



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU – 4101-11-01/2013

P/13/132

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

[llu@nik.gov.pl](mailto:llu@nik.gov.pl)

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/13/132 Programy terapeutyczne i lekowe finansowane ze środków publicznych
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
<i>Kontroler</i>	Katarzyna Durakiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli Nr 87507 z dnia 30 sierpnia 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka, w której przeprowadzono kontrolę</i>	Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (LOW NFZ), ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Krzysztof Tuczapski, Dyrektor LOW NFZ  (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>1</sup> prowadzoną w okresie 2011–2013 (do 30 czerwca) działalność LOW NFZ w celu zapewnienia uprawnionym dostępu do innowacyjnych metod leczenia w ramach terapeutycznych i lekowych programów zdrowotnych.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia:

- planowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający dostępność do terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych oraz kontynuację leczenia pacjentów objętych tymi programami,
- prowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów na realizację terapeutycznych/lekowych programów w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- prawidłowa realizacja świadczeń w zakresie terapeutycznego programu zdrowotnego „chemioterapia niestandardowa”,
- skuteczne sprawowanie kontroli nad realizacją zawartych ze świadczeniodawcami umów w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych.

Stwierdzona nieprawidłowość, polegająca na niewezwaniu przez komisję konkursową świadczeniodawcy do uzupełnienia oferty zawierającej braki formalne, nie miała istotnego znaczenia dla oceny zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych.

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Realizacja zadań w zakresie planowania i zawierania umów ze świadczeniodawcami, w tym zapewnienia dostępu do świadczeń lekowych**

##### **1.1. Planowanie przez LOW NFZ kosztów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne/lekowe programy zdrowotne**

Opis stanu faktycznego

W LOW NFZ w 2011 r. koszty świadczeń w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych zostały zaplanowane w wysokości 76.789 tys. zł. W trakcie roku plan został zwiększony o 5.050 tys. zł (tj. o 7%) do kwoty 81.839 tys. zł. Zrealizowano świadczenia o wartości 80.950 tys. zł (99% planu po zmianach).

W 2012 r. na terapeutyczne/lekowe programy zaplanowano koszty w wysokości 85.812 tys. zł. W trakcie roku plan zwiększono o 21.159 tys. zł (tj. o 25 %) do kwoty 106.971 tys. zł. Zrealizowano świadczenia o wartości 101.885 tys. zł (95% planu po zmianach).

W 2013 r. na ww. świadczenia zaplanowano koszty w wysokości 103.637 tys. zł. W I półroczu 2013 r. roczny plan został zwiększony o 9.846 tys. zł (tj. o 10 %) do kwoty 113.483 tys. zł. W ww. okresie koszty zrealizowanych świadczeń wyniosły 48.922 tys. zł (43% planu po zmianach).

Planowane koszty realizacji terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych w 2012 r. wzrosły o 26% w porównaniu do 2011 r. (terapeutyczne programy), a w 2013 r. (zmiany do 30 czerwca) o 6% - do 2012 r.

W trakcie roku Dyrektor LOW NFZ, w trybie art. 124 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup> (zwanej dalej „uoz”), dokonywał zwiększenia kosztów świadczeń w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych, a w 2012 r. LOW NFZ otrzymał również dodatkowe środki na leki w programach lekowych (6.000 tys. zł)<sup>3</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 92-99)

W założeniach do planu zabezpieczenia świadczeń, przygotowywanych każdego roku w Wydziale Gospodarki Lekami (WGL), powoływano się na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>4</sup>, w tym na priorytet dotyczący zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

W okresie objętym kontrolą na etapie tworzenia planu zakupu świadczeń nie określono szczegółowych priorytetów oraz wskaźników dostępności dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne/lekowe programy zdrowotne. Naczelnik WGL wyjaśniła, że programy to świadczenia specjalistyczne wykonywane przez ograniczoną grupę świadczeniodawców, a podziału środków finansowych na realizację ww. świadczeń dokonywano na podstawie analizy danych z poprzednich lat przekazanych przez jednostki w raportach statystycznych, wniosków świadczeniodawców o gotowości realizacji danego programu oraz po zasięgnięciu opinii konsultantów wojewódzkich z danej dziedziny medycyny.

<sup>2</sup> Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz.1027 ze zm.

<sup>3</sup> Art. 74 ust.2 ustawy z dnia 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

<sup>4</sup> Dz.U. Nr 137, poz.1126

Według Naczelnika WGL, celem dla LOW NFZ było zabezpieczenie świadczeniobiorcom (niewielkiej populacji pacjentów z określonymi jednostkami chorobowymi) dostępności do świadczeń (w szczególności kontynuacji leczenia) i opracowując plan zakupu świadczeń nie kierowano się wskaźnikami dotyczącymi liczby ubezpieczonych na danym obszarze.

