



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.003.05.2021



00248522

Pan
Maciej Bogdan Olesiński
Dyrektor
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Białymstoku
ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

D/21/507 – Realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku ¹ , ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok
Kierownik jednostki kontrolowanej	Maciej Bogdan Olesiński, Dyrektor POW NFZ
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19
Okres objęty kontrolą	Lata 2020–2021 (do 30 września), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Mariusz Lenkiewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/163/2021 z 29 listopada 2021 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: „Oddział” lub „POW NFZ”.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm. Ustawa zwana w dalszej treści „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

Oddział, realizując *Polecenie Ministra Zdrowia w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych*⁴, po zawarciu stosownych umów, przekazał na wypłatę dodatkowych świadczeń 31 uprawnionym podmiotom leczniczym 308,2 mln zł⁵ (co odpowiadało 11,2% kosztów leczenia). Dokonywał też formalno-merytorycznej weryfikacji dokumentów przedkładanych przez podmioty lecznicze, jednak w zakresie, który nie umożliwiał w pełni identyfikacji nieprawidłowości.

Umowy z podmiotami leczniczymi na wypłatę świadczeń dodatkowych personelowi medycznemu zawarto w ostatnim kwartale 2020 r., natomiast na wypłatę jednorazowych świadczeń dodatkowych dla personelu niemedycznego – w czerwcu 2021 r., tj. niezwłocznie po wydaniu takich dyspozycji *Poleceniem MZ*. Część umów (22, tj. 18%) zawarta została z zapisami różniącymi się od treści określonej w *Poleceniu MZ*⁶. Różnice te wynikały z wzoru umowy otrzymanego z Centrali NFZ, co było niezależne od Oddziału. Oddział nie zmienił zapisu w § 1 ust. 2 umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia pieniężne w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia w zakresie użytego spójnika „lub” zamiast „i” w określeniu warunku uprawniającego do przyznania przez kierownika podmiotu leczniczego dodatkowego świadczenia, tj. *uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*, mimo że warunkiem określonym w pkt 1 ppkt 1a lit. a *Polecenia MZ*, zmienionego 1 listopada 2020 r. było *uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*.

Najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenia POW NFZ przekazał trzem podlaskim podmiotom leczniczym, tj. Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Białymstoku (66,9 mln zł), Szpitalowi Wojewódzkiemu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (32,8 mln zł) i SP ZOZ Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku (27,5 mln zł). Objętych badaniem kontrolnym pięć podmiotów leczniczych z województwa podlaskiego otrzymało 81,5 mln zł (tj. 26,4% środków finansowych ogółem), z czego najwięcej Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhoffa w Białymstoku (19,7 mln zł), a najmniej SP ZOZ w Augustowie (9,9 mln zł). Wypłata środków finansowych odbywała się z reguły terminowo, a przypadki wydłużonych płatności wynikały z konieczności uzyskania wyjaśnień co do rzetelności dokumentacji składanych przez podmioty lecznicze. Wartość należnych środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń lub liczba zgłoszonych osób były korygowane przez wszystkie podmioty, nawet siedem miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego. W wyniku złożonych korekt⁷ nastąpiło zwiększenie liczby osób zgłoszonych jako uprawnione do dodatkowych świadczenia pieniężnego (o 11%), a tym samym zwiększenie pierwotnie przekazanych środków finansowych (o 3%).

W POW NFZ nie opracowano odrębnej procedury wewnętrznej w celu realizacji *Poleceń MZ*. Posiłkowano się istniejącymi procedurami ogólnymi, m.in. w zakresie obiegu dokumentów. Każdorazowo weryfikowano informacje kierowników podmiotów leczniczych o wysokości kwoty na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych. Wpływające do Oddziału dokumenty były rejestrowane, a następnie przekazywane poszczególnym pracownikom *Działu Rozliczania Umów, Działu Kontraktowania Świadczeń i / lub Sekcji Świadczeń Opieki Zdrowotnej Służb Mundurowych i Ratownictwa Medycznego*, celem sprawdzenia dokumentacji pod względem formalnym i merytorycznym. Zakres tej weryfikacji nie umożliwiał jednak w pełni identyfikacji nieprawidłowości. Możliwe było jedynie częściowe zbadanie

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

⁴ Polecenie wydane 4 września 2020 r., zmienione m.in. 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r. Dalej zwane „*Poleceniem MZ*”.

⁵ Od kwietnia 2020 r. do września 2021 r. (według stanu na 31 grudnia 2021 r.).

⁶ Zamiast sformułowania: w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 użyto sformułowania: w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

⁷ Za objęty badaniem listopad 2020 r.

uprawnień personelu medycznego do otrzymania dodatkowego świadczenia. Nie było zaś możliwości weryfikacji prawidłowości stosowania przez podmioty lecznicze zasady proporcjonalności przyznawania świadczeń dodatkowych, o której mowa w *Poleceniu MZ* i umowach zawartych z podmiotami leczniczymi⁸.

NIK zwraca uwagę, że niestosowanie zasady proporcjonalności zostało m.in. stwierdzone w dwóch kontrolowanych równolegle podmiotach leczniczych, z którymi Oddział podpisał przedmiotowe umowy. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych⁹ nie przeprowadzono w podmiotach leczniczych kontroli prawidłowości naliczenia i wykorzystania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych. Zdaniem NIK kontrola taka, ze szczególnym uwzględnieniem zbadania pod względem zastosowania zasady proporcjonalności służyłaby realizacji postanowień art. 44 ust. 3 i art. 68 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych*¹⁰ poprzez weryfikację prawidłowości realizacji przez podmioty lecznicze postanowień umów w tym zakresie, zawartych z Oddziałem.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR **Realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19**

Opis stanu faktycznego

1. POW NFZ od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. zawarł z podmiotami leczniczymi 61 umów¹¹ w zakresie przekazania na ich rzecz środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹²) dodatkowego świadczenia pieniężnego, określonego w *Poleceniu MZ*. Umowy¹³ te zawarto z:

- 20 podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju *leczenie szpitalne* oraz dwoma podmiotami – w rodzaju *stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, określonymi w punkcie 1 ppkt 1 *Polecenia MZ*;
- 28 podmiotami leczniczymi, w których skład wchodziły jednostki Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego¹⁴ (19 podmiotów) oraz izby przyjęć (dziewięć podmiotów), wskazanymi w punkcie 1 ppkt 2 *Polecenia MZ*;
- siedmioma podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju *leczenie szpitalne*, w których testy diagnostyczne RT-PCR¹⁵ w kierunku wykrycia wirusa SARS-CoV-2¹⁶ wykonywały laboratoria, określonymi w punkcie 1 ppkt 3 *Polecenia MZ*.
(akta kontroli str. 8-176, 395-401)

Dyrektor NFZ był upoważniony do zawierania i rozliczania umów w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia, na podstawie pełnomocnictwa wydanego

⁸ Tj. proporcjonalnego obniżania dodatkowego świadczenia pieniężnego w przypadku wykonywania pracy przez niepełny miesiąc (wg punktu 3 lit. b załącznika do *Polecenia MZ* i § 1 ust. 5 umowy).

⁹ Czynności kontrolne zakończono 28 lutego 2022 r.

¹⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 305 ze zm.

¹¹ Z czterema podmiotami zawarto po dwie umowy w przedmiotowym zakresie.

¹² Dz. U. z 2021 r. poz. 711. W dalszej treści zawód medyczny oznacza zawód w rozumieniu tego przepisu.

¹³ Żadnej umowy nie zawarto z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia w zakresie transportu sanitarnego, określonymi w punkcie 1c *Polecenia MZ*.

¹⁴ Dalej: „PRM”.

¹⁵ Test umożliwiający wykrycie materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2 w wymazie pobranym z nosogardzieli.

¹⁶ SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) to wirus wywołujący zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej – jednostkę chorobową nazwaną COVID-19.

