



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4110-02-01/2012
R/12/003

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/12/003 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia	
Kontroler	Dominik Gołacki, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82872 z 4 grudnia 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź (dalej: Szpital)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Szrajber, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3)	

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na zadeklarowaniu w ofercie na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych (dalej: rehabilitacja stacjonarna) sprzętu medycznego wymaganego zarządzeniem nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r.², pomimo że Szpital nie posiadał go w miejscu wykonywania świadczeń.

Ponadto stwierdzono nierzetelne prowadzenie list oczekujących, naruszające postanowienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie niezbędnych informacji).

Pozytywnie oceniono działania Szpitala skutkujące zwiększeniem dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawności rozliczeń z NFZ.

W wyniku kontroli uzupełniono część wymaganego sprzętu medycznego oraz w większości dostosowano się do wymogów prawnych dotyczących prowadzenia list oczekujących.

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 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (dalej: zarządzenie nr 53).

³ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

⁴ Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011 – 2012 świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej wykonywane były przez Wojewódzką Przychodnię Rehabilitacyjną (dalej: Przychodnia Rehabilitacyjna lub Przychodnia), Ośrodek Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej (dalej: Ośrodek Wczesnej Rehabilitacji), Oddział Kardiologicznej Rehabilitacji Diennej (dalej: Oddział Dzienny) i Poradnię Zaopatrzenia Ortopedycznego⁵. Ośrodek Wczesnej Rehabilitacji i Oddział Dzienny mieściły się w jednej, odrębnej lokalizacji przy ul. Popioły w Łodzi (dalej: Ośrodek lub Oddział przy ul. Popioły).

Na lata 2012 – 2014 Szpital zawarł umowę⁶ z NFZ na świadczenia rehabilitacji leczniczej w zakresie:

- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (dalej: opieka rehabilitacyjna) i fizjoterapii ambulatoryjnej – realizowane odpowiednio w: Poradni Rehabilitacyjnej i Dziale (Pracowni) Fizjoterapii (będące jednostkami Przychodni Rehabilitacyjnej),
- rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym (dalej: rehabilitacja dzienna) i rehabilitacji stacjonarnej – realizowane odpowiednio w Oddziale Dziennym i Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 4-101, 633-781)

W 2012 r. świadczeń rehabilitacyjnych udzielano w godzinach określonych w umowie na rehabilitację leczniczą. Wymagania w zakresie kwalifikacji i liczby personelu, warunków lokalowych, warunków dotyczących pomieszczeń oraz ilości i rodzaju wyposażenia w Przychodni Rehabilitacyjnej odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 53 oraz w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷ (dalej: rozporządzenie w sprawie umów).

Aparatura znajdująca się w Przychodni i Ośrodku posiadała dzienniki aparatów i karty techniczne, w których odnotowywano przeglądy techniczne.

(dowód: akta kontroli str. 102-117, 125, 126, 171-174, 250-289, 309-315, 319-344, 370-423, 500-632, 667-728, 291-297)

W Przychodni Rehabilitacyjnej wyznaczaniem terminów porad lekarskich zajmowała się osoba pracująca w rejestracji, natomiast wyznaczaniem terminów zabiegów - fizjoterapeuci. W Ośrodku za prawidłowe prowadzenie list oczekujących odpowiedzialni byli lekarze zatrudnieni w oddziale oraz sekretarka medyczna.

Od 2 stycznia 2013 r. listy oczekujących Przychodni Rehabilitacyjnej były prowadzone zgodnie z obowiązującymi wymogami prawnymi, natomiast od 2011 r. do 13 grudnia 2012 r. listy oczekujących Ośrodka prowadzone były jedynie w formie papierowej. Od 14 grudnia 2012 r. wprowadzono elektroniczny system, który umożliwił dostosowanie prowadzenia list oczekujących Ośrodka do wymogów prawnych.

⁵ Poradnia została zlikwidowana z dniem 31 marca 2012 r.

⁶ Umowa nr 051/110043/05/010/12 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – Rehabilitacja lecznicza zawarta w dniu 5 stycznia 2012 r. pomiędzy Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia a WSS im. M. Kopernika w Łodzi, reprezentowanym przez Wojciecha Szrajbera – Dyrektora Szpitala.

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

Zarówno w Przychodni Rehabilitacyjnej, jak i w Ośrodku, można było zapisać się na listę oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne drogą telefoniczną.

W Szpitalu funkcjonował Zespół oceny przyjęć, o którym mowa w art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸ (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej).

(dowód: akta kontroli str. 140-166, 424-426, 430-431, 433-447, 465, 1605-1607)

Księga zabiegów prowadzona w Przychodni Rehabilitacyjnej zawierała składowe wymagane przez § 56 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, natomiast księga prowadzona w Ośrodku prowadzona była w formie kart dołączonych do historii choroby pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 126, 424-425)

W latach 2011 – 2012 Szpital dokonał obowiązkowego ubezpieczenia OC, zgodnie z wymaganiem § 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia nr 53, tj. w wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC: 46.500 euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC⁹. Szpital posiadał również m.in. ubezpieczenie mienia, ubezpieczenie OC zakładu opieki zdrowotnej oraz ubezpieczenie sprzętu elektronicznego. W okresie od 1 stycznia do 8 sierpnia 2012 r. Szpital posiadał ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych.

