



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA – LKA-4101-039-05/2014

P/14/078

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach  
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice  
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30  
[lka@nik.gov.pl](mailto:lka@nik.gov.pl)

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

*Numer i tytuł kontroli* P/14/078 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze

*Jednostka przeprowadzająca kontrolę* Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach

*Kontroler* Artur Warzocha, główny specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr 93156 z 12 stycznia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

*Jednostka kontrolowana* Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>1</sup>.

*Kierownik jednostki kontrolowanej* Zofia Wilczyńska, Dyrektor Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 3-4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż Oddział NFZ w latach 2012-2014 kontraktował świadczenia z zakresu kardiologii zapewniając równe traktowanie podmiotów leczniczych. Umowy o udzielanie ww. świadczeń były zawierane w trybie przewidzianym w *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>2</sup>, tj. w 2012 r. po rozstrzygnięciu konkursu ofert (art. 139 ust. 1 pkt 1), a następnie były w latach 2013-2014 przedłużane aneksami w efekcie przeprowadzonych negocjacji na podstawie §32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>3</sup>.

Kontrole u świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przeprowadzane były przez ŚOW NFZ zarówno pod względem spełniania wymogów dotyczących pomieszczeń, kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak też pod względem zasadności kwalifikowania i rozliczania świadczeń na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Zwany dalej: „Oddziałem NFZ” lub „Oddziałem Funduszu”.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm., zwana dalej: „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484, zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów”.

<sup>4</sup> Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP) - system rozliczania płatności w ochronie zdrowia oparty na założeniu, że pewne grupy pacjentów, często znacznie różniących się, wymagają dość podobnego

Oddział Funduszu nie prowadził jednak w wystarczającym stopniu kontroli jakości i zasadności udzielanych świadczeń, do czego był uprawniony na podstawie art. 64 ust. 1 i 3 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>5</sup>.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono żadnej kontroli dotyczącej udzielania świadczeń kardiologicznych w trzech, na siedem placówek, z którymi podpisano kontrakty we wszystkich zakresach kardiologii.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Kontraktowanie świadczeń kardiologicznych w latach 2012 – 2014

Opis stanu  
faktycznego

1.1. Oddział NFZ finansował świadczenia udzielane przez podmioty lecznicze działające na terenie województwa świętokrzyskiego, na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w trybie art. 132 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Suma kwot kontraktów zawartych w latach 2012-2014 na wszystkie rodzaje świadczeń wyniosła 5 501 137,92 tys. zł.

Łączna wartość świadczeń wykonanych na podstawie zawartych umów w zakresie kardiologii na terenie województwa świętokrzyskiego, w latach 2012 - 2014 wyniosła 314 830,93 tys. zł. Oddział NFZ finansował ponadto świadczenia w zakresie kardiologii udzielane świadczeniobiorcom znajdującym się w stanie nagłym, na podstawie art. 19 ust. 4 ww. ustawy. Oddział Funduszu zapłacił za wykonane w tym okresie świadczenia z przedmiotowego zakresu 302 889,80 tys. zł (za świadczenia wykonane na podstawie zawartych umów) oraz 1 986,86 tys. zł za świadczenia wykonane w trybie art. 19 ust. 4 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* przez jeden z podmiotów działających na terenie województwa świętokrzyskiego bez zawartej umowy, za okres 2012 - 2013. Łączna kwota środków wypłaconych przez Oddział NFZ w latach 2012-2014 za świadczenia udzielone w zakresie kardiologii wyniosła 304 876,66 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 5-26, 292-305)

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresach: kardiologia - hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10-E14, kardiologia – hospitalizacja E23-E26, zawarto z siedmioma podmiotami (pięcioma publicznymi i 2 niepublicznymi), na podstawie rozstrzygnięć prowadzonych w oparciu o art. 139 ust. 1 pkt 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, tj. w trybie konkursu ofert. Sześć, spośród siedmiu postępowań zakończonych zawarciem umów na okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2013 r. przeprowadzono w 2011 r., natomiast w 2012 r. przeprowadzono jedno postępowanie, na podstawie którego zawarto umowę na okres od 01.01.2012 r. do 31.12.2013 r. W umowach określano liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach

---

postępowania, podczas gdy ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami wymaga często całkiem innego postępowania. Kwalifikację do grupy wykonuje się bądź na podstawie rozpoznania wg. ICD-10 (dotyczy głównie leczenia niezabiegowego) lub też procedurą leczniczą wymienioną w liście JGP zgodnie z kodem klasyfikacji ICD-9.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm., zwana dalej: „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

świadczeń objętych umową na pierwszy rok obowiązywania umowy. Umowy przedłużano na kolejne lata na podstawie aneksów, zawieranych w wymaganych terminach, tj. do 30 listopada roku, poprzedzającego dany rok rozliczeniowy, na podstawie § 32 ust. 1 i 2 *rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów*. W aneksach corocznie określano kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców, w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową na każdy kolejny rok obowiązywania umowy.

(dowód: akta kontroli str. 27-30)

Na podstawie zawartych umów, obowiązujących w latach 2012 – 2014, na terenie województwa świętokrzyskiego siedem podmiotów realizowało świadczenia w zakresach: kardiologia - hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10-E14, kardiologia – hospitalizacja E23-E26. Było to pięć podmiotów publicznych: Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach<sup>6</sup>, Zakład Opieki Zdrowotnej w Końskich<sup>7</sup>, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu<sup>8</sup>, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim<sup>9</sup> i Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach<sup>10</sup> oraz dwa podmioty niepubliczne: Polsko – Amerykańskie Kliniki Serca Centrum Kardiologiczno – Angiologiczne w Starachowicach<sup>11</sup> i Intercard Sp. z o.o. w Krakowie. Ponadto, w latach 2012 – 2014 w zakresie kardiologii – hospitalizacji E11-E14, świadczeń udzielała Cardinox Sp. z o.o. w Busku Zdroju.

(dowód: akta kontroli str. 5-25; 27-30)

W latach 2012 – 2014, w przypadku wszystkich ww. świadczeniodawców następował coroczny wzrost wartości kontraktów ogółem (tj. łącznie dla zakresów: kardiologia - hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10-E14, kardiologia – hospitalizacja E23-E26). Spadek wartości kontraktu następował, natomiast corocznie w przypadku dwóch podmiotów (WSZ w Kielcach i ZOZ w Końskich) w zakresie E11-E14. W roku 2013 nastąpił spadek wartości kontraktu w zakresie E23-E26 w Intercard w Pińczowie. W 2014 r. wartość kontraktu, w zakresie E11-E14 spadła w przypadku PAKS w Starachowicach, Intecard w Pińczowie oraz SPZZOZ w Sandomierzu. W przypadku pozostałych świadczeniodawców (PZOZ w Starachowicach, ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim), zarówno w 2013 r., jak i w 2014 r. wartość kontraktów zwiększała się, w stosunku do roku poprzedniego we wszystkich zakresach kardiologicznych. Podstawą do zwiększania wartości kontraktów, w tym kontraktów w zakresie kardiologii, były przepisy § 43 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do *rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów*, które zezwalały świadczeniodawcom, w uzasadnionych przypadkach wnioskować o zmianę warunków umowy. Ponadto, podstawę do zwiększania wartości umów w zakresach tzw. nielimitowanych dawały zapisy § 16 ust. 2 odpowiednich dla danego roku zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, które dotyczyły m.in. świadczeń w zakresie kardiologia – hospitalizacja i stanowiły, iż w przypadku, gdy wartość wykonanych

---

<sup>6</sup> Zwany dalej: „PZOZ w Starachowicach”.

<sup>7</sup> Zwany dalej: „ZOZ w Końskich”.

<sup>8</sup> Zwany dalej: „SPZZOZ w Sandomierzu”.

<sup>9</sup> Zwany dalej: „ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim”.

<sup>10</sup> Zwany dalej: „WSZ w Kielcach”.

<sup>11</sup> Zwane dalej „PAKS w Starachowicach”, w którego imieniu od 2012 r. umowę podpisywała, w ramach wykonywanej działalności American Heart of Poland Spółka Akcyjna w Ustroniu.