4 maja 2020 r. przez Prezesa NFZ¹⁷. Umowy w imieniu POW NFZ zawierane były przez Dyrektora NFZ lub upoważnionych przez niego zastępców¹⁸. (akta kontroli str. 4-7)

Analiza umów zawartych z podmiotami leczniczymi w zakresie laboratoriów wykazała, że podmioty te spełniały warunki określone w *Poleceniu MZ* i były umieszczone w wykazie prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁹. Po zmianie *Polecenia MZ* z 28 maja 2021 r., Oddział z dniem 1 czerwca 2021 r. rozwiązał wszystkie (35) umowy zawarte z podmiotami leczniczymi, w skład których wchodziły jednostki PRM, izby przyjęć oraz z podmiotami, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria ujęte w wykazie prowadzonym przez NFZ. Od 1 czerwca do 30 września 2021 r. obowiązywały natomiast umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia zawarte z podmiotami leczniczymi, udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ramach II poziomu zabezpieczenia²⁰. (akta kontroli str. 8-176, 395-408)

W umowach zawartych przez Oddział, dotyczących przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń dla wszystkich rodzajów podmiotów leczniczych, użyto sformułowania *w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*. Wymóg ten został określony we wzorze umów ustalonym przez Centralę NFZ²¹ oraz we wzorze informacji o wysokości łącznej kwoty do zapewnienia dodatkowych świadczeń. Natomiast w punkcie 1 ppkt 1a lit. a) zmienionego *Polecenia MZ* z mocą obowiązującą od 1 listopada 2020 r. określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania dodatkowego świadczenia były osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, które uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiotach II i III poziomu zabezpieczenia i miały *bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*.

W piśmie Centrali NFZ z 6 listopada 2020 r., za którym przekazano wzory umów o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne po zmianie *Polecenia MZ* z 1 listopada 2020 r. określono, że wzory umów mogą być modyfikowane, w zakresie, w jakim nie będzie to sprzeczne z *Poleceniem MZ*. W § 1 ust. 2 wzoru umowy określono, że warunkiem uprawniającym do przyznania przez kierownika podmiotu leczniczego dodatkowego świadczenia było: *uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*, mimo że w punkcie 1 ppkt 1a lit. a) *Polecenia MZ* zmienionego 1 listopada 2020 r. określono wymóg *uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*. Oddział nie skorzystał z tego uprawnienia i nie zmienił zapisu w § 1 ust. 2 umowy o przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia pieniężnego w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia. Zapis określony w umowach obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., umożliwiał wypłatę dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z pacjentami tylko z podejrzeniem zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. (akta kontroli str. 8-176, 177-288)

Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że: (...) *umowy regulujące zasady wypłacania świadczenia dodatkowego dla personelu medycznego spełniającego warunki zawarte w Poleceniu MZ*

¹⁷ Pełnomocnictwo wydano na podstawie art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.) oraz na podstawie art. 96 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.).

¹⁸ Zastępcę Dyrektora: ekonomiczno-finansowych, ds. medycznych lub ds. świadczeniobiorców i służb mundurowych.

¹⁹ W wykazie podmiotów leczniczych prowadzących laboratoria wykonujące testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

²⁰ Poziomy zabezpieczenia: I poziom: podmioty lecznicze, w których utworzono tzw. łóżka buforowe (przejściowe), przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem; II poziom: podmioty lecznicze, które zajmują się leczeniem pacjentów chorych na COVID-19, czyli pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa (obejmują opieką także pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem); III poziom: podmioty lecznicze, do których trafia pacjent z COVID-19 z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa, lecz głównym powodem jego hospitalizacji nie jest COVID-19; IV poziom: to tzw. hybrydowe podmioty lecznicze, które łączyły w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie – zostały zniesione z dniem 1 czerwca 2021 r.

²¹ Pismo Prezesa NFZ z 11 września 2020 r (DEF.WSIKF.401.1.32.2020).

zawarto zgodnie ze wzorem otrzymanym z Centrali NFZ. Otrzymany wzór nie był modyfikowany przez tutejszy Oddział pod względem merytorycznym, a jedynie pod względem technicznym (w zakresie danych oddziału czy świadczeniodawcy). Dyrektor dodał, że: zgodnie z uzasadnieniem do Polecenia MZ (...) podmiot leczniczy zobowiązany był do wypłacenia dodatkowego świadczenia na podstawie pisemnego oświadczenia osoby uprawnionej, które zawierało m.in. zapis, że przedstawione informacje stanowiące podstawę do ustalenia wysokości świadczenia dodatkowego, są zgodne z prawdą. Ze względu na charakter sprawy rozstrzygnięcia zasadności otrzymania dodatku oraz zgłoszenia personelu uprawnionego do jego otrzymania dokonywał kierownik podmiotu leczniczego. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał środki finansowe z przeznaczeniem na wypłatę świadczenia dodatkowego na podstawie informacji otrzymanych od podmiotów leczniczych. Takie informacje można zweryfikować wyłącznie w dokumentacji medycznej, która znajduje się u świadczeniodawców.
(akta kontroli str. 8-176, 526-536)

Dyrektor POW NFZ informował, za pośrednictwem platformy SZOI, podmioty lecznicze o możliwości przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia, na podstawie Poleczeń MZ oraz o zasadach ich przyznawania. Od listopada 2020 r. do września 2021 r. przez platformę SZOI udostępniono zarówno Polecenie MZ wraz ze zmianami jak i interpretacje Ministerstwa Zdrowia w zakresie świadczeń dodatkowych. Na platformie umieszczono 35 komunikatów związanych z naliczaniem i wypłacaniem środków finansowych związanych z dodatkowymi świadczeniami, m.in. Materiał dla Członków Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z 9 grudnia 2020 r. i uzupełniający z 11 grudnia 2020 r., w których określono m.in. zakres podmiotowy Polecenia MZ po zmianie z 1 listopada 2020 r. Określono w nim m.in., że dodatek przysługuje: osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Użyte w poleceniu wyrażenie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oznacza, że faktycznie zachodzić muszą łącznie obie przesłanki, tj. bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia oraz z pacjentem ze zdiagnozowanym zakażeniem wirusem. Elementem wyróżniającym szpitale II i III poziomu zabezpieczenia spośród innych (nieobjętych poleceniem) placówek przeznaczonych do walki z wirusem jest bowiem wyznaczenie ich do leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. (...) w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r.
(akta kontroli str. 294-296, 462-493)

2. POW NFZ od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. zawarł z podmiotami leczniczymi 64 umowy w zakresie przekazania na ich rzecz środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie innym osobom niż osoby wykonujące zawód medyczny jednorazowego dodatkowego świadczenia, określonego w Poleceniu MZ, zmienionym 28 maja 2021 r.. Umowy te zawarto z:

- 20 podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju *leczenie szpitalne* oraz dwoma podmiotami – w rodzaju *stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, określonymi w punkcie 1 ppkt 1 Polecenia MZ;
- 24 podmiotami leczniczymi, w których skład wchodziły jednostki Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego (14 podmiotów) oraz izby przyjęć (10 podmiotów), określonymi w punkcie 1 ppkt 2 Polecenia MZ;
- siedmioma podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju *leczenie szpitalne*, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku wykrycia wirusa SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria, określonymi w punkcie 1 ppkt 3 Polecenia MZ;
- 11 podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia w zakresie transportu sanitarnego, określonymi w punkcie 1c Polecenia MZ.
(akta kontroli str. 8-176, 409-418)

W umowach zawartych przez Oddział, dotyczących przekazania środków finansowych na zapewnienie jednorazowego świadczenia dodatkowego dla wszystkich rodzajów

podmiotów leczniczych, użyto sformułowania w *bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*. Wymóg ten został określony we wzorze umów ustalonym przez Centralę NFZ oraz we wzorze informacji o wysokości łącznej kwoty do zapewnienia dodatkowych świadczeń.

