



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.411.005.03.2021

Pan  
Filip Nowak  
Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.220.2022 Komisji Rozstrzygającej  
z dnia 23 marca 2023 r.

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Szczecinie  
ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin  
T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66  
lsz@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, ul. Rakowiecka 26/30, Warszawa (02-528).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1</sup> od 9 listopada 2021 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Adam Niedzielski od 11 października 2019 r. do 25 sierpnia 2020 r. oraz Filip Nowak, zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jako pełniący obowiązki Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r.
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 <sup>2</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie
Kontrolerzy	Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej (obecnie doradca ekonomiczny), upoważnienie do kontroli nr LSZ/196/2021 z 17 listopada 2021 r. Sylwia Krawczyk, główny specjalista kontroli państwowej (obecnie doradca ekonomiczny), upoważnienie do kontroli nr LSZ/197/2021 z 17 listopada 2021 r. (akta kontroli str. 1-2, 732-734, 881-883)

<sup>1</sup> Dalej: Prezes NFZ.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>4</sup> realizował dwa Polecenia Ministra Zdrowia<sup>5</sup> dotyczące przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne<sup>6</sup> przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Na ich podstawie w latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia wydatkowano ogółem 8 924 121,1 tys. zł<sup>7</sup>, z tego: 128 554,3 tys. zł (1,4%) na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 8 795 566,8 tys. zł (98,6%) na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.<sup>8</sup>). Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia:

- nieprzygotowanie przez Prezesa NFZ proceduralnie i organizacyjnie Funduszu (w tym jego oddziałów wojewódzkich<sup>9</sup>) do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych w zakresie sposobu realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych, zawartych na podstawie Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) i nieprzeprowadzanie kontroli w tym zakresie;
- przygotowanie realizacji przez Prezesa NFZ objętego analizą Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.)<sup>10</sup> oraz sposób jego wykonania.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Prezes Funduszu nie przygotował proceduralnie i organizacyjnie Funduszu (w tym OW NFZ) do przeprowadzenia kontroli w podmiotach leczniczych i nie wymagał prowadzenia kontroli realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych, mimo uprawnienia kontrolnego określonego w tych umowach na podstawie punktu 6 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.). Centrala Funduszu również nie przeprowadziła czynności kontrolnych w podmiotach leczniczych uznając, że kontrolę określoną w umowach należy rozumieć jako weryfikację merytoryczną dokumentów rozliczeniowych przez OW NFZ. Oznacza to, że w latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) wydatkowano 8 924 121,1 tys. zł, bez kontroli i sprawdzenia, czy dodatkowe świadczenia były należne, a niewykorzystane przez podmioty lecznicze środki finansowe zwrócone.

Zaniechanie takich działań NIK ocenia negatywnie mając na uwadze wyniki kontroli Funduszu przeprowadzonej w jednym z OW NFZ<sup>11</sup>, które wskazywały na wysokie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w zakresie rozliczania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne, m.in. poprzez kilkukrotne wskazywanie w danym podmiocie leczniczym tych samych osób do wypłaty dodatkowych świadczeń w danym miesiącu. Mogło to wpłynąć na zawyżenie łącznej kwoty przekazanych przez OW NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne danemu podmiotowi leczniczemu.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dalej: NFZ lub Fundusz.

<sup>5</sup> Dalej: Polecenie MZ.

<sup>6</sup> Dalej: dodatkowe świadczenie pieniężne lub dodatkowe świadczenie.

<sup>7</sup> Z tego: w 2020 r. – 684 592,1 tys. zł i w 2021 r. – 8 239 529 tys. zł. Dane wg informacji Funduszu z 10 lutego 2022 r.

<sup>8</sup> M.in. z 30 września i 1 listopada 2020 r. oraz 28 maja, 29 października i 30 listopada 2021 r.

<sup>9</sup> Dalej: OW NFZ lub Oddział NFZ.

<sup>10</sup> Szczegółowym badaniem kontrolnym sposobu przygotowania realizacji Polecenia MZ i jego wykonania objęto jedno z dwóch Poleceń MZ (z 4 września 2020 r. ze zm.).

<sup>11</sup> Kontrola w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w zakresie prawidłowości rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie w okresie od 1 marca 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.

Prezes NFZ nieprawidłowo przygotował realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i je wykonał, gdyż nie opracował wzoru umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne po wprowadzeniu zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r. oraz nieprawidłowo i nierzetelnie opracował wzór umowy / aneksu dotyczący przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu<sup>12</sup> w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia<sup>13</sup> (obowiązujący od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.) w zakresie określenia warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz nieprecyzyjnego określenia pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia.

Zapis w § 1 ust. 2 i ust. 6 wzoru umowy / aneksu – w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 – nie odpowiadał warunkowi określonymu w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego 1 listopada 2020 r.<sup>14</sup> W konsekwencji, w oparciu o błędnie opracowany wzór umowy / aneksu, 13 (z 16) dyrektorów Oddziałów NFZ zawarło umowy, które uprawniały kierowników podmiotów leczniczych, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., do wypłaty dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, m.in. za kontakt z pacjentem jedynie podejrzanym o zakażenie wirusem. W ramach tych umów na dodatkowe świadczenia w 13 województwach w ww. okresie wydatkowano łącznie 2 930 058,1 tys. zł (co odpowiadało 32,8% wydatków ogółem poniesionych w latach 2020-2021<sup>15</sup>).

Prezes NFZ nierzetelnie określił pojęcie szpitala III poziomu zabezpieczenia w § 1 ust. 1 pkt 1 wzoru umowy / aneksu. Nie odpowiadało ono pojęciu określonymu w zarządzeniu Nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r.<sup>16</sup> (ze zm.) oraz w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2<sup>17</sup>. W ocenie NIK, Prezes NFZ mógł i powinien podjąć działania w celu zachowania jednolitości w określeniu pojęcia szpitala III poziomu we wzorach umów i ww. zarządzeniu oraz ustalić z Ministrem Zdrowia właściwe jego stosowanie na potrzeby realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Na podstawie obowiązujących zapisów umowy i Polecenia MZ dodatkowe świadczenia mogły otrzymać osoby za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom leczonym poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem

<sup>12</sup> Wzór umowy zawieranej pomiędzy dyrektorem OW NFZ a kierownikiem podmiotu leczniczego.

<sup>13</sup> W okresie obowiązywania Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) szpitale dzieliły się na cztery typy, w zależności od poziomu zabezpieczenia covidowego: I poziom: szpitale, w których utworzono tzw. łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2; II poziom: szpitale, w których utworzono łóżka przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem oraz dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2; III poziom: szpitale, w których utworzono łóżka przeznaczone dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (głównym powodem ich hospitalizacji nie był COVID-19); IV poziom: szpitale hybrydowe, które łączyły w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie.

<sup>14</sup> Od 1 listopada 2020 r. warunek ten określono w sposób następujący: w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>15</sup> 8 924 121,1 tys. zł (na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm.).

<sup>16</sup> W sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; dalej: zarządzenie Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 382, ze zm.; uchylone z dniem 29 kwietnia 2022 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej.

III poziomu zabezpieczenia<sup>18</sup>. Nieopracowanie nowego wzoru po zmianie Polecenia MZ z 30 września 2020 r. oraz nieprawidłowe i nierzetelne przygotowanie wzoru umów / aneksu (dotyczącego II / III poziomu zabezpieczenia)<sup>19</sup> świadczą o słabości mechanizmów kontroli zarządczej w Centrali NFZ. W konsekwencji mogło to prowadzić do nieuprawnionego przyznawania dodatkowych świadczeń przez kierowników podmiotów leczniczych, a tym samym spowodować nieuzasadnione wydatkowanie środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Prezes NFZ nierzetelnie przygotował realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), gdyż nie określił mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację informacji przekazywanych przez kierownika podmiotu leczniczego w zakresie prawidłowego przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, przed przekazaniem przez OW NFZ środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych). Środki finansowe miały być przekazywane przez OW NFZ jedynie na podstawie zawartej umowy oraz miesięcznej informacji kierownika podmiotu leczniczego o łącznej kwocie środków potrzebnych do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych w danym podmiocie oraz danych częściowo identyfikujących osobę uprawnioną<sup>20</sup>, ale bez wskazania kwoty dodatkowego świadczenia jaką powinna otrzymać. Prawo do oceny spełnienia warunków do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego NFZ pozostawił wyłącznie w kompetencji kierowników podmiotów leczniczych, bez możliwości ich późniejszej weryfikacji przez NFZ w inny sposób niż na podstawie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy w podmiocie leczniczym.

W ocenie NIK warunki i zasady dotyczące przyznawania i wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych powinny być wyrażone w umowach w sposób jednoznaczny i niewymagający interpretacji. Tymczasem Prezes NFZ, w ramach nadzoru nad realizacją umów w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych, wielokrotnie udzielał pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących kryteriów przyznawania dodatkowego świadczenia, które nie zostały określone we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ i nie wynikały z treści Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i jego załącznika, a w praktyce je modyfikowały. Tym samym zamieszczone w ww. pismach warunki otrzymania dodatkowego świadczenia i zasady wypłaty dodatkowych świadczeń nie zostały ujęte przez dyrektorów OW NFZ w umowach (lub aneksach) zawartych z podmiotami leczniczymi, a więc nie zobowiązywały kierowników podmiotów leczniczych do ich przestrzegania. O skali problemów wynikających z niedoprecyzowania warunków i zasad przyznawania dodatkowego świadczenia określonych w umowach przygotowanych przez Prezesa NFZ, świadczy m.in. liczba otrzymanych przez Centralę NFZ pism o udzielenie wyjaśnień i informacji (1 517), skarg (87) dotyczących wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze. Zatem Prezes NFZ miał świadomość konieczności doprecyzowania warunków i zasad przyznawania dodatkowego świadczenia określonych w umowach, jednak nie podjął adekwatnych działań.