(dowód: akta kontroli str. 46, 69-70, 118-119)

Plany zakupu świadczeń na lata 2011 – 2013 były zatwierdzane w sierpniu poprzedniego roku. W 2011 r. zaplanowano koszty w wysokości 68.500 tys. zł (32 programy), w 2012 r. – 75.500 tys. zł (34 programy), a w 2013 r. – 90.998 tys. zł (38 programów). Plany te stanowiły podstawę do opracowania projektów planów finansowych LOW NFZ.

Plany zakupu świadczeń były zmieniane w trakcie roku między innymi w związku z przystąpieniem do kontraktowania nowych programów zdrowotnych.

Szczegółowe plany zakupu uwzględniały poszczególne programy zdrowotne (w tym chemioterapię niestandardową) z podziałem na leczenie szpitalne w ramach programu oraz substancje czynne/leki w danym programie.

(dowód: akta kontroli str. 79-91)

W 2010 r. przeprowadzono kontraktowanie świadczeń w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych na lata 2011 – 2013 dla jednego obszaru (województwa lubelskiego). W 2011 r. LOW NFZ posiadał podpisane umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych z 24 świadczeniodawcami, w tym 10 podmiotów było z Lublina, trzy - z Zamościa, po jednym podmiocie z pozostałych miejscowości (miedzy innymi z Białej Podlaskiej, Chełma, Puław).

Na etapie opracowywania planu postępowań (zakontraktowanie świadczeń w zakresie programów lekowych od 1 lipca 2012 r.) ustalono jeden obszar (województwo lubelskie) dla 29 programów, a dla dziewięciu programów wyznaczono obszary według grup powiatów. Dotyczyło to programów, które były realizowane w okresie 2011 – 2012 (I półrocze) przez większą liczbę świadczeniodawców (np. leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, leczenie chłoniaków złośliwych, leczenie przewlekłej białaczki szpikowej, leczenie nadpłytkowości samoistnej, leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym, leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozy).

W II półroczu 2012 r. umowy realizowało 25 świadczeniodawców, w tym przede wszystkim Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie (COZL), Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie (DSK), Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (SPSK Nr 1), Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie (SPSK Nr 4), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie (WSS w Lublinie), Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Zamościu (SPSW w Zamościu), Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o. (ZSN Sp. z o.o.).

(dowód: akta kontroli str. 41-56, 118-119, 130-149, 175-179)

LOW NFZ na swoim obszarze działania nie zakontraktował świadczeń w zakresie leczenia: ciężkich wrodzonych hipromocysteinemii, choroby Pompego, choroby Hurler, mukopolisacharydozy typu VI, niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek. Dyrektor LOW NFZ wyjaśnił, że świadczeniodawcy nie zgłaszali gotowości do realizacji ww. programów, a konsultanci wojewódzcy nie informowali o pacjentach kwalifikujących się do leczenia w ramach ww. programów.

(dowód: akta kontroli str. 104-107)

W LOW NFZ bezpośrednio po wejściu w życie nowych programów terapeutycznych zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia raka wątrobowokomórkowego (od 1 lipca 2011 r.) oraz leczenia łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (od 1 stycznia 2012 r.).

(dowód: akta kontroli str. 57, 62-63)

Pozostałe nowe terapeutyczne programy zdrowotne, które weszły w życie 15 listopada 2011 r. (leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry) i 15 grudnia 2011 r. (leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca, leczenie mięsaków tkanek miękkich, leczenie zaawansowanego raka jelita grubego), nie zostały zakontraktowane do 30 czerwca 2012 r. Programy te na terenie województwa lubelskiego wprowadzono od 1 lipca 2012 r. Według Dyrektora LOW NFZ, nie zakontraktowano ww. świadczeń wcześniej ze względu na brak odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ określającego warunki zawierania i realizacji umów. Po opublikowaniu zarządzenia Nr 27/2012/DGL z 10 maja 2012 r. przeprowadzono postępowanie konkursowe i zakontraktowano ww. świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 52-58, 107-108)

Program lekowy w zakresie leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniobiorców po przeszczepach lub świadczeniobiorców z chłoniakami wszedł w życie 1 września 2012 r., a zarządzenie Prezesa NFZ Nr 66/2012/DGL z 19 października 2012 r. określiło warunki zawierania i realizacji umów do ww. świadczenia. Nie kontraktowano programu ze względu na informację (12 listopada 2012 r.) od konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych o braku pacjentów spełniających kryteria objęcia programem. Ww. konsultant w lipcu 2013 r. podał LOW NFZ liczbę pacjentów kwalifikujących się do programu i wtedy ogłoszono postępowanie konkursowe (17 lipca 2013 r.), a od 1 września 2013 r. zakontraktowano ww. świadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 107-108, 110-116)

Nowy program lekowy w zakresie leczenia ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem wszedł w życie 1 listopada 2012 r. Prezes NFZ zarządzeniem Nr 95/2012/DGL z 18 grudnia 2012 r. określił warunki zawierania i realizacji umów do ww. świadczenia i w tym dniu skierowano pismo do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc w sprawie liczby chorych kwalifikujących się do leczenia w ramach programu. Konkurs ogłoszono 15 stycznia 2013 r., a umowę na udzielanie świadczenia zawarto od 1 marca 2013 r.

