



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-05-01/2012
P/12/142

Wrocław, dnia sierpnia 2012 r.

**Pani
Wioletta Niemiec
Dyrektor
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
we Wrocławiu**

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu skontrolowała Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ lub Oddział), w zakresie prowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2009-2011 i w I kwartale 2012 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w podpisanym protokole kontroli Najwyższa Izba Kontroli – stosownie do art. 60 ustawy o NIK – przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia sposób realizacji przez Oddział w badanym okresie zadań związanych z prowadzeniem kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: [1] braku możliwości organizacyjnych działalności kontrolnej prowadzonej przez Oddział adekwatnych do zakresu i częstotliwości kontroli u świadczeniodawców wymaganych zarządzeniem prezesa NFZ, [2] nieskutecznej i nieefektywnej bieżącej weryfikacji rozliczeń świadczeniodawców, szczególnie ze względu na nieaktualne (nawet od kilku lat) dane zawarte w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU),

¹Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

[3] przypadku zaniechania zawiadomienia odpowiednich organów o podejrzeniu popełnienia przestępstwa[4] niedotrzymania terminów obowiązujących w procedurze kontrolnej wobec części postępowań.

Ocenę powyższą uzasadniają oceny szczegółowe.

1. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli sposób planowania, mała liczba kontroli, a także dobór kontrolowanych świadczeniodawców nie zapewniały rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem zakontraktowanych na terenie działania Oddziału usług medycznych, a także nie sprzyjały ujawnieniu potencjalnych nieprawidłowości, co do rozliczenia środków, jak i w zakresie jakości, dostępności i prawidłowości świadczeń udzielanych pacjentom. Na brak możliwości realizacji adekwatnych do potrzeb zadań kontrolnych zasadniczy wpływ miały uwarunkowania organizacyjne i finansowe w Narodowym Funduszu Zdrowia.

1.1. W badanym okresie 2009-2011 Oddział przeprowadził łącznie 436 kontroli (w kolejnych latach: 159, 110 i 167) obejmując nimi odpowiednio 143, 102, i 162 świadczeniodawców, co stanowiło zaledwie 6,8% w 2009 r., 4,9% w 2010 r. i 8,4% w 2011 r. ogólnej liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach kontraktów z NFZ na terenie działania Oddziału. Kontrole planowano i przeprowadzano przede wszystkim w rodzajach świadczeń o największych wartościach (2009 r. i 2010 r.). Najwięcej kontroli (129) zostało przeprowadzonych w lecznictwie szpitalnym (29,6%), gdzie średnia liczba świadczeniodawców objętych rocznie kontrolą wyniosła 52,7%. W pozostałych rodzajach świadczeń średnia liczba świadczeniodawców objętych rocznie kontrolą nie przekroczyła 10% i wyniosła od 1,3% w przypadku lecznictwa stomatologicznego do 28,9% w odniesieniu do ratownictwa medycznego. Oddział nie przeprowadził żadnej kontroli dotyczącej świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny oraz programy zdrowotne. W praktyce oznacza to, że średnie prawdopodobieństwo kontroli świadczeniodawcy było mniejsze niż raz na 10 lat.

Analiza działalności kontrolnej DOW NFZ na przykładzie losowo wybranych 50 świadczeniodawców wykazała, że większość (8 z 10) udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne była kontrolowana nawet kilkakrotnie w ciągu ostatnich 5 lat. Natomiast u 36 z 40 świadczeniodawców realizujących umowy w innych rodzajach świadczeń nie przeprowadzono żadnej kontroli, co najmniej od 2003 r. Ponadto u 26 świadczeniodawców (65,0%) nie przeprowadzono w tym czasie wizytacji, zaś kolejnych 10 świadczeniodawców (25%) wizytowano tylko jednokrotnie w związku z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych w latach 2010-2012.

Na powyższe zasadniczy wpływ miał stan zatrudnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców, który był niewystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami. Jednostką organizacyjną Oddziału do przeprowadzania kontroli świadczeniodawców w latach 2009-2012 był Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej, przy czym od 10 czerwca 2011 r. czynności kontrolne dotyczące świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju leczenie

szpitalne w zakresie programów terapeutycznych i chemioterapii prowadził Dział Programów Terapeutycznych i Chemioterapii w Wydziale Gospodarki Lekami.