---

<sup>18</sup> Decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody – wydana na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11h ust. 1, 2 i 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 (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.); dalej: ustawa o przeciwdziałaniu COVID-19.

<sup>19</sup> Po zmianie Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r.

<sup>20</sup> Wskutek ich zanonimizowania (ochrony danych osobowych).

Wskutek nieprecyzyjnych reguł przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, określonych we wzorach umów, dopuszczono również do odmiennego traktowania personelu medycznego, realizującego takie same zadania związane z przeciwdziałaniem COVID-19 w różnych podmiotach leczniczych. Do odmiennego traktowania personelu medycznego przyczynił się także brak zdefiniowania pojęcia „incydentalnego uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. W ocenie NIK Prezes NFZ mógł i powinien podjąć działania, w tym we współpracy z Ministrem Zdrowia, w celu doprecyzowania ww. warunków i zasad określonych we wzorach umów.

W związku ze szczególną sytuacją związaną z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii, Minister Zdrowia nałożył, na podstawie Poleceń MZ, na Fundusz obowiązek przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Czynności podejmowane przez NFZ powinny dotyczyć nie tylko wykonania zadania nałożonego na Fundusz, ale zapewnić realizację celów ww. Poleceń MZ, wynikających z określonych w nich warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, które ulegały zmianom. Ustalenia NIK wskazują na wystąpienie istotnych wad w przygotowaniu realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i bieżącym jego wykonaniu, które mogły skutkować nieprawidłowym wydatkowaniem środków. Sposób przygotowania realizacji Poleceń MZ przez Centralę NFZ oraz nadzór nad ich wykonywaniem przez OW NFZ nie zapewnił prawidłowej realizacji zadań, co wskazuje, że w Funduszu nie funkcjonowała skuteczna i efektywna kontrola zarządcza. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej kontroli zarządczej należy do obowiązków kierownika jednostki (art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>21</sup>).

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

OBSZAR

#### **Przygotowanie i realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.**

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2020-2021 Fundusz realizował dwa Polecenia MZ dotyczące przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Fundusz został zobowiązany do przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie:

- Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. – osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o działalności leczniczej<sup>22</sup> (personelowi medycznemu);
- Polecenia MZ z 4 września 2020 r., zmienionego m.in. 30 września 2020 r., 1 listopada 2020 r., 28 maja 2021 r., 29 października 2021 r., 30 listopada 2021 r.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.; dalej: ufp.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

i 25 lutego 2022 r.<sup>23</sup> – osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej<sup>24</sup> (personelowi medycznemu) oraz osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny (personelowi niemedycznemu).

(akta kontroli str. 270-329, 713-719, 1441-1453)

**1.1.** W latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie ww. dwóch Poleceń MZ wydatkowano ogółem 8 924 121,1 tys. zł, w 2020 r. – 684 592,1 tys. zł (7,7%), w 2021 r. – 8 239 529 tys. zł (92,3%), z tego na podstawie:

- Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. – 128 554,3 tys. zł (1,4%);
- Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) – 8 795 566,8 tys. zł (98,6%), w tym 242 539,1 tys. zł na jednorazowe dodatkowe świadczenia<sup>25</sup>.

(akta kontroli str. 536, 574-586, 815, 817, 1139)

**1.2.** W ramach przygotowania realizacji dwóch Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) Centrala NFZ przekazała OW NFZ:

- Polecenia MZ (i zmiany);
- opracowane przez Departament Ekonomiczno-Finansowy<sup>26</sup> wzory umów (i aneksów) w sprawie przekazania środków finansowych podmiotom leczniczym na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych (w tym jednorazowych);
- opinie i stanowiska Ministerstwa Zdrowia wyjaśniające zasady przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych.

Centrala NFZ zamieściła na stronie internetowej Funduszu m.in. komunikaty z 8 marca, 1 i 16 listopada i 2 grudnia 2020 r. oraz 4 listopada i 2 grudnia 2021 r. dotyczące w szczególności zasad przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych (w tym jednorazowych) oraz zasad finansowania dodatkowych świadczeń określonych w Poleceniach MZ i stanowiskach Ministerstwa Zdrowia wyjaśniających warunki i kryteria ich przyznawania.

(akta kontroli str. 5-76, 142-158, 701-704, 720-726, 731)

W sprawie udostępniania uprawnionym podmiotom leczniczym informacji o możliwości i zasadach przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in. (...) *po przekazaniu przez Ministra Zdrowia Prezesowi NFZ Polecenia z 4 września 2020 r. (ze zm.) OW NFZ informowały za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych podmioty lecznicze, objęte zakresem podmiotowym polecenia Ministra Zdrowia o konieczności zawarcia stosownej umowy / aneksu do umowy w celu uzyskania środków z tytułu dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego bądź jednorazowego świadczenia pieniężnego dla personelu niemedycznego. Jednocześnie na stronie internetowej NFZ (...) zostały umieszczone komunikaty (...) informujące o zasadach przekazywania dodatkowego świadczenia pieniężnego w związku z poleceniem / decyzją Ministra Zdrowia.*

(akta kontroli str. 5-6)

<sup>23</sup> Zmian dokonywano na podstawie art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, ze zm.); dalej: ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z epidemią COVID-19.

<sup>24</sup> Dalej: osoby wykonujące zawód medyczny.

<sup>25</sup> Dane wg informacji Funduszu z 10 lutego 2022 r.

<sup>26</sup> Dalej: DEF.

Na podstawie złożonych w trakcie kontroli NIK wyjaśnień dyrektorów czterech OW NFZ ustalono, że:

- Dolnośląski OW NFZ we Wrocławiu<sup>27</sup> nie udostępnił podmiotom leczniczym w Portalu Świadczeniodawcy Poleceń MZ i zmian wydanych w latach 2020-2021 regulujących i zmieniających zasady przyznawania dodatkowych świadczeń z: 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. oraz m.in. zmian z: 30 września 2020 r., 1 listopada 2020 r., 28 maja 2021 r. i 30 listopada 2021 r. (informację o nich przekazywał przedkładając umowy do podpisu). DOW NFZ udostępnił w Portalu Świadczeniodawcy zmianę Polecenia MZ z 29 października 2021 r.;
  - Mazowiecki OW NFZ w Warszawie nie udostępnił w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji<sup>28</sup> Poleceń MZ z: 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. oraz zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r.;
  - Zachodniopomorski OW NFZ w Szczecinie nie udostępnił zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r.;
  - Podlaski OW NFZ zamieścił w SZOI wszystkie Polecenia MZ (ze zm.).
- Oddziały NFZ informowały podmioty lecznicze za pośrednictwem wewnętrznych narzędzi informatycznych (m.in. SZOI) o interpretacjach i stanowiskach Ministra Zdrowia i Centrali NFZ w sprawie warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz zasad realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).

(akta kontroli str. 505-512, 515-518, 525, 656-660, 663-668, 729-731)

**1.3.** Od 29 kwietnia do 3 września 2020 r. obowiązywało **Polecenie MZ z 29 kwietnia 2020 r.**, którym Minister Zdrowia polecił NFZ przekazanie środków finansowych podmiotom leczniczym<sup>29</sup>, umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub
- w których w wyodrębnionej komórce organizacyjnej są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (pkt 1 Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r.) były osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, objęte ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów<sup>30</sup>, z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w tych podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy

---

<sup>27</sup> Dalej: DOW NFZ.

<sup>28</sup> Dalej: SZOI.

<sup>29</sup> Określonym w § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775, ze zm.): dalej rozporządzenie w sprawie standardów (utraciło moc 5 września 2020 r.).

<sup>30</sup> Osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk niemogące uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie to nie dotyczyło udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ograniczenie to nie dotyczyło również przypadków, w których kierownik podmiotu leczniczego wyraził zgodę na piśmie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom korzystającym z usług kierowanego przez niego podmiotu leczniczego innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, po wprowadzeniu niezbędnych zabezpieczeń mających na celu uniemożliwienie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania tych świadczeń przez osoby objęte ograniczeniem.



z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>31</sup>. Wysokość dodatkowego świadczenia wyniosła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto danej osoby (nie wyższa niż 10 tys. zł). W przypadku objęcia ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu. Warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia było m.in. uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w ww. podmiotach leczniczych.

Warunkiem przekazania środków przez NFZ było zawarcie umowy lub porozumienia. Prezes NFZ opracował wzór umowy o przekazywanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych, zgodny z warunkami określonymi w Poleceniu MZ z 29 kwietnia 2020 r. Wzór umowy przekazano OW NFZ 4 maja 2020 r. wraz z informacjami o zasadach przyznawania dodatkowych świadczeń.

(akta kontroli str. 713-726)

Od 4 września 2020 r. do 31 marca 2022 r. (w tym do końca okresu objętego kontrolą NIK<sup>32</sup>) obowiązywało Polecenie MZ z 4 września 2020 r., którego zakres podmiotowy i przedmiotowy był zmieniany.

