

**Załącznik do Zarządzenia nr 14  
Prezesa Narodowego Funduszu  
Zdrowia z dnia 9 lutego 2005 r.**

Załącznik nr 2 do Regulaminu kontroli realizacji  
umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych  
przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu  
Zdrowia

.....  
(oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....  
(data wystawienia upoważnienia)

**UPOWAŻNIENIE nr .....**

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r, o świadczeniach  
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135)  
upoważniam Panią/Pana .....  
do przeprowadzenia w dniach .....  
kontroli świadczeniodawcy .....

..... ,  
(nazwa i adres)

której przedmiotem jest realizacja umowy nr ..... z dnia .....  
w zakresie .....

Upoważnienie niniejsze ważne jest za okazaniem legitymacji służbowej nr  
..... / dowodu osobistego nr .....

Ważność upoważnienia upływa z dniem .....

.....  
(Dyrektor oddziału wojewódzkiego)

Załącznik nr 4 do Regulaminu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
( nr postępowania kontrolnego)

## PROTOKÓŁ OGŁĘDZIN

Na podstawie § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie określenia szczegółowego trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723) .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe kontrolującego)  
działając w obecności .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby uczestniczącej w oględzinach)

dokonał w dniu .....  
oględzin .....

.....  
(określenie obiektu lub składników majątkowych)  
w wyniku których ustalono, co następuje: .....

....., dnia .....

.....  
(podpis osoby uczestniczącej w oględzinach)

.....  
(podpis osoby kontrolującej)

Załącznik nr 5 do Regulaminu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
(nr postępowania kontrolnego)

### **PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA USTNYCH WYJAŚNIENÍ**

Na podstawie § 8 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie określenia szczegółowego trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723) .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe kontrolującego)

w dniu..... przyjął ustne wyjaśnienie Pana/Pani .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby składającej wyjaśnienia)

w sprawie

.....  
o następującej treści :

.....  
Przed podpisaniem składający wyjaśnienie zapoznał się z treścią protokołu.

....., dnia .....

.....  
(podpis osoby kontrolującej)

.....  
(podpis osoby składającej wyjaśnienia)

Załącznik nr 6 do Regulaminu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
(nr postępowania kontrolnego)

### **PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA USTNEGO OŚWIADCZENIA**

Na podstawie § 8 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r w sprawie określenia szczegółowego trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 272), .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe kontrolującego)

w dniu..... przyjął ustne oświadczenie Pana/Pani .....

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby składającej wyjaśnienia)

w sprawie

.....  
.....  
.....  
o następującej treści :

.....  
.....  
.....  
Przed podpisaniem składający oświadczenie zapoznał się z treścią protokołu.

....., dnia .....

.....  
(podpis osoby kontrolującej)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 7 do Regulaminu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
(numer postępowania kontrolnego)

....., dnia .....  
..... (miejscowość)

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

.....  
.....

Imię i nazwisko świadczeniodawcy albo osoby reprezentującej świadczeniodawcę, jeśli nie jest nim osoba fizyczna:

.....

Kierownikiem kontrolowanej komórki organizacyjnej świadczeniodawcy jest Pan/Pani

.....

od dnia .....\*

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli:

..... z przerwą w dniach - .....

Kontrolę przeprowadzili:

.....  
.....  
.....

(imię i nazwisko, numer i data upoważnienia do przeprowadzenia kontroli)

Przedmiot i zakres kontroli .....

.....

Okres objęty kontrolą .....

Miejsce przeprowadzenia kontroli .....



Spis załączników :

- 1) .....
- 2) ..... ,
- 3) ..... ,
- 4) ..... ,
- 5) .....,

Kontrolujący pouczył świadczeniodawcę o przysługującym mu prawie do zgłoszenia na piśmie w terminie 7 dni roboczych od otrzymania protokołu kontroli umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w niniejszym protokole kontroli.

Jednocześnie, świadczeniodawca

..... został pouczony o przysługującym mu prawie odmowy podpisania protokołu kontroli z podaniem przyczyny, w terminie 7 dni roboczych od otrzymania protokołu kontroli.

.....

Data sporządzenia protokołu

.....

świadczeniodawca

.....

osoba osoba/y przeprowadzająca kontrolę

.....

(Data i podpis)

.....

( Data i podpis)

.....

( wzmianka o złożeniu zastrzeżeń lub odmowie podpisania protokołu oraz wprowadzonych poprawkach)

\* należy wypełnić, jeżeli kontrolowana jest komórka organizacyjna świadczeniodawcy

Załącznik nr 8 do do Regulaminu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń, przeprowadzanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
(nr postępowania kontrolnego)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
.....  
(świadczeniodawca)

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 64 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135) .....  
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w ..... przeprowadził u  
..... ,

(nazwa świadczeniodawcy)

w dniach ..... .. kontrolę realizacji umowy nr ..... , zawartej  
w dniu .....

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokole kontroli nr .....,  
podpisanym w dniu ....., sporządzonym na podstawie art. 64 ust. 6 ustawy z  
dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków  
publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135), ..... Oddział Wojewódzki  
Narodowego Funduszu Zdrowia, stosownie do art. 64 ust. 7 tej ustawy przekazuje  
niniejsze wystąpienie.

(w myśl art. 64 ust. 7 powołanej wyżej ustawy, wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę działalności  
kontrolowanego świadczeniodawcy lub zalecenia pokontrolne w sprawie usunięcia stwierdzonych  
nieprawidłowości)

Na podstawie ustaleń opisanych w protokole, o którym mowa wyżej,.....  
odział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W.....  
stwierdza, że.....

.....



Przedstawiając powyższe, ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wnosi o:

.....  
.....

Jednocześnie, ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w ..... na podstawie § 32 ust.1 „Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do zawartej umowy nr..... z dnia....., nakłada karę umowną za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową w wysokości .....zł (słownie: .....), stanowiącej.....% kwoty wypłaconej Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy /zobowiązania z danego zakresu świadczeń.

Informację o skutkach finansowych przeprowadzonej kontroli przekazano do komórki organizacyjnej właściwej w sprawach windykacji należności..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na podstawie art. 64 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia ..... Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym Świadczeniodawcę.

Jednocześnie zgodnie z art. 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania ..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Dyrektor oddziału wojewódzkiego)

Do wiadomości\*:

1. Wydział Ekonomiczno-Finansowy OW NFZ,
2. Wydział Świadczeń Zdrowotnych,
3. Wydział Księgowości,
4. Biuro Radców Prawnych/Wydział Organizacyjno-Prawny
5. Wydział Spraw Ubezpieczonych, Informatyki i Łączności

\*Niepotrzebne usunąć

