



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Zdrowia

KZD – 4101-03-03/2013  
P/13/130

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/130 – Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, zwanego dalej „NPZChN”.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Danuta Nosal, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87357 z dnia 07.06.2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1 – 1B)
Jednostka kontrolowana	Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 31, 00-911 Warszawa, zwana dalej „Przychodnią” <sup>1</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Cieślak, Dyrektor Przychodni  (dowód: akta kontroli str. 1C - 4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>2</sup> realizację umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, w latach 2009 – 2013 (I półrocze).

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła:

- prawidłową realizację umów na udzielanie świadczeń w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy na etapie podstawowym w okresie od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2013 r.,
- poprawę dostępu do badań cytologicznych poprzez modernizację pomieszczeń filii przy ul. Gen. Andersa na potrzeby Poradni Ginekologiczno – Położniczej i zakup nowego wyposażenia<sup>3</sup>, w wyniku czego nastąpił wzrost liczby kobiet objętych programem profilaktyki raka szyjki macicy z 1.173 w 2009 r. do 1.921 w 2012 r. (badania wykonano u 7.620 kobiet<sup>4</sup>),
- sfinansowanie zakupu mammografu z własnych środków, co umożliwiło realizację świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki) od 1 stycznia 2012 r.,
- zapewnienie personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach dla obu programów,
- krótki czas oczekiwania na wykonanie badań profilaktycznych raka szyjki macicy i raka piersi wynoszący od jednego do dwóch dni.

Ujawnione w toku kontroli nieprawidłowości polegały m.in. na:

<sup>1</sup> Utworzona zarządzeniem Nr 43/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 października 1998 r. w sprawie utworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. Rozk. MON poz. 97 ze zm.).

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe wyjaśnienie.

<sup>3</sup> M.in. aparat USG ginekologiczny z kompletem głowic, kolposkop, lampy zabiegowe.

<sup>4</sup> W tym: 1173 kobiet w 2009 r.; 1872 w 2010 r.; 1651 w 2011 r.; 1921 w 2012 r. i 1003 kobiety w I półroczu 2013 r.

- 1) niedokonaniu, do czasu kontroli NIK, sprostowania decyzji zezwalającej na uruchomienie i stosowanie mammografu do badań diagnostycznych,
- 2) nieopracowaniu Programu ochrony radiologicznej dla pracowni mammograficznej<sup>5</sup>,
- 3) podaniu, we wnioskach składanych do MOW NFZ o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń programu profilaktyki raka piersi na 2010 r., niezetelnych danych dotyczących posiadanego sprzętu medycznego (mammografu) oraz personelu medycznego,
- 4) niewywiązywaniu się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego regionalnemu rejestrowi onkologicznemu w latach 2009 – 2013 (I półrocze)<sup>6</sup>.

### III Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Realizacja programu profilaktyki raka piersi

##### Opis stanu faktycznego

W lutym 2010 r. Przychodnia zakupiła, ze środków własnych, w drodze przetargu nieograniczonego, mammograf cyfrowy Mammomat Inspiration<sup>7</sup> z dodatkowym wyposażeniem<sup>8</sup>. W okresie od 21 czerwca 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. mammograf był wykorzystywany do badań diagnostycznych zleczanych przez Poradnię Ginekologii i Położnictwa i Chirurgii Ogólnej<sup>9</sup>. Od 1 stycznia 2012 r. Przychodnia rozpoczęła realizację świadczeń programu profilaktyki raka piersi na etapie podstawowym i etapie pogłębionej diagnostyki<sup>10</sup>, na podstawie umowy podpisanej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzki NFZ (MOW NFZ) na lata 2012 – 2014<sup>11</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 127 – 141; str. 250 – 292)

Mammograf posiadał paszport techniczny, w którym odnotowano wykonane w całym dotychczasowym okresie użytkowania przeglądy i naprawy.

(dowód: akta kontroli str. 174 – 175, 186 – 240)

W 2012 r. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący program profilaktyki raka piersi przeprowadził audyt kliniczny zdjęć mammograficznych wykonanych przy użyciu mammografu<sup>12</sup> oraz kontrolę jakości badań mammograficznych<sup>13</sup>, która wykazała nieprawidłowości w zakresie siły kompresji piersi podczas badania.

<sup>5</sup> Obowiązek wynikał z § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. 2006, nr 180, poz. 1325).

<sup>6</sup> TJ, niezgodnie z rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie badań statystycznych statystyki publicznej na lata 2009 – 2013 (Dz. U. z 2011 r., nr 173, poz. 1030 ze zm.; Dz. U. z 2012 r., poz. 1391).

<sup>7</sup> Mammomat Inspiration, nr ewidencyjny 2082, rok produkcji 2010, za kwotę brutto 1 020 868,09 zł, dostarczony i zamontowany przez firmę „Siemens Sp. z o.o.”, na podstawie umowy Nr SPL 20/2010 z dnia 2 lutego 2010 r. Protokół odbioru końcowego podpisano w dniu 6 kwietnia 2010 r., a mammograf wprowadzono na stan środków trwałych Przychodni dnia 30 kwietnia 2010 r. r. pod nr 1/10/802/312.