(akta kontroli str. 270-329, 1441-1453)

**Poleceniem MZ z 4 września 2020 r.** (w pierwotnym brzmieniu obowiązującym od 4 do 30 września 2020 r.) Minister polecił NFZ przekazanie środków finansowych podmiotom leczniczym umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub
- w których w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (na podstawie punktu 1 ww. Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W punkcie 2 załącznika do ww. Polecenia MZ określono dwie grupy osób uprawnionych<sup>33</sup>. Wysokość dodatkowego świadczenia wyniosła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto danej osoby uprawnionej (nie wyższa niż 10 tys. zł). W przypadku objęcia ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu.

Warunkiem przekazania środków przez NFZ było zawarcie umowy lub porozumienia. Prezes NFZ opracował wzór umowy o przekazywanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych, zgodny z warunkami określonymi w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. Wzór umowy został przekazany OW NFZ 1 września 2020 r. (pismo DEF-WSiKF.401.1.32.2020) wraz z informacjami o zasadach

<sup>31</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1657; dalej: ustawa o zwalczaniu zakażeń.

<sup>32</sup> Do 30 września 2021 r.

<sup>33</sup> 1) Osoby objęte wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów; 2) osoby nie objęte wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz osoby, objęte ograniczeniem, w przypadku gdy po 30 września 2020 r. uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mając bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Od 5 września 2020 r. utraciło moc rozporządzenie w sprawie standardów (przestało obowiązywać ograniczenie, o którym mowa w § 1 ust. 3 ww. rozporządzenia).

przyznawania dodatkowych świadczeń. W piśmie wskazano, że brak jest możliwości dalszej realizacji dyspozycji zawartych w Poleceniu MZ z 29 kwietnia 2020 r.

(akta kontroli str. 5, 24-28, 142-144, 270-278)

**30 września 2020 r.** Minister Zdrowia, w związku z ogłoszoną „Strategią walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020”, zmienił Polecenie MZ z 4 września 2020 r. i wprowadził nowy zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do przyznawania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Były to podmioty lecznicze umieszczone w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję<sup>34</sup>, polecające:

- realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu);
- realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu).

Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (punkt 1 ww. zmiany Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zmianą Polecenia MZ z 30 września 2020 r. Minister nie zmienił punktu 2 załącznika do ww. Polecenia MZ (dotyczącego zasad przekazywania środków finansowych), w którym określono dwie ww. grupy osób uprawnionych do dodatkowych świadczeń pieniężnych<sup>35</sup>.

Od 1 do 31 października 2020 r. warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie punktu 1 ww. Polecenia MZ (po zmianie z 30 września 2020 r.) było udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a na podstawie punktu 2 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. – udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Wysokość dodatkowego świadczenia wynosiła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto danej osoby uprawnionej (nie wyższa niż 10 tys. zł) wg załącznika. Zmiana Polecenia MZ z 30 września 2020 r.<sup>36</sup> obowiązywała od 1 do 31 października 2020 r.

<sup>34</sup> Na podstawie odpowiednio: art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i 4 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19; dalej: polecenie albo decyzja na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

<sup>35</sup> 1) Osoby objęte według stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz 2) osoby nieobjęte według stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz osoby, objęte ograniczeniem, w przypadku gdy po 30 września 2020 r. osoby te będą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mając bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W uzasadnieniu Polecenia MZ z 4 września 2020 r. określono, że z uwagi na zniesienie ograniczenia określonego w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów część świadczenia dot. 80% utraconych zarobków utrzymana będzie do 30 września 2020 r. dla osób objętych ograniczeniem (wg stanu na 4 września 2020 r.).

<sup>36</sup> W uzasadnieniu zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r. wskazano, że zmienione polecenie korespondować będzie z wydawanymi obecnie przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów poleceniami albo decyzjami dla podmiotów leczniczych / szpitali II i III poziomu – według nowego kształtu „Strategii walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020”. Dodatkowym poza zatrudnieniem w podmiocie leczniczym z II lub III poziomu warunkiem do uzyskania uprawnienia do świadczenia dodatkowego byłoby nadal wykonywanie zawodu medycznego i uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Warunkiem przekazania środków przez NFZ było zawarcie umowy lub porozumienia. Prezes NFZ nie opracował nowego wzoru umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne po wprowadzeniu zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r. Obowiązujące od 1 do 31 października 2020 r. umowy zawarte zostały wg wzoru opracowanego na podstawie zasad określonych w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (przekazanego OW NFZ 11 września 2020 r.), w którym:

- uprawnionymi były podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne: wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub w których w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych udzielano świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (zgodnie z uzasadnieniem Polecenia MZ z 4 września 2020 r. tzw. szpitale jednoimienne i szpitale zakaźne oraz oddziały innych szpitali, w których udzielano świadczeń zdrowotnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19) oraz
- warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Od 1 października 2020 r. na podstawie punktu 1 Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r., podmiotami uprawnionymi były tzw. szpitale II i III poziomu zabezpieczenia, a warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

We wzorze umowy nie zawarto postanowień odnoszących się do warunku przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych personelowi medycznemu, uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, który został określony w punkcie 1 zmienionego Polecenia MZ z 30 września 2020 r.

(akta kontroli str. 24-36, 142-143, 270-281)

**Od 1 listopada 2020 r.** Minister Zdrowia dokonał kolejnej zmiany Polecenia MZ z 4 września 2020 r., którą rozszerzył zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do otrzymania środków finansowych oraz zakres osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia. Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (punkt 1a ww. zmiany Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, które:

- w szpitalach II i III poziomu uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>37</sup> lub izbach przyjęć udzielały świadczeń zdrowotnych;
- w laboratoriach wykonywały czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Wysokość dodatkowego świadczenia wyniosła 100% wynagrodzenia osoby uprawnionej za dany miesiąc (nie wyższa niż 15 tys. zł). W przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu. Zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do otrzymania środków finansowych oraz zakres osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia, obowiązywał na podstawie ww. zmiany Polecenia MZ od 1 listopada 2020 r. do 31 maja

<sup>37</sup> Art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, ze zm.). Jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego; dalej: jednostki PRM.

2021 r. Warunkiem przekazania środków przez NFZ było zawarcie umowy lub porozumienia. Centrala NFZ przekazała Oddziałom:

- wzory umów i aneksu – pismem z 6 listopada 2020 r. (DEF-WSiKF.401.7.63.2020), w którym poinformowano, że mogą być one modyfikowane przez OW NFZ w zakresie, w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.);
- komunikat z 9 listopada 2020 r. (pismem DEF-WSiKF.401.7.63.2020), którym polecono OW NFZ poinformowanie podmiotów leczniczych, za pośrednictwem dedykowanych serwisów informatycznych, o konieczności zawarcia umowy / aneksu;
- komunikat NFZ z 30 listopada 2020 r. (pismem DEF-WSiKF.401.7.80.2020), informujący o zasadach realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego 1 listopada 2020 r.

Obowiązujące od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. wzory umów dotyczące przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu<sup>38</sup> udzielającemu świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM / izbach przyjęć oraz wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratoriach<sup>39</sup>, były zgodne z warunkami określonymi w punkcie 1 ppkt 2 i 3 oraz punkcie 1a lit. b) i lit. c) Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r.

We wzorze umowy / aneksu w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia:

- w § 1 ust. 2 określono, że warunkiem wypłaty dodatkowego świadczenia było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- w § 1 ust. 6 określono, że informacja kierownika podmiotu uprawnionego obejmuje informacje o osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Zapisy te nie odpowiadały warunkowi określonemu w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego 1 listopada 2020 r., ale odpowiadały zapisowi w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci oraz w punkcie 5 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. Powyższa sytuacja wynikała z faktu, że Minister Zdrowia nie zmienił załącznika do ww. Polecenia MZ z 4 września 2020 r., mimo że zmienił warunek uprawniający do otrzymania dodatkowego świadczenia w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ od 1 listopada 2020 r. Zapisy § 1 ust. 2 i ust. 6 ww. wzoru umowy / aneksu<sup>40</sup> obowiązujący od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. (w tym zapis w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci oraz w punkcie 5 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r.) nie odpowiadały warunkowi określonemu w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. w zakresie użytego spójnika „lub” zamiast „i”.

Wzory umów i aneksu przekazane OW NFZ pismem z 6 listopada 2020 r. (DEF-WSiKF.401.7.63.2020) były opracowane i zatwierdzone przez DEF. Obowiązywały

<sup>38</sup> Osobom wykonującym zawód medyczny.

<sup>39</sup> Podmioty umieszczane na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi NFZ zawarł umowę wykonanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

<sup>40</sup> W sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu medycznego, uczestniczącego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia.

od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 5, 29-36, 103-106, 108, 110-123, 147-148, 155-160)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: z uwagi na fakt, że treść załącznika do Polecenia MZ określająca zasady jego realizacji dotyczy wszystkich okresów realizacji polecenia począwszy od 4 września 2020 r., w treści wzorów umów i aneksów do umów przekazanych OW NFZ przy piśmie z 6 listopada 2020 r. (...), użyte jest wyrażenie o szerszym zakresie obejmującym swym zasięgiem również sytuacje objęte zakresem polecenia sprzed 1 października 2020 r., czyli wyrażeniem: „bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”. Przekazane przy ww. piśmie wzory umów i aneksów do umów miały charakter pomocniczy. W piśmie z 6 listopada 2020 r. wskazano, że powyższe wzory umów i aneksów do umów mogą być przez Dyrektorów OW NFZ modyfikowane w zakresie, w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ z 1 listopada 2020 r, znak: DSZ.224.45954, zmieniającym Polecenie MZ z 4 września 2020 r., zmienionego 30 września 2020 r. Pismem z 9 listopada 2020 r. (...) poinformowano Dyrektorów OW Funduszu, że w związku ze zmianą Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. oraz w związku z rozszerzeniem katalogu podmiotów leczniczych uprawnionych do otrzymania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny dodatkowego świadczenia pieniężnego na warunkach określonych w poleceniu, istnieje konieczność poinformowania, za pośrednictwem dedykowanych serwisów informatycznych, podmiotów leczniczych objętych poleceniem o konieczności zawarcia stosownej umowy / aneksu.

