



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-04-04/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Aniela Tazbir-Wierzbicka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87372 z 24.09.3013 r. (dowód: akta kontroli str.1-3)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla, 31 – 181 Kraków ul. Skarbowa 4.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kosiniak-Kamysz, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 4)

I. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki, w badanym zakresie, w latach 2011 – 2013 (do 30 września).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że Szpital w okresie objętym kontrolą:

- realizował zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej zatrudniając personel posiadający niezbędne kwalifikacje oraz dysponował sprzętem medycznym umożliwiającym prawidłową realizację zadań, zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie (dalej: „MOW NFZ”);
- terminowo przekazywał do MOW NFZ raporty statystyczne wraz z rachunkami;
- zapewnił pacjentom, od 1 marca 2013 r., możliwość umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej), a dane gromadzone przez Szpital na liście oczekujących na udzielenie świadczenia były zgodne z wymogami art. 20 tej ustawy.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości, które nie miały negatywnego wpływu na osiągnięcie zakładanych umowami celów, polegały m.in. na tym, że:

- pobierano opłaty za udzielane świadczenia rehabilitacyjne od osób ubezpieczonych, mimo braku podstaw prawnych;

¹ 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 objaśnienie

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

- Szpital nie wywiązywał się z obowiązku realizacji świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu³.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu
faktycznego

1.1. W Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określono m.in. strukturę organizacyjną Szpitala, jego cele i zadania, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych. Według Regulaminu, strukturę organizacyjną Szpitala tworzyły m.in:

Małopolskie Centrum Reumatologii, Immunologii i Rehabilitacji – lecznictwo szpitalne, w skład którego wchodziły m.in.: Oddział Rehabilitacji al. Focha 33, Oddział Rehabilitacji ul. Skarbowa 1 oraz Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej ul. Skarbowa 1;

Lecznictwo ambulatoryjne, w skład którego wchodziły m.in. Ośrodek Rehabilitacji Diennej al. Focha 33 i ul. Skarbowej 1, Dział Fizjoterapii, przy ul. Skarbowej 1 i al. Focha 33, Poradnia Rehabilitacyjna przy al. Focha 33, Poradnia Rehabilitacyjna ul. Batorego 3 (która od 1 stycznia 2013 r. nie funkcjonuje).

(dowód: akta kontroli str. 5-115)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala na posiedzeniu Zarządu Województwa Małopolskiego nie przyjęto zmian w zakresie likwidacji poradni rehabilitacyjnej, uznając, że w związku z planowanym w najbliższym czasie zakończeniem inwestycji „Rozbudowa Małopolskiego Centrum Reumatologii, Immunologii i Rehabilitacji” poradnie rehabilitacyjne powinny zostać w strukturze.

(dowód: akta kontroli str.876-881)

1.2. Szpital 8 października 2010 r. złożył ofertę do MOW NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w następujących zakresach: rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna oraz fizjoterapia ambulatoryjna.

Przedstawione w ofercie warunki realizacji świadczeń, odnośnie warunków lokalowych, wymagań dotyczących personelu, czasu pracy w poradniach, wyposażenia gabinetów oraz rodzaju wykonywanych zabiegów, spełniały wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ z 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str.116-189, 190-386, 387-458, 459-517)

Szpital 4 lutego 2011 r. zawarł z MOW NFZ umowę nr 061/100005/REH/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W umowie określono zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, jak również zawarto zapisy dotyczące kar umownych, nakładanych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy. Powyższą umowę zawarto na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r.

³ Zgodnie z § 8 ust. 9 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 519-587)

W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na 2011 r. Szpital nie otrzymał umowy na rehabilitację neurologiczną i rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej w placówce przy al. Focha 33. Szpital wystąpił z wnioskiem o ogłoszenie dodatkowego postępowania w zakresie rehabilitacji neurologicznej oraz z wnioskiem o rozszerzenie umowy 061/1000005/REH/2011 o dodatkowe miejsce wykonywania świadczeń w zakontraktowanym zakresie – Ośrodek Rehabilitacji Diennej przy ul. Focha 33. Szpital uzyskał zwiększenie wartości umowy w zakresie rehabilitacji neurologicznej od 1 lutego 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 588-670, 978, 1262-1265)

W trakcie obowiązywania powyższej umowy podpisano 14 aneksów, które dotyczyły jej aktualizacji w zakresie m. in. kwot maksymalnego zobowiązania MOW NFZ wobec Szpitala czy zmian w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram zasoby”.