świadczeń z określonych grup przekroczy wartość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, ten ma prawo wnioskować o zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji właściwych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 5-25, 284-291)

Jak wyjaśniła Dyrektor Funduszu: *„Czynniki, które miały wpływ na zwiększanie wartości umów w zakresach: kardiologia – hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10-E14 oraz kardiologia – hospitalizacja E23-E26 to przede wszystkim zwiększone zapotrzebowanie na te świadczenia, w szczególności ratujący życie charakter świadczeń kardiologii inwazyjnej oraz duży udział kosztów rzeczowych (materiałowych) w realizacji zabiegów związanych z angioplastyką, w tym z implantacją stentów - grupy E20, E23-E26 oraz użyciem rozruszników/kardiowerterów – grupy E31, E32, E34, E36, E37”.*

(dowód: akta kontroli str. 284-291)

**1.2.** Wartość świadczeń wykonanych i zapłaconych przez Oddział Funduszu była wyższa od wartości świadczeń wynikających z zawartych pierwotnie umów w przypadku większości świadczeniodawców.

Wyjątek stanowiły: ZOZ w Końskich w 2012 w zakresie kardiologia – hospitalizacja E11-E14 oraz w latach 2012-2013 w zakresie kardiologia – hospitalizacja E23-E26, SPZZOZ w Sandomierzu w zakresie kardiologia – hospitalizacja w 2014 r., WSZ w Kielcach we latach 2012-2013 w zakresie kardiologia – hospitalizacja E23-E26 i w 2013 r. w zakresie kardiologia – hospitalizacja E10-E14, Intercard w Pińczowie w 2012 r. w zakresie kardiologia – hospitalizacja E23-E26, gdzie wartość wykonanych była niższa od zakontraktowanych świadczeń.

W latach 2012-2014 poziom refundacji świadczeń w większości przypadków był niższy w stosunku do wykonania i wynosił średnio: 95,8% w zakresie kardiologia – hospitalizacja<sup>12</sup>, 99,7% w zakresie kardiologia – hospitalizacja E10-E14<sup>13</sup> i 98,8% w zakresie kardiologia – hospitalizacja E23-E26<sup>14</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 5-25)

W przypadku wszystkich podmiotów leczniczych wartość kontraktów na kolejny rok była zbliżona do wartości wykonanych i zrefundowanych świadczeń za rok poprzedni. Wyjątkiem był WSS w Kielcach, w przypadku którego w 2014 r. wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu kardiologia – hospitalizacja E11 – E14 została określona na poziomie niższym od wartości zapłaconych świadczeń w tym zakresie za rok poprzedni o 1 846,71 tys. zł. Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła, że: *„zgodnie z założeniami kontraktowania świadczeń na 2014 rok propozycja wartości kontraktu dla każdego świadczeniodawcy w tym zakresie została oparta na 80% wartości symulowanego wykonania obliczonego na podstawie wykonania po 1 półroczu 2013 roku.”*

(dowód: akta kontroli str. 5-25, 284-291)

---

<sup>12</sup> Wynosił on od 80,7% do 100%.

<sup>13</sup> Wynosił on od 99,1% do 100%.

<sup>14</sup> Wynosił on od 92,3% do 100%.

W żadnej placówce opieki zdrowotnej, w województwie świętokrzyskim, w latach 2012 – 2014 nie doszło do przekazania przez podmiot publiczny oddziału kardiologicznego oddziałowi niepublicznemu.

(dowód: akta kontroli str. 27-30)

## 2. Kontrola i nadzór merytoryczny

Opis stanu  
faktycznego

2.1. Zgodnie z art. 64 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (NFZ) może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie, zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń. W ust. 3 podano, że kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. W ust. 4 podano, że kontrolę dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ) może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczności zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji - powołać specjalistę w danej dziedzinie.