(akta kontroli str. 103-104)

W trakcie kontroli NIK, na podstawie wyjaśnień dyrektorów 16 OW NFZ ustalono, że trzy Oddziały (19%)<sup>41</sup> zmieniły zapisy umów / aneksów w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu<sup>42</sup>. W pozostałych 13 OW NFZ nie dokonano zmiany umów / aneksów i pozostawiono zapis ze wzoru umowy - w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Najczęstszą przyczyną uzasadniającą brak zmiany ww. zapisu wzoru umowy / aneksu opracowanego przez Centralę NFZ było:

- przyjęcie wytycznej dotyczącej możliwości weryfikacji wzorów wyłącznie w zakresie danych dotyczących konkretnej umowy, m.in. nazwy OW NFZ, nazwy podmiotu, danych adresowych, itp.;
- niezachowanie przez Ministra Zdrowia konsekwencji terminologicznej wyrażenia „z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2” określonego w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ oraz wyrażenia „z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2” określonego w załączniku do Polecenia MZ oraz w stanowiskach Ministerstwa Zdrowia Departamentu Dialogu Społecznego<sup>43</sup>.

(akta kontroli str. 404-502, 607-608, 616-617, 664-665, 805)

W trakcie kontroli NIK, prowadzonej jednocześnie w Ministerstwie Zdrowia, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia<sup>44</sup> potwierdził w wyjaśnieniach, że

<sup>41</sup> Łódzkiego OW NFZ, Świętokrzyskiego OW NFZ i Wielopolskiego OW NFZ.

<sup>42</sup> Poprzez użycie sformułowanie: w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>43</sup> Dalej: DDS.

<sup>44</sup> Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu udzielał wyjaśnień z upoważnienia Ministra Zdrowia.

dotatkowe świadczenie pieniężne nie przysługiwało osobom wykonującym zawód medyczny, w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w bezpośrednim kontakcie tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Zapisy § 1 ust. 2 i ust. 6 ww. wzoru umowy / aneksu umożliwiały w okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. przyznanie dodatkowego świadczenia przez dyrektorów podmiotów leczniczych, osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, które miały bezpośredni kontakt m.in. z pacjentami jedynie podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 5, 29-36, 284-290, 388-389)

Na pytanie, dlaczego NFZ nie dokonał zmiany zapisu ww. umowy / aneksu od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.<sup>45</sup>, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *wzory umów i aneksów do umów przekazane OW NFZ przy piśmie z 6 listopada 2020 r. nie określały katalogu podmiotów leczniczych objętych zakresem podmiotowym polecenia MZ z 4 września 2020 r., dlatego dokonane przez Ministra Zdrowia zmiany polecenia z dnia 30 września 2020 r., zmienionego poleceniem z 1 listopada 2020 r., zmienionego poleceniem z 25 listopada 2020 r., zmienionego poleceniem z 8 marca 2021 r. nie wymagały ich odzwierciedlenia we wzorach umów i aneksów do umów przekazanych OW NFZ do wykorzystania.*

(akta kontroli str. 105)

Postanowienia w § 1 ust. 1 wzoru umowy / aneksu<sup>46</sup> określały, do jakiego podmiotu leczniczego odnoszą się umowy, poprzez zapis *uprawniony podmiot oświadcza, że:*

- wykonuje działalność leczniczą w rodzaju: świadczenia szpitalne / stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz że
- minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wobec niego wydał polecenie albo decyzję na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, polecające:
  - realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu);
  - realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu).

Zatem był to podmiot określony w punkcie 1 ppkt 1 Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. Warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia w ww. podmiotach (na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ) było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a nie jak określono we wzorze umowy / aneksu – „z pacjentami z podejrzeniem lub z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”.

Mimo, że Minister Zdrowia nie zmienił zapisu w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci oraz punkcie 5 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r., odnoszącego się do osób uprawnionych po 1 listopada 2020 r. w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia – warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia w ww. szpitalach był bezpośredni

<sup>45</sup> Do zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. obowiązującej od 1 czerwca 2021 r.

<sup>46</sup> Dotyczący przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu w szpitalach II i III poziomu.

kontakt z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 5, 29-36, 272-278, 284-290)

Ministerstwo Zdrowia opracowało wytyczne dotyczące realizacji Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. w dokumencie pt. „Materiał dla Członków Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia”<sup>47</sup>. Centrala NFZ otrzymała ww. dokument 9 grudnia 2020 r. i przekazała Oddziałom 10 grudnia 2020 r.

Ministerstwo Zdrowia w ww. dokumencie potwierdziło, że w przypadku udzielania świadczeń w szpitalach II i III poziomu – (...) *podstawowe znacznie dla kwalifikacji do uprawnienia do otrzymania świadczenia dodatkowego ma spełnienie warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. (...) Użyte w poleceniu wyrażenie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 łącznie muszą zachodzić obie przesłanki (...).*

Ponadto, Centrala NFZ udostępniała na stronach internetowych komunikaty (np. z 2 grudnia 2020 r.) oraz przekazywała Oddziałom NFZ informacje w sprawie zasad realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), m.in. pismo z 30 listopada 2020 r.<sup>48</sup>, w którym poinformowała, że *warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego osobom wykonującym zawód medyczny jest konieczność spełnienia przez nie poniższych warunków: a) w przypadku osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, o których mowa w pkt 1 – uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.*

Po otrzymaniu ww. Materiału dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i opracowaniu ww. komunikatów Centrali NFZ, nie dokonano zmian wzoru umowy / aneksu obowiązującego od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. – w odniesieniu do warunku określonego w punkcie 1a lit. a) ww. Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 19, 108, 110-115, 122-123, 158, 259-269, 279-281, 284-290, 368-376, 752-753, 755-760)

Polecenie MZ z 4 września 2020 r. było skierowane bezpośrednio do Prezesa NFZ. Wprowadzony przez Prezesa NFZ wzór umowy / aneksu poprzez zapis w § 1 ust. 2 i ust. 6 *w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2* dopuścił możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu, udzielającemu świadczeń zdrowotnych, w szpitalach II i III poziomu, m.in. w przypadku tylko bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Kierownik podmiotu leczniczego posiadał uprawnienie do przyznania i wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie warunku określonego w umowie zawartej z OW NFZ.

Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. zawarto 425 umów w 13 OW NFZ w oparciu o wzór umowy (i aneksu) opracowany przez Prezesa NFZ, w którym użyto spójnika „lub” zamiast „i” (z 523 umów zawartych ogółem)<sup>49</sup>. Na podstawie ww. umów w okresie tym wydatkowano w 13 województwach na dodatkowe świadczenia pieniężne w ramach II / III poziomu 2 930 058,1 tys. zł (co odpowiadało 32,8% wydatków ogółem poniesionych

<sup>47</sup> Z 9 grudnia 2020 r. (pismo znak DSW.682.38.2020.PJ); dalej: Materiał dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia.

<sup>48</sup> Nr DEF-WSiKF.401.7.80.2020.187576.DAJ.

<sup>49</sup> W sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu (w tym aneksów do umów).

w latach 2020-2021<sup>50</sup>). Nie można wykluczyć, że w kwocie ww. wydatków część środków otrzymały osoby nieuprawnione (tj. za udzielanie świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem tylko podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2).  
(akta kontroli str. 29-36, 110-118, 404-502, 607-608, 616-617, 664-665, 805, 766, 812-817, 1139, 1516-1517)

W sprawie sprawdzenia, czy Oddziały dokonały zmiany zapisu wzoru umowy i aneksu, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Dyrektorzy OW NFZ w zakresie udzielonego im przez Prezesa NFZ pełnomocnictwa zostali upoważnieni do zawierania z uprawnionymi świadczeniodawcami umów / aneksów do umów o przekazywanie środków z tytułu dodatkowego świadczenia pieniężnego / jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego i wykonywania zadań związanych z rozliczaniem świadczeń związanych z leczeniem pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Jednocześnie w piśmie z 6 listopada 2020 r., wskazano Dyrektorom OW NFZ, że wzory umów i aneksów do umów mogą być przez nich modyfikowane w zakresie, w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ (...). A zatem decyzja o ewentualnej zmianie treści umowy pozostawała w kompetencjach Dyrektorów OW NFZ.*

(akta kontroli str. 753-754)

W obowiązującym od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. wzorze umowy / aneksu w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu III poziomu zabezpieczenia (w § 1 ust. 1 pkt 1) nie doprecyzowano, że taki szpital realizuje świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach świadczeń zdrowotnych określonych w poleceniu właściwego organu (tj. ministra do spraw zdrowia lub właściwego wojewody).

Podkreślić należy, że opracowany przez Centralę NFZ ww. wzór umowy / aneksu (z 9 listopada 2020 r.) odpowiadał zapisom punktu 1 ppkt 1 lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego 1 listopada 2020 r.

Zapisy ww. wzoru umowy / aneksu (w § 1 ust. 1 pkt 1) nie odpowiadały pojęciu szpitala III poziomu zabezpieczenia, określonego w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz zarządzeniu Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.). W przepisach tych określono, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale III poziomu – na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 z innych przyczyn niż COVID-19, tj. w zakresach wskazanych w poleceniu właściwego organu. Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 ww. zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ – szpital III poziomu zabezpieczenia to szpital realizujący świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach leczenia wskazanych w poleceniu właściwego organu.