3. Od kwietnia 2020 r. do września 2021 r. Oddział przekazał 31 uprawnionym podmiotom leczniczym 308,2 mln zł na wypłatę dodatkowych świadczeń w łącznej kwocie, z tego: 300,4 mln zł (97%) personelowi medycznemu oraz 7,8 mln zł (3%) innym osobom niż personel medyczny, w tym:

- w 2020 r. przekazano 86,1 mln zł²² (14,4 tys. dodatkowych świadczeń) – najwięcej w ostatnich dwóch miesiącach 2020 r.²³ – 75,7 mln zł (tj. 88%), z tego: za grudzień – 39,6 mln zł (46%) na wypłatę 5,2 tys. dodatkowych świadczeń oraz za listopad – 36,1 mln zł (42%) na wypłatę 4,8 tys. dodatkowych świadczeń, we wszystkich przypadkach dotyczących personelu medycznego;
- w 2021 r. (do 30 września 2021 r.) – 222,1 mln zł (w 28,7 tys. dodatkowych świadczeń²⁴), najwięcej za styczeń – 41,0 mln zł (18%) na wypłatę 5,2 tys. dodatkowych świadczeń oraz za marzec – 40,7 mln zł (18%) na wypłatę 5,2 tys. dodatkowych świadczeń, we wszystkich przypadkach dotyczących personelu medycznego. (akta kontroli str. 289-293, 419-423)

Najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenie w województwie otrzymał Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Środki finansowe w kwocie 66,9 mln zł (co odpowiadało 22% środków finansowych przekazanych) dotyczyły 8,4 tys. przypadków osób uprawnionych (tj. 19% przypadków ogółem). Następne w kolejności były: Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (32,8 mln zł) i SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku (27,5 mln zł).

(akta kontroli str. 291, 419-423)

4. Szczegółową analizą objęto pięć podmiotów leczniczych²⁵, które od listopada 2020 r. do września 2021 r. otrzymały 81,5 mln zł (co odpowiadało 26% przekazanych środków finansowych) na sfinansowanie 11,3 tys. świadczeń dodatkowych (tj. 10,9 tys. dla personelu medycznego i 0,4 tys. innym osobom), co odpowiadało 25% takich świadczeń ogółem (43,2 tys.²⁶). (akta kontroli str. 289-293, 419-423)

Z objętych analizą pięciu podmiotów, od maja 2020 r. do września 2021 r. najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenia otrzymał UDSK w Białymstoku – 19,7 mln zł (co odpowiadało 6% przekazanych środków finansowych ogółem). Kwota ta dotyczyła 2,6 tys. świadczeń dodatkowych (tj. 6% ogółu). Drugie pod względem wartości środki finansowe otrzymał SP ZOZ WSPR w Białymstoku – 19,5 mln zł (6% ogółu). Otrzymano ją na opłacenie 2,6 tys. świadczeń dodatkowych (tj. 6% ogółu). Trzecie pod względem wartości środki finansowe otrzymał SP ZOZ MSWiA w Białymstoku (18,7 mln zł, tj. 6% środków). Przyznano je na wypłatę 2,9 tys. świadczeń (tj. 7% ogółu). Następnym w kolejności był SPP ZOZ w Choroszczu, który otrzymał 13,7 mln zł (4%) na pokrycie 1,8 tys. świadczeń dodatkowych (4%). Najmniej środków z analizowanych podmiotów otrzymał SP ZOZ w Augustowie, tj. 9,9 mln zł (3%) na sfinansowanie 1,5 tys. świadczeń dodatkowych (3%).

(akta kontroli str. 289-293, 419-423)

²² Wszystkie dane kwotowe zamieszczone w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym są podane wg stanu na 31 grudnia 2021 r.

²³ Po zmianie *Polecenia MZ* z 1 listopada 2020 r.

²⁴ W tym: 27,4 tys. świadczeń dodatkowych dla personelu medycznego i 1,3 tys. dla personelu niemedycznego.

²⁵ Cztery szpitale: Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku im. L. Zamenhoffa w Białymstoku (dalej: UDSK w Białymstoku), SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościńskiego (dalej: SP ZOZ MSWiA w Białymstoku), SPP ZOZ im. S. Deresza w Choroszczu (dalej: SPP ZOZ w Choroszczu), SP ZOZ w Augustowie oraz jedna stacja pogotowia ratunkowego: SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku (dalej: SP ZOZ WSPR w Białymstoku).

²⁶ Od kwietnia 2020 r. do września 2021 r. środki finansowe na dodatkowe świadczenia dotyczyły 43.161 takich świadczeń, z czego w 2020 r. było ich 14.426 (wszystkie dotyczyły personelu medycznego), a w 2021 r. – 28.735, w tym 27.430 dotyczyło personelu medycznego, a 1.305 – personelu niemedycznego.

Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. – po rozszerzeniu zakresu podmiotowego i przedmiotowego *Polecenia MZ* (zmianą z 1 listopada 2020 r.), m.in. w zakresie wysokości dodatku w kwocie 100% wynagrodzenia oraz maksymalnej jego wartości (15 tys. zł) – objęte analizą podmioty lecznicze zgłosiły do otrzymania dodatkowego świadczenia dla 9,3 tys. osób uprawnionych z personelu medycznego, co odpowiadało 22% zgłoszonych świadczeń dodatkowych ogółem (43,2 tys.), na 73,3 mln zł (tj. 24% środków ogółem), w tym:

- SP ZOZ WSPR w Białymstoku wystąpił o 19,3 mln zł²⁷ na wypłatę 2,6 tys. świadczeń dodatkowych (po 99% kwoty otrzymanej i liczby świadczeń wypłaconych od listopada 2020 r. do września 2021 r.²⁸), zgłaszając przy tym najwięcej osób (świadczeń) miesięcznie, od 360 (w listopadzie 2020 r.) na 2,7 mln zł do 375 (w maju 2021 r.) na 3,7 mln zł;
- UDSK w Białymstoku wystąpił o 17,8 mln zł na sfinansowanie 2,2 tys. świadczeń dodatkowych (odpowiednio 90% kwoty otrzymanej i 85% świadczeń wypłaconych od maja 2020 r. do września 2021 r.), dla od 233 osób (w maju 2021 r.) na 1,9 mln zł do 352 osób (w kwietniu 2021 r.) na 2,8 mln zł;
- SP ZOZ MSWiA w Białymstoku wystąpił o 15,4 mln zł na pokrycie 1,8 tys. świadczeń dodatkowych (odpowiednio 82% kwoty otrzymanej i 62% świadczeń od kwietnia 2020 r. do września 2021 r.), zgłaszając od 229 osób (w maju 2021 r.) na 2,1 mln zł do 285 osób (w lutym 2021 r.) na 2,5 mln zł;
- SPP ZOZ w Choroszczycy wystąpił o 12,7 mln zł na opłacenie 1,6 tys. świadczeń dodatkowych (odpowiednio 93% kwoty otrzymanej i 98% świadczeń od listopada 2020 r. do września 2021 r.), zgłaszając od 128 osób (w maju 2021 r.) na 1,2 mln zł do 300 osób (w lutym 2021 r.) na 2,2 mln zł;
- SP ZOZ w Augustowie wystąpił o 8,1 mln zł na 1,1 tys. świadczeń dodatkowych (odpowiednio 82% kwoty otrzymanej i 76% świadczeń od października 2020 r. do września 2021 r.), zgłaszając od 152 osób (w grudniu 2020 r.) na 1,2 mln zł do 165 osób (w kwietniu 2021 r.) na 1,2 mln zł. (akta kontroli str. 289-293, 419-423)

4.1. Od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. decyzjami Wojewody Podlaskiego zlecono objętym analizą podmiotom leczniczym realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w ramach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia), z tego:

- w UDSK w Białymstoku – w ramach:
 - II poziomu zabezpieczenia – od 10 łóżek od czerwca do września 2021 r. do 48 łóżek w listopadzie i grudniu 2020 r.²⁹,
 - III poziomu zabezpieczenia w zakresie hemodializoterapii – jedno łóżko od listopada 2020 r. do stycznia 2021 r.,
- w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku – w ramach:
 - I poziomu zabezpieczenia – dwa łóżka od lipca do września 2021 r.,
 - III poziomu zabezpieczenia, w tym w zakresie m.in. kardiologii, ortopedii, traumatologii, urologii, chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej od 23 (od 8 do 30 czerwca 2021 r.) do 59 łóżek (od 1 do 7 czerwca 2021 r.),
 - IV poziomu zabezpieczenia – od 59 łóżek w maju 2021 r. do 159 łóżek w listopadzie i grudniu 2020 r.,
- w SPP ZOZ w Choroszczycy – w ramach III poziomu zabezpieczenia, w tym w zakresie leczenia psychiatrycznego stacjonarnego – od 10 łóżek w czerwcu 2021 r. do 45 łóżek (w listopadzie i grudniu 2020 r.) oraz w zakresie neurologii – 5 łóżek od stycznia do czerwca 2021 r.,

²⁷ Do analizy przyjęto dane z not księgowych wraz z korektami przedkładanymi przez poszczególne podmioty lecznicze poddane szczegółowej kontroli.