Oddział NFZ przeprowadził w latach 2012 – 2014 łącznie 10 kontroli u 5 świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w zakresach: kardiologia – hospitalizacja E-11 – E-14 oraz E-23 – E-26, w tym: 5 kontroli w 2012 r., 2 kontrole w 2013 r. oraz 3 kontrole w 2014 r. Trzy spośród niniejszych kontroli, realizowano w ramach kontroli koordynowanej: „*Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości i rozliczania świadczeń w ramach grup E-11 – E-19*”. Trzy kolejne miały charakter doraźny i były przeprowadzone z inicjatywy Oddziału NFZ (jedna dotyczyła realizacji umów w różnych zakresach, w tym wszystkich zakresów kardiologii, ze szczególnym uwzględnieniem, czy świadczenia były udzielone w stanie nagłym oraz czy odroczenie terminu wykonania świadczenia było medycznie niewskazane, druga dotyczyła realizacji umowy w zakresie kardiologia - hospitalizacja E-11 – E-14, a w szczególności rozliczania świadczeń, trzecia dotyczyła realizacji umów z wszystkich zakresów kardiologii pod kątem wymagań określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzeniach Ministra zdrowia dot. personelu i sprzętu). Cztery pozostałe kontrole były kontrolami doraźnymi i dotyczyły wyłącznie świadczeń ratujących życie, rozliczanych na podstawie art. 19 ust. 4 i 5 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, w tym w szczególności dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielono świadczeń objętych wnioskami składanymi na podstawie ww. przepisów. Z przeprowadzonych kontroli sporządzano dokumentację, w tym: protokół kontroli, akta kontroli i wystąpienie pokontrolne. Powyższa dokumentacja była przechowywana w Dziale Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia Oddziału NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 83-96, 122-273)

Kontrola koordynowana, przeprowadzona w 2012 r. w PAKS w Starachowicach dotyczyła realizacji umowy, tj. prawidłowości kwalifikacji pacjentów do grup JGP: E11 - E14 oraz grup E16 - E19 - prawidłowości wykonywania tych świadczeń oraz ich sprawozdawania a także wymagań określonych w przedmiotowych zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Kontrolą objęto 169 wybranych historii chorób hospitalizowanych pacjentów, co stanowiło 26% wszystkich hospitalizowanych pacjentów w okresie od 01.07.2011 r. do 30.06.2012 r. Próba dobrana do kontroli wynikała z wytycznych zawartych w programie kontroli koordynowanej, realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia u świadczeniodawców realizujących świadczenia w przedmiotowym zakresie. Ponadto skontrolowano wymogi dotyczące spełnienia warunków dla prawidłowej realizacji świadczeń dla odpowiednich grup JGP, w tym kwalifikacji personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także kompletności wykonanych badań, prawidłowości rozliczenia procedur medycznych, w okresie od 01.07.2011 r. do 30.06.2012 r. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości. Działalność placówki w kontrolowanych zakresach oceniono pozytywnie.

(dowód: akta kontroli str. 97-121)

Druga kontrola przeprowadzona w PAKS w Starachowicach, w 2014 r. miała charakter doraźny i dotyczyła realizacji umowy w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresach: kardiologia - hospitalizacja, kardiologia - hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14, chirurgia naczyniowa - hospitalizacja, chirurgia naczyniowa - hospitalizacja Q01 pod kątem wymagań określonych w przedmiotowych zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących personelu i sprzętu. Skontrolowano wymogi dotyczące spełniania warunków dla realizacji ww. świadczeń w Oddziale Kardiologicznym oraz Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, a także: blok operacyjny, Oddział Chirurgii, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Pracownię Radiologii Zabiegowej. W ramach kontroli sprawdzono wyposażenie w sprzęt poszczególnych oddziałów i jednostek organizacyjnych, organizację pracy i udzielania świadczeń, jak również kwalifikacje personelu medycznego. Badanie nie objęło prawidłowości realizacji świadczeń dla odpowiednich grup JGP, kompletności wykonanych badań, czy prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. Negatywnie oceniono ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości fakt niezapewnienia całodobowej obsady lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkich dniach tygodnia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (opieka była zapewniona przez tzw. „dodatkowy zespół do świadczenia usług z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii” i tylko „w razie potrzeby” – zgodnie ze złożonymi w toku kontroli wyjaśnieniami oddział był wykorzystywany w wyjątkowych przypadkach gdy np. zachodziła konieczność zastosowania szczególnych technik intensywnej terapii, jak np. przedłużająca się wentylacja mechaniczna). W związku z powyższym nałożona została na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 11,63 tys. zł, która została przez świadczeniodawcę wpłacona na konto Oddziału NFZ. W pozostałych obszarach kontrolowanej działalności nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 97-121)