Nowe programy lekowe (leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu, leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym, leczenie ciężkiej postaci łuszczyki plackowatej) weszły w życie 1 stycznia 2013 r. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 8/2013/DGL 5 marca 2013 r.<sup>5</sup> określiło warunki zawierania i realizacji umów do ww. świadczeń. Konkurs ofert ogłoszono 6 marca 2013 r. i LOW NFZ zakontraktował świadczenia od 15 kwietnia 2013 r.

Nowe programy lekowe (leczenie czerniaka złośliwego skóry, leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika, leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie) weszły w życie 1 marca 2013 r. Prezes NFZ zarządzeniem Nr 19/2013/DGL z 10 kwietnia 2013 r. określił warunki zawierania i realizacji umów do ww. świadczeń. Ogłoszenie konkursu ofert o udzielanie ww. świadczeń opieki

---

<sup>5</sup> Ww. zarządzenie zmieniło zarządzenie Prezesa NFZ Nr 3/2013/DGL z dnia 19 lutego 2013 r. (zmiana dotyczyła warunków zawierania i realizacji umów w zakresie leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu).

zdrowotnej nastąpiło 16 kwietnia 2013 r., a umowy ze świadczeniodawcami zawarto od 1 czerwca 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 59-63, 109)

W założeniach do planu zabezpieczenia świadczeń podawano liczbę posiadanych specjalistów w danej dziedzinie dla poszczególnych świadczeniodawców. Naczelnik WGL poinformowała, że programy zdrowotne to świadczenia specjalistyczne realizowane tylko przez świadczeniodawców spełniających wymagania określone zarządzeniem Prezesa NFZ i komisja konkursowa sprawdzała te warunki przed zawarciem umowy, a także podczas realizacji umowy na bieżąco monitorowano ich potencjał.

Na etapie opracowywania założeń do planu zabezpieczenia świadczeń dokonywano analiz dostępności usług świadczonych w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych przy wykorzystaniu informacji o liczbie oczekujących pacjentów na włączenie do leczenia w programach (np. leczenie przewlekłego WZW typu B, leczenie przewlekłego WZW typu C, leczenie stwardnienia rozsianego). Naczelnik WGL wskazała, że dodatkowo prowadzone były analizy dostępności usług na etapie planowania zakupu świadczeń w zakresie nowych programów (zbieranie informacji od konsultantów wojewódzkich) oraz w związku z monitorowaniem realizacji zawartych umów (realizacja świadczeń poniżej/ponad limit umów była wyznacznikiem do zmniejszenia/zwiększenia środków finansowych w danym zakresie).

(dowód: akta kontroli str. 121-122, 130-131, 150, 170, 175-177)

W okresie objętym kontrolą na etapie prac przygotowawczych nad renegotiacją umów zwracano się do konsultantów wojewódzkich w sprawie opinii na temat zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, w tym określenia planowanych obszarów zabezpieczenia w lecznictwie szpitalnym. W odpowiedzi zgłaszano uwagi dotyczące programów zdrowotnych, np. kontraktowanie usług wysokospecjalistycznych po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie hematologii, zabezpieczenie środków finansowych na substancje czynne w programach (konsultant w dziedzinie onkologii), niewystarczająca dostępność do programów dla chorych na łuszczycę (konsultant w dziedzinie dermatologii i wenerologii).

LOW NFZ współpracował z konsultantami wojewódzkimi w danej dziedzinie w związku z wprowadzaniem nowych programów zdrowotnych w celu ustalenia liczby pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do udziału w programie. Efektem tej współpracy było ustalenie planowanych środków na realizację programów.

(dowód: akta kontroli str. 60, 64-78, 109, 322)

Przy określeniu wartości cenowej jednostki rozliczeniowej przyjęto ceny oczekiwane przez LOW NFZ. Dla leczenia szpitalnego w 2011 r. było to 51 zł za punkt, a w latach 2012 – 2013 – 52 zł za punkt. W przypadku substancji czynnych (leków) stosowanych w programach w 2011 r. i I połowie 2012 r. przyjęto 10 zł za punkt, a od II półrocza 2012 r. zł – 1 zł za punkt.

(dowód: akta kontroli str. 119)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

## 1.2. Proces kontraktowania i zawierania umów na świadczenia w zakresie terapeutyczne/lekowe programy zdrowotne

Opis stanu faktycznego

W LOW NFZ w 2010 r. przeprowadzono kontraktowanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych (39 postępowań), w wyniku którego przyjęto 86 ofert do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 2011 – 2013.