<sup>8</sup> Stanowisko obrazowe – opisowe dla radiologa, archiwum obrazowe, stanowisko rejestracyjne, dwa stanowiska do opisywania badań, drukarka medyczna, system podtrzymywania UPS, aparatura do kontroli.

<sup>9</sup> W Księżce gabinetu mammograficznego zarejestrowano 792 badania.

<sup>10</sup> Starania o podpisanie z NFZ umowy na realizację Programu profilaktyki raka piersi, Przychodnia rozpoczęła w grudniu 2009 r. Kontrakt na 2010 r. nie otrzymała, ponieważ nie zapewniła wymogów koniecznych do realizacji świadczeń przez dwóch radiologów. Powodem niepodpisania umowy na 2011 r. było to, iż świadczeń w ramach programu mieli udzielać świadczeniodawcy, z którymi NFZ podpisał umowy wieloletnie, z terminem obowiązywania do końca 2011 r. Formularze ofertowe na realizację obu etapów Programu, Przychodnia przekazała do NFZ w dniu 7 listopada 2011 r. Oferta przewidywała: dla etapu pogłębionej diagnostyki cenę jednostki rozliczeniowej – 9,20 zł, liczba jednostek rozliczeniowych 3.600 o wartości 33.120,0 zł; - dla etapu podstawowego - cena jednostki rozliczeniowej – 9,20 zł, liczba jednostek rozliczeniowych 11.040 o wartości 101.568,00 zł.

<sup>11</sup> Umowa Nr 07R-8-00626-10-01-2012-2014/12 (07-06-00043-12-12/08) z dnia 5 marca 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie m.in. programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki oraz programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki wraz z aneksami.

<sup>12</sup> W 2012 r. Wojewódzki Ośrodek Koordynacyjny przeprowadził audyt kliniczny zdjęć mammograficznych wykonywanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Pismem BRPP-6012-25/12 z dnia 10 grudnia 2012 r. WOK poinformował Przychodnię o zaliczeniu audytu klinicznego. W 2013 r. audyt kliniczny zostanie przeprowadzony w drugiej połowie roku. Pismem ZEPN-WOK-601-1/13 z dnia 26 kwietnia 2013 r. WOK zwrócił się do Przychodni o przekazanie do 30 czerwca 2013 r. kompletów zdjęć mammograficznych, które zostaną poddane audytowi.

(dowód: akta kontroli str. 127 – 141)

Etap podstawowy programu profilaktyki raka piersi realizowany był przez dwóch lekarzy specjalistów w zakresie radiodiagnostyki, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych i dwóch techników elektroradiologii zatrudnionych na etacie. W ramach etapu pogłębionej diagnostyki badanie USG wykonywał jeden lekarz radiolog, a biopsję cienkoigłową i gruboigłową – dwóch lekarzy specjalistów w zakresie radiologii.

(dowód: akta kontroli str. 250 – 267, 274 – 292, 428 – 429)

Liczba oraz wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń, udzielonych w ramach programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki w latach 2012 – 2013 (I półrocze) wynosiła:

Nazwa świadczenia	Rok	Świadczenia				Wyk / kontrakt	
		Zakontraktowane		wykonane		kol. 5 : kol. 3 (%)	kol. 6 : kol. 4 (%)
		Pkt Rozliczeniowe	zł	Pkt rozliczeniowe	zł		
1	2	3	4	5	6	7	8
Program profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki) w tym:	2012	13.885	127.742,00	13.875	127.650,00	99,93	99,93
	2013 (I pół.)	4.891	44.997,20	4.880	44.896,00	99,78	99,78
Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	2012	12.664	116.508,80	12.654	116.416,80	99,92	99,92
	2013 (I pół.)	4.490	41.308,00	4.482	41.234,40	99,82	99,82
Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	2012	1.221	11.233,20	1.221	11.233,20	100,00	100,00
	2013 (I pół.)	401	3.689,20	398	3.661,60	99,25	99,25

\*W I połowie 2013 r. Przychodnia zrealizowała ww. świadczenia o wartości 70.481,20 zł, co stanowiło 156,63% wartości zakontraktowanej. Oddział rozliczył wykonane świadczenia do wartości wynikającej z umowy - 44.896,00 zł natomiast należność w wysokości 25.485,20 zł Przychodnia otrzyma po zakończeniu negocjacji z MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 368 – 370, 382 – 383B)

*Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora Przychodni, tak duże nadwykonania spowodowane były bardzo dużym zainteresowaniem pacjentek, a Przychodnia stara się objąć badaniami z zakresu programów profilaktycznych wszystkie zgłaszające się kobiety. Ponieważ środki na świadczenia z zakresu programów profilaktycznych są nielimitowane, rozliczenie ich powinno następować comiesięcznie, zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń.*

(dowód: akta kontroli str. 453 - 454)

W badanym okresie wykonano badania mammograficzne u 2149 kobiet, w tym u 1.406 w 2012 r. i u 743 kobiet w 2013 r. Do etapu pogłębionej diagnostyki<sup>14</sup> skierowano łącznie 112 kobiet<sup>15</sup>, tj. 5,21 % objętych badaniem<sup>16</sup>. Stan przedrakowy stwierdzono u 33 kobiet<sup>17</sup>, a rozpoznano raka piersi u 6 kobiet.