Kontrola przeprowadzona w Intercard Sp. z o.o. w Pińczowie w 2012 r. była kontrolą doraźną i dotyczyła realizacji świadczeń ratujących życie, rozliczanych na podstawie art. 19 ust. 4 i 5 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, w tym w szczególności dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielono świadczeń objętych wnioskami składanymi na podstawie ww. przepisów. Badaniem kontrolnym objęto

wszystkie 131 historii chorób świadczeń udzielonych w powyższym zakresie, w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., pod kątem zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonania badań<sup>15</sup> oraz prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. Ustalono, że w przypadku dziewięciu pacjentów (7%) nieprawidłowo zakwalifikowano ich pobyt do grupy JGP, tj. wykazano do rozliczenia grupę E-14 – leczenie inwazyjne < 4 dni, natomiast pacjenci mieli wykazaną tylko koronarografię diagnostyczną oraz zostali zakwalifikowani do leczenia zachowawczego. Koszty powyższych świadczeń nie zostały zrefundowane przez Oddział NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 97-121)

W 2012 r. Oddział NFZ przeprowadził pięć kontroli, z czego trzy kontrole: w WSZ w Kielcach, ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz w PAKS w Starachowicach, dotyczące realizacji umów były kontrolami koordynowanymi, a dwie pozostałe, w Intercard Sp. z o.o. w Pińczowie oraz w Cardinox Sp. z o.o. Pracownia Hemodynamiki w Busku Zdroju dotyczyły realizacji świadczeń udzielanych na podstawie art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Kontrole u poszczególnych podmiotów obejmowały następujący zakres i wykazały następujące nieprawidłowości:

1. WSZ w Kielcach – kontrola koordynowana: zakres obejmował badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, prawidłowości rozliczenia procedur medycznych, w okresie od 01.07.2011 r. do 14.08.2012 r., a także stanu pomieszczeń, kwalifikacji i zasad zatrudniania personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Badaniem objęto 185 historii chorób pacjentów, co stanowiło 28% całej dokumentacji z tego okresu. Próba dobrana do kontroli wynikała z wytycznych zawartych w programie kontroli koordynowanej, przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia u świadczeniodawców realizujących świadczenia w przedmiotowym zakresie. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.
2. ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim – kontrola koordynowana<sup>16</sup>: zakres obejmował badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonania badań<sup>17</sup>, prawidłowości rozliczenia procedur medycznych, a także stanu pomieszczeń, kwalifikacji i zasad zatrudniania personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. W wyniku działań kontrolnych i analizy dokumentacji medycznej, którą objęto 138 historii chorób, co stanowiło 23,4% wszystkich świadczeń udzielonych w okresie od 01.07.2011 r. do 19.09.2012 r., zakwestionowano siedem świadczeń z zakresu kardiologia – hospitalizacja E11, E12, E13, E14. We wszystkich zakwestionowanych przypadkach świadczeniodawca nieprawidłowo wykazał do rozliczenia grupę E14-OZW- leczenie inwazyjne < 4 dni. Stwierdzono, że w czasie krótkich – jedno i dwudniowych hospitalizacji, wykonano pacjentom koronarografię w celach

---

<sup>15</sup> W tym: podstawowe krwi i moczu oraz elektrolitów, transaminazy, lipidogram, glukoza, mocznik, kreatynina, kinaza kreatynowa CK-MB, troponina, Ekg serca, ECHO serca, w wybranych przypadkach konieczne konsultacje, rtg płuc i in.

<sup>16</sup> Próba dobrana do kontroli wynikała z wytycznych zawartych w programie kontroli koordynowanej, realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia u świadczeniodawców realizujących świadczenia w przedmiotowym zakresie.

