

znak: WKZR.7300.2.2016  
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia  
Postępowanie kontrolne nr 02.09.2016.WKZR.SZP

Bydgoszcz, dnia 30 marca 2016 roku

POWIATOWY SZPITAL  
w Aleksandrowie Kujawskim  
Spółka z o.o.

Wpł. 2016 -04- 0 1

L.dz. 2414

Podpis

PAN

MARIUSZ TROJANOWSKI

PREZES POWIATOWEGO SZPITALA

ALEKSANDRÓW KUJ. SP. Z O.O.

UL. SŁOWACKIEGO 18

87-700 ALEKSANDRÓW KUJAWSKI

WKZR



\*Z761513\*

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”, Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia Kujawsko - Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy przeprowadził w dniach od 1 lutego 2016 roku do 26 lutego 2016 roku kontrolę Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim zwanym dalej Szpitalem, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy wieloletniej 12-16/W0245/SZP zawartej na rok 2013 i 2014r w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń w których zostały rozliczone wybrane grupy zachowawcze z sekcji F: F16 Choroby żołądka i dwunastnicy, F36 Choroby jelita grubego, wykazane do zapłaty w latach 2013 i 2014 r ramach wykonywanej działalności leczniczej przez Szpital.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole podpisanym przez Zespół Kontrolujący w dniu 26 lutym 2016 roku, a nie podpisanym przez Prezesa Szpitala i nie odesłanym, po rozpatrzeniu zastrzeżeń do protokołu z dnia 7 marca 2016 roku, Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy, na podstawie art. 64 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przedkłada Panu Prezesowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

**Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, o którym mowa wyżej, Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy stwierdza co następuje:**

Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy negatywnie

ocenia realizację umowy w kontrolowanym zakresie.

1. Negatywnie pod względem legalności i rzetelności ocenia się zakwalifikowanie do rozliczenia i sprawozdanie przez Oddział Wewnętrzny i Intensywnej Opieki Kardiologicznej zlokalizowany w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim świadczenia o kodzie 5.51.01 0006016 (grupa JGP F16) w przypadku 11 hospitalizacji z roku 2013 i 17 hospitalizacji z roku 2014. W powyższych 28 przypadkach Szpital wskazał do rozliczenia grupę na podstawie rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10, innego niż to wynika z przedstawionej do kontroli dokumentacji medycznej.

Zgodnie z zasadami kodowania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (...) jako przyczynę hospitalizacji należy wskazać rozpoznanie z możliwie jak największą dokładnością. Postępowanie Szpitala, w którym stosuje on do wyznaczania grup rozpoznania niezgodne z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej, stanowi naruszenie zapisów, §13 ust 2 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów: leczenie szpitalne ze zmianami, które mówią „ Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych: 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących według ICD-10; 2) istotnych procedur medycznych łącznie z data ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9” oraz § 13 ust 3 zarządzenia 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne ze zmianami, które mówią: „...Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych: 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących według ICD-10; 2) istotnych procedur medycznych łącznie z data ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9....” Dane o których mowa w ust 2 muszą być zgodne z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania(Dz.U.Nr 252,poz1697)

Niewłaściwe rozliczenie wymienionych wyżej 28 świadczeń spowodowało zawyżenie raportów rozliczonych przez Szpital o kwotę 9 828,00zł.

2. Negatywnie pod względem legalności i rzetelności ocenia się zakwalifikowanie do rozliczenia i sprawozdanie świadczenia o kodzie 5.51.010006036 (grupa JGP F36) w przypadku dwóch pacjentów na podstawie rozpoznań wg ICD 10, które nie znajdowały potwierdzenia w dokumentacji medycznej. Kwalifikowanie do rozliczenia na podstawie rozpoznań w sposób niezgodny z

dokumentacja medyczna stanowi naruszenie cytowanych wyżej zapisów §13 zarządzenia 72/2011/DSOZ i §13 zarządzenia 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Niewłaściwe rozliczenie tych świadczeń spowodowało zawyżeniem raportów przedstawionych przez Szpital do umowy o kwotę 2 236,00 zł.