W dniu 27 grudnia 2012 r. Szpital zawarł umowę ubezpieczenia OC na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 667-781, 796-922)

W badanym okresie jedyna kontrola, jaka została przeprowadzona w zakresie Rehabilitacji leczniczej, dotyczyła udzielenia rekomendacji przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie fizjoterapii dla prowadzenia specjalizacji w zakresie fizjoterapii przez Przychodnię Rehabilitacyjną. (dowód: akta kontroli str. 493-499)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr 53 warunkami wymaganymi w zakresie sprzętu na rehabilitację stacjonarną było m.in. posiadanie: stołu do pionizacji, kul i lasek rehabilitacyjnych, aparatu USG z Dopplerem, zestawu do elektroterapii z osprzętem, aparatu wykorzystującego prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości, zestawu do magnetoterapii, zestawu do ultradźwięków oraz zestawu do biostymulacji laserowej.

Ośrodek mieszczący się przy ul. Popioły 40 w Łodzi nie posiadał ww. sprzętu i aparatury. Pomimo tego, w ofercie z dnia 28 października 2011 r. na rehabilitację stacjonarną wskazano, iż posiada: stół do pionizacji, urządzenie do elektroterapii, USG, dwa zestawy do ultradźwięków, zestaw do magnetoterapii oraz złożyło oświadczenie, iż spełnia warunek w dniu złożenia oferty i będzie go spełniał od początku obowiązywania umowy odnośnie: stołu do pionizacji, kul i lasek rehabilitacyjnych, aparatu USG z Dopplerem, zestawu do elektroterapii z osprzętem, zestawu do magnetoterapii, zestawu do ultradźwięków, zestawu do biostymulacji laserowej. Wspomniana oferta została podpisana przez Zastępcę Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.

NIK ocenia powyższe działanie Szpitala jako nierzetelne.

⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁹ Stosownie do postanowień rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10).

Z wyjaśnień uzyskanych od Kierownika Działu Aparatury Medycznej, przy aprobachie Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych, wynika że oferowany sprzęt znajdował się w Szpitalu przy ul. Pabianickiej 62, co zdaniem wyjaśniających spełniało wymagania NFZ.

W ocenie NIK przepisy zarządzenia nr 53 jednoznacznie wskazują, że zadeklarowany sprzęt medyczny powinien znajdować się w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. NIK ocenia pozytywnie uzupełnienie w trakcie kontroli części sprzętu o stół do pionizacji, 23 kule, dwie laski rehabilitacyjne i aparat USG z Dopplerem.

(dowód: akta kontroli str. 283-289, 291-302, 318, 339-369, 550-581, 1335-1341, 1603-1604, 1623-1625, 1630-1640, 1656-1660, 1626)

Dodatkowo w ofertach na: fizjoterapię ambulatoryjną, opiekę rehabilitacyjną, rehabilitację stacjonarną i rehabilitację dzienną, wykazano sprzęt, który nie został wykazany w umowie na Rehabilitację leczniczą. Nie był to sprzęt niezbędny do realizacji kontraktu, tym niemniej wprowadzał w błąd płatnika. Przyczyną były błędy przy wprowadzaniu danych do systemu informatycznego, dlatego w ocenie NIK oferty powinny być każdorazowo weryfikowane przed przekazaniem ich do ŁOW NFZ (dalej: Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia).

(dowód: akta kontroli str. 257-282, 479-486, 500-611, 667-728)

Ponadto w ofercie z dnia 27 października 2011 r. na rehabilitację dzienną błędnie wskazano, że Oddział przy ul. Popioły jest wyposażony w dwa aparaty RTG, podczas gdy faktycznie Zakład Radiologii zlokalizowany był przy ul. Pabianickiej 62.

(dowód: akta kontroli str. 291-294, 298-302, 587-611)

2. Stwierdzono także, że zatrudnienie psychologów w Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji i Oddziale Dziennym było niższe od wymaganego załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr 53. Psycholog wykazany w ofercie na rehabilitację dzienną udzielał świadczeń psychologicznych jedynie w oddziałach Szpitala przy ul. Pabianickiej 62, natomiast psycholog zatrudniony w Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji przez jeden dzień w tygodniu był oddelegowany do udzielania konsultacji w Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym. W efekcie w obu ww. komórkach rehabilitacyjnych był dostępny tylko jeden psycholog przez cztery dni w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str. 257-282, 303-308, 587-611, 1600, 1630-1633)

Zgodnie z załącznikiem nr 3 zarządzenia nr 53 warunkami wymaganymi w zakresie świadczeń na rehabilitację dzienną jest świadczenie usług przez psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu, a w zakresie świadczeń na rehabilitację stacjonarną w wymiarze 1 etatu.