<sup>17</sup> W tym: podstawowe krwi i moczu oraz elektrolitów, transaminazy, lipidogram, glukoza, mocznik, kreatynina, kinaza kreatynowa CK-MB, troponina, Ekg serca, ECHO serca, w wybranych przypadkach konieczne konsultacje, rtg płuc i in.



diagnostycznych, nie stosując jednocześnie leczenia inwazyjnego, a następnie ze względów medycznych kierowano tych pacjentów do leczenia kardiologicznego w innych ośrodkach. Tymczasem, zdaniem Oddziału NFZ świadczenia te powinny być zakwalifikowane do grupy E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne. Łączna wartość zakwestionowanych świadczeń wyniosła 56,82 tys. zł. Dodatkowo, nałożono na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 12,36 tys. zł. Łączna kwota należności świadczeniodawcy wobec NFZ wyniosła 69,34 tys. zł i została wpłacona na rachunek Oddziału Funduszu w całości. W pozostałym zakresie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

3. Cardinox Sp. z o.o. Pracownia Hemodynamiki w Busku Zdroju kontrola doraźna dotycząca realizacji świadczeń ratujących życie, na podstawie art. 19 ust. 6 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*: zakres obejmował badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonania badań<sup>18</sup> oraz prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. W wyniku kontroli, w której zbadano wszystkie 162 historie chorób pacjentów hospitalizowanych w okresie od 01.02.2012 r. do 22.08.2012 r. wykazano, że 35 leczonych pacjentów, nie spełniało wymogów art. 19 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Koszty świadczeń przedłożonych przez ww. podmiot do rozliczenia z NFZ nie zostały zrefundowane.

(dowód: akta kontroli str. 83-86,97-121,122-273)

W 2013 r. Oddział NFZ przeprowadził dwie kontrole, obie dotyczyły realizacji świadczeń udzielanych na podstawie art. 19 ust. 1 i 2 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* w Cardinox Sp. z o.o. Pracownia Hemodynamiki w Busku Zdroju. Przeprowadzone kontrole obejmowały:

1. Badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonania badań<sup>19</sup> oraz prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. W wyniku kontroli, w której przebadano wszystkie, 102 historie chorób pacjentów hospitalizowanych w okresie od 01.08.2013 r. do 31.12.2012 r. wykazano, że 14 leczonych pacjentów, nie spełniało wymogów art. 19 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, a w 7 przypadkach nieprawidłowo zakwalifikowano pacjentów do grupy JGP. Koszty świadczeń przedłożonych przez ww. podmiot do rozliczenia z NFZ nie zostały zrefundowane.

2. Badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonania badań<sup>20</sup> oraz prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. W wyniku kontroli, w której przebadano 214 historie chorób pacjentów hospitalizowanych w okresie od 01.12.2012 r. do 30.09.2013 r. wykazano, że 12 leczonych pacjentów, nie spełniało wymogów art. 19 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, w 6 przypadkach w ogóle nie wykazano diagnostyki inwazyjnej, a w 2 przypadkach przyjęto pacjentów w odstępie kilkudniowym, w tym w jednym przypadku pacjent po zabiegu został przeniesiony na OIOM Szpitala w Busku Zdroju, po czym został ponownie przeniesiony do Cardinox Sp. z o.o. i po raz drugi wykazany do rozliczenia. Koszty świadczeń przedłożonych przez ww. podmiot do rozliczenia z NFZ nie zostały zrefundowane.

(dowód: akta kontroli str. 87-90,97-121,122-273)

---

<sup>18</sup> Jw.

<sup>19</sup> Jw.

<sup>20</sup> Jw.

W 2014 r. Oddział NFZ przeprowadził trzy kontrole doraźne, z czego dwie: w WSZ w Kielcach. Przeprowadzone kontrole, u poszczególnych podmiotów obejmowały następujący zakres i wykazały następujące nieprawidłowości:

1. WSZ w Kielcach – kontrola doraźna - rozpoznawcza: przedmiotem kontroli była realizacja umowy z NFZ na świadczenia w zakresie kardiologii, w okresie od 01.01.2012 r. do 31.12.2012 r. ze szczególnym uwzględnieniem czy świadczenia były udzielane w stanie nagłym lub czy odroczenie terminu wykonania świadczenia było medycznie niewskazane. Kontroli poddano wszystkie, 1376 historii chorób zrealizowanych na oddziałach, za które Oddział Funduszu nie dokonał płatności: chirurgii ogólnej, neurologicznym, wewnętrznym, kardiologicznym, ginekologiczno - położniczym, ortopedii i traumatologii, otolaryngologicznym, dermatologiczno – wenerologicznym. W dokumentacji kontroli brak danych dotyczących kompletności wykonanych badań. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.
2. WSZ w Kielcach – kontrola doraźna - rozpoznawcza: przedmiotem kontroli była realizacja umowy w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie kardiologia E10, E11, E12, E13, E 14, a w szczególności rozliczania świadczeń, w okresie od 01.10.2013 r. do 31.12.2014 r. Kontrolą objęto 268 historii chorób pacjentów, którzy w ww. okresie przebywali na oddziale kardiologicznym i których pobyt rozliczony został w ww. grupach JGP. Zakres obejmował badanie zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, kompletności wykonanych badań, prawidłowości rozliczenia procedur medycznych. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 91-94,97-121,122-273)

2.2. Zgodnie z treścią „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”<sup>21</sup> komisja konkursowa przeprowadza obligatoryjnie kontrolę u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w zakresie, na który została złożona oferta. Podczas kontroli komisja porównuje informacje zawarte w ofercie ze stanem faktycznym.

Spośród siedmiu podmiotów leczniczych, które w latach 2011 – 2013 posiadały kontrakty z NFZ na świadczenie usług w zakresie kardiologii, Oddział Funduszu przeprowadził kontrole u trzech podmiotów, przed zawarciem z nimi kontraktów, tj. w: Intercard Sp. z o.o., PAKS w Starachowicach oraz w POZ w Starachowicach. W przypadku pozostałych czterech świadczeniodawców kontroli w ww. zakresie nie przeprowadzono. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, zgodnie ze stanem faktycznym, że *ww. czterech świadczeniodawców posiadało umowy w zakresie kardiologii w roku 2010 i udzielało świadczeń w zakresie kardiologii w roku 2011 w tych samych miejscach, w związku z czym, zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie było obowiązku przeprowadzania u nich kontroli.*

(dowód: akta kontroli str. 31-82, 293-295)

---

<sup>21</sup> Nr 2011/001/BO/KONTR/5.9

1. Oddział NFZ, w latach 2012 – 2014 nie przeprowadził ani jednej kontroli w zakresie udzielania świadczeń kardiologicznych w trzech placówkach, z którymi podpisano stosowne umowy. Były to: SPZZOZ w Sandomierzu, PZOZ w Starachowicach oraz ZOZ w Końskich. Uwzględniając fakt, że w ciągu trzech lat przeprowadzono 22 kontrole u ww. świadczeniodawców w innych zakresach udzielanych świadczeń oraz w innych jednostkach organizacyjnych, NIK zwraca uwagę na niewielką skalę przeprowadzonych kontroli w zakresie udzielania świadczeń kardiologicznych. Wysokość kwot wypłaconych za realizację świadczeń powinna obligować NFZ do podjęcia adekwatnych działań kontrolnych. W przypadku tylko tych trzech podmiotów, w ciągu trzech lat na świadczenia we wszystkich zakresach kardiologii - hospitalizacji wypłacono bowiem środki w kwocie 100 632,33 tys. zł, co stanowiło 32% wartości świadczeń z zakresu kardiologii sfinansowanych w tym okresie przez Oddział NFZ w województwie świętokrzyskim i 1,8% wartości wszystkich świadczeń ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 83-96)

2. NIK zwraca uwagę, że pomimo uprawnienia nadanego cytowanymi wyżej przepisami art. 64 ust. 1 i 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, kontrole przeprowadzane przez NFZ w ograniczonym stopniu dotyczyły jakości i zasadności udzielanych świadczeń, ponieważ obejmowały głównie realizację umowy z NFZ, zasadności kwalifikowania pacjentów do grup JGP, prawidłowości rozliczenia procedur medycznych oraz stanu pomieszczeń, kwalifikacji i zasad zatrudniania personelu, a także wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Kontrole nie obejmowały natomiast badania prawidłowości realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zasadności realizacji procedur i czynności medycznych, przyjętych standardów (wytycznych) postępowania medycznego.