Ponadto pomiędzy MOW NFZ z Szpitalem zawarto dwie ugody (w tym jedną sądową) dotyczące m.in. rozliczenia kosztów i ustalenia ostatecznej kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza i wypłaty wynagrodzenia dodatkowego z tytułu tzw. nadwykonań za 2011 r. w wysokości 11.658,90 zł (ugoda sądowa zawarta 4 października 2012 r.) i za 2012 r. – 247.938,00 zł (ugoda zawarta 21 lutego 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 588-874, 1021-1023, 1024-1026)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala nadwykonania wynikają z długiej listy oczekujących oraz zbyt niskiego kontraktu, nie odpowiadającemu zapotrzebowaniu na świadczenia rehabilitacyjne. Szpital występował o zwiększenie umowy i sfinansowanie nadwykonań oraz o dokonanie zmian jej postanowień.

(dowód: akta kontroli str. 924-929)

1.3. Budynki i pomieszczenia, w których udzielane były świadczenia opieki zdrowotnej w badanym zakresie, oznakowane były zgodnie z § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴.

(dowód: akta kontroli str. 1071-1072, 1073)

1.4. Nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym posiadanej aparatury, a stanem wykazany w ofertach Szpitala oraz umowie zawartej z NFZ.

Szpital oprócz własnego sprzętu dysponował sprzętem użyczonym od Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS i Fundacji Leczenia Urazów i Schorzeń Ruchu z Krakowa.

(dowód: akta kontroli str. 116-517, 892-897, 900-923).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że umowę użyczenia z Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS zawarto z uwagi na duże zapotrzebowanie na realizację zabiegów rehabilitacyjnych. W latach 2011-2013 nie świadczone usługi diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych na rzecz pacjentów KRUS przed pacjentami Szpitala. Nie wykonywano też zabiegów komercyjnych na urządzeniach użyczonych przez Fundację.

(dowód: akta kontroli str. 902-923, 927)

⁴ Dz. U. z 2008 r. nr 81 poz. 484.

1.5. Według stanu na dzień 30 września 2013 r.⁵ w Szpitalu zatrudnionych było łącznie 66 osób, w wymiarze 63,15 etatu. Personel medyczny oraz jego przygotowanie zawodowe zgodne było z wymogami zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str.930-935, 936-944, 945-946, 954-964)

Świadczeń rehabilitacyjnych udzielano w godzinach określonych w umowie. Szpital poprzez Portal Świadczeniodawcy na bieżąco zgłaszał wszelkie zmiany mające wpływ na pracę poszczególnych komórek, dotyczące harmonogramów pracy oraz godzin pracy personelu.

(dowód: akta kontroli str. 947, 965)

1.6. Pacjenci, od marca 2013 r., mają możliwość zapisania się na zabiegi rehabilitacyjne drogą elektroniczną poprzez wypełnienie formularza zgłoszeniowego, umieszczonego na stronie internetowej Szpitala⁶.

(dowód: akta kontroli str. 927-929)

1.7. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego były prowadzone w formie elektronicznej. Wpisy pacjentów na listę oczekujących powierzono wyznaczonym pracownikom. Pacjenci w dniu zgłoszenia informowani byli o dacie realizacji świadczenia, a o zmianie terminu wizyty powiadamiano ich telefonicznie.

(dowód: akta kontr 966)

Lista pacjentów oczekujących na świadczenia były prowadzone zgodnie z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zakład opieki zdrowotnej udzielających świadczeń ze środków publicznych⁷.

(dowód: akta kontroli str. 927-929, 1134-1250)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Sale chorych w oddziałach rehabilitacji nie spełniały wymagań określonych w § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸, z uwagi na brak dostępu do większości łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

(dowód: akta kontroli 1071-1072,1073)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala użytkowane są łóżka na kółkach, które to zabezpieczają, zgodnie z przepisami, dostęp z trzech stron poprzez zgodne z potrzebami manewrowanie łózkami przez personel szpitala. Takie ułożenie łóżek w Oddziale Rehabilitacji jest optymalne z uwagi na możliwą do obsłużenia większą liczbę pacjentów, co powoduje skrócenie kolejki oczekujących. Jednocześnie jest to rozwiązanie podyktowane wygodą pacjentów, którzy preferują łóżka przysunięte do ściany z uwagi na ich bezpieczeństwo i komfort.