3. Negatywnie pod względem legalności, rzetelności i celowości ocenia się wykonanie u trzech pacjentów kolonoskopii w warunkach szpitalnych przy braku wskazań do takiego postępowania i wykazanie ich jako świadczenia o kodzie 5.51.01.0006036 grupa JGP F36 Choroby jelita grubego. Udzielenie świadczeniobiorcy świadczenia w ramach hospitalizacji jest możliwe w przypadkach określonych art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych ( j.t. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), zgodnie z którym *„Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.”* Powyższe doprecyzowuje zapis §11 ust. 5 i 6 . Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z późn. zm.), który stanowi, że: *„Świadczenia w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” mogą być udzielane świadczeniobiorcy, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty z zastosowaniem leczenia ambulatoryjnego. Udzielenie, w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenie, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, winno wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, szczególnie udokumentowanego w indywidualnej dokumentacji medycznej.”*

Przywołane powyżej przepisy regulują kwestie rozliczenia świadczeń w ramach umowy w rodzaju: leczenie szpitalne poprzez wskazanie, że prawo świadczeniobiorcy do leczenia w warunkach szpitalnych jest uwarunkowane obiektywnym brakiem możliwości osiągnięcia celu leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Powyższy warunek będzie więc spełniony w sytuacji, gdy stan kliniczny świadczeniobiorcy determinuje konieczność zastosowania takiej procedury medycznej, w szczególności postępowania diagnostycznego lub leczniczego, który nie mógłby się odbyć w warunkach ambulatoryjnych. Wyrazem decyzji przyjęcia pacjenta do szpitala winny być odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej sporządzonej na okoliczność świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu. Wpisy te winny dostarczać dowodów wskazujących na zasadność hospitalizacji.

Niewłaściwe rozliczenie tych świadczeń spowodowało zawyżenie raportów przedstawionych przez Szpital do umowy o kwotę 1 560,00 zł.

4. Również negatywnie pod względem rzetelności i celowości ocenia się brak wykonania kolonoskopii u pięciu pacjentów przyjętych do oddziału Chorób Wewnętrznych celem diagnostyki przewodu

pokarmowego i skierowanie ich do wykonania tegoż badania kolonoskopii w warunkach ambulatoryjnych, co może świadczyć o niedokończonej kompleksowej diagnostyce przewodu pokarmowego. Powyższe postępowanie narusza przepisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 1082) „hospitalizacja to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu”.

5. Negatywnie pod względem legalności i rzetelności ocenia się sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku 18 historii chorób poddanych kontroli co stanowi 34,81%. W 2013 roku dotyczy to 10 historii chorób co stanowi 20% , natomiast w przypadku 2014 roku dotyczy 8 historii chorób co stanowi 14,81 %. Kontrolujący stwierdzili w dokumentacji medycznej - poprawki w tekście dokumentacji bez potwierdzenia własnym podpisem, wykreślenia korektorem oraz nieczytelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Powyższy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej narusza zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które mówią: *Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu zgodnie z § 10 ust.1 pkt.3 Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust.1 pkt.3,*
6. Pozytywnie pod względem legalności należy ocenić sposób prowadzenia Listy oczekujących, który przebiega zgodnie z wymogami zawartymi w art 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (J.t. Dz. U. 2015r. poz. 581 z późn. zm.) Pacjenci przyjmowani są do leczenia w Oddziale na bieżąco, nie obserwuje się ograniczenia dostępności do świadczeń.
7. Pozytywnie pod względem legalności należy ocenić respektowanie przez Szpital zapisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz.417), o której mowa w art. 11 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r., nakładającym na świadczeniodawców obowiązek udostępnienia w miejscu publicznym informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta „ *Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.*”

8. Szpital określa normy zatrudnienia pielęgniarek pracujących w Oddziale na podstawie ilości łóżek, ich obłożenia, stanów chorobowych, przy uwzględnieniu długotrwałych absencji zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Nawiązując do pisma z dnia 5 lutego 2016 roku znak L.Dz.P.Sz. 775/16 oraz zawartymi w nim wątpliwościami Pana Prezesa dotyczącymi ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych „.... Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r., w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczy podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorstwami, w związku z czym nie dotyczy tutejszego szpitala....”uprzejmie informuje, iż zgodnie z art. 31d pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm. ) – Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach ( ... ) wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem ( ... ) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