W §1 ust. 2 umów zawieranych pomiędzy ŚOW NFZ, a świadczeniodawcami zapisano, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*. W § 11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne<sup>22</sup>, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* zapisano natomiast: Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

NIK bierze pod uwagę fakt, że zbadanie lub rozstrzygnięcie takich zagadnień wymagało specjalnych kwalifikacji, a w okresie objętym kontrolą w danym oddziale nie zatrudniano lekarzy o specjalizacji z zakresu kardiologii i chorób wewnętrznych. Jednakże w przypadku żadnej przeprowadzonej wówczas kontroli nie skorzystano z możliwości powołania specjalisty w danej dziedzinie, choć w art. 64 ust. 4 *ustawy* zawarto taką możliwość. Skutkiem braku

---

<sup>22</sup> Nr 89/2013/DSOZ. Analogiczne zapisy znajdowały się też w zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ.

prowadzonej w ten sposób kontroli może być ryzyko niezapewnienia przez podmioty lecznicze wystarczającej jakości udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 83-96, 97-121,122-273,274-284)

Działania kontrolne podejmowane przez Oddział Funduszu powinny być, w ocenie NIK ukierunkowane na sprawowanie nadzoru merytorycznego nad jakością i zasadnością udzielanych świadczeń, do czego NFZ, jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń jest upoważniony. Tymczasem, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału Funduszu: „(...) Oddział (...) nie sprawuje nadzoru merytorycznego nad jakością i zasadnością udzielanych świadczeń zdrowotnych (...), na podstawie art. 64 ustawy sprawuje jedynie kontrolę świadczeniodawców. (...) Mimo że brak jest ustawowej definicji pojęcia „kontroli”, przyjmuje się, że obejmuje ona czynności podjęte dla ustalenia, czy działania podmiotu kontrolowanego są zgodne z prawem i innymi obowiązującymi wymogami oraz formułuje oceny sposobu prawidłowości rozliczania się za wykonane świadczenia, w miarę potrzeby wydaje się zalecenia w celu usunięcia stwierdzonych uchybień lub nieprawidłowości związanych ze sposobem rozliczania się świadczeniodawcy z płatnikiem. (...) Aktem wewnętrznym obowiązującym w Narodowym Funduszu Zdrowia, w oparciu o który realizowane są kontrole świadczeniodawców, jest zarządzenie nr 55/2014 Prezesa NFZ z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców. Z kolei indywidualną podstawą dokonywania kontroli są zawierane przez NFZ umowy, które przewidują obowiązek poddania się kontroli dokonywanej przez Fundusz w zakresie realizacji postanowień umowy. Oddział Funduszu sprawuje kontrolę udzielanych świadczeń w sposób planowy oraz doraźny. (...) Kontrole doraźne są związane z wynikami wewnętrznych analiz prowadzonych przez komórki merytoryczne Oddziału Funduszu lub skargami na działalność Świadczeniodawców. (...) Kontrole doraźne wpływają na ograniczanie skutków nieprawidłowości, które już wystąpiły. Istotnym zadaniem Oddziału Funduszu jest więc monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i sposobu ich rozliczania. Na te czynności składa się szereg uprawnień określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, o.w.u. i zawartych umowach.”

Zdaniem NIK, Oddział NFZ nie powinien swoich działań kontrolnych ograniczać jedynie do „monitorowania realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i sposobu ich rozliczania”. Istnieje możliwość przeprowadzania kontroli jakości i zasadności przy zastosowaniu kryteriów, wymienionych w obowiązujących przepisach prawa oraz uregulowaniach wewnętrznych, tj. legalności, celowości i rzetelności.

(dowód: akta kontroli str. 83-96, 97-121,122-273, 274-284)

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>23</sup> 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 Katowicach.

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 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.

Katowice, dnia 30 czerwca 2015 r.

**Najwyższa Izba Kontroli**  
**Delegatura w Katowicach**

**Kontroler nadzorujący**  
**Tomasz Raszka**  
**główny specjalista k.p.**

.....

---

<sup>23</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm., zwanej dalej „ustawą o NIK”.