²⁸ Tj. w okresie objętym analizą.

²⁹ W całym okresie tj. od listopada 2020 r. do września 2021 r., do dyspozycji były dwa łóżka respiratorowe.

- w SP ZOZ w Augustowie – w ramach:
 - I poziomu zabezpieczenia – od dwóch łóżek w okresie od 6 lipca do 30 września 2021 r. do trzech od 1 do 5 lipca 2021 r.
 - II poziomu zabezpieczenia – od 10 łóżek w okresie od 6 lipca do 30 września 2021 r. do 155 łóżek od listopada 2020 r. do maja 2021 r. (akta kontroli str. 447-461)

4.2. W sprawie przekazania podmiotom leczniczym środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu, Dyrektor POW NFZ zawarł następujące umowy, obowiązujące co najmniej od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r.:

- z UDSK w Białymstoku – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez te osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia,
 - osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej,
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć,
- z SP ZOZ WSPR w Białymstoku – umowę umożliwiającą przyznanie dodatkowego świadczenia osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM,
- z SP ZOZ MSWiA w Białymstoku, SPP ZOZ w Choroszczycy oraz SP ZOZ w Augustowie – po dwa rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez takie osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w SP ZOZ w Augustowie tylko w ramach II poziomu i w SPP ZOZ w Choroszczycy w ramach III poziomu),
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć. (akta kontroli str. 8-176, 395-401)

W sprawie przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny (personelowi niemedycznemu) na podstawie zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r., dyrektor POW NFZ zawarł (od 1 czerwca 2020 r. do a 30 września 2021 r.)³⁰:

- z UDSK w Białymstoku – cztery rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie jednorazowego świadczenia dodatkowego:
 - osobom wykonującym w podmiotach II i III poziomu zabezpieczenia czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w jednostkach systemu PRM,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w laboratoriach wykonujących testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w zakresie transportu sanitarnego, które miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,

³⁰ Za wykonywanie czynności zawodowych od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., a w zakresie transportu sanitarnego od 4 września 2020 r. do 31 maja 2021 r.

- z SP ZOZ WSPR w Białymstoku – dwa rodzaje umowy umożliwiającej przyznanie dodatkowego świadczenia osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych:
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach systemu PRM,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w zakresie transportu sanitarnego, które miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- z SP ZOZ MSWiA w Białymstoku, SPP ZOZ w Choroszczycy oraz SP ZOZ w Augustowie – po dwa rodzaje umów, w tym o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym w podmiotach II i / lub III poziomu zabezpieczenia czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w jednostkach systemu PRM. (akta kontroli str. 8-176, 409-417)

4.3. Liczba zgłoszonego personelu medycznego³¹ (w ramach leczenia szpitalnego, jednostek PRM, laboratorium oraz transportu sanitarnego) w okresie objętym kontrolą³² w odniesieniu do posiadanych łóżek covidowych³³ (według największej liczby łóżek covidowych w miesiącu, w tym posiadanych również na I poziomie zabezpieczenia) wynosiła od jednego (w listopadzie 2020 r.) do 14,7 osób (w styczniu 2021 r.) na łóżko covidowe. Największa liczba miała miejsce w UDSK w Białymstoku (II i III poziom zabezpieczenia) – 14,7 w styczniu 2021 r. i 13,3 w lutym 2021 r. oraz w SPP ZOZ w Choroszczycy (wyłącznie III poziom zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń zdrowotnych³⁴) – 8,0 w styczniu 2021 r. i 5,5 w lutym 2021 r. W pozostałych szpitalach wynosiła od 1,0 do 3,2, w tym w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku (III i IV poziom zabezpieczenia) – od 1,8 do 2,2. (akta kontroli str. 447-461)

Liczba zgłoszonego personelu medycznego w ramach II i III poziomu na łóżko covidowe (według największej liczby łóżek covidowych w miesiącu posiadanych w II i III poziomie zabezpieczenia) wynosiła od jednej (w listopadzie 2020 r.) do 9,7 osoby (w styczniu 2021 r.). Największa liczba osób na jedno łóżko covidowe (w II i III poziomie) była w UDSK w Białymstoku (II i III poziom zabezpieczenia) – 9,7 w styczniu 2021 r. i 8,0 w lutym 2021 r. oraz w SPP ZOZ w Choroszczycy (III poziom zabezpieczenia) – 7,3 w styczniu 2021 r. i 5,0 w lutym 2021 r. W pozostałych szpitalach wynosiła od 0,9 do 3,8, w tym w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku (III i IV poziom zabezpieczenia) – od 1,8 do 2,2. (akta kontroli str. 447-461)

W przypadku jednorazowego świadczenia dodatkowego liczba zgłoszonego personelu niemedycznego (w ramach: leczenia szpitalnego, jednostek PRM, laboratorium oraz transportu sanitarnego) w okresie objętym kontrolą³⁵ w odniesieniu do posiadanych łóżek covidowych (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu, w tym posiadanych na I poziomie zabezpieczenia) wynosiła w czerwcu i lipcu 2021 r. od 0,6 w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku i 2,0 w SP ZOZ w Augustowie do 9,4 w UDSK w Białymstoku i 10,2 w SPP ZOZ w Choroszczycy.

Liczba zgłoszonego personelu niemedycznego w ramach II i III poziomu na łóżko covidowe (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu posiadanych w II i III poziomie zabezpieczenia) wynosiła w czerwcu i lipcu 2021 r. od 0,6 w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku

³¹ W pięciu analizowanych podmiotach leczniczych.

³² Wg stanu na 31 grudnia 2021 r. (tj. z uwzględnieniem zmian / korekt dotyczących okresu objętego kontrolą, które wpłynęły do OW NFZ do 31 grudnia 2021 r.).

³³ Łóżko szpitalne przeznaczone dla pacjenta z COVID-19.

³⁴ Psychiatrii i neurologii.

³⁵ Wg stanu na 31 października 2021 r. (tj. z uwzględnieniem wszystkich korekt składanych przez poszczególne podmioty lecznicze dotyczących okresu objętego kontrolą, które wpłynęły do OW NFZ do 31 października 2021 r.).

(szpital III i IV poziom zabezpieczenia) i 1,7 w SP ZOZ w Augustowie (II poziom zabezpieczenia) do 5,6 w UDSK w Białymstoku (II i III poziom zabezpieczenia) i 9,2 w SPP ZOZ w Choroszcy (wyłącznie III poziom zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń zdrowotnych). (akta kontroli str. 447-461)

5. Przez poddany analizie okres wypłaty środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych (od kwietnia 2020 r. do września 2021 r.) POW NFZ wypłacił podmiotom leczniczym 308,2 mln zł, co stanowiło 11,2% kosztów świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w 31 podmiotach leczniczych, z którymi Oddział podpisał umowy w zakresie świadczeń dodatkowych. Dla pięciu analizowanych podmiotów leczniczych z kolei koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 454,4 mln zł, a koszty dodatków covidowych 77,6 mln zł (17% kosztów leczenia), z tego:

- od kwietnia do grudnia 2020 r. na leczenie poniesiono koszty w wysokości 286,2 mln zł, a na dodatkowe świadczenia (od kwietnia do grudnia) – 25,1 mln zł (9% tych kosztów),
- od stycznia do czerwca 2021 r. na leczenie poniesiono 168,1 mln zł kosztów, a na dodatkowe świadczenie – 52,5 mln zł (31% kosztów leczenia).