Z dniem 4 lutego 2013 r. do pracy w Ośrodku został skierowany kolejny psycholog, co NIK ocenia pozytywnie.

(dowód: akta kontroli str. 291-297 309-317, 550-586, 1601-1602, 1630-1633, 1641-1645)

3. Skontrolowano deklarowany czas świadczonej pracy przez wybraną próbę pracowników. Ośmiu pracowników zatrudnionych w Ośrodku i Przychodni Rehabilitacyjnej wykonywało świadczenia zdrowotne przez 275 godzin¹⁰ w tygodniu zamiast oferowanych w umowie 390 godzin. Ponadto 12 pracowników Przychodni Rehabilitacyjnej i czterech pracowników Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji udzielało

¹⁰ Wyliczenia dokonano na podstawie list obecności i kart ewidencji czasu pracy za okres od września do listopada 2012 r. Wyliczenie nie uwzględnia urlopów branych przez poszczególnych pracowników w ww. okresie.

świadczeń w innych godzinach niż wskazano w załączniku nr 2 do umowy na Rehabilitację leczniczą obowiązującą w 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 102-124, 127-128, 132-133, 667-728)

NIK ocenia ww. działania jako nierzetelne.

Kierownik Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji wyjaśnił, że ośmiu wskazanych pracowników przepracowało ilość godzin zgodną z obowiązującym w tym zakresie czasem pracy, natomiast rozliczenie czasu pracy między oddziałem dziennym i stacjonarnym może być problematyczne.

Kierownik Działu Spraw Pracowniczych poinformowała natomiast, że w trakcie procesu kontraktowania świadczeń medycznych niektóre dane dotyczące pracowników wprowadzane były z błędami, z uwagi na duży zakres materiału, jaki należało wprowadzić w krótkim okresie czasu, oraz wprowadzono równoważny system czasu pracy nie poprawiając harmonogramów.

(dowód: akta kontroli str. 127-131, 135-139, 1630-1633, 1641-1645)

4. Stwierdzono, że na dzień 20 grudnia 2012 r. lista oczekujących Przychodni Rehabilitacyjnej nie zawierała: godziny dokonania wpisu, numeru telefonu lub innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem oraz daty i przyczyny skreślenia. Było to niezgodne z postanowieniami § 28 pkt 3, 6 i 8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej¹¹ oraz § 8 ust. 1 pkt 3 lit. b, § 8 ust. 1 pkt 4 lit. b i § 8 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji. List oczekujących i ksiąg zabiegów Przychodni Rehabilitacyjnej nie można było eksportować do pliku PDF, pomimo takiego wymogu zawartego w § 80 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Lista oczekujących, prowadzona w Ośrodku od 2011 r. do 13 grudnia 2012 r., zawierała tylko kilka elementów¹² wymaganych § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji, natomiast od dnia 14 grudnia 2012 r. na liście oczekujących prowadzonej elektronicznie nie wskazywano informacji kontaktowych pacjentów, tj. nr telefonu lub adresu poczty elektronicznej oraz przyczyny ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem i przyczyną skreślenia z listy oczekujących, wprowadzając stosowny kod, pomimo takiego wymogu zawartego w § 8 ust. 1 pkt 4 lit. b, pkt 6 lit. c i pkt 7 lit. b ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 424-426, 430-431)

Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej wyjaśniła, iż każdy wpis pacjenta w książce oczekujących jest rejestrowany z podaniem godziny w bazie danych komputera, natomiast pominięcie godziny zapisu na liście oczekujących w wersji papierowej było spowodowane brakiem przydatności tej informacji, gdyż pacjent sam wybiera datę i godzinę rozpoczęcia zabiegów oraz terapeutę (spośród możliwych). W poradni istnieje możliwość komunikowania się z pacjentami listownie, a większość pacjentów Przychodni Rehabilitacyjnej ma założoną dokumentację lekarską, w której – jeżeli pacjent wyraził zgodę – znajduje się numer telefonu kontaktowego. Brak daty i przyczyny skreślenia z listy oczekujących spowodowane są tym, że wpisywanie tych danych skutkuje zablokowaniem terminu zabiegów i niemożnością skorzystania z niego przez innego pacjenta. W bazie danych komputera zarejestrowane są wszystkie skreślenia z listy oczekujących. Zdaniem Kierownika

¹¹ § 28 uchylony przez § 1 pkt 6 rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1531).

¹² tj.: imię i nazwisko pacjenta, wiek, telefon pacjenta, rozpoznanie i nazwę placówki kierującej na pobyt w Ośrodku.

Przychodni Rehabilitacyjnej „istnieje możliwość eksportu danych w PDF, gdyż obecność PDF-u warunkuje drukowanie książek w wersji papierowej”.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 80 pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, ww. dokumentacja może być prowadzona w formie elektronicznej, pod warunkiem zapewnienia możliwości jej wydrukowania w formach określonych w rozporządzeniu.