W 2010 r i w I kwartale 2012 r. działalnością kontrolną zajmowało się 29 pracowników Oddziału, tj. o 4 osoby mniej niż w 2009 r. i 3 osoby mniej niż w 2011 r. Większość z nich (15 w 2010 r., 18 w 2011 r. i 15 w I kwartale 2012 r.) posiadała wykształcenie medyczne umożliwiające prowadzenie kontroli dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń we wszystkich rodzajach zakontraktowanych świadczeń. W latach 2010-2012 (I kwartał) z powodu dużej rotacji pracowników (od 4,5% w 2010 r. do 13,2% w 2011 r. w Dziale Kontroli Umów na Świadczenia oraz 9,6% w 2011 r. w Dziale Programów Terapeutycznych i Chemioterapii) oraz mimo prowadzonych naborów, Oddział utrzymywał zatrudnienie w komórkach kontrolnych na stałym poziomie (ok. 30 osób). Na trudności w pozyskaniu wykwalifikowanych pracowników do zadań kontrolnych (z wykształceniem medycznym) wpływ miały przede wszystkim ograniczone możliwości płacowe Oddziału. W okresie objętym kontrolą koszty administracyjne Oddziału (72.794,6 tys. zł) stanowiły ok. 0,7%, a koszty poniesione na kontrolę świadczeniodawców (4.372,9 tys. zł) ok. 0,04% kosztów ogółem (10.218.363,3 tys. zł). Zauważyć przy tym należy, że łączna kwota kar nałożonych w wyniku przeprowadzonych kontroli (3.899,2 tys. zł) i ustalonych kwot nienależnie przekazanych (3.069,3 tys. zł) była niemal dwukrotnie wyższa od kosztów Oddziału związanych z działalnością kontrolną świadczeniodawców.

W tej sytuacji w ocenie NIK obecny system organizacji kontroli w Oddziale nie zapewnia realizacji wymogu ustalonego przez Prezesa NFZ poprzez zapis § 41 ust. 1 zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r., co do objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na 5 lat oraz nadzoru nad świadczeniodawcami w niektórych zakontraktowanych rodzajach świadczeń. Tym samym system kontroli w Oddziale nie spełniał funkcji prewencyjnej, co może mieć wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dodatkowo w Oddziale w okresie objętym kontrolą nie podejmowano skutecznie innych działań zmierzających do zwiększenia liczby kontroli oraz wsparcia działalności kontrolnej (poza 3 kontrolami - nr 28/09/L, 23/10/L i 24/10/L, gdzie skorzystano z pomocy 2 lekarzy zatrudnionych na umowy zlecenia). Nie podjęto m.in. współpracy z konsultantami wojewódzkimi z poszczególnych specjalności medycznych, nie skorzystano również z możliwości powoływania do zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień specjalistów w danej dziedzinie, o których mowa w art. 64 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej².

1.2. Ograniczenia organizacyjne i finansowe Oddziału powodowały, że już plany kontroli opracowywano z założeniem, że każdy świadczeniodawca lub podmiot, który zawarł umowę z NFZ o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie będzie poddany kontroli NFZ z wymaganą częstotliwością raz na 5 lat, co stało w sprzeczności z postanowieniami § 41 ust. 1 ww. zarządzenia Prezesa NFZ Nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r.

W okresie 2010-2012 (I kwartał), pomimo ograniczeń w planowanej ilości kontroli w stosunku do wymogów wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ, realizacja planowanych przez DOW NFZ kontroli kształtowała się na

²Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 ze zm.)

poziomie od 36,6% w 2011 r. (30 zrealizowanych kontroli na 82 planowane) do 83,3% w I kwartale 2012 r. (5 zrealizowanych kontroli na 6 planowanych). W powyższym okresie 62 niewykonane zgodnie z planem kontrole przeniesiono na lata następne, z czego tylko 7 (11,3%) zostało zrealizowanych. Powodem tak niskiej realizacji planów kontroli były m.in. konieczność realizacji innych kontroli (koordynowanych i doraźnych), realizacja zadań pozakontrolnych oraz niewystarczająca liczba kontrolerów. W przypadku 2 zaplanowanych kontroli w 2010 r. dotyczących przekwalifikowań na liście oczekujących z trybu przyjęcia planowego na nagły, odstąpiono od ich realizacji bez zastosowania obowiązującej procedury, tj. bez uzyskania zgody Dyrektora DOW NFZ.