W § 5 ust. 4 wydanego na podstawie w/w upoważnienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ( Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 z późn. zm. ) przewidziano obowiązek zapewnienia przez Świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, opieki pielęgniarskiej lub położnych całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych **z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych** ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Świadczeniodawcą, w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

W tym stanie rzeczy, ponieważ w obowiązujących przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie dokonano rozróżnienia na świadczeniodawców będących i niebędących przedsiębiorcami, to tym samym przewidziane warunki zawarcia i wykonywania umowy ( w tym także dotyczące minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek ) są wiążące dla wszystkich świadczeniodawców, bez względu na formę organizacyjno – prawną w ramach której prowadzą swoją działalność ( a więc czy są, czy też nie są przedsiębiorcami ).

Biorąc pod uwagę powyższe oceny i uwagi, Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszcy przedstawia następujące zalecenia pokontrolne:

1. Sprawozdawać i wykazywać do rozliczenia świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
2. Kwalifikować pacjentów do leczenia szpitalnego wyłącznie w sytuacji, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
3. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 177 z późn. zm.).
4. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur (zgodnie z tabelą nr 1, nr 2 i nr 3 do niniejszego wystąpienia) oraz zwrócić na rzecz K-P OW NFZ w Bydgoszczy kwotę **14 144,00 zł** (słownie: czternaście tysięcy sto czterdzieści cztery zł 00/100), w terminie 14 dni od otrzymania niniejszego wystąpienia, zgodnie z procedurą obowiązującą w NFZ w związku z zawyżeniem nienależnie pobranych świadczeń.
5. Mając na uwadze negatywne oceny zawarte w powyższym wystąpieniu, działając na podstawie § 29 i § 30 ust. 1 pkt. 3 lit. a oraz § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c Ogólnych warunków umów, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r., Nr 81, poz. 484), Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy nakłada karę umowną w łącznej wysokości **10 755,90 zł** (słownie: dziesięć tysięcy siedemset pięćdziesiąt pięć zł 90/100).

Na powyższą kwotę składa

- kwota **1 718,71 zł** (słownie: jeden tysiąc siedemset osiemnaście zł 71/100) z tytułu prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z postanowieniami przywołanego wyżej Rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, co stanowi za rok 2013 – 0,05% od wartości umowy hospitalizacja (dotyczy Oddziału Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną Powiatowy Szpital Aleksandrów Kujawski Spółka z o.o.)
- kwota **1 866,59 zł** (słownie: jeden tysiąc osiemset sześćdziesiąt sześć zł 59/100) z tytułu prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z postanowieniami przywołanego wyżej Rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, co stanowi za rok 2014 - 0,05% od wartości umowy hospitalizacja (dotyczy Oddziału Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną Powiatowy Szpital Aleksandrów Kujawski Spółka z o.o.)
- kwota **3 437,42 zł** (słownie: trzy tysiące czterysta trzydzieści siedem zł 42/100) z tytułu przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych, co stanowi 0,1 % wartości kwoty zobowiązania wynikającego z umowy zawartej na 2013 rok w rodzaju leczenie szpitalne

w zakresie leczenia szpitalne Choroby Wewnętrzne.

- kwota **3 733,18 zł** (słownie: trzy tysiące siedemset trzydzieści trzy zł 18/100) z tytułu przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych, co stanowi 0,1 % wartości kwoty zobowiązania wynikającego z umowy zawartej na 2014 rok w zakresie Leczenie Szpitalne.

Kwotę kary umownej w wysokości **10 755,90 zł** należy wpłacić na konto: Oddział BGK w Toruniu nr rachunku 591130 1075 0002 6008 6620 0002 w terminie 14 dni od otrzymania niniejszego wystąpienia.

Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Bydgoszczy na podstawie art. 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, oczekuje przedstawienia przez Pana Prezesa w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń bądź o działaniach podjętych w celu realizacji zaleceń lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 64 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Panu Prezesowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Bydgoszczy umotywowanych zastrzeżeń do treści zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania informacji Dyrektora Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Bydgoszczy o wyniku rozpatrzenia zastrzeżeń.