(dowód: akta kontroli str. 373 – 379, 701)

Efekty realizacji Programu profilaktyki raka piersi (etapu podstawowego i etapu pogłębionej diagnostyki) przedstawia w poniższa tabela<sup>18</sup>:

<sup>13</sup> Kontrola jakości badań mammograficznych w Przychodni została przeprowadzona przez WOK w dniu 6 września 2012 r. W przesłanym do Przychodni przy piśmie BRPP-6012-18/12 z dnia 11 października 2012 r. protokole stwierdzono nieprawidłowości w zakresie siły kompresji piersi. Przychodnia dokonała odpowiedniej regulacji mammografu, o czym poinformowała WOK pismem L. Dz. 937 z dnia 8 listopada 2012 r. Wykonanie regulacji zostało odnotowane w paszporcie technicznym mammografu pod datą 31 października 2012 r.

<sup>14</sup> W tym: u 63 kobiet w 2012 r. i 49 kobiet w I półroczu 2013 r.

<sup>15</sup> Zgodnie z danymi Przychodni z dnia 29 czerwca 2013 r. w 2012 r. skierowano - 63 kobiety i w 2013 r. (I półrocze) – 49 kobiet.

<sup>16</sup> Łącznie zbadano 2.149 kobiet.

<sup>17</sup> W tym: u 17 kobiet w 2012 r. i 16 kobiet w I półroczu 2013 r.

<sup>18</sup> Zgodnie z danymi Przychodni z dnia 29 czerwca 2013 r.

L p.	Wyszczególnienie	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r. (sprawozdanie za I półrocze.)	Razem kol. 3-7
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Liczba kobiet, o których wykonano badanie mammograficzne	-	-	-	1406	743	2149
2.	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego	-	-	-	1343	694	2.037
3.	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	-	-	-	63	49	112
4.	Liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego	-	-	-	17	16	33
5.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi	-	-	-	4	2	6

Przychody i koszty poniesione na realizację programu profilaktyki raka piersi, przedstawia poniższa tabela<sup>19</sup>:

Rok	Przychody (zł)	Koszty (zł)	Przychody – koszty (zł)
1	2	3	4
2012	127 650,00 zł	297 235,55 zł	- 169 585,55 zł
2013 (do 30.06.)	44 896,00 zł*	196 113,13 zł	- 151 217,13 zł

\* W przychodach 2013 r. nie uwzględniono kwoty 25 485,20 zł, która zostanie u po zakończeniu procesu negocjacji (Do 30 czerwca 2013 r. wartość wykonanych świadczeń wyniosła 70 481,20 zł)

(dowód: akta kontroli str. 892 – 954)

Z analizy ww. danych wynika, że koszty realizacji programu profilaktyki raka piersi znacznie przewyższyły osiągnięte przychody.

Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że główną część kosztów realizacji Programu stanowi amortyzacja mammografu (ponad 205 000 zł rocznie). Mammograf zostanie zamortyzowany w ciągu 5 lat<sup>20</sup> i po tym okresie coroczne koszty realizacji Programu profilaktyki raka piersi zmniejszą się o 205 000 zł.

(dowód: akta kontroli str. 996 – 1000)

#### Ustalone nieprawidłowości

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

1. Niedokonanie, do czasu kontroli NIK, sprostowania decyzji zezwalającej na uruchomienie i stosowanie mammografu do badań diagnostycznych wymaganej przez art. 4 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>21</sup>.

W kwietniu 2010 r. Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii dokonał w Przychodni pomiarów kontrolnych ochronności osłon stałych promieniowania jonizującego gabinetu mammografii<sup>22</sup>, a następnie zaopiniował pozytywnie pod względem ochrony radiologicznej dokumentację, z zamontowanym mammografem Simens Mammomat Inspiration<sup>23</sup>. Dyrektor Przychodni, wnioskiem z dnia 12 maja 2010 r. zwrócił się do Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Modlinie (WOMP) o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności polegającej na uruchomieniu i stosowaniu aparatów rentgenowskich do celów medycznych, podając dane mammografu: cyfrowy Simens Mammomat Inspiration, nr ewidencyjny 2082, rok produkcji 2010<sup>24</sup>. Jednakże z „Protokołu kontroli sanitarnej nr 23/MR/HR/2010 z zakresu przestrzegania higieny radiacyjnej” przeprowadzonej w dniu 14 maja 2010 r. przez Wojskowego Inspektora Sanitarnego wynika, że kontrolą objęto m.in.