Porządkując procedury związane z opracowaniem planu kontroli poprzez powołanie odpowiednich Zespołów oraz ujednoczenie formy składania propozycji kontroli przez poszczególne Wydziały, nie wypracowano jednoznacznych kryteriów stosowanych przy wyborze jednostek do kontroli, ani też nie ustalono sposobu przeprowadzenia analizy ryzyka wystąpienia nieprawidłowości poprzez wskazanie obszarów zagrożeń.

2. Analiza 10 losowo wybranych postępowań kontrolnych spośród przeprowadzonych przez Oddział w badanym okresie wykazała, że:

[1] osoby przeprowadzające kontrole posiadały odpowiednie kwalifikacje oraz rzetelnie wykonywały czynności kontrolne, zgodnie z obowiązującymi procedurami. W przypadku postępowania w zakresie leczenia stomatologicznego, kontrolę przeprowadziła osoba z wykształceniem medycznym nieodpowiadającym zakresowi prowadzonej kontroli - lekarz chorób wewnętrznych, to przedmiotem kontroli było ustalenie czy świadczeniodawca realizował świadczenia zgodnie z harmonogramem umowy (w soboty, niedziele i święta), a więc kontrola dokumentacji medycznej ograniczała się do badania dat przyjęć, a nie zasadności lub jakości udzielanych świadczeń,

[2] stosownie do § 13 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 23/2009/DSOZ dla objętych badaniem kontroli doraźnych oraz kontroli planowych niekoordynowanych, Oddział opracował tematykę i wskazówki metodyczne o treści odpowiadającej wymogom określonym w § 11 pkt 5 i 6 ww. zarządzenia,

[3] postępowania kontrolne nr 28/10, 23/11 i 24/11 (kontrole planowe koordynowane) były prowadzone, zgodnie z § 9 przywołanego wyżej zarządzenia Prezesa NFZ na podstawie przekazanego przez Centralę Funduszu programu kontroli, spełniającego wymogi określone w § 11 przedmiotowego zarządzenia,

[4] kary (103,9 tys. zł) oraz kwoty nienależnie przekazanych środków (167,9 tys. zł) zostały prawidłowo ustalone, a Oddział każdorazowo w wystąpieniu pokontrolnym wzywał świadczeniodawcę do dokonania zwrotu tych kwot. W przypadku niedokonania wpłaty ww. kwot w ustalonym terminie, Oddział dokonywał ich potrącenia (145 tys. zł), wraz z należnymi odsetkami (4,5 tys. zł), z należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

[5] w 1 przypadku (nr 24/11) kontrolowany świadczeniodawca, nie został stosownie do art. 64 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz § 15 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 23/2009/DSOZ pisemnie zawiadomiony o kontroli, najpóźniej w chwili rozpoczęcia (zawiadomiono w terminie późniejszym),

[6] w 5postępowaniach (nr 28/10, 50/10, 56/10, 23/11, 8/11) nie zachowano 28-dniowego terminu przesłania świadczeniodawcy wystąpienia pokontrolnego wymaganego przepisem § 31 ust.1-3 ww. zarządzenia,

[7] w odniesieniu do jednego postępowania (nr56/10) nie dotrzymano 14-dniowego terminu rozpatrzenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, ustalonego przepisem art. 64 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (§ 33 ust.1 ww. zarządzenia),

[8] w przypadku postępowania nr 38/11 dotyczącego skuteczności działania systemu weryfikacji w zakresie podwójnych rozliczeń w ramach Oddziału,system ten wykazał udzielanie tej samej osobie świadczeń zdrowotnych w tym samym czasie przez dwóch różnych świadczeniodawców (koincydencja). Kontrole przeprowadzone u obu świadczeniodawców nie wykazały nieprawidłowości w wypełnianiu dokumentacji medycznej pacjenta, ale wynikało z nich, że w tym samym czasie (27.04.2010 r. do 30.04.2010 r.) jednoczesne udzielanie świadczeń przez obu świadczeniodawców było niemożliwe. Przebywaniepacjenta w oddziale stacjonarnym jednego świadczeniodawcy wykluczało bowiem świadczenie drugiego świadczeniodawcy polegające na długoterminowej opiece pielęgniarki w domu pacjenta. Sprawa ta nie została ostatecznie wyjaśniona przez Oddział, nie zawiadomiono też właściwych organów o podejrzeniu popełnienia przestępstwa,