Kierownik Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji potwierdził, że lista oczekujących do dnia 13 grudnia 2012 r. nie zawierała wszystkich wpisów wymaganych rozporządzeniem w sprawie niezbędnych informacji. Aktualnie na liście oczekujących jest wpisywany numer telefonu pacjenta, jednak nie wyświetla się on na stronie zbiorczej w systemie. Program informatyczny nie był przystosowany do wprowadzania kodów, a od 1 stycznia 2013 r. informacje o wpisach lub skreśleniach z listy są przekazywane w formie elektronicznej do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 291-296, 427-429)

Od dnia 2 stycznia 2013 r. listy oczekujących Przychodni Rehabilitacyjnej były prowadzone zgodnie z wymaganiami zawartymi w § 8 ust. 1 pkt 1-7 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji. Na dzień 5 lutego 2013 r. listy oczekujących Ośrodka były prowadzone ze wskazaniem nr telefonu pacjenta oraz przyczyny skreślenia z listy.

(dowód: akta kontroli str. 426, 1616)

5. Sposób ustalania średniego czasu oczekiwania w Przychodni Rehabilitacyjnej był obliczany ze średniej arytmetycznej, co było niezgodnie ze sposobem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji. Natomiast w Ośrodku w okresie od 2011 r. do października 2012 r. w ogóle nie wyliczano liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania.

Miesięczne raporty o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania za styczeń, marzec i grudzień 2011 r. zostały wysłane do ŁOW NFZ z wartościami zerowymi, natomiast w 2012 r. dwukrotnie raporty zostały przekazane do ŁOW NFZ po terminie, o którym mowa w § 8 ust. 4 w związku z § 8 ust. 2 pkt 1 lit a i b rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji, tj. o 11 dni za styczeń 2012 r. i o 1 dzień za sierpień 2012 r.

Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej wyjaśniła, iż obliczenie średniego czasu oczekiwania na podstawie średniej arytmetycznej dokonywane było w związku z błędną interpretacją obowiązujących norm prawnych w tym zakresie, gdyż w Przychodni Rehabilitacyjnej czas oczekiwania na poradę lekarską i zabiegi fizjoterapeutyczne nigdy nie przekraczały sześciu miesięcy. Kierownik Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji stwierdził, że dane dotyczące liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania nie były przekazywane do ŁOW NFZ z powodu braku informacji o konieczności przesyłania danych.

(dowód: akta kontroli str. 140-156, 170, 291-296, 438-447, 449-478, 1619-1622)

6. W księdze oczekujących, prowadzonej w Przychodni Rehabilitacyjnej dla zabiegów fizjoterapii, występowały przypadki wprowadzania błędnych terminów rozpoczęcia zabiegów, wprowadzania dat w niewłaściwe kolumny księgi, natomiast w księdze oczekujących, prowadzonej dla zabiegów fizjoterapii i masaży, niektórzy pacjenci rejestrowani byli jednego dnia po dwa/trzy razy na ten sam rodzaj zabiegu, a termin wszystkich zabiegów ustalony był na ten sam dzień.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne, skutkiem czego brak było przejrzystości list oczekujących prowadzonych w Przychodni Rehabilitacyjnej.

Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej wyjaśniła, iż powyższe sytuacje spowodowane były błędami ludzkimi. (dowód: akta kontroli str. 140-156, 438-447)

7. W 2011 i 2012 r. Szpital nie przekazywał do ŁOW NFZ danych dotyczących: łącznej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach oraz daty okresowej oceny list oczekujących z zakresu: Poradni Rehabilitacyjnej, Działu (Pracowni) Fizjoterapii, Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji i Oddziału Dziennego. Wymóg przekazywania ww. danych do ŁOW NFZ wynikał z § 8 ust. 2 pkt 1 lit. c-e i § 8 ust. 2 pkt 2 w związku z § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji.

W ww. latach nie przekazywano do ŁOW NFZ danych dotyczących osób oczekujących Przychodni Rehabilitacyjnej wg stanu na ostatni dzień miesiąca i danych dotyczących osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, w zakresie określonym w § 8 ust. 2a w związku z § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 1630-1636)

NIK zauważa, że opisane ww. nieprawidłowości w zakresie prowadzenia list oczekujących nie miały wpływu na kolejność udzielania świadczeń rehabilitacyjnych.

8. W 2011 i 2012 r. Zespół oceny przyjęć zbierał jedynie dane w zakresie ilości osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania z Przychodni Rehabilitacyjnej oraz tylko w zakresie średniego czasu oczekiwania w Ośrodku, które przekazywał Dyrekcji Szpitala.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz § 2 i 3 zarządzenia nr 20/2010 Dyrektora WSS im. M. Kopernika w Łodzi z dnia 25 stycznia 2010 r. do Zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia, sporządzając raz w miesiącu każdorazowo raport z oceny i przekładając go Dyrektorowi.