<sup>19</sup> Przychodnia nie prowadziła oddzielnej dla Programu profilaktyki raka piersi ewidencji kosztów. Wysokość kosztów realizacji świadczeń ustalono, wyliczając procentowy udział przychodów z Programu w przychodach – „sprzedaż usług poradnia mammograficzna” i proporcjonalnie do tego wyliczając udział kosztów poniesionych na realizację Programu w kosztach – „sprzedaż usług poradnia mammograficzna”.

<sup>20</sup> W 2014 r.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 264 ze zm.

<sup>22</sup> Z pomiarów sporządzone zostało sprawozdanie Nr 4/2010/PIR/J/BHP z dnia 28 kwietnia 2010 r.

<sup>23</sup> Pismo Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii Nr 796/10 z dnia 7 maja 2010 r.

<sup>24</sup> Do wniosku załączono: dokumentację techniczną aparatu, instrukcję obsługi aparatu, dokument potwierdzający spełnienie akceptacyjnych kontroli parametrów technicznych aparatu rentgenowskiego, instrukcję pracy z aparatem rentgenowskim ustalającą szczegółowe zasady postępowania w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów, sprawozdanie z pomiarów kontroli ochronności osłon promieniowania jonizującego w środowisku pracy.

pracownię mammografii wyposażoną w mammograf Simens Mammomat Inspiration nr 458251, a więc posiadający inny nr urządzenia niż we wniosku.

W tym samym dniu, Komendant Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Modlinie, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej<sup>25</sup>, wydał decyzję nr 98/Adm/2010 zezwalającą na uruchomienie i stosowanie mammografu Simens Mammomat Inspiration nr 1795, rok produkcji 2009 zamiast wskazanego we wniosku i faktycznie posiadanego przez Przychodnię mammografu Simens Mammomat Inspiration, nr ewidencyjny 2082, rok produkcji 2010.

Mimo wpisania do decyzji błędnych danych mammografu Dyrektor Przychodni, do czasu kontroli NIK, nie skorzystał z możliwości wystąpienia z wnioskiem o jej sprostowanie. Dopiero w dniu 14 czerwca 2013 r.<sup>26</sup>, Dyrektor Przychodni poinformował o tym fakcie Komendanta WOMP.

(dowód: akta kontroli str. 174 – 175, 186 – 240)

*Jak wyjaśnił Dyrektor Przychodni, we wniosku z dnia 12 maja 2010 r. podał właściwe dane o zakupionym mammografie, a podanie błędnych danych urządzenia wskazane w decyzji Nr 98/Adm/2010 z dnia 14 maja 2010 r. powstało na skutek pomyłki WOMP.*

Postanowieniem Nr 104/Adm/2013 r. z dnia 17 czerwca 2013 r. Komendant WOMP dokonał sprostowania decyzji Nr 98/Adm/2010, polegającego na wpisaniu prawidłowych danych mammografu, tj. nr 2082, rok produkcji 2010.

(dowód: akta kontroli str. 181 - 185)

2. Nieopracowanie i niewdrożenie programu ochrony radiologicznej dla pracowni mammograficznej, co stanowiło naruszenie § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi<sup>27</sup>.

Od rozpoczęcia badań przy użyciu mammografu, tj. od 21 czerwca 2010 r. do dnia 12 lipca 2013 r. Przychodnia nie posiadała programu ochrony radiologicznej dla pracowni mammograficznej, a tym samym nie wywiązała się z obowiązku wynikającego z § 21 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

*Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Przychodni, program ten został formalnie przyjęty do realizacji w Przychodni w lipcu 2013 r., ale nie oznacza to, że zasady ochrony radiologicznej nie były w Przychodni przestrzegane. Gabinet mammograficzny został w pełni przystosowany do wymogów w zakresie zapewnienia bezpiecznego korzystania z mammografu. Ponadto ustawodawca nie wskazał terminu, w którym program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej powinien zostać opracowany, a następnie wdrożony.*

(dowód: akta kontroli str. 395 - 428, 431 – 452)

Przekazana kontrolerowi w dniu 3 lipca 2013 r. pierwsza wersja dokumentu zawierała błędy polegające m.in. na nieprawidłowo sporządzonym planie gabinetu mammograficznego (niektóre fragmenty dotyczyły opisu pracowni densytometrycznej zamiast gabinetu mammograficznego).

<sup>25</sup> Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 8 ustawy Prawo atomowe wykonywanie działalności związanej z narażeniem, polegające na uruchamianiu pracowni, w których mają być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w tym pracowni rentgenowskich – wymaga zezwolenia albo zgłoszenia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej. Zezwolenie na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty wydaje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, a dla jednostek organizacyjnych podległych lub podporządkowanych Ministrowi Obrony Narodowej lub nadzorowanych przez niego albo, dla których jest on organem założycielskim - komendant Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej (art. 5 ust. 4 pkt 1 ustawy Prawo atomowe). Minister Obrony Narodowej wydał, na podstawie art. 20a ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.) rozporządzenie z dnia 2 lipca 2002 r. określające organizację oraz warunki i tryb wykonywania zadań przez Wojskową Inspekcję Sanitarną (Dz. U. z 2002 r. Nr 97, poz. 872).