Na podstawie zapisu § 1 ust. 1 pkt 1 ww. wzoru umowy / aneksu, tym samym w umowach (opracowanych na ich podstawie) zawartych przez dyrektorów OW NFZ z podmiotami leczniczymi – dopuszczono możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu, udzielającemu świadczeń zdrowotnych pacjentom leczonym poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem

<sup>50</sup> 8 924 121,1 tys. zł (na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm.).



III poziomu zabezpieczenia (tj. w decyzji właściwego organu polecającej podmiotowi leczniczemu zapewnienie określonej liczby łóżek, w określonym okresie i w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej – w ramach III poziomu). Na przykład podmiot leczniczy będący szpitalem III poziomu w zakresie psychiatrii, mógł wypłacać dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu uczestniczącemu w leczeniu pacjentów<sup>51</sup> w innych zakresach niż psychiatria (np. leczonym w zakresie neurologii czy rehabilitacji), tylko dlatego, że dany podmiot leczniczy miał status szpitala III poziomu.

(akta kontroli str. 5, 29-36, 284-285)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in., że w treści wzoru umowy / aneksu (...) ujęto zapisy wynikające wprost z Polecenia MZ (ze zm.), (...) na warunkach określonych w poleceniu. W treści Polecenia MZ (ze zm.) nie zostały wymienione zakresy świadczeń opieki zdrowotnej. Nie zawarto też w Poleceniu MZ wymogu w stosunku do Funduszu ujęcia w treści wzoru umowy / aneksu takiej informacji.

(akta kontroli str. 531)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in.: (...) realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu) – pkt 1 ppkt 1 lit. a) Polecenia MZ – musiała odbywać się w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody. Ponadto określenie szpital II lub III poziomu odnosiło się do stopnia zabezpieczenia covidowego danego podmiotu leczniczego (jego komórek organizacyjnych).

(akta kontroli str. 1182-1183)

Minister Zdrowia **28 maja 2021 r.** dokonał ponownej zmiany Polecenia MZ z 4 września 2020 r., którą ograniczył od 1 czerwca 2021 r. zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do otrzymania środków finansowych na dodatkowe świadczenia (do szpitali II poziomu)<sup>52</sup>.

Zmianą Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. wprowadzono także jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne (w wysokości 5 tys. zł). Uprawnionymi do jednorazowego świadczenia były:

- osoby inne niż osoby wykonujące zawód medyczny (tzw. personel niemedyczny), które od 1 listopada do 2020 r. do 31 maja 2021 r. wykonywały w wymiarze co najmniej 21 dni czynności zawodowe:
  - w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w szpitalach II i III poziomu;
  - w jednostkach PRM lub izbach przyjęć;
  - w laboratoriach, w których w okresie wykonywania czynności zawodowych wykonywano testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2;
- osoby, które od 4 września do 2020 r. do 31 maja 2021 r. uczestniczyły, w wymiarze co najmniej 21 dni, w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu

<sup>51</sup> Z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>52</sup> Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (na podstawie punktu 1 i 1a ww. zmiany Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, które w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w tych jednostkach. Wysokość dodatkowego świadczenia wynosiła nadal 100% wynagrodzenia osoby uprawnionej za dany miesiąc (nie wyższa niż 15 tys. zł). W przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu.

sanitarnego i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (tj. personel medyczny i niemedyczny).

Zmiana Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. obowiązywała od 1 czerwca 2021 r. do 31 marca 2022 r., z uwzględnieniem zmian wprowadzonych do Polecenia MZ z 29 października i 30 listopada 2021 r. oraz 25 lutego 2022 r.<sup>53</sup>

Warunkiem przekazania środków przez NFZ było zawarcie umowy lub porozumienia. Centrala NFZ 10 czerwca 2021 r. opracowała i przekazała Oddziałom wzory umów (pismo WSiKF.401.7.422.2021), w którym poinformowała, że mogą być one modyfikowane przez OW NFZ, w zakresie w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Wzory umów były zgodne z warunkami określonymi w punkcie 1 ppkt 1, 1a-1d ww. Polecenia MZ zmienionego 28 maja 2021 r. Wzory umów dotyczące jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych personelowi niemedycznemu w szpitalach II / III poziomu, miały określony warunek „wykonywania czynności zawodowych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 5, 45-64, 145-146, 296-329, 1441-1453)

Minister Zdrowia dokonał **29 października 2021 r.** kolejnej zmiany Polecenia MZ z 4 września 2020 r., obowiązującej od 1 listopada 2021 r.<sup>54</sup>

Centrala NFZ 4 listopada 2021 r. opracowała i przekazała Oddziałom wzory umów i aneksu oraz pismo nr WSiKF.401.7.66.2021, w którym poinformowano, że mogą być one modyfikowane przez Oddziały, w zakresie w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Były one zgodne z warunkami określonymi w Poleceniu MZ zmienionego 29 października 2021 r. Centrala NFZ przekazała Oddziałom komunikat dotyczący zasad przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych na podstawie zmiany ww. Polecenia MZ z 29 października 2021 r.

(akta kontroli str. 5, 65-70, 108, 147-151, 313-317)

Minister Zdrowia **30 listopada 2021 r.** dokonał zmiany Polecenia MZ z 4 września 2020 r., obowiązującej od 1 grudnia 2021 r., którą m.in. ujednolicił tekst ww. Polecenia MZ i ponownie wprowadził jednorazowe dodatkowe świadczenie pieniężne w wysokości 5 tys. zł (za okres od 1 czerwca do 30 listopada 2021 r.).

Centrala NFZ 2 grudnia 2021 r. opracowała i przekazała Oddziałom wzór umowy oraz pismo nr DEF.401.7.75.2021, w którym poinformowała, że może być on modyfikowany przez OW NFZ w zakresie, w jakim nie będzie to sprzeczne z Poleceniem MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) oraz o zakresie tej zmiany. Wzór umowy był zgodny z warunkami określonymi w ww. Poleceniu MZ zmienionym 30 listopada 2021 r.

(akta kontroli str. 5, 71-75, 108, 152-154, 318-329)

**1.4. We wzorach umów i aneksów (w tym dotyczących jednorazowego dodatkowego świadczenia) brak było zapisów odwołujących się w sprawach nieuregulowanych**

<sup>53</sup> Zmiana Polecenia MZ z 25 lutego 2022 r. nie była objęta badaniem NIK.

<sup>54</sup> M.in.: zmienił zasadę obliczania wysokości dodatkowego świadczenia na 100% wynagrodzenia za każdą godzinę pracy osoby uprawnionej, w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, która uczestniczyła w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miała bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w tych jednostkach (nie wyższa niż 15 tys. zł); wprowadził terminy składania informacji przez podmiot leczniczy (m.in. dwóch miesięcy od końca miesiąca, którego dotyczy informacja).

umowami do postanowień określonych w Poleceniu MZ z 29 kwietnia 2020 r. oraz Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).

(akta kontroli str. 24-75, 721-725)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ z 4 września 2020 r. ze zm. nie określiło takiego wymogu. Dlatego we wzorach umów i aneksów dokonano odniesienia do prawa powszechnie obowiązującego.*

(akta kontroli str. 106)

Prezes NFZ nie przedłożył (w celu opiniowania, konsultacji czy akceptacji) Ministrowi Zdrowia wzorów umów / aneksów w sprawie przekazania środków finansowych podmiotom leczniczym na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych (w tym jednorazowych). Dyrektor DEF wyjaśnił m.in., że Polecenie MZ nie określiło takiego wymogu.

(akta kontroli str. 105, 530)

Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. we wzorach umów (tym samym w umowach, opracowanych na ich podstawie, zawartych z podmiotami leczniczymi w 13 województwach) stosowano spójnik „lub” w odniesieniu do warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w szpitalach II / III poziomu zabezpieczania.

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) kierowane jest do Prezesa NFZ i to na Prezesa NFZ nakłada określone obowiązki wykonania czynności pozwalających na stworzenie podstaw prawnych, w relacji NFZ – podmioty lecznicze, na podstawie których podmioty lecznicze przekazywały dane do OW NFZ pozwalające obliczyć wysokość kwoty środków finansowych na pokrycie kosztu świadczeń dodatkowych wypłacanych na podstawie Polecenia. W związku z przyjęciem ww. metody działania – Polecenie Ministra Zdrowia skierowane zostało do Prezesa NFZ, a nie do poszczególnych podmiotów leczniczych, i to NFZ zawiera z podmiotami leczniczymi spełniającymi warunki określone w Poleceniu, umowy i na podstawie tych umów przekazuje i rozlicza środki na pokrycie kosztu wypłaty świadczeń dodatkowych. Należy więc przyjąć, że faktyczne uszczegółowienie procedury pozyskiwania środków na świadczenia dodatkowe odbywało się na poziomie umów zawieranych przez poszczególne OW NFZ z konkretnymi podmiotami leczniczymi.*

(akta kontroli str. 1191, 1202-1203)

**2.** Szczegółowym badaniem objęto zasady przekazywania przez NFZ środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych – obowiązujących od 4 września 2020 r. do 30 września 2021 r.<sup>55</sup>, określonych we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r., zmienionego 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r. (z uwzględnieniem niektórych zmian wprowadzonych w okresie późniejszym).