(dowód: akta kontroli str. 140-143, 162-166, 1630-1633, 1646)

9. Księga zabiegów Ośrodka prowadzona była w formie kart dołączonych do historii choroby pacjentów, co nie spełniało wymogów zawartych w § 5 i § 56 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj.: strony nie były numerowane, nie stanowiły chronologicznej uporządkowanej całości i nie określano numeru kolejnego pacjenta.

Kierownik Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji wyjaśnił, że księga zabiegów była prowadzona w formie indywidualnych kart zabiegów fizjoterapeutycznych z załącznikiem, który określał rodzaj zabiegu fizjoterapeutycznego. Dodał, że od dnia 13 stycznia 2013 r. księga prowadzona jest zgodnie z wymogami rozporządzenia.

W wyniku wskazania powyższych nieprawidłowości w Ośrodku zaczęto prowadzić księgę zabiegów w formie papierowej, w sposób spełniający wymogi ww. rozporządzenia. Pierwszy zabieg został odnotowany na dzień 16 stycznia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 126, 291-296, 424-425, 1617)

10. Szpital nie umożliwił pacjentom od dnia 1 stycznia 2013 r. umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do wymogów zawartych w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zastępca Kierownika Działu Informatyki wyjaśnił, że umawianie się pacjentów drogą elektroniczną na wizyty zostanie wprowadzone w Szpitalu do końca 2013 r. w ramach Regionalnego Systemu Informacji Medycznej, który jest realizowany wspólnie z Urzędem Marszałkowskim w Łodzi.

(dowód: akta kontroli str. 479-482, 491)

11. W wyniku kontroli umieszczono na zewnątrz budynku Ośrodka tablicę ze znakiem graficznym NFZ. Ponadto na tablicy informacyjnej umieszczono dane dotyczące kierownika Ośrodka oraz informacje dotyczące procedury zapisywania się na świadczenia rehabilitacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 291-296, 338, 1617-1618)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Opis stanu faktycznego

2. Ocena poprawności rozliczeń umów zawartych z NFZ

W 2011 r. Szpital udzielał świadczeń medycznych w ramach Rehabilitacji leczniczej z zakresu: opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej i rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (dalej: rehabilitacja ogólnoustrojowa) w Przychodni Rehabilitacyjnej, opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej w Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego oraz rehabilitacji stacjonarnej i rehabilitacji dziennej w Ośrodku. W 2012 r. zakres świadczeń medycznych został zmniejszony o rehabilitację ogólnoustrojową w Przychodni Rehabilitacyjnej – z uwagi, iż oferta szpitala nie została wybrana w trakcie konkursu, oraz o świadczenia realizowane w Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego – z uwagi na likwidację jednostki.

Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej wyjaśniła, że Przychodnia Rehabilitacyjna nie wykonuje żadnych procedur medycznych w zakresie Oddziału Dziennego, w związku z tym nie ponosi żadnych kosztów. Personel oraz sprzęt wykazany w ofercie na rehabilitację ogólnoustrojową do NFZ został zagospodarowany przez poradnię rehabilitacyjną oraz gabinet fizjoterapii.

(dowód: akta kontroli str. 4, 479-482, 488, 667-795, 1605-1606, 1608-1611)

W 2011 r. Szpital zawarł umowę na rehabilitację leczniczą na maksymalną kwotę 2.646.330,82 zł, natomiast udzielił większej liczby świadczeń, wystawiając faktury na kwotę 3.979.036,56 zł¹³, z czego nadwykonania stanowiły wartość 1.332.832,16 zł. W związku, iż ŁOW NFZ odmówił wypłacenia środków za nadwykonania¹⁴, Szpital 10 kwietnia 2012 r. złożył do sądu pozew o zapłatę.

(dowód: akta kontroli str. 729-781, 923-1073, 1312-1321)

Analogicznie w 2012 r. Szpital zawarł umowę na rehabilitację leczniczą (w dniu 5 stycznia 2012 r.) obowiązującą od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.

¹³ Na tę wartość Szpital wystawił faktury za 2011 r. za udzielanie świadczeń z zakresu Rehabilitacji leczniczej – z uwzględnieniem korekt.

¹⁴ ŁOW NFZ odmówił zapłaty za nadwykonania na łączną kwotę 11.476.802,38 zł, z czego 1.332.832,16 zł dotyczyło Rehabilitacji leczniczej.

Na 2012 r. została ustalona wartość umowy na maksymalną kwotę 2.989.500,00 zł, natomiast Szpital wystawił faktury o łącznej wartości 2.989.457,60 zł¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 667-728, 1105-1278)

Faktury za realizację ww. umów Szpital przedkładał do ŁOW NFZ najpóźniej do dziesiątego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, co było zgodne z § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶. ŁOW NFZ przekroczył termin wypłaty należności z tytułu realizacji umowy za jedną fakturę, wystawioną za lipiec 2012 r.¹⁷

Raporty statystyczne Szpital wysyłał do ŁOW NFZ od kilku razy dziennie do kilkudziesięciu razy w miesiącu.