(akta kontroli str. 289-293, 419-423, 504-525)

W podziale na lata i poszczególne podmioty lecznicze sytuacja przedstawiała się następująco:

- od 1 listopada do 31 grudnia 2020 r. najczęściej na wypłatę dodatkowych świadczeń w odniesieniu do kosztów leczenia przekazano:
 - SP ZOZ WSPR w Białymstoku – 5,5 mln zł, co odpowiadało 45% kosztów leczenia w tym podmiocie leczniczym (12,0 mln zł);
 - UDSK w Białymstoku (II i III poziom zabezpieczenia) – 5,2 mln zł, co stanowiło 22% kosztów leczenia (24,0 mln zł);
 - SP ZOZ MSWiA w Białymstoku (III i IV poziom zabezpieczenia) – 4,8 mln zł, tj. 33% kosztów leczenia (14,5 mln zł);
 - SPP ZOZ w Choroszcy (III poziom zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń zdrowotnych) – 3,5 mln zł (16% kosztów leczenia, wynoszących 22,2 mln zł);
 - SP ZOZ w Augustowie (II poziom zabezpieczenia) – 2,4 mln zł, co odpowiadało 22% kosztów leczenia (10,6 mln zł).
- od 1 stycznia do 30 czerwca 2021 r. najczęściej na wypłatę dodatkowych świadczeń w odniesieniu do kosztów leczenia przekazano:
 - SP ZOZ WSPR w Białymstoku – 13,9 mln zł, tj. 31% kosztów leczenia w tym podmiocie leczniczym (45,0 mln zł);
 - UDSK w Białymstoku – 12,8 mln zł, czyli 45% kosztów leczenia (28,5 mln zł);
 - SP ZOZ MSWiA w Białymstoku – 10,6 mln zł, co stanowiło 28% kosztów leczenia (37,1 mln zł);
 - SPP ZOZ w Choroszcy – 9,2 mln zł (30% kosztów leczenia – 31,0 mln zł);
 - SP ZOZ w Augustowie – 6,1 mln zł, co odpowiadało 23% kosztów leczenia (26,4 mln zł).

(akta kontroli str. 289-293, 419-423, 504-525, 564-566)

6. Dyrektor POW NFZ nie opracował procedur wewnętrznych w celu realizacji *Poleceń MZ* w sprawie dodatkowych świadczeń. Dyrektor Oddziału wyjaśnił: (...) *na obecnym etapie realizacji zadania nie jest planowane opracowanie odrębnej procedury w tym zakresie. Istniejące mechanizmy kontrolne gwarantują prawidłową realizację celów i zadań.* (akta kontroli str. 424-427)

Brak potrzeby określenia odrębnej procedury wewnętrznej Dyrektor Oddziału argumentował istnieniem w POW NFZ innych procedur w tym zakresie. Jak wyjaśnił, (...) *opłacanie dowodów księgowych dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych jest realizowane po wcześniejszym zatwierdzeniu wniosku przez Dyrektora Oddziału. Wnioski te są sporządzane w sposób określony w zarządzeniu nr 35 Dyrektora POW NFZ z 19 maja 2015 r. w sprawie zasad opracowywania i przedstawiania wniosków w zakresie zadań realizowanych przez Oddział (...)* Ponadto zasady kontroli dowodów księgowych w POW NFZ

reguluje zakładowy schemat obiegu dowodów księgowych, wprowadzony do stosowania zarządzeniem Dyrektora Oddziału. Dyrektor POW NFZ dodał, że *Taki sposób procedowania spełnia wymogi określone w Komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (w zakresie mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gospodarczych, a także nadzoru nad realizacją zadań w sposób celowy, oszczędny, efektywny i skuteczny).*

(akta kontroli str. 424-433)

Sposób weryfikowania w POW NFZ informacji przedkładanych przez kierowników podmiotów leczniczych o wysokości kwoty na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych był zgodny z obowiązującymi w Oddziale procedurami wewnętrznymi, co szerzej opisano w pkt 7 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (akta kontroli str. 424-433, 494-503)

7. W POW NFZ weryfikowano informacje kierowników podmiotów leczniczych o wysokości łącznej kwoty na zapewnienie dodatkowych świadczeń. Wpływające do Oddziału dokumenty były rejestrowane przez Kancelarię Ogólną lub Kierownika Działu Rozliczania Umów w systemie Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją POW NFZ i przekazywane w kolejności poszczególnym pracownikom merytorycznym, celem weryfikacji:

- Pracownik Działu Rozliczania Umów m.in.: [1] dokonywał sprawdzenia kompletności noty księgowej, wykazu stanowisk wraz z listą zatrudnionych na nich osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń oraz informacji o wysokości kwoty środków niezbędnych do zapewnienia dodatkowego świadczenia pieniężnego; [2] weryfikował dokumenty pod względem danych nabywcy / odbiorcy oraz wystawcy dokumentu z danymi na umowie; [3] sporządzał wniosek dotyczący zgody na rozliczenie i opłacenie dokumentów w celu przekazania środków.
- Pracownik Działu Kontraktowania Świadczeń weryfikował listy osób załączonych do noty księgowej z uwzględnieniem *Polecenia MZ*, w tym dokonywał sprawdzenia czy osoby ujęte w wykazie wykonują zawód medyczny oraz czy uczestniczą w udzielaniu świadczeń pacjentom z podejrzeniem i / lub zakażeniem SARS-CoV-2. W sytuacji kiedy nota księgowa stanowiła pierwotne rozliczenie – pracownik wzywał świadczeniodawcę do złożenia wyjaśnień, w przypadku wątpliwości co do rzetelności złożonych przez podmiot leczniczy dokumentów; natomiast gdy nota księgowa stanowiła korektę – wzywał świadczeniodawcę do złożenia wyjaśnień, w przypadku nieprzedłożenia dokumentów wyjaśniających przyczynę złożenia korekty.
- Pracownik Sekcji Świadczeń Opieki Zdrowotnej Służb Mundurowych i Ratownictwa Medycznego weryfikował przedkładane przez jednostki pogotowia ratunkowego listy osób pod względem uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych u danego świadczeniodawcy. (akta kontroli str. 424-433, 494-503)

Minister Zdrowia w *Poleceniu* zobowiązał NFZ do przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, jednakże nie określił obowiązku oraz zasad weryfikacji przez NFZ informacji kierowników podmiotów leczniczych o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania. Określona w *Poleceniu MZ* oraz we wzorach umów przez Centralę NFZ informacja – o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz o osobach uprawnionych – były niewystarczające do przeprowadzenia weryfikacji przez oddziały wojewódzkie i sprawdzenia m.in. czy osoba uprawniona spełniała warunki do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz czy przyznana wysokość dodatkowego świadczenia nie przekraczała maksymalnej kwoty 15 tys. zł. W punkcie 1 i 4 załącznika do *Polecenia MZ* określono, że do kompetencji dyrektora podmiotu leczniczego należy przekazanie informacji o wysokości łącznej kwoty dodatków covidowych oraz o osobach uprawnionych. Zatem Oddział, na podstawie zawartej umowy (odpowiednio § 1 ust. 6 lub ust. 8), dysponował informacją o: kwocie na zapewnienie dodatków oraz osobach uprawnionych, zawierających imię i nazwisko, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu (jeśli posiadał). Ponadto, określony w umowach (zawartych na podstawie wzorów opracowanych przez NFZ) trydniowy termin na przekazanie przez Oddział środków finansowych po otrzymaniu informacji kierownika podmiotu leczniczego (§ 3 ust. 2), utrudniał dokonanie szczegółowej weryfikacji, czy wszystkie osoby o nr PESEL / prawa wykonywania zawodu to personel

medyczny, poprzez porównanie danych przesłanych w formie elektronicznej przez kierowników podmiotów leczniczych z danymi zgromadzonymi przez Oddział, np. w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (w potencjale wykonawczym świadczeniodawcy). Porównanie tych danych było szczególnie utrudnione, gdy miesięczne informacje obejmowały do 1.040 osób uprawnionych w jednym podmiocie leczniczym oraz do 5.285 osób w województwie. (akta kontroli str. 179-187, 188-192, 419-423, 461-493)

POW NFZ do stycznia 2021 r. otrzymywał od podmiotów leczniczych dokumenty ze zindywidualizowanymi kwotami dodatkowych świadczeń. Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że Oddział: *otrzymywał zgłoszenia od podmiotów leczniczych o tym, że przekazywanie zindywidualizowanych danych dotyczących kwot świadczeń dodatkowych naliczanych konkretnym pracownikom nie jest wymagane przez zapisy umowy, a ponadto sporządzanie tak rozbudowanych informacji skutkuje spowolnieniem procesu rozliczania dodatkowych świadczeń.* Dodał: *Mając na uwadze powyższe POW NFZ odstąpił od wymagania od podmiotów leczniczych nadmiarowych informacji, o czym poinformował zainteresowane podmioty komunikatem z dnia 9 marca 2021 r. Informacje zawierające kwoty dla poszczególnych pracowników były składane za miesiąc listopad i grudzień 2020 r. oraz w przypadku niektórych podmiotów za styczeń 2021 r., przy czym korekty powyższych informacji dokonywane w późniejszych terminach sporządzane były w nowym formacie.*

(akta kontroli str. 549-557)

7.1. Analiza składanych przez podmioty lecznicze not księgowych, wykazów osób upoważnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz korekt składanych za listopad 2020 r. wykazała, że wszystkie objęte analizą podmioty lecznicze, choć w różnych terminach, przedkładały Oddziałowi informacje dotyczące poszczególnych rodzajów umów o przekazanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń oraz noty księgowe. Przykładowo UDSK w Białymstoku, SP ZOZ WSPR w Białymstoku, SP ZOZ MSWiA w Białymstoku i SP ZOZ w Augustowie pierwotne noty księgowe za listopad 2020 r. składały od 14 do 22 grudnia 2020 r., a SPP ZOZ w Choroszczu złożył je 14 stycznia 2021 r. (w zakresie PRM) i 3 lutego 2021 r. (w zakresie leczenia szpitalnego).