**2.1.** W punkcie 1 Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) zobowiązano NFZ do przekazania określonym podmiotom leczniczym środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uprawnionych. Zasady przekazywania przez NFZ środków finansowych określono w załączniku do Polecenia MZ (pn. „Zasady

---

<sup>55</sup> Koniec okresu objętego kontrolą.

przekazania środków finansowych”). Na ich podstawie środki na dodatkowe świadczenia powinny być ustalane i rozliczane:

- przez dyrektora właściwego terytorialnie OW NFZ ze względu na położenie podmiotu leczniczego;
- na podstawie informacji kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego o łącznej wysokości środków finansowych niezbędnych do zapewniania dodatkowych świadczeń pieniężnych wszystkim osobom uprawnionym wraz z kosztami pracodawcy należnymi od tych świadczeń.

Informacja o łącznej wysokości środków finansowych powinna:

- obejmować informację (wykaz) osób uprawnionych z danymi dotyczącymi imienia i nazwiska każdej osoby uprawnionej, jej nr PESEL i nr prawa wykonywania zawodu, jeśli posiadała;
- być sporządzona przez kierownika podmiotu leczniczego na podstawie oświadczeń osób uprawnionych obejmujących zgodę na udostępnienie NFZ i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków na jego wypłatę<sup>56</sup>;
- być przekazana przez kierowników podmiotów leczniczych w formie elektronicznej w sposób zapewniający ochronę danych osobowych;
- być przekazana raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca – do dyrektora właściwego terytorialnie OW NFZ<sup>57</sup>.

Zasady te zostały ujęte we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (m.in. w § 1 pkt 3, § 1 ust. 6<sup>58</sup> i § 1 ust. 8<sup>59</sup>).

(akta kontroli str. 24-68, 108, 110-122, 284-295)

We wzorach umów (dotyczących wypłaty dodatkowych świadczeń na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) nie określono:

- wymogu wskazania kwoty wraz z kosztami pracodawcy każdej osoby uprawnionej ujętej w miesięcznej informacji;
- w jakiej formie przekazywać dane elektronicznie (np. rodzaj pliku) i jak zapewnić ochronę danych osobowych;
- za jaki okres powinna być przekazana ww. informacja (za dany miesiąc czy poprzedni);
- obowiązku przekazywania oświadczeń osób uprawnionych (zawierających dane o wysokości wynagrodzenia) do załączonych przez kierowników podmiotów leczniczych miesięcznych informacji o łącznej kwocie niezbędnej do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych.

Określone przez Centralę NFZ we wzorach umów (także w umowach, opracowanych na ich podstawie, zawartych z podmiotami leczniczymi) zasady przekazywania środków finansowych nie zobowiązywały kierowników podmiotów leczniczych do wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych, w inny sposób niż na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej (od 4 września do 31 października 2020 r.) / oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnieniu Ministrowi lub NFZ

<sup>56</sup> W okresie od 4 września do 31 października 2020 r. - na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej.

<sup>57</sup> Termin ten obowiązywał do 31 października 2021 r. i nie dotyczył jednorazowych dodatkowych świadczeń.

<sup>58</sup> Umów o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne (personel medyczny).

<sup>59</sup> Umów o przekazanie środków finansowych na jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne.

informacji o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej<sup>60</sup> oraz przedstawienia NFZ danych dotyczących wyłącznie jej imienia i nazwiska, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu. Wzory umów nie określały także obowiązków potwierdzenia i dokumentowania przez kierowników podmiotów leczniczych:

- spełnienia przez osoby uprawnione warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM lub izbach przyjęć (określonego w § 1 ust. 1 i ust. 2 umowy oraz w punkcie 1a Polecenia MZ z 4 września 2020 r.);
- ustalenia dodatkowego świadczenia odpowiadającego 100% wynagrodzenia, nie więcej niż 15 tys. zł<sup>61</sup> oraz pomniejszenia go w przypadku świadczenia pracy, przez osobę uprawnioną, przez niepełny miesiąc (w § 1 ust. 5 umowy oraz w punkcie 3 lit. b) załącznika do ww. Polecenia MZ).

We wzorach umów w odniesieniu do personelu medycznego nie wprowadzono wymogu złożenia oświadczenia o spełnieniu warunku:

- uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu II / III<sup>62</sup> poziomu zabezpieczenia w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (od 1 października 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.);
- udzielania świadczeń w jednostkach PRM / izbach przyjęć (od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.).

We wzorach umów dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych personelowi niemedycznemu w szpitalach II / III poziomu określono warunek „wykonywania czynności zawodowych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.”, a także wymóg złożenia oświadczenia przez osoby uprawnione o spełnieniu ww. warunku.

(akta kontroli str. 24-36, 41-48, 65-75, 110-114, 119-120, 270-329)

Na podstawie zasad określonych we wzorach umów (opracowanych na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) oraz w umowach zawartych przez dyrektorów OW NFZ z podmiotami leczniczymi – do wyłącznej kompetencji kierownika podmiotu leczniczego, pozostawiono ustalenie:

- osób uprawnionych, w tym uznania, czy spełniony był warunek określony w § 1 ust. 1 i 2 umów zawartych na podstawie wzorów Centrali NFZ,
- wysokości dodatkowego świadczenia, w tym obniżenia go w przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc (na podstawie § 1 ust. 5 umów).

Do wyłącznej kompetencji kierownika podmiotu leczniczego pozostawiono także decyzję o wypłacie dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym, o czym świadczy również przedstawiona w trakcie kontroli NIK dokumentacja dotycząca rozpatrywania skarg przez OW NFZ.

Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ (w związku z rozpatrywaniem skargi w sprawie nieprzyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez Dyrektora Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. J. Bogdanowicza SP ZOZ w Warszawie), poinformował

<sup>60</sup> W przypadku innej podstawy zatrudnienia niż stosunek pracy – na podstawie informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia (obowiązującej od 4 września 2020 r. do 31 października 2021 r.). Od 1 listopada 2021 r. - na podstawie informacji o wysokości wynagrodzenia za każdą godzinę pracy.

<sup>61</sup> Obowiązujący od 1 listopada 2020 r.

<sup>62</sup> III poziom zabezpieczenia obowiązywał do 31 maja 2021 r.

Centralę NFZ, że: (...) *Podkreślić należy, że minister właściwy do spraw zdrowia w wydanym poleceniu określił zasady przyznawania dodatkowego świadczenia, pozostawiając Funduszowi jedynie funkcje niejako techniczne przy realizacji tego zadania, m.in. zawarcie umowy i przekazanie środków finansowych w ustalonej wysokości zgodnie z zasadami wynikającymi z polecenia. Fundusz nie został uprawniony do ingerowania w obszar zastrzeżony dla Świadczeniodawcy, w tym dotyczący wykazu osób uprawnionych do otrzymania dodatku, terminów i wysokości wypłat dodatków należnych poszczególnym pracownikom lub innym osobom udzielającym świadczeń u Świadczeniodawcy na podstawie zawartej z nim umowy.*

Dyrektor Lubuskiego OW NFZ (w związku z rozpatrywaniem skargi dotyczącej nieprawidłowości w zakresie przyznawania i wypłacania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.), poinformował NIK, że *wystąpił do szpitala o dane, które posłużą do porównania zgodności otrzymanych informacji z przekazanymi szpitalowi środkami z przeznaczeniem na wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych.*

(akta kontroli str. 24-75, 270-329, 562-563, 589-600)

Centrala NFZ nie prowadziła analiz, czy i które Oddziały wprowadziły dodatkowe wymogi (i jakie) w zakresie danych zamieszczanych przez kierowników podmiotów leczniczych w miesięcznych informacjach o osobach uprawnionych, co umożliwiłoby przed przekazaniem środków finansowych, przeprowadzenie weryfikacji przedkładanych przez szpitale danych i informacji dotyczących spełniania warunków określonych w umowach (zawartych na podstawie wzorów umów opracowanych przez Centralę NFZ), m.in. w zakresie:

- wykonywanego zawodu przez osobę umieszczoną w wykazie / informacji;
- przestrzegania maksymalnej kwoty dodatkowego świadczenia;
- sprawdzenia sumy dodatkowych świadczeń wszystkich wskazanych osób (i należnych od nich kosztów pracodawcy) z wartością wskazaną w informacji o łącznej kwocie środków na zapewnienie dodatkowych świadczeń;
- uczestniczenia w udzielaniu świadczeń / udzielaniu świadczeń przez personel medyczny w danym oddziale / medycznej komórce organizacyjnej.

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Zakres danych zamieszczanych przez kierowników podmiotów leczniczych w informacjach o osobach uprawnionych został określony w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).*

(akta kontroli str. 1024-1030)

W sprawie nieokreślenia w Poleceniu MZ obowiązku zamieszczenia dodatkowych danych przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych – w wykazach (informacjach) osób uprawnionych<sup>63</sup>, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in., że: *Polecenie ma charakter ogólny, a ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ.*

(akta kontroli str. 1196, 1208)

---

<sup>63</sup> Dotyczy np. podstawy naliczenia dodatkowego świadczenia (100% wynagrodzenia), kosztów pracodawcy od ww. wynagrodzenia oraz zawodu osoby uprawnionej, miejsca udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Na pytanie, czy Fundusz rozważał wprowadzenie obowiązku uzyskania dodatkowych danych od podmiotów leczniczych<sup>64</sup>, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *OW NFZ wymagały od świadczeniodawców zakresu danych dotyczących osób uprawnionych do uzyskania dodatkowego świadczenia pieniężnego określonych w Poleceniu MZ. Polecenie MZ nie zawierało upoważnienia dla Funduszu do rozszerzenia zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców.*

(akta kontroli str. 535)

Prezes NFZ we wszystkich wzorach umów / aneksu (§ 3 ust. 2 umowy)<sup>65</sup> określił trzydniowy termin na przekazanie przez Oddziały środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne (w tym jednorazowe), od dnia otrzymania dokumentu księgowego oraz informacji kierownika podmiotu leczniczego o środkach finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, co określono odpowiednio: w § 1 ust. 6 lub ust. 8 umowy.