W 2011 r. przeprowadzono trzy postępowania (konkurs ofert i dwa rokowania) w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (terapeutyczne programy zdrowotne), w wyniku których przyjęto pięć ofert.

W 2012 r. przeprowadzono kontraktowanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programów zdrowotnych (lekowych). W LOW NFZ odbyło się 49 konkursów ofert oraz dwa rokowania. Po przeprowadzeniu postępowań przyjęto 109 ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 2012 (II półrocze) - 2013.

W I półroczu 2013 r., w związku z wprowadzeniem nowych programów zdrowotnych (lekowych) przeprowadzono siedem postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze konkursu ofert, w wyniku których przyjęto 10 ofert do zawarcia umowy na okres do 31 grudnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 100)

Kontrolą objęto 16 postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów zdrowotnych i 30 ofert złożonych w tych postępowaniach przez świadczeniodawców (w tym 22 oferty przyjęte do zawarcia umowy<sup>6</sup>), z tego trzy postępowania (osiem ofert) z 2011 r.<sup>7</sup>, siedem postępowań (11 ofert) z 2012 r.<sup>8</sup>, sześć postępowań (11 ofert) z I półrocza 2013 r.<sup>9</sup>

(dowód: akta kontroli str. 102)

Badanie 12 postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu trybu konkursu ofert wykazało, że zostały one przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w art. 142 uośz. Konkursy składały się z dwóch etapów (części jawnej i niejawnej).

Postępowania prowadziły komisje konkursowe powołane przez Dyrektora LOW NFZ. Członkowie komisji składali odpowiednia oświadczenia o bezstronności, o których mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> 2011 r. – pięć ofert, 2012 r. – osiem ofert, I półrocze 2013 r. – dziewięć ofert

<sup>7</sup> Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (sześć ofert), leczenie raka wątrobokomórkowego (jedna oferta), leczenie przewlekłego WZW typu B (jedna oferta).

<sup>8</sup> Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (dwa postępowania, trzy oferty), leczenie raka piersi (dwa postępowania, cztery oferty), leczenie raka wątrobokomórkowego (dwa postępowania, trzy oferty) leczenie glejaków mózgu (jedna oferta).

<sup>9</sup> Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem (dwie oferty), leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego (jedna oferta), leczenie ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej (jedna oferta), leczenie czerniaka złośliwego skóry (dwie oferty), leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika (cztery oferty), leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (jedna oferta)

<sup>10</sup> Dz.U. Nr 273, poz. 2719

W części jawnej postępowań członkowie komisji konkursowych stwierdzali prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert, liczbę złożonych ofert, sprawdzały oferty pod kątem spełnienia warunków wymaganych dla świadczeniodawców i wzywali do usunięcia braków formalnych. W trakcie postępowań przeprowadzono kontrole świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia zgodności i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

W kolejnym etapie postępowania udział brali świadczeniodawcy spełniający określone wymogi w zakresie warunków wymaganych i dodatkowych dotyczących lekarzy, pielęgniarek, organizacji udzielania świadczeń, zapewnienia realizacji badań, zewnętrznej oceny jakości. W części niejawnej konkursu komisja wybierała najkorzystniejsze oferty, które zapewniały ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność.

(dowód: akta kontroli str. 321, 336-339)

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono cztery postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań:

1. W lipcu 2011 r. dokonano wyboru świadczeniodawcy na podstawie 144 pkt 2 uośz (istniała pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć). We wniosku o ogłoszenie postępowania wskazano, że ze względu na wprowadzenie nowego programu i brak możliwości leczenia pacjentów z rozpoznaniem raka wątrobowokomórkowego w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej, istniała konieczność zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów w COZL. Naczelnik WGL wyjaśniła, że w tym przypadku był jeden świadczeniodawca, który udzielał świadczeń w powyższym zakresie w ramach chemioterapii niestandardowej.
2. W postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w programie leczenia raka wątrobowokomórkowego (konkurs ofert), przeprowadzonym w I półroczu 2012 r., oferty złożyło dwóch świadczeniodawców. Oferta COZL nie była kompletna i została odrzucona. LOW NFZ zawarł umowę z SPSW w Zamościu (umowa ta została później rozwiązana z powodu braku jej realizacji). W czerwcu 2012 r. zaproszono do udziału w rokowaniach COZL na realizację tego programu (art. 144 pkt 2 uośz). Według Naczelnika WGL, COZL był jedynym świadczeniodawcą leczącym pacjentów w tym programie i w celu zapewnienia kontynuacji leczenia pacjentów przeprowadzono postępowanie w trybie rokowań.
3. W sierpniu 2012 r. przeprowadzono postępowanie w sprawie wyboru świadczeniodawcy w programie leczenia raka piersi. Przesłanką do zastosowania trybu rokowań było istnienie ograniczonej liczby świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania (art. 144 pkt 3 uośz). SPSW w Zamościu wystąpił z wnioskiem o zawarcie umowy na leczenie pacjentów w związku z wystąpieniem Stowarzyszenia Zamojskiego „Amazonki” oraz koniecznością dojazdu pacjentów do COZL w Lublinie. Świadczeniodawca uczestniczył w konkursie ofert przeprowadzonym w I półroczu 2012 r. dla programu leczenia raka piersi, ale jego oferta nie otrzymała odpowiedniej liczby punktów. Naczelnik WGL wyjaśniła, że ogłoszono ww. postępowanie w trybie rokowań w celu zwiększenia dostępności do świadczeń na terenie powiatów położonych w południowej części województwa lubelskiego i nie zaproszono WSS w Lublinie (świadczeniodawca uczestniczył w konkursie ofert) do rokowań ze względu na zabezpieczenie dostępności tego świadczenia na terenie Lublina.
4. SP WSS w Chełmie zwrócił się z wnioskiem o zawarcie umowy na program leczenia przewlekłego WZW typu B dla jednego pacjenta ze względu