(dowód: akta kontroli str. 879-884)

⁵ Stan na 31.12.2011 r. 63 osoby (59,65 etatu), stan na 31.12.2012 r. – 61 osób (58,15 etatu).

⁶ Stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁷ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

⁸ Dz. U. Nr 739 z 2012 r.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym zakresie.

Opis stanu
faktycznego

2.2. Prawidłowość wykonania umów zawartych z NFZ.

2.1. Ostateczna wartość umowy na rehabilitację leczniczą wyniosła w 2011 r. 4.981.882,38 zł, w 2012 r. – 5.056.418,59 zł, natomiast na 2013 r.⁹ – 5.433.846,60 zł.

(dowód: akta kontroli str.1027-1029)

2.2. Faktury za realizację umowy Szpital przekładał do MOW NFZ najpóźniej do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, stosownie do postanowień § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W okresie objętym kontrolą płatności dokonywane przez MOW NFZ za wykonane świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, odbywały się terminowo, tj. zgodnie z § 24 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów.

(dowód: akta kontroli str.967-974)

2.3.. Działalność Szpitala w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej, w okresie objętym kontrolą, przyniosła ogółem stratę w wysokości 1.271.187,88 zł. W 2011 r. przyniosła stratę w kwocie 224.923,55 zł¹⁰. Z kolei w 2012 r. strata wyniosła 320.697,20 zł¹¹, a pierwsze dziewięć miesięcy 2013 r. zamknięto wynikiem ujemnym w kwocie 725.567,13 zł¹².

(dowód: akta kontroli str.977-979)

2.4. Szpital udzielał świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej bez udziału podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 875)

2.5. Cena świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2012 – 2013 była jednostronną propozycją MOW NFZ, narzucającą wysokość środków, o jakie mógł ubiegać się Szpital.

Liczba i wartość jednostek rozliczeniowych zgłoszonych w ofercie konkursowej na 2011 r. zostały obliczone na podstawie: wykonania roku poprzedniego, zapotrzebowaniu na świadczenia, przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości lokalowych, sprzętowych i osobowych. (dowód: akta kontroli str.1019-1020)

2.6. W latach 2011 – 2013 Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie przeprowadził sześć kontroli, w wyniku których m.in. nakazano do 30 kwietnia 2014 r. odnowienie sanitariatów Oddziału Reumatologii oraz Oddziału Rehabilitacji. MOW NFZ przeprowadził pięć kontroli, w czterech przypadkach nie formułując zaleceń pokontrolnych. W jednym przypadku za przedstawienie przez Szpital

⁹ Stan na 30 września 2013 r.

¹⁰ Koszty wyniosły ogółem 5.247.087,37 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami) wyniosło 5.010.504,92 zł oraz dodatkowo uwzględniono 11.658,90 zł przychodów z tytułu ugody zawartej w 2012 r. (dot. świadczeń wykonanych w 2011 r.).

¹¹ Koszty wyniosły ogółem 5.649.760,56 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami) wyniosło 5.081.125,36 zł oraz dodatkowo uwzględniono 247.938,00 zł przychodów z tytułu ugody zawartej w 2013 r. (dot. świadczeń wykonanych w 2012 r.).

¹² Koszty wyniosły ogółem 4.792.049,13 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami) wyniosło 4.066.482,00 zł.

danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowanych dot. rehabilitacji neurologicznej, MOW NFZ nałożył karę w wysokości 1.376,34 zł i zobowiązał Szpital do bieżącego dokumentowania czasu trwania poszczególnych zabiegów, kwalifikowania świadczeń zdrowotnych, wykazywanych w raportach statystycznych, zgodnie ze stanem faktycznym.

(dowód: akta kontroli str.996-1014)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital, mimo braku podstaw prawnych, pobrał w latach 2011 – 2013 opłaty od ubezpieczonych pacjentów w łącznej wysokości 51.335,00 zł, z tytułu 2.426¹³ odpłatnych zabiegów dla 319 osób.

Opłaty pobierano według cennika wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora. Cennik obejmował opłaty za świadczenie usług medycznych dla osób: nieubezpieczonych, pacjentów zagranicznych i osób fizycznych indywidualnie kupujących usługę. Opracowano również wniosek, który powinien wypełnić pacjent realizujący prywatne świadczenie rehabilitacyjne. We wniosku tym pacjent zobowiązywał się do zapłaty kwoty zgodnie z cennikiem szpitala, oświadczał również, że w chwili obecnej rezygnuje z możliwości wykonania zabiegu rehabilitacyjnego nieodpłatnie ze środków publicznych NFZ.