[9] w żadnym z objętych badaniem postępowań kontrolnych, w programie bądź tematyce kontroli nie przewidziano, a w prowadzonych kontrolach nie dokonano badania oceny udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie, o którym mowa w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w § 3 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 23/2009/DSOZ,

[10] zaledwie w 1 przypadku (nr 36/11) dokonano sprawdzenia: (a) spełniania przez pomieszczenia, w których udzielano świadczeń, wymogów określonych dla danego rodzaju świadczeń, (b)zachowania przez świadczeniodawcę wymogów podania do wiadomości świadczeniobiorców niezbędnych informacji, o których mowa w § 11 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³oraz kwalifikacji osób udzielających świadczeń,

[11]w żadnym z badanych postępowań nie dokonano sprawdzenia pomieszczeń, w których udzielano świadczeń pod względem wyposażenia w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny, w tym pod kątem posiadania stosownych certyfikatów, atestów i innych dokumentów potwierdzających dopuszczenie do użytku i dokonanie aktualnych przeglądów przez uprawnione podmioty.

Nieprzeprowadzanie kompleksowych kontroli w zakresie określonym w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przy równoczesnym obejmowaniu kontrolą świadczeniodawcy raz na kilka-kilkanaście lat powoduje, że jakość i dostępność do udzielanych przez niego świadczeń nie podlega bieżącemu nadzorowi Oddziału. NIK zwraca ponadto uwagę, że Oddział nie korzystał z możliwości, określonej w art. 192a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kierowania ankiet do świadczeniobiorców, w celu uprawdopodobnienia faktu udzielenia świadczenia oraz oceny jego jakości, co mogłoby być dodatkowym źródłem informacji do planowania i analizy ryzyka.

³Dz. U. Nr 81, poz. 484

3. W ocenie NIK dostępne narzędzia informatyczne i bazy danych DOW NFZ nie pozwalały na rzetelną weryfikację rozliczeń prowadzonych ze świadczeniodawcami. Weryfikacja raportów statystycznych i uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń dokonywana były w oparciu o Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), który zawierał nieaktualne dane. Brak aktualnych danych w CWU wynikał głównie z nieprzekazywania lub przekazywania ze znacznym opóźnieniem danych przez ZUS, KRUS i MSW. Oddział, w celu prawidłowego potwierdzenia uprawnień świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, prowadził postępowania wyjaśniające, a w przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych dokonywał korekt, których w okresie objętym kontrolą wykonano ponad 33,8 tys.

Ponadto CWU zawierał nieaktualne informacje dotyczące ubezpieczenia świadczeniobiorców. W przypadku 30 wybranych losowo do kontroli świadczeniobiorców, dane te pozostawały nieaktualne przez okres od 98 dni do ponad 8 lat, w tym w odniesieniu do 83,3% zbadanych świadczeniobiorców okres ten przekraczał 180 dni.

Niedopełnienie obowiązku bieżącego i aktualnego przekazania do NFZ tych informacji wpływało bezpośrednio na realizację prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż stosownie do art. 67 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu i od tego momentu osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Kontrola wykazała przypadki pojawienia się w CWU nieaktualnych lub błędnych informacji już po dokonaniu przez pracowników DOW NFZ korekt ręcznych. Przesłane przez ZUS/KRUS informacje zawierały daty (ubezpieczenia) podane przez wypełniającego druk zgłoszenia, tj. zupełnie inne (najczęściej wcześniejsze) niż data zgłoszenia do ubezpieczenia. Powodowało to problemy z zakwalifikowaniem opłat za świadczenia do odpowiednich źródeł finansowania. W odniesieniu do 6 wybranych losowo do kontroli świadczeniobiorców do 18 roku życia, w każdym przypadku wykazana w CWU przez ZUS/KRUS data ubezpieczenia była znacznie wcześniejsza niż samo zgłoszenie. W związku z tym wszystkie świadczenia wykonywane przed zgłoszeniem (wypełnieniem druku zgłoszeniowego) powinny być finansowane z dotacji budżetu państwa a nie z NFZ. Badania kontrolne wykazały tę nieprawidłowość w stosunku do 6 świadczeń zdrowotnych dla 3 osób na łączną kwotę 1,9 tys. zł.