<sup>26</sup> Pismo znak: L. Dz. 552.

<sup>27</sup> Dz. U. 2006, nr 180, poz. 1325.

W dniu 12 lipca 2013 r. przedstawiono poprawioną wersję programu ochrony radiologicznej dla gabinetu mammografii.

3. Przedstawienie niezetelnych danych dotyczących posiadanego sprzętu medycznego (mammografu) oraz personelu medycznego, we wnioskach składanych do MOW NFZ o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń programu profilaktyki raka piersi, skutkowało niepodpisaniem przez MOW NFZ umowy na realizację Programu profilaktyki raka piersi w okresie od 20 maja 2010 r. do 31 grudnia 2011 r.

W grudniu 2009 r. Dyrektor Przychodni wystąpił z wnioskiem do MOW NFZ o pozyskanie kwoty 130 tys. zł. na realizację świadczeń programu profilaktyki raka piersi na etapie podstawowym<sup>28</sup> w 2010 r. We wniosku podano, że Przychodnia „posiada odpowiedni sprzęt (mammograf) oraz personel medyczny do wykonywania badań...”, mimo że mammograf został zakupiony dopiero w lutym 2010 r.

*Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że 4 grudnia 2009 r. Przychodnia rozpoczęła postępowanie przetargowe o zakup mammografu i dlatego w piśmie z dnia 17 grudnia 2009 r. napisano, że Przychodnia posiada odpowiedni sprzęt do badań mammograficznych.*

(dowód: akta kontroli str. 147 – 142 - 146)

W ofercie złożonej 10 maja 2010 r. na realizację programu w okresie od 20 maja do 31 grudnia 2010 r.<sup>29</sup> Przychodnia potwierdziła, że posiada wymagany personel medyczny. Tymczasem wizytacja przeprowadzona przez Oddział w dniu 13 maja 2010 r. wykazała, że w gabinecie mammograficznym zatrudniony był jeden lekarz specjalista radiologii i radiodiagnostyki podczas, gdy warunkiem realizacji tych świadczeń było zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy specjalistów z udokumentowanym doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych<sup>30</sup>.

W II półroczu 2010 r. Kierownictwo Przychodni trzykrotnie występowało do MOW NFZ o przyznanie kwoty 130 tys. zł na realizację programu<sup>31</sup>. Jednakże Oddział nie przewidywał ogłaszania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie etapu podstawowego i pogłębionej diagnostyki na 2010 r., natomiast świadczenia na 2011 r. miały być zabezpieczone w ramach postępowań renegocjacyjnych ze świadczeniodawcami, którzy podpisali umowy wieloletnie z terminem obowiązywania do końca 2011 r.<sup>32</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 148 - 173)

*Jak wyjaśnił Dyrektor Przychodni, opracowując ofertę na realizację programu na okres od 20 maja do 31 grudnia 2010 r. Przychodnia opierała się na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz na załączniku nr 4 do Zarządzenia nr 57/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 r. odnośnie zasad realizacji programu profilaktyki raka piersi. Za przygotowanie oferty odpowiedzialny był Dział Statystyki i Rozliczeń Medycznych.*

(dowód: akta kontroli str. 142 – 146)

W ocenie NIK, Kierownictwo Przychodni nie podjęło skutecznych działań w celu zatrudnienia wymaganej liczby lekarzy specjalistów, co pozbawiło Przychodnię

<sup>28</sup> Znak: L. Dz. nr 971/09 z dnia 17 grudnia 2009 r.

<sup>29</sup> W maju 2010 r. wpłynęło do Przychodni zaproszenie do udziału w rokowaniach na realizację Programu na okres od 20 maja do 31 grudnia 2010 r.

<sup>30</sup> Stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych - Część II załącznika do ww. rozporządzenia „ Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji - poz. 3 (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm.) i załącznika Nr 4 do Zarządzenia Nr 57/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 r.

<sup>31</sup> Pisma: Nr L. Dz. Nr 487 z dnia 8 lipca 2010 r.; Nr L. Dz. 616 z dnia 17 września 2010 r. i Nr L. Dz. 641 z dnia 28 września 2010 r.

<sup>32</sup> Pisma MOW NFZ skierowane do dyrektora Przychodni: Nr M-DSZ-076-1892-1-HJ/2010 z dnia 20 lipca 2010 r.; Nr M-DSZ-076-2639-2-HJ/2010 z 18 października 2010 r.

wpływów z realizacji Programu profilaktyki raka piersi w okresie od 20 maja 2010 r. do 31 grudnia 2011 r.