na kontynuację jego terapii. W sierpniu 2011 r. przeprowadzono postępowanie w trybie rokowań (art. 144 pkt 3 uośz).

Przy prowadzeniu ww. postępowań w trybie rokowań stosowano zasady określone w art. 143 oraz 145 ust. 2 uośz.

(dowód: akta kontroli str. 296-301, 320, 328-335, 340-344)

Oferty świadczeniodawców zostały ocenione zgodnie z kryteriami oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena), które zostały określone w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. oraz Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r.). Według Naczelnika WGL, po wprowadzeniu oferty do systemu informatycznego KS-SIKCH i porównaniu przez komisję konkursową złożonej wersji papierowej z elektroniczną, system przydzielał wartość punktową każdej ofercie w oparciu o dane przekazane przez oferenta na podstawie wzoru określonego w ww. zarządzeniach Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 274-275, 321, 336-339)

Świadczeniodawcy, których oferty zostały zakwalifikowane do postępowania niejawnego (nie zostały odrzucone), spełniali warunki udzielania świadczeń w zakresie zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek, organizacji udzielania świadczeń, zapewnienia realizacji badań, tj. wymagania określone w załączniku Nr 4 do zarządzenia Nr 36/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2011 r.<sup>11</sup>, w załączniku Nr 3 do zarządzenia Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 r. oraz w załączniku Nr 3 do zarządzenia Nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r.<sup>12</sup> (ze zmianami).

Badanie 28 ofert (zakwalifikowanych do postępowania niejawnego) wykazało, że 27 ofert zawierało dokumenty i oświadczenia, wymienione w § 13 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Nr 49/2010/DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. oraz 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r.).

Oferta SP WSS w Chełmie zawierała kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obowiązującej do 14 czerwca 2012 r., ale świadczeniodawca nie przedłożył oświadczenia, że umowa ta będzie zawarta na okres obowiązywania umowy (tj. do 31 grudnia 2013 r.). W trakcie prowadzonego postępowania nie wezwano świadczeniodawcy do uzupełnienia braków formalnych oferty w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 320-321, 336-339, 345-357)

Do postępowań prowadzonych w okresie 2011 – 2013 (I półrocze) świadczeniodawcy nie składali protestów do komisji konkursowej i odwołań do Dyrektora LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 100)

W LOW NFZ nie dokonywano zmian w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (objętych kontrolą), które skutkowałyby brakiem spełnienia wymagań koniecznych do realizacji świadczeń w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 103)

---

<sup>11</sup> Zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 65/2009/DGL w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne

<sup>12</sup> Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia przewlekłego WZW typu B (prowadzonego w sierpniu 2011 r.) komisja konkursowa nie wezwała świadczeniodawcy do uzupełnienia oferty, która zawierała braki formalne, co było niezgodne z § 14 ust. 1 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>13</sup>. W ofercie SP WSS w Chełmie nie było oświadczenia, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej będzie zawarta na okres obowiązywania umowy (do 31 grudnia 2013 r.), tj. dokumentu wymaganego przepisem § 13 ust. 1 pkt 8 zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor LOW NFZ<sup>14</sup> wyjaśnił, że w trakcie składania oferty polisa była ważna, a oferent to szpital specjalistyczny, który brał udział we wszystkich ogłaszanych przez Oddział postępowaniach konkursowych i przedkładał aktualną polisę ubezpieczeniową.