Wprowadzone przez Oddział zasady rozliczania środków finansowych na zapewnienie świadczeń dodatkowych, dotyczące obowiązku przekazywania informacji o każdej osobie uprawnionej, umożliwiły częściową weryfikację uprawnień personelu medycznego do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz jego maksymalnej wysokości z tytułu udzielania świadczeń w danym podmiocie leczniczym. Nie umożliwiały natomiast weryfikacji stosowania przez podmioty lecznicze obowiązku obniżania wysokości dodatku w przypadku absencji, o którym mowa w *Poleceniu MZ* i umowach zawartych z podmiotami leczniczymi. Zasada ta zawarta została w umowach ze świadczeniodawcami, w których każdorazowo określano, że: *uprawniony podmiot będzie przekazywał dodatkowe świadczenie pieniężne osobom, o których mowa w ust. 2, w wysokości 100% wynagrodzenia danej osoby nie więcej niż 15 000 zł; w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, dodatkowe świadczenie pieniężne za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu.* Szerzej problem ten opisano w pkt. 7.5 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 8-176, 434-437, 438-446)

7.2. Badaniem objęto wykazy osób uprawnionych (za listopad 2020 r.) pięciu podmiotów leczniczych, rozliczonych na podstawie umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia osobom wykonującym zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach II i III poziomu zabezpieczenia. Oddział każdorazowo podejmował działania w celu wyjaśnienia uprawnień zgłoszonych osób, w zakresie spełnienia wymogu udzielania świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w komórkach organizacyjnych umieszczonych w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych³⁶ (w przypadku UDSK w Białymstoku i SPP ZOZ w Choroszczu).

³⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm. Art. 7 ust. 1 uchylony z dniem 22 listopada 2021 r.

Podejmowane działania wyjaśniające wpływały na wstrzymywanie wypłat środków, do chwili dostatecznego wyjaśnienia wątpliwości. Dla przykładu weryfikacja dokumentacji przez pracowników POW NFZ, wykonywana celem sprawdzenia prawidłowości sporządzenia przez UDSK w Białymstoku wykazu osób uprawnionych za listopad 2020 r. wykazała, że nota księgową przedstawioną przez szpital 22 grudnia 2020 r. opłacona została przez POW NFZ 3 lutego 2022 r. Od 31 grudnia 2020 r. do 21 stycznia 2021 r. Oddział wysłał jednak kolejno trzy wezwania do wyjaśnień i np.:

- w piśmie z 31 grudnia 2020 r. wezwano UDSK w Białymstoku do złożenia wyjaśnień zasadności wskazania na liście personelu osób, które nie były wykazane w potencjale do umów w rodzaju leczenie szpitalne w miejscach udzielania świadczeń, w których szpital zadeklarował realizację polecenia Wojewody Podlaskiego o zabezpieczeniu na II i III poziomie świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19;
- w piśmie z 12 stycznia 2021 r. wezwał UDSK w Białymstoku do przedłożenia informacji, w których komórkach organizacyjnych odbywały się wskazane hospitalizacje. Zwrócono też uwagę na niewspółmierną liczbę pacjentów do ilości osób personelu (223 osoby) wskazaną na liście do dodatku w związku z pracą w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzeniem obecności wirusa SARS-CoV-2.

Każdorazowo Oddział otrzymywał wyjaśnienia. W jednym z nich (z 22 stycznia 2021 r.) Dyrektor UDSK w Białymstoku stwierdził: *Ostatnią kwestią, która chciałbym poruszyć w piśmie jest kwestionowana przez Państwa „niewspółmierna ilość osób personelu wskazana na liście do dodatku”. Wyrażenie to nie odnosi się do faktycznej pracy wykonanej przez personel Naszego Szpitala, lecz do liczby pacjentów rozliczonych z umowy nr 10-00-00067-20-94-19/01 w rodzaju świadczeń: choroby zakaźne i stany nadzwyczajne. W UDSK u znacznej części pacjentów, ze względu na podejrzenie zakażenia, prowadzony jest reżim sanitarny taki jak do pacjentów z dodatnim wynikiem SARS-CoV-2. Tacy pacjenci rozliczani są w ramach innych umów na świadczenia medyczne. Jednym z potwierdzeń dużej ilości takich pacjentów są dane w systemie EWP, do którego dostęp ma również NFZ.*

Ostateczne wyjaśnienia zostały przez szpital przesłane 1 lutego 2021 r. wraz z wezwaniem do zapłaty pod rygorem skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego. Wypłacona przez Oddział 3 lutego 2021 r. kwota 1,8 mln. zł była tożsama z kwotą wynikającą z pierwotnie złożonej przez UDSK w Białymstoku noty księgowej. (akta kontroli str. 494-503)

W późniejszym okresie (od 31 marca 2021 r.) POW NFZ zmienił praktykę postępowania, najpierw dokonując płatności, a dopiero potem prosił świadczeniodawców o ewentualne wyjaśnienia.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: *W wyniku prowadzonej na bieżąco analizy coraz większej ilości dokumentacji rozliczeniowej przygotowywanej przez świadczeniodawców, okazało się, że są to dla nich czynności bardzo pracochłonne. Mając na uwadze bieżące przekazywanie środków na dodatkowe wynagrodzenie personelu medycznego, który w dobie pandemii jest obciążony wieloma dodatkowymi, pracochłonnymi i trudnymi zadaniami, od 31 marca 2021 roku Oddział wypłacał te środki w terminie trydziennym. Jeżeli przedstawiona dokumentacja rozliczeniowa budziła wątpliwości Oddziału co do ich poprawności czy też zasadności, prosiliśmy o konkretne wyjaśnienia. Zapis o zwrocie ewentualnych nienależnie pobranych środków znajduje się w treści umowy.* (akta kontroli str. 434-437, 526-536)

7.3. Najwięcej korekt not księgowych za listopad 2020 r. złożyły SPP ZOZ w Choroszczu (który udzielała świadczeń zdrowotnych w ramach III poziomu zabezpieczenia, tylko w dwóch zakresach świadczeń opieki zdrowotnej: psychiatrii i neurologii) – 11 dokumentów księgowych³⁷ oraz SP ZOZ MSWiA w Białymstoku – pięć dokumentów. SP ZOZ WSPR w Białymstoku, UDSK w Białymstoku oraz SP ZOZ w Augustowie za listopad 2020 r. złożyły po dwa dokumenty – notę księgową i po jednej korekcie. (akta kontroli str. 438-446)

Wartość środków finansowych przekazanych na zapewnienie dodatków covidowych oraz liczba osób uprawnionych były korygowane przez podmioty uprawnione, od 21 dni do siedmiu

³⁷ Pierwotna nota księgową i 10 korekt.

