicznych.

Kierownik Oddziału OPH prowadziła aktywną działalność medialną mającą na celu upowszechnianie wiedzy na temat zasad działalności i potrzeb opieki paliatywno – hospicyjnej.

(akta kontroli tom II str. 180 - 190)

1.11. Dyrektor WSPR wyjaśnił, że największe problemy, które utrudniają realizację świadczeń opieki paliatywno - hospicyjnej są spowodowane: brakiem wystarczającej waloryzacji cen, dynamicznym wzrostem kosztów, brakiem wyspecjalizowanej kadry lekarskiej. Kolejnym według mnie ważnym problemem jest zbyt wąska lista chorób kwalifikujących się do opieki paliatywno - hospicyjnej. Dlatego też wskazanym byłoby rozszerzenie tego katalogu. Zwrócić należy również uwagę na problem leżący po stronie pacjentów i ich rodzin, tj. zbyt późne zgłaszanie się pacjentów na oddział, w celu objęcia ich opieką paliatywno - hospicyjną. Są to bardzo często pacjenci w podeszłym wieku w zaawansowanym stadium choroby. Wczesne wdrożenie opieki paliatywnej i hospicyjnej poprawia jakość życia, dzięki interdyscyplinarnemu właściwemu rozpoznaniu i skutecznej realizacji wielowymiarowych potrzeb w sferach fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Wczesna interwencja specjalistów medycyny paliatywnej umożliwia kontynuację leczenia przyczynowego i jego przejście.

(akta kontroli tom II str. 191)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia zapewnianie przez WSPR pacjentom opieki hospicyjnej i paliatywnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. WSPR spełniało wymogi określone w *rozporządzeniach w sprawie oph, w sprawie wymagań i w sprawie warunków umów.*

OBSZAR

2. Rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą WSPR otrzymywała środki na działalność w zakresie udzielania świadczeń oph wyłącznie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) kwoty według kontraktów z NFZ wynosiły odpowiednio: 4 680 262,65 zł; 6 074 113,10 zł i 1 935 431,87 zł.

W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) kwoty rozliczonych świadczeń z zakresu opieki paliacyjno-hospicyjnej wynosiły odpowiednio: 4 703 078,76 zł; 6 073 260,97 zł i 2 269 686,97 zł.

Zgodnie z ostatecznymi aneksami rozliczającymi:

- z dnia 10 lutego 2023 r. kwota nadwykonań wynosiła 152 344,75 zł i została przez NFZ zapłacona w całości;
- z dnia 3 kwietnia 2024 r. kwota nadwykonań wynosiła 341 131,99 zł i została przez NFZ zapłacona w całości.

Wniosek o zapłatę nadwykonań w kwocie 305 053,19 zł za okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 marca 2024 r. został do NFZ przekazany w dniu 29 maja 2024 r. i został zrealizowany w całości.

Wniosek o zapłatę nadwykonań w kwocie 59 561,79 zł za okres od dnia 1 kwietnia do dnia 30 czerwca 2024 r. został do NFZ przekazany w dniu 11 lipca 2024 r. i został zrealizowany w całości.

(akta kontroli tom II str. 192 - 208)

2.2. Zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów - dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawcy składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Z ustaleń kontroli wynika, że w przypadku 36,62%, to jest 63 faktur termin 10 dni został przekroczony.

Prowadzenie rozliczeń świadczeń zdrowotnych, ich weryfikacja a także przegląd przed rozliczeniem oraz eksport po weryfikacji do NFZ należały do zadań Sekcji Statystyki, która podlegała bezpośrednio Pielęgniarsce Koordynującej WSPR (§10 ust.1 i 4 pkt b, c i f Regulaminu Organizacyjnego).

Zgodnie z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie warunków umów - należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji.

Z informacji uzyskanej od OW NFZ w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit f ustawy o NIK wynika, że dokumentacja rozliczeniowa przekazywana przez WSPR za lata 2022-2024 była przesyłana elektronicznie przez portal świadczeniodawcy (faktury i dokumenty rozliczeniowe). Terminy zapłaty przekraczające 5 dni roboczych po dostarczeniu przez WSPR dokumentów rozliczeniowych dotyczyły sześciu faktur i wynikały z konieczności skorygowania rozliczenia i przesłania faktury korygującej. W tych przypadkach płatność faktury podstawowej była liczona od daty wpływu korekty.