4. Niewywiązywanie się Przychodni z obowiązku wypełnienia i przekazania 39 Kart Nowotworu na druku MZ/N-1a regionalnemu rejestrowi onkologicznemu, co było niezgodne z rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie badań statystycznych statystyki publicznej na lata 2012 i 2013.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2013 r. badanie mammograficzne przeprowadzono łącznie u 2149 kobiet, z czego stan przedrakowy stwierdzono u 33 kobiet, a rozpoznano raka piersi u 6 kobiet.

(dowód: akta kontroli str. 701)

Przychodnia nie sporządziła i nie przekazała do regionalnego rejestru onkologicznego kart zgłoszenia nowotworu złośliwego w latach 2012-2013 (I półrocze).

(dowód: akta kontroli str. 373 – 383B)

*Lekarz radiolog, p. E. Dz. wyjaśniła, że rozporządzenia Rady Ministrów nie precyzują w sposób jednoznaczny zalecenia zgłaszania nowotworów i z tego powodu Przychodnia nie dokonała zgłoszeń przypadków sklasyfikowanych jako podejrzane i złośliwe wg obowiązującej w programie skryningu pięciostopniowej klasyfikacji obrazowej BIRDS (breast imaging reporting and data system).*

(dowód: akta kontroli str. 707 – 711)

Nieprzekazanie do regionalnego rejestru onkologicznego 39 kart zgłoszenia nowotworu naruszało zapisy rozporządzeń Rady Ministrów z dnia 22 lipca 2011 r. w sprawie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012<sup>33</sup> oraz z dnia 9 listopada 2012 r. na rok 2013<sup>34</sup>, w których określono, że obowiązek przekazywania Karty Nowotworu na druku MZ/N-1a do Rejestru Nowotworów mają podmioty wykonujące działalność leczniczą w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego, w terminie do piętnastego dnia następnego miesiąca.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>35</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

## 2. Realizacja programu profilaktyki raka szyjki macicy.

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, tj. od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2013 r., Przychodnia realizowała program profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy, na podstawie umów podpisanych z MOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)<sup>36</sup>. Umowa przewidywała pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony (Z 02.1450.001.02). Badania wykonywano początkowo wyłącznie w siedzibie Przychodni, przy ul. Nowowiejskiej 31, a od 1 lipca 2009 r. również w filii Przychodni przy ul. Gen. Władysława Andersa 16.

(dowód: akta kontroli str. 371 – 372C, 455 – 698)

Personel medyczny realizujący świadczenia ww. programu posiadał wymagane kwalifikacje. W latach 2011 – 2013 (do 30.06.) zatrudnionych było ośmiu lekarzy,

<sup>33</sup> Dz. U. z 2011 r., nr 173, poz. 1030 ze zm.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 1391

<sup>35</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

<sup>36</sup> Umowa nr 07R-8-00626-02-01 z dnia 23 stycznia 2009 r. Cenę za punkt rozliczeniowy ustalono na 9 zł i pozostała ona niezmienną przez cały badany okres, tj. od 1 stycznia 2009 r. do dnia 30 czerwca 2013 r.

w tym pięciu lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii oraz trzech lekarzy ze specjalizacją I stopnia w zakresie ginekologii i położnictwa. Ponadto, w latach 2011 i 2012 zatrudnione były dwie, a w 2013 r. trzy położne.

(dowód: akta kontroli str. 699 – 700)

Realizację świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy na etapie podstawowym, w latach 2009 – 2013 (do 30.06.), przedstawia w poniższa tabela:

Nazwa świadczenia	Rok	Świadczenia				Wyk / kontrakt	
		Zakontraktowane		wykonane		kol. 5 : kol. 3 (%)	kol. 6 : kol. 4 (%)
		pkt rozliczeniowe	Zł	pkt rozliczeniowe	zł		
1	2	3	4	5	6	7	8
Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy	2009	2.300	20.700,00	3.519	31.671,00	153,00	153,00
	2010	3.423	30.807,00	5.613	50.517,00	163,98	163,98
	2011	4.675	41.985,00	4.929	44.361,00	105,66	105,66
	2012	4.569	41.121,00	5.763	51.867,00	126,13	126,13
	2013 (30.06.)	2.415	21.735,00	2.985	21.735,00*	123,60	100,00

\*\*Kwota zapłacona przez NFZ do wysokości wartości wynikającej z umowy.

(dowód: akta kontroli str. 371 – 372)

W badanym okresie Przychodnia realizowała świadczenia ponad wartości określone w umowach zawartych z MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 371 – 390)

*Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora Przychodni, tak duże nadwykonania spowodowane były bardzo dużym zainteresowaniem pacjentek, a Przychodnia stara się objąć badaniami z zakresu programów profilaktycznych wszystkie zgłaszające się kobiety. Ponieważ środki na świadczenia z zakresu programów profilaktycznych są nielimitowane, rozliczenie ich powinno następować comiesięcznie, zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń.*

(dowód: akta kontroli str. 453 – 454)

W badanym okresie wykonano badanie cytologiczne u 7.620 kobiet, (w tym w: 2009 r. – 1173, 2010 r. – 1872, 2011 r. – 1651, 2012 r. – 1921, 2013 r.(do 30.06) – 1003). Prawidłowy wynik badania cytologicznego stwierdzono u 7.345 kobiet, 183 kobiety skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki, a stan przedrakowy rozpoznano u 44 kobiet. Raka szyjki macicy nie stwierdzono.