Prezes NFZ nie określił terminu na dokonanie weryfikacji przez Oddziały informacji kierowników podmiotów uprawnionych w zakresie zawartych w nich danych (tj. o łącznej kwocie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, obejmującej imię i nazwisko, nr PESEL i nr prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej). Miesięczne informacje mogły obejmować nawet kilka tysięcy osób uprawnionych w jednym podmiocie leczniczym.

(akta kontroli str. 5, 24-75)

W sprawie określenia trzydniowego terminu na przekazanie środków finansowych, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Określenie (...) trzydniowego terminu na przekazanie przez OW NFZ do świadczeniodawców środków finansowych z tego tytułu, dotyczy wypłaty środków w oparciu o przekazane przez świadczeniodawcę OW NFZ prawidłowo sporządzonych: informacji, o której mowa w Poleceniu MZ i dokumentu księgowego, o którym mowa w umowie.*

(akta kontroli str. 535)

Wzory umów określały, że środki, o których mowa w § 2 umowy, są przekazywane na rachunek bankowy uprawnionego podmiotu, w terminie trzech dni roboczych od dnia otrzymania przez dyrektora OW NFZ informacji określonych w § 1 ust. 6<sup>66</sup> lub § 1 ust. 8<sup>67</sup> oraz dokumentu księgowego, o którym mowa w ust. 1. Natomiast w § 3 ust. 3 – za termin przekazania środków, o których mowa w § 2, uznaje się dzień, w którym NFZ polecił bankowi przelać kwotę wynikającą z prawidłowo wystawionego dokumentu księgowego (§ 3 ust. 3), a nie prawidłowo sporządzonej informacji o osobach uprawnionych (§ 3 ust. 1).

(akta kontroli str. 24-75)

W sprawie podjętych działań organizacyjnych, w tym kadrowych, zmierzających do zapewnienia przez OW NFZ przekazywania środków finansowych podmiotom leczniczym na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych w wyżej określonym terminie trzech dni, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in., że: *środki finansowe niezbędne do*

<sup>64</sup> Dotyczących m.in. obliczonej / przyznanej kwoty dodatkowego świadczenia (odpowiadającej 100% wynagrodzenia brutto), kosztów pracodawcy, zawodu medycznego, miejsca udzielania świadczeń pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>65</sup> Obowiązujące od 4 września 2020 r. 31 grudnia 2021 r.

<sup>66</sup> Wzory dotyczące dodatkowych świadczeń pieniężnych.

<sup>67</sup> Wzory dotyczące jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych.

regulowania bieżących zobowiązań przekazywane są OW zgodnie z Procedurą do procesu pn. Przekazywanie środków do OW NFZ, zatwierdzoną przez Prezesa NFZ. Z uwagi na przepis art. 7 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 listopada 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2021<sup>68</sup>, wielkość planowanego funduszu wynagrodzeń NFZ w roku 2021 pozostała na poziomie z roku 2020, działania organizacyjne NFZ zmierzające do zapewnienia przekazywania środków finansowych podmiotom leczniczym na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych w terminie trzech dni od dnia złożenia przez kierownika podmiotu leczniczego informacji / wykazu osób uznanych za uprawnione, musiały być realizowane w ramach posiadanych przez OW NFZ zasobów kadrowych.

(akta kontroli str. 107-108)

**2.2.** Prezes NFZ nie określił mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację prawidłowości informacji sporządzonych przez kierowników podmiotów leczniczych, przed przekazaniem środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych), m.in. w zakresie:

- czy osoba uprawniona spełniała warunek wykonywania zawodu medycznego określonego w § 1 ust. 2 wzoru umowy (w przypadku wskazania wyłącznie jej nr PESEL);
- prawidłowego ustalenia osób uprawnionych (czy spełniały wymóg udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w § 1 ust. 1 i 2 wzoru umowy / aneksu, tym samym w punkcie 1a w zw. z punktem 1 Polecenia MZ z 4 września 2020 r., po zmianie z 30 września i 1 listopada 2020 r.);
- prawidłowego ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia przyznanego osobie uprawnionej (czy odpowiadała 100% miesięcznego wynagrodzenia danej osoby) i nie przekraczała 15 tys. zł;
- kwoty przyznanego dodatkowego świadczenia poszczególnym osobom uprawnionym wraz z należnymi od nich kosztami pracodawcy – w celu ustalenia czy kwota dodatkowych świadczeń poszczególnych osób uprawnionych wraz z kosztami pracodawcy odpowiada sumie łącznej kwoty wnioskowanej przez podmiot leczniczy na dodatkowe świadczenia wraz z ww. kosztami w danym miesiącu;
- prawidłowości zwrotu niewykorzystanych środków.

Oddziały, w oparciu o miesięczne informacje kierownika o łącznej kwocie środków finansowych do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych<sup>69</sup>, miały możliwość zweryfikowania wyłącznie, czy dana osoba o nr PESEL / prawa wykonywania zawodu została kilkakrotnie wykazana w informacji przez podmiot leczniczy, ale nie mogły zweryfikować, czy dodatkowe świadczenie przekraczało maksymalną wysokość 15 tys. zł. Przedstawiane informacje umożliwiały OW NFZ sprawdzenie, czy kwota wskazana w miesięcznej informacji o wysokości łącznej kwoty na wypłatę dodatkowych świadczeń i liczba zgłoszonych osób do dodatkowego świadczenia jest taka sama jak na dokumencie księgowym (np. nocie księgowej).

Zmianą Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. wprowadzającą m.in. jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne, doprecyzowano wymóg złożenia przez osobę uprawnioną do jednorazowego świadczenia dodatkowego informacji potwierdzającej spełnianie warunków do jego otrzymania (punkt 2 lit. c) załącznika do ww. Polecenia MZ). Warunek ten został uwzględniony w sporządzonych przez Centralę NFZ wzorach umów

<sup>68</sup> Dz. U. poz. 2400, ze zm.

<sup>69</sup> Obejmującej imię i nazwisko osoby uprawnionej, jej nr PESEL / prawa wykonywania zawodu.



dotyczących przekazania środków finansowych na jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne.

(akta kontroli str. 29-75, 108, 110-122, 270-239)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in., że OW NFZ przeprowadzały weryfikację informacji o osobach uprawnionych w oparciu o zasady określone w poleceniu / decyzji Ministra Zdrowia oraz wyjaśnienia / stanowiska Ministerstwa Zdrowia pozyskiwane przez Centralę Funduszu w trakcie realizacji ww. poleceń.

(akta kontroli str. 7)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in., że: *Polecenie ma charakter ogólny, a ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ.*

(akta kontroli str. 1196, 1208)

O braku procedur i narzędzi umożliwiających przeprowadzenie przez NFZ weryfikacji informacji kierowników podmiotów leczniczych świadczą m.in. problemy z rozliczeniem dodatkowych świadczeń pieniężnych w szpitalach tymczasowych w sytuacjach, kiedy:

- podmiot odmówił wskazania kwot środków finansowych przekazanych na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego w celu ich potrącenia z należności za świadczenia zdrowotne wypłacane szpitalom tymczasowym<sup>70</sup>;
- podmiot rozliczył częściowo środki finansowe przekazane na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego, do wysokości środków otrzymanych z tytułu opłat ryczałtowych.

Świadczą o tym także wyjaśnienia pracowników Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ, udzielone w trakcie kontroli Funduszu w ww. Oddziale<sup>71</sup> dotyczące braku wytycznych w sprawie sposobu weryfikacji informacji i wykazów przekazywanych przez kierowników podmiotów leczniczych.

Brak obowiązku wskazywania przez podmioty lecznicze w miesięcznej informacji wysokości dodatkowego świadczenia każdej zgłoszonej osoby uniemożliwił Funduszowi ustalenie ile osób w skali kraju otrzymało dodatkowe świadczenie wielokrotnie za dany miesiąc i łącznej kwoty otrzymanych przez nie dodatków, przekraczające jego maksymalną wysokość 15 tys. zł (oraz świadczenia jednorazowego w wysokości 5 tys. zł) z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych / wykonywania czynności zawodowych w kilku podmiotach leczniczych oraz na obszarze różnych województw. Ponadto, wprowadzono wymóg, aby dane dotyczące imienia i nazwiska czy nr PESEL osoby uprawnionej były przekazane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych, co uniemożliwiało pełną identyfikację tych osób.

(akta kontroli str. 29-75, 107-108, 110-122, 896-908, 1041-1047, 1060-1074)

**3.1. Realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) w zakresie zawierania i rozwiązywania umów w sprawie przekazywania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz ich**

<sup>70</sup> Na podstawie § 1 ust. 8 i 9 zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (i jego kolejnych zmianach). Dalej: zarządzenie Nr 187/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania.

<sup>71</sup> Przedmiotem kontroli była m.in. prawidłowość rozliczania przez Oddział środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, objętych ograniczeniem, które oceniono negatywnie.

rozliczanie, Prezes NFZ powierzył dyrektorom Oddziałów, na podstawie stosownych pełnomocnictw.