(dowód: akta kontroli str. 3, 345-357, 359-360)

### **1.3. Realizacja świadczeń w zakresie terapeutycznego programu zdrowotnego – chemioterapia niestandardowa**

LOW NFZ zakontraktował w siedmiu jednostkach (na okres 2011 – 2013) świadczenia w programie leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej. W okresie 2011 – 2013 (I półrocze) wpłynęło 1.118 wniosków na zastosowanie terapii w ramach chemioterapii niestandardowej. Pozytywnie zostało rozpatrzonych 976 (87%) wniosków (w 2011 r. – 298, w 2012 r. – 440, w I półroczu 2013 r. – 238), w tym w 623 przypadkach wydano zgody warunkowe - do czasu uzyskania rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) na rozliczenie zastosowanych terapii. Wartość wydanych akceptacji w okresie objętym kontrolą wyniosła ogółem 23.205.795 zł (w 2011 r. – 8.872.896 zł, w 2012 r. – 8.505.322 zł, w I półroczu 2013 r. – 5.827.577 zł).

W 2011 r. największe koszty substancji czynnych generowały leki: bevacizumabum (3.560.904 zł), pazopanibum (891.726 zł), lenalomidum (881.615 zł), trabectedinum (678.881 zł), bendamustinum (593.534 zł). W 2012 r. były to leki: lenalomidum (1.207.253 zł), bendamustinum (872.574 zł), cetuximabum (848.892 zł), bevacizumabum (762.848 zł), pazopanibum (570.451 zł), a w I półroczu 2013 r. – leki: lenalomidum (1.223.560 zł), cetuximabum (901.255 zł), abiraterone acetate (615.104 zł), trabectedinum (530.850 zł), bendamustinum (445.885 zł),

(dowód: akta kontroli str. 278-280)

Kontrolą objęto 112 wniosków świadczeniodawców na realizację terapii w ramach chemii niestandardowej (w tym 27 z 2011 r., 60 z 2012 r., 25 z I półrocza 2013 r.)<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 101)

<sup>13</sup> Załącznik do uchwały Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

<sup>14</sup> Przewodniczący Komisji Konkursowej był pracownikiem LOW NFZ do 30 kwietnia 2013 r.

<sup>15</sup> Doboru do badania wniosków dokonano między innymi pod kątem stosowania substancji czynnej (np. imatinib, pemetreksed, ofatumumab, denosumabum, abirateronum), choroby (czerniak skóry, rak jelita grubego)

Badanie próby wniosków wykazało, że nie występowały przypadki odmiennego traktowania wniosków (akceptacji i odmowy), dotyczących leczenia przy tych samych wskazaniach klinicznych i zastosowaniu tej samej substancji czynnej:

- wnioski na zastosowanie terapii (podanie ofatumumabu we wskazaniu leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej) otrzymywały zgodę w przypadku kontynuacji rozpoczętego leczenia przed wydaniem negatywnej rekomendacji Prezesa AOTM<sup>16</sup>, a w sytuacji rozpoczęcia leczenia – odmawiano akceptacji na zastosowanie danej terapii,
- wnioski na zastosowanie terapii (podanie abirateronu w leczeniu raka gruczołu krokowego) otrzymywały zgodę w przypadku wcześniejszej chemioterapii zawierającej docetaksel, zgodnie z rekomendacją Nr 27/2012 Prezesa AOTM<sup>17</sup>, a w sytuacji braku zastosowania ww. substancji - odmawiano akceptacji na zastosowanie danej terapii,
- wnioski złożone w I półroczu 2012 r. na zastosowanie terapii (podanie panitumumabu w leczeniu raka jelita grubego, podanie pemetryksedu w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca) były akceptowane w przypadkach spełnienia przez pacjentów kryteriów kwalifikacji do odpowiednich programów zdrowotnych lub kontynuacji leczenia, a w pozostałych przypadkach – odmawiano wydania zgody.

(dowód: akta kontroli str. 282)

W okresie 2010 – 2013 (I półrocze) zaopiniowano negatywnie ogółem 62 wnioski o chemioterapię niestandardową, w tym między innymi ze względu na: brak dokumentacji (w języku polskim) potwierdzającej efektywność kliniczną leku przy terapii poza wskazaniami rejestracyjnymi, niespełnienie warunków (kryteriów) określonych w rekomendacjach Prezesa AOTM lub wskazanych w programach zdrowotnych (przed wydaniem odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ), negatywną rekomendacją Prezesa AOTM, wniosek świadczeniodawcy złożony po terminie późniejszym niż 14 dni po zakończeniu terapii, negatywne opinie konsultanta krajowego. Ponadto w LOW NFZ nie wyrażano zgody w sytuacjach, gdy substancja czynna w tym samym wskazaniu była finansowana w programie zdrowotnym lub znajdowała się w wykazie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii.

(dowód: akta kontroli str. 283-286)

Badanie próby wniosków, które uzyskały akceptację sposobu rozliczenia w ramach chemioterapii niestandardowej, wykazało, że przypadki częściowego finansowania danej terapii miały związek z przyznaniem środków do końca roku.