(dowód: akta kontroli str.1038-1044, 1045-1047, 1067-1070)

Na podstawie oględzin 183 kart pacjentów, którzy odpłatnie korzystali z zabiegów w kriokomorze i 35 wpisów w rejestrze innych zabiegów udzielanych w Fizykoterapii Ambulatoryjnej przy al. Focha 33 ustalono, że pacjenci nie składali pisemnych wniosków o udzieleniu odpłatnych świadczeń. Wnioski te wypełniali jedynie pacjenci Ośrodka Rehabilitacji Diennej przy ul. Skarbowej 1.

(dowód: akta kontroli 1030-1034, 1035-1037, 1069)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, obecny system daje pacjentom prawo a nie obowiązek skorzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych. Analiza kosztów utrzymania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, wskazywała na możliwość wykorzystania ich potencjału bez szkody dla pacjentów ubezpieczonych. Na tej podstawie złożono wniosek o wprowadzenie do statutu Szpitala prawa do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych wyłącznie na wniosek pacjentów, poinformowanych o możliwości uzyskania świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli pacjent takie ubezpieczenie posiada. Świadczenia wykonywane odpłatnie, zdaniem Dyrektora, nie wydłużają kolejki oczekujących, z uwagi na fakt, iż nadwykonania są generowane comiesięcznie, a badania odpłatne świadczone są poza limit zawartego kontraktu.

Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjenci korzystających z zabiegów rehabilitacyjnych odpłatnie przy al. Focha nie występowali z wnioskiem w formie pisemnej. Do tej pory za taki wniosek uznawane były ustne oświadczenie woli pacjenta o skorzystanie z odpłatnych zabiegów rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli 1251-1254)

¹³ W 2011 r. – 819 zabiegów dla 110 osób, w 2012 r. 1003 zabiegów dla 129 osób, w 2013 – 604 zabiegi dla 80 osób. W latach 2011-2013 r. blisko 48% wszystkich udzielonych zabiegów (1158) to zabiegi udzielone 236 pacjentom w kriokomorze.

W ocenie NIK osoba podlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie ma możliwości odstąpienia od ubezpieczenia (nie może zrzec się ubezpieczenia, aby legalnie opłacić świadczenie zdrowotne). Aktualne przepisy prawa nie dają podstaw publicznym zakładom opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za odpłatnością, poza wyjątkami określonymi we wspomnianej ustawie i przepisach odrębnych, co w tym przypadku nie miało miejsca.

2. W okresie objętym kontrolą Szpital nie wywiązał się z obowiązku realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego, stosownie do wymagań zarządzenia Prezesa NFZ¹⁴. Sytuacja dotyczyła dziewięciu miesięcy w 2011 r., ośmiu miesięcy w 2012 r. i pięciu w 2013 r., a łączna kwota niewykonanych świadczeń wyniosła ogółem 30.157,81 zł, w tym w 2011 r. było to 14.080,81 zł, w 2012 r. – 11.112,97 zł, natomiast w 2013 r. – 4.964,03 zł (do 30 września)

(dowód: akta kontroli str.982-987)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala realizacja zabiegów z zakresu rehabilitacji domowej jest bardzo trudna ze względów organizacyjnych, wymaga delegowania personelu poza placówkę. Biorąc pod uwagę dążenie Szpitala do maksymalnego zagospodarowania czasu pracy delegowanie rehabilitantów narusza przyjętą organizację pracy. Turnusy rehabilitacyjne są precyzyjnie planowane. Pacjent ma wyznaczoną godzinę zabiegu, więc Szpital musi zapewnić do niego dostęp, wywiązując się z zaplanowanego z dużym wyprzedzeniem harmonogramu. Szpital podejmował starania, mimo trudności, aby zapisy umowy z NFZ zrealizować.

(dowód: akta kontroli 927-929)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym zakresie.

IV. 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 Kontroli¹⁵, wnosi o:

1. Zaprzestanie pobierania opłat od ubezpieczonych pacjentów za świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej.
2. Podjęcie działań informacyjno-organizacyjnych, skierowanych zarówno do pacjentów, jak i lekarzy w celu realizacji świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej na poziomie 3% kwoty miesięcznego kontraktu.

¹⁴ § 8 pkt 9 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora 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 10 grudnia 2013 r.

Kontroler
Aniela Tazbir-Wierzbicka
główny specjalista kontroli państwowej



.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
Podpis