W przypadku nieuregulowania zobowiązań, będących skutkiem finansowym niniejszego postępowania, w powyższych terminach, K-P OW NFZ w Bydgoszczy na podstawie § 28 ust. 3 i § 29 ust. 5 Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400) potrąca należności wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia wymagalności do dnia zapłaty, z przysługujących podmiotowi bieżących należności lub wszczęcia innych działań zgodnie z procedurą windykacji należności NFZ.

Do wiadomości:

1. Delegatura K-P OW NFZ we Włocławku
2. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej K-P OW NFZ w Bydgoszczy.
3. Wydział Księgowości K-P OW NFZ w Bydgoszczy.
4. Dział Rozliczania Świadczeń K-P OW NFZ w Bydgoszczy.

DYREKTOR  
Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy  
  
Elżbieta Kasprowicz

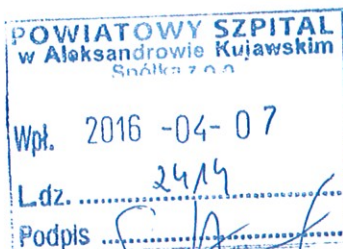




Tabela nr 3 do wystąpienia pokontrolnego																	
I.p.	Nr księgi głównej	Osoba - Nr ID	Wyk od	Wyk do	Świadczenie	Nazwa świadczenia	Rozpoznanie główne (ICD10)	Nazwa rozpoznania głównego	Lb jedn rozlicz	Cena świadcz.	Opłata NFZ	Uwagi	Lb jedn rozlicz	Wg. NFZ	Cena świadczenia	Opłata NFZ	Różnica
1					Świadczenie	Nazwa świadczenia		Nazwa rozpoznania głównego	10	52	520	art. 58 Ust	0		52	0	520
2					5.51.01.00	f36 choroby jelita grubego	K57.9	CHOROBA UCHYLEKOWA JELITA,	48	52	2 496,00	kieruje do	22		52	1 144,00	1 352,00
3					5.51.01.00	f36 choroby jelita grubego	K57.3	CHOROBA UCHYLEKOWA JELITA,	48	52	2 496,00	kieruje do	31		52	1 612,00	884
4					5.51.01.00	f36 choroby jelita grubego	K57.9	CHOROBA UCHYLEKOWA JELITA,	10	52	520	art. 58 Ust	0		52	0	520
5					5.51.01.00	f36 choroby jelita grubego	K57.9	CHOROBA UCHYLEKOWA JELITA,	10	52	520	art. 58 Ust	0		52	0	520
6					5.51.01.00	f36 choroby jelita grubego	K57.9	CHOROBA UCHYLEKOWA JELITA,	10	52	520	art. 58 Ust	0		52	0	520
																4 316,00	

znak: WKZR.7300.2.2016  
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia  
Postępowanie kontrolne nr 02.09.2016.WKZR.SZP

Bydgoszcz, dnia 04 kwietnia 2016 roku.



PAN  
MARIUSZ TROJANOWSKI PREZES  
POWIATOWEGO SZPITALA  
ALEKSANDRÓW KUJAWSKI  
SP. Z O.O.  
UL. SŁOWACKIEGO 18  
87-700 ALEKSANDRÓW KUJAWSKI



Dot. Sprostowania do wystąpienia pokontrolnego znak: WKZR.7300.2.2016 z dnia 30 marca 2016r.

Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy, Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia informuje, że w związku z oczywistą pomyłką pisarską w pkt 3 wystąpienia pokontrolnego dotyczącą błędnie podanej kwoty w wysokości 1560,00 zł informuje, że treść pkt 3 pozostaje bez zmian, natomiast zmianie ulega różnica zawyżonych raportów przedstawionych do rozliczenia przez Szpital na kwotę w wysokości 2 080,00 zł.

Powyższa zmiana nie ma wpływu na wartość kwoty wskazanej do rozliczenia, ani inne ustalenia kontroli.

Główny Specjalista  
lek. med. *Bożena Zahorska*

Młodszy Specjalista  
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia

*Justyna Lubka*