(dowód: akta kontroli str. 923-1311)

Aneks z dnia 27 grudnia 2012 r. do umowy zawartej w dniu 5 stycznia 2012 r., wartość umowy na 2013 r. została określona na maksymalną kwotę 3.254.927,00 zł. Zwiększenie wartości umowy na 2013 r. było wynikiem zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych dla rehabilitacji stacjonarnej o 265.427 jednostek¹⁸. Inne elementy wpływające na wartość umowy nie uległy zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 633-666)

Wartości i liczby jednostek rozliczeniowych, określone w umowach na rehabilitację leczniczą¹⁹ w latach 2011-2013 (w wybranym zakresie), przedstawia poniższe zestawienie:

Lp.	Zakres świadczenia	Umowa na 2011 r.		Umowa na 2012 r.		Umowa na 2013 r.	
		Liczba jedn. rozlicz.	Cena jedn. rozlicz.	Liczba jedn. rozlicz.	Cena jedn. rozlicz.	Liczba jedn. rozlicz.	Cena jedn. rozlicz.
1.	opieka rehabilitacyjna	104.193	1,14 zł	200.000	1,10 zł	200.000	1,10 zł
2.	fizjoterapia ambulatoryjna	454.273	1,10 zł	640.000	0,95 zł	640.000	0,95 zł
3.	rehabilitacyjna dzienna	24.710	1,00 zł	35.000	0,90 zł	35.000	0,90 zł
4.	rehabilitacyjna stacjonarna	1.883.467	1,00 zł	2.130.000	1,00 zł	2.395.427	1,00 zł
Razem liczba jednostek		2.466.643		3.005.000		3.270.427	

(dowód: akta kontroli str. 633-781)

Zawarcie umowy na Rehabilitację leczniczą na lata 2012-2014 zostało poprzedzone konkursem ogłoszonym przez ŁOW NFZ w dniu 18 października 2011 r. Szpital złożył oferty w zakresie wymienionym w ww. tabeli oraz na rehabilitację ogólnoustrojową. Odnośnie wyszczególnionych w tabeli pozycji nr 1, 2 i 4, po negocjacjach z ŁOW NFZ, została obniżona liczba jednostek rozliczeniowych zaproponowanych przez Szpital w ofercie w stosunku do umowy obowiązującej na 2012 r., o odpowiednio: 36%, 47% i 17%. Natomiast odnośnie pozycji nr 3 tabeli, obniżeniu uległa cena jednostkowa punktu rozliczeniowego o 10%. Oferta na rehabilitację ogólnoustrojową nie została wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert, z uwagi na zbyt małą ilość uzyskanych punktów.

¹⁵ Dane na dzień 17 stycznia 2013 r., bez uwzględnienia nadwykonań, z uwagi że na dzień przeprowadzania czynności kontrolnych nie została jeszcze wystawiona faktura za nadwykonania za 2012 r.

¹⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

¹⁷ Ze względu, że wartość odsetek ustawowych za nieterminowe uregulowanie przez ŁOW NFZ tej faktury wynosiła 1,17 zł, kontrolujący odstąpił od ustalania powodów nienaliczenia odsetek przez Szpital.

¹⁸ Szpital w dniu 14 listopada 2012 r. proponował zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych z zakresu rehabilitacji stacjonarnej o 531.093 jednostki.

¹⁹ Z uwzględnieniem aneksów.

Zastępca Kierownika Działu ds. Monitorowania Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że umowa w zakresie Rehabilitacji leczniczej została zawarta na niższą liczbę jednostek niż w złożonej ofercie, (...) natomiast cena jednostki w zakresie rehabilitacji dziennej została ustalona w toku negocjacji z NFZ, a obniżenie ceny pozwoliło uzyskać lepszy wynik w rankingu ofertowym.

(dowód: akta kontroli str. 479-482, 487, 633-793, 1322-1300)

Dyrekcja Szpitala zwracała się do ŁOW NFZ o zwiększenie kontraktu: w 2011 r. na - rehabilitację stacjonarną, rehabilitację ogólnoustrojową, fizjoterapię ambulatoryjną i opiekę rehabilitacyjną, a w 2012 r. – na rehabilitację stacjonarną. W obu latach ŁOW NFZ odrzucił prośby ze względu na brak wolnych środków w planie finansowym. W sierpniu 2012 r. Dyrekcja Szpitala poinformowała ŁOW NFZ, iż w 2013 r. planuje zwiększenie wykonania kontraktów w 14 zakresach, w tym w Rehabilitacji leczniczej o 500.000,00 zł, w związku z czym poproszono o zabezpieczenie środków w planie finansowym. ŁOW NFZ w odpowiedzi podał, że podział środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określa algorytm podziału środków pomiędzy wojewódzkie Fundusze z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, a kontraktowanie na 2013 r. przeprowadzi zgodnie z przyjętym planem finansowym.