(dowód: akta kontroli str. 392 -394, 384 – 390E, 701)

Efekty realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy) prezentuje poniższa tabela:

L p.	Wyszczególnienie	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r. (sprawozdanie za I półrocze.)	Razem kol. 3 do 7
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Liczba kobiet, o których wykonano badanie cytologiczne	1173	1872	1651	1921	1003	7620
2.	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego	1123	1765	1611	1879	967	7345
3.	Liczba badań niediagnostycznych*	6	4	3	7	2	22
4.	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	27	72	33	28	23	183
5.	Liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego	7	19	4	10	4	44
6.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy	-	-	-	-	-	-

\*rozmaz nie nadaje się do oceny cytologicznej – zalecenie badania powtórnego

Przychody i koszty poniesione na realizację ww. programu, przedstawia poniższa tabela<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Przychodnia nie prowadziła oddzielnej dla Programu profilaktyki raka szyjki macicy ewidencji kosztów. Wysokość kosztów realizacji świadczeń ustalono, wyliczając procentowy udział przychodów z Programu w przychodach – „sprzedaż usług

Rok	Przychody	Koszty	Zys/strata Kol. 2 – kol. 3
1	2	3	4
2009	31 671,00 zł	24 357,68 zł	+ 7 313,31 zł
2010	50 517,00 zł	36 679,18 zł	+ 13 837,82 zł
2011	44 361,00 zł	38 541,32 zł	+5 819,68 zł
2012	51 867,00 zł	46 335,19 zł	+ 5 531,81 zł
2013 (do 30.06.)	21 735,00 zł*	18 950,35 zł	+2 784,65 zł

\* jest to kwota zobowiązania MOW NFZ wobec Przychodni zapłacona do wysokości określonej w umowie. Pozostała kwota - 5 346,00 zł zostanie przekazana Przychodni po zakończeniu procesu negocjacji.

(dowód: akta kontroli str. 892 – 954)

*Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że na wzrost kosztów realizacji programu od 2011 r. złożyły się koszty amortyzacji nowo zakupionego sprzętu<sup>38</sup>, amortyzacja inwestycji budowlanych związanych z modernizacją filii Przychodni przy ul. Andersa 16 oraz wzrost kosztów materiałowych spowodowany zakupem jednorazowych wzierników ginekologicznych<sup>39</sup>.*

(dowód: akta kontroli str. 996 – 1000)

**Ustalone  
nieprawidłowości**

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

1. Nieprzekazanie regionalnemu rejestrowi onkologicznemu 44 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego, co było niezgodne z rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie badań statystycznych statystyki publicznej na poszczególne lata 2009, 2010, 2011, 2012 i 2013<sup>40</sup>.

W okresie od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2013 r., w Przychodni badanie cytologiczne wykonano u 7620 kobiet, z czego stan przedrakowy stwierdzono u 44 kobiet.

(dowód: akta kontroli str. 701)

Przychodnia nie zgłosiła do regionalnego rejestru onkologicznego 44 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, co było niezgodne z rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie badań statystycznych statystyki publicznej określonymi na poszczególne lata 2009, 2010, 2011, 2012 i 2013, w myśl których podmioty wykonujące działalność leczniczą zobowiązane były do przekazywania do rejestru raz w miesiącu (do 15 dnia następnego miesiąca) Karty zgłoszenia nowotworu na druku MZ/N – 1a.

*Dyrektor Przychodni wyjaśnił, że Przychodnia realizując etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy, zapis mówiący o zgłaszaniu przypadków za zmianą HSIL i podejrzeniem CIN III interpretowała, iż zgłoszenia dokonuje placówka, która realizuje etap pogłębiony. „W dniu 25 lipca 2013 r., po rozmowie telefonicznej z p. M. Z. z Mazowieckiego Rejestru Nowotworów uzyskaliśmy informację, że dane dotyczące podejrzenia CIN III powinny być również wysyłane przez placówkę realizującą etap podstawowy. W trakcie rozmowy ustalono, że wszystkie karty zgłoszenia od roku 2009 zostaną dostarczone do Mazowieckiego Rejestru Nowotworów do dnia 15 sierpnia 2013 r”.*

(dowód: akta kontroli str. 890 - 891)

2. Nierzetelne sporządzenie przez Przychodnię wniosków o renegotiację umów na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy za lata 2010 i 2011, co pozbawiło Przychodnię przychodu w kwocie 81 zł.

poradnia ginekologiczna” i proporcjonalnie do tego wyciszając udział kosztów poniesionych na realizację Programu w kosztach – „sprzedaż usług poradnia ginekologiczna”.

<sup>38</sup> Aparat USG ginekologiczny z kompletem głowic, kolposkop, lampy zabiegowe, fotele ginekologiczne.