LOW NFZ wydawał częściowe zgody na finansowanie terapii z zastosowaniem substancji czynnych Afinitor, Revlimid, Votrient na podstawie porozumień zawartych pomiędzy firmami farmaceutycznymi a Ministrem Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 282, 288)

---

<sup>16</sup> Rekomendacja Nr 5/2012 Prezesa AOTM z dnia 23 stycznia 2012 r. w sprawie usunięcia świadczenia opieki zdrowotnej „podanie ofatumumabu we wskazaniu leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej PBL opornej na leczenie fludarabiną i alemtuzumabem” z wykazu świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach chemioterapii niestandardowej.

<sup>17</sup> Rekomendacja Nr 27/2012 Prezesa AOTM z dnia 18 czerwca 2012 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach programu chemioterapii niestandardowej lub dokonania zmiany sposobu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej: podanie octanu abirateronu w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami u dorosłych mężczyzn, których choroba postępuje w trakcie lub po chemioterapii zawierającej docetaksel.

Badane wnioski świadczeniodawców na zastosowanie terapii w ramach chemioterapii niestandardowej były rozpatrywane w terminie od dwóch do 14 dni (w przypadku akceptacji oraz jej odmowy).

(dowód: akta kontroli str. 282)

Wnioski świadczeniodawców o chemioterapię niestandardową były rozpatrywane zgodnie z zasadami określonymi w załączniku Nr 41 do zarządzenia Nr 8/2010/DGL z dnia 20 stycznia 2010 r. oraz w załączniku Nr 38 do zarządzenia Nr 59/2011/DGL z dnia 10 października 2011 r., tj. wnioski zostały pozytywnie zaopiniowane przez właściwego konsultanta wojewódzkiego, uzyskały pozytywną opinię zespołu kwalifikacyjnego (dyrektora medycznego, głównego księgowego/dyrektora ekonomicznego, ordynatora oddziału, dyrektora jednostki), zawierały proponowany schemat leczenia i specyfikację kosztów świadczenia. W przypadku zastosowania terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi wnioski zawierały dokumentację (w języku polskim) potwierdzającą efektywność kliniczną oraz zgodę pacjentów (opiekunów) na jej zastosowanie.

W okresie objętym kontrolą w LOW NFZ funkcjonowała procedura opiniowania wniosków świadczeniodawców o chemioterapię niestandardową i weryfikacji raportów z realizacji tych świadczeń<sup>18</sup> oraz regulamin działania Zespołu ds. opiniowania wniosków o chemioterapię niestandardową<sup>19</sup>.

Badanie próby wniosków wykazało, że rozpatrywanie wniosków odbywało się zgodnie z funkcjonującą w LOW NFZ ww. procedurą opiniowania wniosków świadczeniodawców o chemioterapię niestandardową. Pracownik WGL ewidencjonował wnioski oraz weryfikował pod względem formalnym (sprawdzał kompletność złożonej dokumentacji). Zespół pracowników LOW NFZ<sup>20</sup> oceniał wnioski merytorycznie. Z oceny tej sporządzano protokół, w którym opisywano przebieg dotychczasowego leczenia pacjenta, określano nazwę leku (w tym dawkę, ilość podań w cyklu, ilość cykli) oraz jego wartość. W protokole odnoszono się również do statusu leku, zgodności terapii ze wskazaniem rejestracyjnymi, posiadanej rekomendacji Prezesa AOTM. Po zakończeniu procedury informowano świadczeniodawców i pacjentów o wyrażeniu zgody na zastosowanie terapii lub negatywnym rozpatrzeniu wniosku.

(dowód: akta kontroli str. 281)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

## **2. Sprawowanie nadzoru i kontroli przez LOW NFZ nad realizacją kontraktów na świadczenia w zakresie terapeutyczne/lekowe programy zdrowotne**

Opis stanu  
faktycznego

W latach 2011 – 2013 (I półrocze) LOW NFZ przeprowadził 17 kontroli świadczeniodawców dotyczących realizacji 28 umów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych. W wyniku tych kontroli zakwestionowano zasadność refundacji świadczeń w wysokości 266.487 zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 3.584 zł.

(dowód: akta kontroli str. 182)

<sup>18</sup> Zatwierdzona przez Dyrektora LOW NFZ w dniu 7 maja 2010 r.

<sup>19</sup> Zatwierdzony przez Dyrektora LOW NFZ w dniu 13 stycznia 2009 r.

<sup>20</sup> Powołany zarządzeniem Nr 8/2009 Dyrektora z dnia 7 stycznia 2009 r.

W LOW NFZ sporządzano roczne plany kontroli świadczeniodawców w zakresie programów zdrowotnych, które przekazywano do Departamentu Gospodarki Lekami NFZ.