Specjalista ds. statystyki WSPR wyjaśniła, że proces wystawiania faktur w pierwszej fazie jest oparty na weryfikacji błędów. Błędy walidacji wewnętrznej, czyli takie, które dopiero po poprawieniu wewnętrznym przez personel WSPR zostają przesłane do NFZ dotyczą m.in. braku uzupełnionego skierowania, braku VII i VIII części kodów resortowych w skierowaniu, braku uprawnień (ubezpieczenia) itp. Drugi etap to weryfikacja zewnętrzna, czyli błędy, które pojawiają się po wyeksportowaniu świadczeń do NFZ. Dotyczy to przede wszystkim błędów koincydencji świadczeń z innymi podmiotami leczniczymi. W celu usunięcia błędu koincydencji należy skontaktować się z NFZ w sprawie ustalenia z jakim podmiotem jest nałożenie świadczeń, a następnie już z placówką, która niejednokrotnie musi poprawić świadczenie po swojej stronie. Do czasu poprawy błędu przez placówkę medyczną i poprawnej weryfikacji przez NFZ, rozliczenie takiego świadczenia jest wstrzymane (zablokowane) bowiem dopóki nie zniknie błąd z Portalu Świadczeniodawcy nie

można naliczyć go do zapłaty. W sytuacji, gdy błąd nałożenia świadczeń leży po stronie WSPR konieczny jest podział rozliczenia z wyłączeniem dni, na które przypada nałożenie według przepisów dotyczących braku możliwości jednoczesnego rozliczania świadczeń. Dopiero po przesłaniu skorygowanych świadczeń oraz poprawnej weryfikacji przez NFZ jest możliwość naliczenia świadczeń do zapłaty. W obu przypadkach w/w błędów naliczenie świadczeń odbywa się po ich wyjaśnieniu, dlatego termin ulega przesunięciu na wystawienie faktury kompletnej zawierającej wszystkie poprawne świadczenia. Kierując się wystawieniem faktury po skorygowanych świadczeniach w chwili obecnej będzie zachowany termin 10 dni. Odnosząc się do problemów, na jakie napotyka jednostka przy rozliczaniu z NFZ świadczeń OPH specjalista do spraw statystyki WSPR wyjaśniła, że świadczenia medyczne po wyeksportowaniu podlegają kompleksowej weryfikacji przez NFZ. Zdarza się, że po weryfikacji dochodzi do nałożenia świadczeń z innym podmiotem leczniczym np. szpitalem, przychodnią, itp. Chodzi tu przede wszystkim o brak możliwości jednoczesnego rozliczania świadczeń w niektórych przypadkach wykazanych w zarządzeniu Prezesa NFZ, a które wychodzą w Portalu Świadczeniodawcy jako błąd koincydencji. Problem w rozliczaniu świadczeń pacjentów nieubezpieczonych polega na braku dokumentu ubezpieczenia, który uprawnia ich do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. W systemie EWUŚ pacjent „świeci” na żółty kolor i dla NFZ dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie pacjenta jest m. in. oświadczenie lub inny dokument np. z ZUS-u lub decyzja z Urzędu Miasta. W celu uzyskania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej pacjent lub świadczeniodawca powinien wystąpić z wnioskiem do Urzędu Miasta (właściwego do rozpatrzenia takich spraw) o wszczęcie postępowania w sprawie potwierdzenia prawa do świadczeń. Decyzja wydawana jest na 90 dni od dnia objęcia opieką pacjenta i po tym czasie ponownie może być przedłużana. Rozpatrzenie wniosku i następnie wydanie decyzji trwa ok. kilka miesięcy. Świadczeniodawca zgodnie z przepisami może zwrócić się o wydanie decyzji tylko w przypadku przyjęcia pacjenta w trybie nagłym, a nie jak to ma miejsce na Oddziale Paliatywnym - planowym (na podstawie skierowania). W związku z powyższym procedura uzyskania decyzji jest bardzo utrudniona. Są przypadki, że dopiero po zakończonej hospitalizacji w Oddziale okazuje się, że pacjent został zgłoszony do ubezpieczenia z datą wstecz przez rodzinę. EWUŚ jest aktualizowany na bieżąco, a nie wstecz i w związku z powyższym dopiero wprowadzenie dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie z datą wstecz i przesłanie świadczenia do NFZ daje możliwość rozliczenia świadczenia. Często sprawy z ubezpieczeniem pacjentów bardzo przeciągają się w czasie.

(akta kontroli tom II str. 209- 218)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

WSPR w 63 przypadkach nie złożyła do NFZ dokumentów rozliczeniowych w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia składanie do NFZ przez WSPR każdorazowo w sytuacji, gdy dochodziło do przekroczenia określonych umową limitów świadczeń w zakresie oph wniosków o zapłatę nadwykonań i otrzymywanie środków finansowych z tego tytułu w pełnej wysokości. Równocześnie NIK negatywnie ocenia fakt stwierdzonych przypadków nieterminowego przedkładania dokumentów rozliczeniowych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. składanie do NFZ dokumentów rozliczeniowych w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, zgodnie z § 23 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie warunków umów*;
2. zwiększenie nadzoru nad Sekcją Statystyki i Pielęgniarką Koordynującą WSPR.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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 26 sierpnia 2024 r.

Kontroler
Monika Marciniec
Gł. specjalista k.p.

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
p.o. Dyrektor
Stefan Gados
z up. p.o. Wicedyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Rzeszowie
/-/
Stanisław Jarzyna