(dowód: akta kontroli str. 157-161, 167-168)

W 2011 r. na funkcjonowanie Przychodni Rehabilitacyjnej i Ośrodka poniesione zostały koszty w wysokościach odpowiednio: 1.069.717,88 zł i 3.446.489,48 zł, z czego niecałe 72% w obu przypadkach stanowiły koszty wynagrodzeń i pochodnych od wynagrodzeń personelu²⁰. Na koniec listopada 2012 r. ww. koszty zostały poniesione w wysokościach: 1.015.522,14 zł i 3.071.286,66 zł, z czego koszty wynagrodzeń i ich pochodnych wynosiły w Przychodni Rehabilitacyjnej ponad 72%, a w Ośrodku ponad 62%²¹.

(dowód: akta kontroli str. 1360, 1367-1377)

Zakontraktowane w umowie z ŁOW NFZ na 2011 r. wartości dla Przychodni Rehabilitacyjnej i Ośrodka nie pozwoliły Szpitalowi pokryć kosztów funkcjonowania tych jednostek w 2011 r.

W konkursie ofert, przeprowadzonym w 2011 r. na Rehabilitację leczniczą, Szpital zaproponował realizację świadczeń medycznych w Przychodni Rehabilitacyjnej²² w 2012 r. w wysokości pozwalającej na osiągnięcie dodatniego wyniku w wysokości 518.244,11 zł²³. Przychody z tytułu umowy zawartej z ŁOW NFZ nie pozwalały na pokrycie kosztów Przychodni i na koniec listopada 2012 r. saldo stanowiło wartość ujemną w wysokości 256.523,14 zł.

W zakresie Ośrodka w ofertach zaproponowane zostały wartości niepozwalające pokryć kosztów funkcjonowania Ośrodka, który na koniec listopada 2012 r. przyniósłby deficyt w kwocie 690.225,66 zł. Zaproponowana wartość dla rehabilitacji stacjonarnej stanowiła maksymalną kwotę, jaką mógł wskazać w ofercie Szpital, z uwagi, iż wartość zamówienia nie mogła wynieść więcej niż 2.562.522,00 zł, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ŁOW NFZ. W zawartej umowie z ŁOW NFZ na Rehabilitację leczniczą wartość świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej została obniżona w stosunku do ofert, co spowodowało, że wynik na działalności Ośrodka wyniósł -1.089.911,96 zł.

²⁰ Koszty wynagrodzeń i ich pochodnych: w Przychodni Rehabilitacyjnej – 766.622,24 zł i w Ośrodku - 2.478.990,41 zł.

²¹ Koszty wynagrodzeń i ich pochodnych: w Przychodni Rehabilitacyjnej – 733.979,40 zł i w Ośrodku - 1.914.654,97 zł.

²² Łącznie z rehabilitacją ogólnoustrojową.

²³ Wszelkie wyliczenia w tym zakresie na 2012 r. zostały dokonane za okres od stycznia do listopada 2012 r.

Łącznie realizacja świadczeń z zakresu Rehabilitacji leczniczej w okresie od 1 stycznia do 30 listopada 2012 r. przyniosła Szpitalowi stratę w wysokości 607.203,25 zł.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił, że biorąc pod uwagę, iż WSS im. M. Kopernika w Łodzi jest szpitalem o najwyższym stopniu referencyjności, świadczącym usługi we wszystkich zakresach poza okulistyką i jest przedsiębiorstwem nienastawionym na zysk, tylko na cele społeczne, nie ma możliwości odsyłania pacjentów, a ponadto koszty jakie obciążają rehabilitację to koszty stałe. Przyjęcie większej liczby pacjentów nie zwiększy tych kosztów, skróci natomiast kolejkę oczekujących. Nadwykonania są podstawą do negocjowania wyższych kontraktów z NFZ. Zwrócił uwagę, że nie wszystkie świadczenia wykonywane w zakresie rehabilitacji są świadczeniami planowanymi, np.: w Onkologii czy Oddziale Udarowym zabiegi rehabilitacyjne są częścią procedur tych oddziałów i są wykonywane w przypadku ratowania zdrowia i życia. Deficyt powstały z tytułu nadwykonań w Rehabilitacji leczniczej pokrywany jest z własnych środków Szpitala, a nadwykonania te nie doprowadziły do powstania zobowiązań wymagalnych.

(dowód: akta kontroli str. 667-781, 1345-1346, 1349-1350, 1357-1405, 1605-1607, 1612-1613)

Szpital kalkulując liczbę jednostek zgłaszanych jako oferta do NFZ, opierał się na wykonaniu roku poprzedniego, zapotrzebowaniu na świadczenia, przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości lokalowych, sprzętowych i osobowych, natomiast kalkulacja ceny odbywała się na podstawie kosztów roku poprzedniego oraz ilości wykonanych punktów, biorąc pod uwagę ceny sugerowane publikowane przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 13547-1405)

W Szpitalu dokonywana była wycena wartości zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych w Przychodni Rehabilitacyjnej na podstawie ilości punktów wg katalogu NFZ w stosunku do wartości kosztów całkowitych wytworzenia Przychodni (uśredniona wartość jednego punktu) i kosztów procedur medycznych. Koszty procedur medycznych obrazują rzeczywiste koszty realizowanych przez Szpital świadczeń, uwzględniając wartości faktycznie zużytych dla potrzeb danej procedury: leków i opatrunków, sprzętu medycznego, kosztów osobowych (opartych na rzeczywistym czasie pracy personelu dla wykonania danej procedury), koszty rzeczowe i pozostałe koszty pośrednie (w tym amortyzację sprzętu). Dla Ośrodka nie były wyliczane koszty procedur medycznych z uwagi, iż rehabilitacja kardiologiczna wykonywana jest tylko dla pacjentów Ośrodka, a rozliczenie z NFZ dokonywane jest w formie osobodnia (bez względu na ilość wykonywanych zabiegów).