Należy zauważyć działania Oddziału zmierzające do aktualizacji danych zawartych w CWU. W latach 2010-2012 (I kwartał), operatorzy CWU w Oddziale dokonali łącznie 33,8 tys. operacji korygujących te dane, w tym 15,5 tys. w 2010 r., 14,8 tys. w 2011 r. i 3,5 tys. w I kwartale 2012 r. W 25 na 30 badanych spraw Oddział przeprowadził postępowania wyjaśniające w porozumieniu z ZUS, KRUS lub Urzędem Miasta Wrocławia, a po otrzymaniu informacji o okresach ubezpieczenia dokonał stosownych korekt⁴. Postępowania wyjaśniające trwały od 1 do 210 dni od daty ich rozpoczęcia, przy czym przekazanie przez ww. instytucje danych ze zbiorów danych osobowych zajmowało od 6 do 144 dni, tj. od 6% do 96% tego czasu.

⁴W pozostałych 5 sprawach przekazane do DOW NFZ dokumenty były wystarczające do ustalenia tytułu ubezpieczenia świadczeniobiorców.

4. Uwagi NIK dotyczą sposobu przeprowadzenia przez Oddział weryfikacji wstecznej zrealizowanych w latach 2010-2011 rozliczeń w ramach rocznej stawki kapitałowej, w celu odzyskania nienależnie przekazanych świadczeniodawcom środków za zmarłych świadczeniobiorców. Należy przy tym zwrócić uwagę, że nie podjęto działań zmierzających do odzyskania nienależnie przekazanych środków za poprzednie lata, mimo nakazu zawartego w stosownych pismach Prezesa NFZ⁵. Badając losowo wybraną próbę 43 zmarłych świadczeniobiorców rozliczanych stawką kapitałową po śmierci stwierdzono, że średni okres od daty zgonu świadczeniobiorcy do dokonania korekty faktury za świadczenia udzielone po dacie zgonu wyniósł 423 dni (od 45 dni do blisko 10 lat). Łączna kwota korekt za lata 2010 i 2011 wyniosła 0,9 tys. zł, i była o 4,4 tys. zł mniejsza od prawidłowej, liczonej jako wartość stawki kapitałowej zapłaconej od daty zgonu do końca okresu poddanego reweryfikacji.

NIK pozytywnie ocenia sposób finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym poniżej 18 roku życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia. Badania 8 wybranych losowo przypadków udzielenia świadczeń dla tej grupy w 2011 r. na łączną kwotę 7,2 tys. zł wykazały prawidłowe finansowanie z dotacji budżetu państwa.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. **Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia w komórkach organizacyjnych Oddziału odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców stanu organizacyjnego pozwalającego na prawidłową realizację zadań w tym zakresie.**
2. **Ustalenie i stosowanie jednoznacznych kryteriów wyboru jednostek (świadczeniodawców) do kontroli z jednoczesną analizą ryzyka poprzez wskazanie obszarów zagrożeń.**
3. **Zapewnienie przestrzegania:**
 - a) **wymogu uzyskiwania zgody Dyrektora DOW NFZ w przypadku odstępowania od podjęcia planowych kontroli,**
 - b) **obowiązujących terminów proceduralnych kontroli dotyczących zwłaszcza zawiadomienia świadczeniodawcy o kontroli, przesłania świadczeniodawcy wystąpienia pokontrolnego oraz rozpatrywania zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego,**
 - c) **realizacji obowiązku zawiadamiania odpowiednich organów o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, w szczególności w przypadkach kontroli koincydencji świadczeń zdrowotnych.**
4. **Rozważenie możliwości wprowadzenia ankietowania pacjentów i wykorzystania uzyskanych w ten sposób informacji do analizy ryzyka w celu typowania problemów i podmiotów do kontroli.**
5. **Rozważenie zasadności przeprowadzenia weryfikacji wstecznej rozliczenia stawki kapitałowej za 2009 r. i lata wcześniejsze z uwzględnieniem uwag zawartych w niniejszym wystąpieniu.**

⁵Pisma Prezesa NFZ z 30.12.2010 r. nr NFZ/CF/DSOZ/2010/075/1173/W/26077/TMR oraz z 14.04.2011 r. Nr NFZ/CF/DSOZ/2011/[0419/W/10188/TMR

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektora, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje kierownikowi jednostki kontrolowanej⁶ prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury we Wrocławiu, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

⁶W rozumieniu art. 2a pkt 3 ustawy o NIK