<sup>39</sup> Do 2010 r. używano wzierników wielorazowego użytku, które były poddawane sterylizacji.

<sup>40</sup> Na rok 2009 – Dz. U. z 2008 r., Nr 221, poz. 1436 ze zm.; na rok 2010 – Dz. U. z 2009 r., Nr 3, poz. 14 ze zm.; na rok 2011 – Dz. U. z 2010 r., Nr 239, poz. 1594 ze zm.; na rok 2012 - Dz. U. z 2011 r., Nr 173, poz. 1030 ze zm.; na rok 2013 - Dz. U. z 2012 r., poz. 1391).

Z analizy wydruków z systemu SIMP „Realizacja umowy” za okres od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2013 r. wynika, że w wygenerowanych przez Przychodnię za 2010 r. i 2011 r. w rachunkach nie uwzględniono kosztów świadczeń udzielonych łącznie dziewięciu kobietom (w 2010 r. przebadano 1872 kobiety, rachunki wystawiono za 1871 kobiet; w 2011 r. przebadano 1651 kobiet, rachunki wystawiono za 1643 kobiety).

(dowód: akta kontroli str. 392 -394, 384 – 390E)

*Zastępca Dyrektora Przychodni wyjaśniła, że w 2010 i w 2011 r. Przychodnia kilkukrotnie generowała wnioski o renegotiację zawartej umowy w zakresie Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego i pracownicy Przychodni byli przeświadczeni, że wszystkie badania, które zostały zrobione i wyniki wpisane oraz zatwierdzone, zostały zawarte w tych wnioskach.*

(dowód: akta kontroli str. 712 – 713)

**3.** Nieterminowe wprowadzenie przez pracowników Przychodni danych do systemu SIMP o udzielonych świadczeniach w ramach w/w programów profilaktycznych, co skutkowało zaniżeniem kwoty zobowiązań Funduszu wobec Przychodni, we wnioskach o renegotiację umów I połowę 2013 r.

Z uwagi na fakt, iż w I połowie 2013 r. Przychodnia wykonała więcej świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy na etapie podstawowym niż zakontraktował MOW NFZ, w dniu 10 lipca 2013 r. wygenerowano z systemu SIMP „Wniosek o renegotiację zawartej umowy” zawierający dane: wartość świadczeń wykonanych - 26.865,00 zł (123,60% wartości zakontraktowanej), w tym świadczenia wykonane w I półroczu 2013 r. ponad wartość umowy – 5.130,00 zł. W dniu 17 lipca 2013 r. ponownie wygenerowano „Wniosek o renegotiację zawartej umowy”, w którym łączna wartość wykonanych świadczeń wyniosła 27.081,00 zł (czyli 124,60% planu), w tym świadczenia wykonane ponad wartość zakontraktowaną - 5.346,00 zł. O zaistnieniu rozbieżności pomiędzy tymi wydrukami Zastępca Dyrektora Przychodni poinformowała MOW NFZ, zwracając się o uwzględnienie tej różnicy w rozliczeniach<sup>41</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 371 – 372E)

*Zastępca Dyrektora Przychodni wyjaśniła, że różnica ta wynika z faktu, że 8 kobiet, które miały pobraną cytologię w I półroczu 2013 r. i ich wyniki zostały wpisane w czerwcu br., ale zostały zatwierdzone w lipcu – po wygenerowaniu pierwszego wniosku. Przychodnia może zatwierdzić wyniki tylko wtedy, gdy otrzyma wersję papierową, a taką otrzymała po wygenerowaniu wniosku. Przychodnia zwróciła się do NFZ o uwzględnienie różnicy.*

(dowód: akta kontroli str. 712 – 713)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>42</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

## 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 Kontroli<sup>43</sup>, wnosi o:

<sup>41</sup> W piśmie znak: L. Dz. 636 z dnia 17 lipca 2013 r.

<sup>42</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

1. przedstawianie w ofertach składanych do MOW NFZ rzetelnych danych dotyczących sprzętu medycznego oraz personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi;
2. niezwłoczne przesłanie regionalnemu rejestrowi nowotworów kart zgłoszenia nowotworu złośliwego dotyczących badań wykonanych w latach 2009 – 2013 (do 30 czerwca),
3. podjęcie działań w celu terminowego przesyłania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego;
4. terminowe i rzetelne wprowadzanie przez pracowników danych do systemu SIMP o udzielonych świadczeniach w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy;
5. terminowe wprowadzanie danych do systemu SIMP, szczególnie w okresach generowania wniosków do NFZ o renegotjację zawartych umów.

**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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

**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.

Warszawa, dnia 16 września 2013 r.

Kontroler

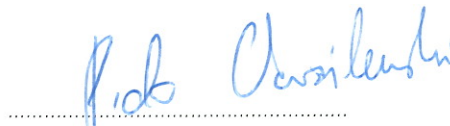
Danuta Nosal  
starszy inspektor k.p.

  
.....  
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski

  
.....  
Podpis