(dowód: akta kontroli str. 1357-1365, 1423-1424)

Na dzień złożenia ofert w 2011 r. Szpital miał zawarte umowy ze wszystkimi podwykonawcami wykazanymi w ofertach. Szpital nie posiadał własnej kolumny transportu medycznego ani laboratorium diagnostycznego, a z usług podwykonawców korzystano tylko w uzasadnionych przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 479-482, 489, 1505-1559, 1630-1636, 1654-1655)

ŁOW NFZ nie nałożył na Szpital kar za nieterminowe lub nienależyte wykonanie umów zawartych na 2011 i 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Rehabilitacja lecznicza.

(dowód: akta kontroli str. 135-138)

Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej wyjaśniła, że nadwykonania spowodowane były troską o dobro pacjentów, tj. o zapewnienie im prawidłowego leczenia rehabilitacyjnego, a kontrakt podpisany z NFZ na lata 2009-2011 nie gwarantował

zapewnienia pacjentom usług rehabilitacyjnych w odpowiedniej ilości. Wzrost liczby pacjentów spowodowany był wyposażeniem Przychodni Rehabilitacyjnej w 2009 r., przez Urząd Marszałkowski, w nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny, a w 2010 r. w Szpitalu zostało powołane Centrum Urazowe. Duża liczba pacjentów wynika z faktu, iż Przychodnia Rehabilitacyjna kontynuuje leczenie usprawniające pacjentów 20 łóżkowego oddziału udarowego Szpitala, jest jedyną placówką w województwie łódzkim, która opiekuje się pacjentami onkologicznymi zgodnie z nowoczesnymi wytycznymi naukowych towarzystw limfologicznych i rehabilitacyjnych, współpracuje ze Stowarzyszeniem Osób Chorych na Hemofilię (wszechstronna rehabilitacja pacjentów), pod jej opieką znajdują się pacjenci z przewlekłymi dysfunkcjami narządów ruchu, wymagający również leczenia w sposób planowy. Pacjentów ze świeżymi dysfunkcjami należy traktować w sposób pilny lub bardzo pilny, czyli powinni być przyjmowani poza kolejką oczekujących, a to skutkuje powstawaniem nadwykonań. Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej nadmieniła, iż placówka, która posiada nadwykonania, ma szansę w NFZ o ubieganie się w następnych latach o zwiększenie kontraktu.

Kierownik Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji wyjaśnił, że nadwykonania w 2011 r. były spowodowane za niskim kontraktem z NFZ, natomiast czas oczekiwania wynosił średnio 14 dni i był spowodowany dużą ilością osób kierowanych na rehabilitację.

(dowód: akta kontroli str. 140-155, 291-296)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2012 r. Przychodnia Rehabilitacyjna udzieliła porad rehabilitacyjnych i zabiegów fizjoterapeutycznych w warunkach domowych na łączną kwotę 7.342,00 zł²⁴, przy czym zgodnie z § 8 ust. 9 zarządzenia nr 53 w całym 2012 r. powinna udzielić porad i zabiegów za kwotę 24.840,00 zł. Kierownik Przychodni Rehabilitacyjnej w wyjaśnieniu z dnia 20 sierpnia 2012 r., skierowanym do ŁOW NFZ, stwierdziła, że wszyscy pacjenci zgłaszający się do Przychodni Rehabilitacyjnej ze skierowaniem na rehabilitację domową, mają ją przeprowadzaną. Mała ilość pacjentów korzystających z rehabilitacji domowej spowodowana była małą ilością osób zgłaszających się do Przychodni Rehabilitacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 1331-1334)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

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 Kontroli²⁵, wnosi o:

1. Wzmocnienie nadzoru nad rzetelnością sporządzania ofert na konkursy ogłaszane przez ŁOW NFZ.
2. Zaktualizowanie danych w Portalu Świadczeniodawcy do stanu faktycznego w zakresie zasobów i personelu.

²⁴ z czego: porady rehabilitacyjne - 864 pkt za 950,40 zł (1,10 zł/pkt) i zabiegi fizjoterapeutyczne - 6.728 pkt za 6.391,60 zł (0,95 zł/pkt).

²⁵ Dz. U. z 2012 r., poz.82.

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 15 marca 2013 r.

Kontroler
Dominik Gołacki
specjalista k.p.


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Lech Rejnuś


podpis