W 2011 r. zaplanowano kontrole czterech świadczeniodawców. Nie przeprowadzono planowanej kontroli w WSS w Lublinie (program leczenia niedokrwistości w przebiegu PNN). Kontrolę przeniesiono do planu w 2012 r. Naczelnik WGL wyjaśniła, że z powodu absencji pracowników i zmian kadrowych kontrola została przeprowadzona w I kwartale 2012 r.

W 2012 r. zaplanowano i zrealizowano pięć kontroli. W planie na 2013 r. ujęto pięć kontroli i w trzech kwartałach b.r. wykonano cztery.

(dowód: akta kontroli str. 183-200, 271, 274)

Dodatkowo w okresie 2011 - 2013 (I półrocze) przeprowadzono osiem kontroli doraźnych. Kontrole zostały zlecone przez Dyrektora LOW NFZ:

1. Czynności kontrolne w WSS w Lublinie zakończyły się stwierdzeniem nieprawidłowości dotyczących rozliczenia udzielonych świadczeń skutkujących zaleceniem zwrotu 14.688 zł oraz nałożeniem kary umownej w wysokości 555 zł. Nie stwierdzono nieprawidłowości przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń (kontrola podjęta w związku z pismami czterech pacjentów zawierającymi prośby o przeznaczenie dodatkowych środków na leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego).
2. Dwie kontrole (rozpoznawcza oraz zlecona w związku z większą liczbą wykonanych świadczeń) przeprowadzone w COZL potwierdziły rzetelność wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków w programie leczenia raka piersi i programie leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej.

Kontrole doraźne wykonywano także na zlecenie Centrali NFZ:

1. Czynności kontrolne przeprowadzone w DSK, ze względu na możliwość braku dostępu do substancji czynnych w ramach programu „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” na skutek przerwania dostaw czynników krzepnięcia ze względu na uchylanie się przez świadczeniodawców od płatności za dostarczane produkty lecznicze, nie wykazały nieprawidłowości.
2. W związku z informacjami o możliwych nieprawidłowościach związanych z realizacją programu leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym oraz programu leczenia inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, LOW NFZ przeprowadził kontrole czterech świadczeniodawców. W SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, SP ZOZ w Łukowie, DSK oraz SPSK Nr 4 stwierdzono, że świadczenia zostały zrealizowane niezgodnie z zawartą umową i powinny zostać zakwalifikowane jako przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym (zamiast hospitalizacji w trybie jednodniowym), a nienależnie wypłacona wartość wyniosła z tego tytułu odpowiednio: 9.100 zł, 22.204 zł, 8.018 zł oraz 80.080 zł.

(dowód: akta kontroli str. 201-240)

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki rozwiązania umowy o realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programów zdrowotnych/lekowych ze względu na stwierdzone nieprawidłowości w trakcie kontroli LOW NFZ.

Kontrole świadczeniodawców wykazały nieprawidłowości, które polegały między innymi na:

- niewpisywaniu do dokumentacji medycznej wykonanych świadczeń, które zostały wykazane w raportach statystycznych (SP ZOZ w Krasnymstawie),

- braku wpisu w dokumentacji medycznej udzielonych porad ambulatoryjnych w ramach programu, wykazania porad niezwiązanych z realizacją programu, wykazania porad podczas hospitalizacji, braku potwierdzenia odbioru leku przez pacjentów, błędach w raportach statystycznych (SP ZOZ w Puławach),
- wykazywaniu w raportach statystycznych świadczeń niezrealizowanych i braku potwierdzenia odbioru przez pacjenta wydania leku (WSS SP ZOZ w Lublinie).  
(dowód: akta kontroli str. 241-246, 274)

W latach 2011 – 2013 (I półrocze) do LOW NFZ nie wpłynęły skargi dotyczące realizacji umów w zakresie terapeutycznych/lekowych programów zdrowotnych.

W ww. okresie 12 osób skierowało pisma, które zawierały: prośby o zwiększenie środków na leczenie (leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego), wnioski o wyjaśnienie przyczyn odmowy zastosowania terapii (program leczenia choroby Leśniowskiego – Crohna), wnioski o kontynuację leczenia danym lekiem (leczenie WZW typu C, leczenie w ramach chemioterapii niestandardowej, leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym), zapytania o listę oczekujących (leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta), a także dotyczyły kwalifikacji pacjenta do programu (leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci).

Po przeprowadzeniu postępowań wyjaśniających pacjenci otrzymywali odpowiedzi, w których między innymi informowano, że to świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczenia, kierując się odpowiednimi kryteriami medycznymi, a kwalifikację i włączenie do leczenia przeprowadza lekarz prowadzący zgodnie z opisem danego programu zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli str. 267-268, 272 274)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

#### **IV. Pozostałe informacje i pouczenia**

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

Lublin, dnia 27 listopada 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Lublinie

Kontroler  
Katarzyna Durakiewicz  
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor

.....  
Podpis

.....  
Podpis