miesiący po upływie okresu rozliczeniowego. Złożone przez te podmioty korekty oraz nowe noty księgowe (za rozliczone okresy) miały wpływ na zwiększenie liczby osób uprawnionych za dany okres, a tym samym na zwiększenie środków finansowych przekazanych przez Oddział na zapewnienie dodatków covidowych. Największa różnica miała miejsce w przypadku SP ZOZ MSWiA w Białymstoku (korekta o dodatkowe 12 osób) i SP ZOZ w Choroszczu (korekta o dodatkowe 16 osób). W przypadku trzech pozostałych podmiotów leczniczych przedkładane korekty not księgowych dotyczyły kosztów pracodawcy i nie wnioskowano o zwiększenie liczby osób uprawnionych do przyznania świadczenia dodatkowego. (akta kontroli str. 438-446)

Największą liczbę korekt złożył SPP ZOZ w Choroszczu. Do dokumentu pierwotnego (noty księgowej w zakresie leczenia szpitalnego), złożonego 3 lutego 2021 r., podmiot leczniczy złożył 10 korekt (pierwszą 15 lutego, a ostatnią – 24 września 2021 r.). Ostatecznie różnica pomiędzy wnioskowaną pierwotnie kwotą a wartością zmian była wyższa blisko o 1 mln zł. W przypadku pozostałych podmiotów leczniczych była zaś wyższa od 2,2 tys. zł (SP ZOZ WSPR w Białymstoku) do 32,9 tys. zł (UDSK w Białymstoku). Natomiast w przypadku SP ZOZ w Augustowie korekta skutkowałą zmniejszeniem należności szpitala o 8,9 tys. zł. (akta kontroli str. 434-437, 438-446)

7.4. W wykazie osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego, sporządzonym przez dyrektora SPP ZOZ w Choroszczu za listopad i grudzień 2020 r. (udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach III poziomu pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresie psychiatrii), jako uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia, wskazano 29 osób personelu medycznego z komórek organizacyjnych udzielającej świadczenia, w których nie wydzielono łóżek w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (tj. oddziału neurologii), zleconych przez Wojewodę³⁸.

Dyrektor POW NFZ wyjaśnił: *Polecenie wydane przez Wojewodę Podlaskiego w stosunku do SPP ZOZ w Choroszczu w dniu 7 listopada 2020 r. spowodowało, że podmiot ten od dnia 1 listopada 2020 r. został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej POW NFZ na wykazie podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19 jako jednostka III poziomu zabezpieczenia. Dodaje, że: (...) Polecenie MZ wskazuje, że dodatek wypłacany osobom wykonującym zawód medyczny przysługuje personelowi realizującemu świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 na rzecz pacjentów III poziomu bez wskazywania zakresów świadczeń, w ramach których poleceniem Wojewody Podlaskiego podmiot winien zabezpieczać pacjentów z COVID-19 (co było potwierdzone w Materiale dla członków zespołu trójstronnego do spraw ochrony zdrowia oraz piśmie Centrali NFZ znak: DF-WSiKF.401.1.63.2020.2020.21.45.92.BE z 28 grudnia 2020 r.).* (akta kontroli str. 526-536)

W opracowanej przez Ministra Zdrowia *Strategii walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020* wprowadzono nowy model organizacji bazy łóżkowej, poprzez utworzenie trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego: poziom I, II i III. W związku z tą *Strategią* Prezes NFZ w § 1 ust. 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ z dnia 10 września 2020 r.³⁹ określił, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale, w stosunku do których właściwy organ wydał polecenie albo nałożył obowiązek, na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1 i 4, art. 11h ust. 1-4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, tworzące tzw. system zabezpieczenia COVID-19, poprzez zapewnienie w tych szpitalach na:

- poziomie I – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;

³⁸ Decyzja Wojewody z 7 listopada 2020 r. w listopadzie i grudniu nie dotyczyła realizacji świadczeń w zakresie neurologii, lecz wyłącznie świadczeń w zakresie psychiatrii. Udzielanie świadczeń w zakresie neurologii Wojewoda polecił dopiero decyzją z 31 grudnia 2020 r. (doręczoną Szpitalowi 4 stycznia 2021 r. i podlegającą wykonaniu od tego dnia).

³⁹ W sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

- poziomie II – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- poziomie III – realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu.

W uzasadnieniu zarządzenia określono: w związku z ogłoszoną przez Ministerstwo Zdrowia „Strategią walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020”, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale będące w systemie zabezpieczenia COVID-19, tj. znajdujące się na różnych poziomach zabezpieczenia szpitalnego. W jego skład wchodzi szpitale, w stosunku do których Minister Zdrowia albo wojewoda, wydał polecenie zobowiązujące do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Poziomy zabezpieczenia szpitalnego tworzą szpitale: poziom I, II i III. Poziom III dotyczył realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu (szpitale wielospecjalistyczne posiadające m.in. oddziały: internistyczny i chorób zakaźnych, chirurgii ogólnej, położnictwa i neonatologii, kardiologiczny, intensywnej terapii i ortopedyczny). Oznacza to, że zgodnie z tym zarządzeniem Prezesa NFZ III poziom zabezpieczenia to realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu właściwego organu (w tym przypadku Wojewody Podlaskiego).

Na podstawie określonych w Poleceniu MZ zasad przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne oraz wzorów umów opracowanych przez Centralę NFZ, Oddział nie miał możliwości zweryfikowania, czy personel medyczny oddziału neurologii w SPP ZOZ w Choroszczy w listopadzie i grudniu 2020 r. udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach III poziomu zabezpieczenia, określonego przez Wojewodę Podlaskiego w zakresie psychiatrii, pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 526-536)

7.5. Określona w punkcie 4 lit. b załącznika do *Polecenia MZ* oraz w § 1 ust. 6⁴⁰ wzoru umów opracowanych przez Centralę NFZ, informacja kierownika podmiotu uprawnionego dotyczyła kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania wraz z kosztami pozostającymi po stronie pracodawcy. W *Poleceniu MZ* i we wzorach umów nie określono wymogu wskazania w tych informacjach wysokości wynagrodzenia każdej osoby uprawnionej, będącego podstawą ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia oraz kosztów pracodawcy od każdego dodatkowego świadczenia.

Ustalono, że w Oddziale nie weryfikowano stosowania przez podmioty lecznicze zasady proporcjonalności, polegającej na odpowiednim pomniejszeniu dodatku w przypadku wykonywania pracy przez niepełny miesiąc (na podstawie punktu 3 lit. b załącznika do *Polecenia MZ* oraz § 1 ust. 5 umowy), m.in. o dni nieobecności w pracy. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: *Zgodnie z zapisami umów świadczeniodawca, w celu uzyskania środków na wypłatę dodatkowego świadczenia pieniężnego, zobowiązany jest przedstawić comiesięcznie wykaz osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego, ich numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli posiada). Weryfikacja dokumentacji w zakresie kwoty otrzymanego dodatku w stosunku do faktycznej liczby dni pracy, wymagałaby przekazywania przez świadczeniodawców szerszego zakresu informacji, niż wynika to z Polecenia MZ oraz z umowy.* (akta kontroli str. 177-211, 289-293)

Ponadto w POW NFZ nie weryfikowano stosowania przez podmioty lecznicze metody proporcjonalnego pomniejszenia wysokości świadczenia dodatkowego o liczbę dni w miesiącu, w trakcie których podmiot ten nie był objęty decyzją wojewody polecającą realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z podejrzeniem / potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach danego poziomu zabezpieczenia. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: (...) *weryfikacja kwot przyznanych dodatków w odniesieniu do ewentualnego wydania lub cofnięcia decyzji wojewody w zakresie realizacji świadczeń*

⁴⁰ Umów o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne (dla personelu medycznego), obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. (tj. w okresie objętym kontrolą).

na rzecz pacjentów z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem w trakcie miesiąca wymagałaby przekazywania przez świadczeniodawców szerszego zakresu informacji, niż wynika to z polecenia Ministra Zdrowia oraz z umowy. Dodał, że: POW NFZ w treści umów / aneksów wskazał zakres dat wynikających z decyzji Wojewody, w ramach których pracownikom świadczeniodawców przysługiwały dodatki. W przypadku świadczeniodawców, którzy mają takie decyzje nieprzerwanie od wejścia w życie polecenia, umowy / aneksy zawierają tylko datę początkową. (akta kontroli str. 289-293, 494-503)

NIK zwraca jednak uwagę, że w kontrolowanych równoległe podmiotach leczniczych stwierdzono przypadki niestosowania przez podmioty lecznicze zasady proporcjonalnego obniżania świadczenia dodatkowego w przypadku wykonywania pracy przez niepełny miesiąc. Dyrektor POW NFZ wyjaśnił: przy przekazywaniu informacji świadczeniodawcom POW NFZ utrzymywał, że świadczenia pieniężne podlegać powinny proporcjonalnemu obniżeniu: [1] gdy osoba wykonująca zawód medyczny przebywała na urlopie, zwolnieniu, kwarantannie, czy też podlegała izolacji – w tym czasie nie uczestniczyła w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem oraz zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, toteż nie spełniała warunków wypłacenia świadczenia dodatkowego zawartych w poleceniu Ministra Zdrowia (...); [2] gdy na podmiot leczniczy została nałożona decyzja polecająca realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem w trakcie trwania miesiąca – bowiem przed nałożeniem decyzji podmiot nie był objęty zakresem podmiotowym Ministra Zdrowia. W opinii Dyrektora Oddziału: zarówno treść umowy jak i otrzymane interpretacje jednoznacznie określają, że (...) proporcjonalnemu obniżeniu podlega bezpośrednio świadczenie dodatkowe. (akta kontroli str. 526-536)

Pomimo tego, POW NFZ nie przeprowadzał kontroli stosowania zasady proporcjonalności w podmiotach leczniczych. Tym samym dokonywana w POW NFZ formalno-merytoryczna weryfikacja przedkładanych przez podmioty lecznicze dokumentów, realizowana była w zakresie, który nie umożliwiał w pełni identyfikacji ewentualnych nieprawidłowości. Taka kontrola, ze szczególnym uwzględnieniem badania pod względem zastosowania zasady proporcjonalności określonej w umowach (głównie w § 1 ust. 5) Oddziału z podmiotami leczniczymi służyłaby realizacji postanowień art. 44 ust. 3 i art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴¹ poprzez weryfikację prawidłowości realizacji przez podmioty lecznicze postanowień umów zawartych z Oddziałem.

(akta kontroli str. 289-293, 424-429)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: Po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego, sporządzonego z przedmiotowej kontroli, zostaną podjęte stosowne czynności. (akta kontroli str. 424-429)

Udzielone w trakcie kontroli NIK wyjaśnienia Dyrektora Oddziału były zbieżne z innymi interpretacjami dotyczącymi stosowania zasady proporcjonalności, w tym zamieszczonymi w pismach:

- Zastępca Prezesa NFZ w piśmie z 18 marca 2021 r. (znak pisma: DEF-WSiKF.401.6.124.2021 określił, że: (...) dodatkowe świadczenie pieniężne przyznawane jest osobom wykonującym zawody medyczne za faktyczne (realne) udzielanie świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu.
- Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z 28 kwietnia 2021 r. (znak pisma: DSZ.0212.476.2021.ASB) wskazał, że: (...) w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc powinno podlegać proporcjonalnemu obniżeniu (...) powyższe oznacza, że proporcjonalne obniżenie wysokości świadczenia dodatkowego określonego w poleceniu następuje np. w sytuacji [1] rozpoczęcia przez osobę wykonującą zawód medyczny pracy w podmiocie leczniczym w trakcie trwania miesiąca; [2] przebywania przez osobę wykonującą zawód medyczny

⁴¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 305 ze zm.

w danym miesiącu na urlopie, w tym urlopie wypoczynkowym; [3] pobierania przez osobę wykonującą zawód medyczny w danym miesiącu zasiłku, w tym zasiłku chorobowego.

- Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ w piśmie z 8 maja 2021 r. (znak pisma: DEF-WSiKF.401.6.150.2021) poinformował, że: (...) w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc powinno podlegać proporcjonalnemu obniżeniu.

(akta kontroli str. 462-493, 537-540)

8. Dyrektor POW NFZ od listopada 2020 r. do grudnia 2021 r. nie analizował przypadków wypłat dodatkowego świadczenia tej samej osobie z tytułów udzielana świadczeń zdrowotnych u różnych świadczeniodawców, których łączna wartość przekraczała 15 tys. zł, a w przypadku jednorazowego świadczenia – 5 tys. zł.

Od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. średnie miesięczne kwoty dodatkowego świadczenia wynosiły od 5,7 tys. zł do 9,7 tys. zł⁴², z tego:

- w UDSK w Białymstoku – od 7,9 tys. zł w lutym 2021 r. do 9,7 tys. zł w lipcu 2021 r.,
- w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku – od 8,2 tys. zł w styczniu 2021 r. do 9,3 tys. zł w maju 2021 r.,
- w SPP ZOZ w Choroszczu – od 7,9 tys. zł w lutym 2021 r. do 9,1 tys. zł w maju 2021 r.,
- w SP ZOZ w Augustowie – od 5,7 tys. zł w maju 2021 r. do 9,1 tys. zł w lipcu 2021 r.

(akta kontroli str. 424-426, 447-461)

Na podstawie informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych za listopad i grudzień 2020 r., Oddział przekazał 75,7 mln zł na zapewnienie 10 tys. dodatkowych świadczeń dla personelu medycznego. Dodatkowe świadczenie jednorazowo, w wysokości 15 tys. zł, otrzymały osoby uprawnione w 550 przypadkach (5%). Środki finansowe na dodatkowe świadczenia (15 tys. zł) przekazano: [1] w 270 z 4,8 tys. przypadków (6%) w listopadzie 2020 r., [2] w 280 z 5,2 tys. przypadków (5%) w grudniu 2020 r.

Przeprowadzona przez pracowników POW NFZ (na potrzebę kontroli NIK) analiza otrzymywania przez personel medyczny świadczeń dodatkowych wielokrotnie w danym miesiącu wykazała, że: [1] w listopadzie 2020 r. dwukrotnie dodatek otrzymało 295 osób (6%) łącznie na 2,8 mln zł (średnio: 9,5 tys. zł), natomiast trzykrotnie 14 osób ogółem na 180,7 tys. zł (średnio: 12,9 tys. zł); [2] w grudniu 2020 r. dwukrotnie dodatek otrzymały 324 osoby (6%) łącznie na 3,2 mln zł (średnio: 10,0 tys. zł), trzykrotnie – 11 osób (111,4 tys. zł, średnio: 10,0 tys. zł), natomiast czterokrotnie – jedna osoba (21,5 tys. zł).

(akta kontroli str. 419-423, 561-562)

9. Realizacja *Poleceń MZ* istotnie wpłynęła na bieżącą działalność Oddziału. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, ich wykonywanie wymagało od POW NFZ: (...) szczególnie w okresie pracy zdalnej, dodatkowej mobilizacji oraz pracy w nadgodzinach. Zasady rozliczania czasu pracy obowiązujące w Narodowym Funduszu Zdrowia pozwalają na elastyczne dostosowanie czasu pracy do realizowanych zadań, tzn. w przypadku wypracowania nadgodzin z powodu zwiększonej liczby godzin, pracownicy mogą odebrać w zamian czas wolny w okresie o mniejszej intensywności pracy. Ponadto Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: stosownie do wzrostu zadań, które wynikały z epidemii COVID-19, podejmował działania zmierzające do wzrostu obsady kadrowej (...) dwukrotnie dokonywano czasowego przesunięcia pracowników do Działu Rozliczenia Umów (w dniach 24 listopada 2020 r. – 31 grudnia 2021 r. – z Wydziału Służb Mundurowych, w dniach 6 kwietnia – 30 kwietnia 2021 r. – z Wydziału Gospodarki Lekami).

(akta kontroli str. 424-433)

⁴² Średnią dla poszczególnych szpitali obliczono jako średnią z poszczególnych miesięcy od listopada 2020 r. do września 2021 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

IV. Wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

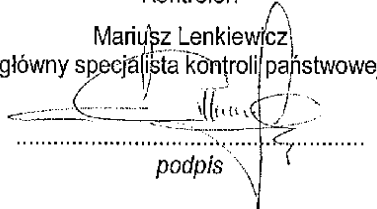
Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

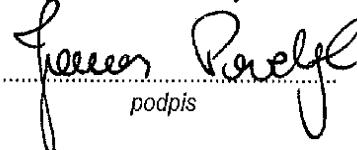
Białystok, 27 kwietnia 2022 r.

Kontroler:
Mariusz Lenkiewicz
główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Janusz Pawelczyk



.....
podpis