(akta kontroli str. 77-93, 167)

W ramach realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) Centrala NFZ zamieszczała na stronach internetowych komunikaty dotyczące zasad jego wykonania oraz warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego. Centrala NFZ występowała do Ministra Zdrowia o informację w sprawie sposobu realizacji zasad określonych w ww. Poleceniu MZ, które przekazywała Oddziałom oraz udzielała wyjaśnień w sprawach kierowanych przez różne podmioty (m.in. podmioty lecznicze, pracowników tych podmiotów oraz organizacje zrzeszające grupy zawodowe personelu medycznego).

W latach 2020-2021 do NFZ (DEF, Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Departamentu Kontroli<sup>72</sup>) wpłynęło łącznie 1 517 pism dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (185 w 2020 r. i 1 332 w 2021 r.), z tego:

- 1 503 pisma w sprawie realizacji przez podmioty lecznicze Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) – najczęściej w zakresie uprawnień do dodatkowych świadczeń pieniężnych, sposobu wyliczenia i wypłaty dodatkowego świadczenia oraz obniżenia jego wysokości;
- 14 pism dotyczących umów zawartych w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych (w tym jednorazowych) – najczęściej w sprawach dotyczących prawidłowości naliczenia dodatkowych świadczeń pieniężnych, wskazania przez kierowników podmiotów leczniczych osób uprawnionych, terminu wypłaty dodatkowych świadczeń.

(akta kontroli str. 9-23, 155-159, 259-269, 368-376, 701-704, 827-828, 1397-1435)

Centrala NFZ otrzymała opracowany przez Ministerstwo Zdrowia Materiał dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia dotyczący zasad realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (po zmianach z 1 listopada 2020 r.). W dokumencie tym zawarto wyjaśnienia (interpretacje) warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz zasad realizacji ww. Polecenia MZ. Interpretacje te dotyczyły m.in.:

- a) Braku ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu<sup>73</sup>.
- b) Warunku nieincydentalnego udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2<sup>74</sup>.
- c) „Zasady” odpowiedzialności kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego za przyznanie dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, zatrudnionemu za

<sup>72</sup> Dalej: DK.

<sup>73</sup> Zakres podmiotowy Polecenia: szpitale II i III poziomu – osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. 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. Polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki wskazane powyżej (chodzi np. o techników elektroradiologii udzielających świadczeń na oddziałach przeznaczonych dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 i udzielających świadczeń przebywającym na tych oddziałach pacjentom zakażonym).

<sup>74</sup> Bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego, oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów.

pośrednictwem innego podmiotu – podwykonawcy oraz za wypłatę i rozliczenie przez podwykonawcę przekazanych środków finansowych<sup>75</sup>.

- d) „Zasady” ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego, jako 100% kwoty wynagrodzenia „brutto” danej osoby oraz jego limitu w wysokości 15 tys. zł „brutto” wypłacanego w danym podmiocie leczniczym<sup>76</sup>.

Centrala NFZ w pismach potwierdzała również konieczność stosowania „zasady” proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia w przypadku świadczenia pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc, bez wskazania sposobu / metody jego pomniejszenia<sup>77</sup>.

(akta kontroli str. 284-290, 369-380)

We wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (w celu realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. po zmianach z 1 listopada 2020 r.) nie określono opisanych w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia ww. warunków i zasad realizacji Polecenia MZ. W trakcie realizacji umów, Centrala NFZ w pismach kierowanych do świadczeniodawców powoływała się na stanowiska Ministerstwa Zdrowia – DDS. Obowiązek realizacji Polecenia MZ nałożono na NFZ. Podmiot leczniczy zobowiązany był do realizacji warunków i zasad wypłaty dodatkowych świadczeń określonych w umowach. Wzory umów (także umowy zawarte przez dyrektorów Oddziałów z podmiotami leczniczymi) odsyłały w sprawach nieuregulowanych do przepisów powszechnie obowiązujących, w szczególności Kodeksu cywilnego, ale nie odsyłały do zapisów Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).

**Ad. a)** Fundusz w pismach kierowanych do podmiotów leczniczych<sup>78</sup> posługiwał się interpretacją, że Polecenie MZ nie wprowadziło ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu, mimo że zapisu takiego nie określono we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ oraz w umowach, opracowanych na ich podstawie, zawartych przez dyrektorów Oddziałów z podmiotami leczniczymi (obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.<sup>79</sup>).

(akta kontroli str. 29-75, 369-370, 1302, 1489-1491)

---

<sup>75</sup> Polecenie MZ nie wprowadza bowiem wymogu pozostawania w zatrudnieniu w podmiocie leczniczym dokonującym zgłoszenia tych osób. Jednocześnie to kierownik podmiotu leczniczego dokonujący zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców będzie musiał zapewnić, że informacje o ich wynagrodzeniu są prawidłowe, oświadczenia osób uprawnionych są zgodne ze stanem faktycznym, a pozyskane środki są przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe. Dodatkowe świadczenia pieniężne nie mogą jednocześnie stanowić przychodu podwykonawcy.

<sup>76</sup> Sformułowanie „wynagrodzenie” należy rozumieć, jako wynagrodzenie brutto. Określony w poleceniu limit 15 tys. zł dodatku odnosi się do wysokości świadczenia dodatkowego brutto wypłacanego danej osobie w danym podmiocie leczniczym. W przypadku uprawnienia do świadczenia dodatkowego wynikającego z więcej niż jednego stosunku prawnego łączącego osobę uprawnioną z danym podmiotem leczniczym limit wysokości świadczenia dodatkowego nie ulega podwyższeniu (zwiększeniu).

<sup>77</sup> Polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te są udzielane w sposób ciągły czy nie). (...) w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu.

<sup>78</sup> M.in. pismo z: 18 marca 2021 r. (DEF-WSKiKF.401.6.124.2021 2021.74667.BE); 8 maja 2021 r. (DEF-WSKiKF.401.6.150.2021 2021.128368.BE).

<sup>79</sup> Do zmiany wzorów umów na podstawie zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r.

Przyjęcie „zasady”, że uprawnienie do dodatkowego świadczenia zdrowotnego<sup>80</sup> dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II / III poziomu, pod warunkiem „nieincydentalnego” udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2) wpływało na odmienne traktowanie osób udzielających świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w podmiotach, które realizowały takie same zadania, ale nie miały statusu szpitala II / III poziomu zabezpieczenia. Dotyczyło to w szczególności personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych:

- w szpitalach tymczasowych,
  - w punktach wymazowych (stacjonarnych i mobilnych) w celu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2.
- Personel medyczny w podmiotach, które wykonywały zadania szpitali tymczasowych, ale nie były szpitalami II / III poziomu, nie otrzymywał dodatkowych świadczeń, mimo że udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Szpitali tymczasowych nie określono, jako podmiotów uprawnionych do otrzymania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne w § 1 ust. 1 wzoru umowy / aneksu<sup>81</sup> (ustalonego na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm. 1 listopada 2020 r.).

Szpital tymczasowy to część podmiotu leczniczego (tak jak szpital II i III poziomu zabezpieczenia), który realizował zadania przeciwdziałania COVID-19 w różnym okresie, w zależności od nałożonych przez wojewodę na podmiot obowiązków<sup>82</sup>. Podmiot mógł realizować zadania szpitala II poziomu lub szpitala tymczasowego w całości, jeśli taką decyzję podjął właściwy wojewoda.

Finansowanie szpitali tymczasowych określono w odrębnych zasadach – poza finansowaniem na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W § 3 ust. 8 zarządzenia nr 187/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.) określono, że należność z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych w szpitalach tymczasowych powinna być pomniejszana o równowartość środków otrzymanych na pokrycie kosztów dodatkowych świadczeń pieniężnych<sup>83</sup>. We wzorze umowy opracowanym przez NFZ dotyczącym dodatkowych świadczeń w szpitalach II / III poziomu (obowiązującym od 1 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.) – nie określono zapisów zobowiązujących kierownika podmiotu leczniczego do pomniejszania ww. należności (takiego zapisu nie było również w Poleceniu MZ).

(akta kontroli str. 278-329, 744-745, 771-794)

<sup>80</sup> Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

<sup>81</sup> W sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych w szpitalach II / III poziomu (na podstawie punktu 1 pkt 1 Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zm. 1 listopada 2020 r.).

<sup>82</sup> W § 1 ust. 3 zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania określono, że szpitale tymczasowe to szpitale, zlokalizowane w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania tych świadczeń, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (...), których dotyczy polecenie albo obowiązek wydane albo nałożone przez właściwy organ, na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11h ust. 1-4 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. Szpitale tymczasowe nie zostały ujęte w systemie zabezpieczenia COVID-19 jako szpitale I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia (w § 1 ust. 2 ww. zarządzenia Prezesa NFZ ze zm.).

<sup>83</sup> Wynagrodzeń sfinansowanych przez Fundusz na podstawie Polecenia MZ (§ 3 ust. 8).

Sześć (z 26<sup>84</sup>) podmiotów prowadzących szpitale tymczasowe otrzymało środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne w łącznej kwocie 33 950,3 tys. zł (0,4%)<sup>85</sup> na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), z tego:

- w 2020 r. – 127,7 tys. zł jeden podmiot leczniczy: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie - Szpital Tymczasowy (za grudzień 2020 r.);
- w 2021 r. – łącznie 33 822,6 tys. zł (sześć podmiotów leczniczych): Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (1 147,6 tys. zł); Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (7 490,1 tys. zł); Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi (893,7 tys. zł); Szpital Uniwersytecki w Krakowie (14 367,8 tys. zł); SP ZOZ Szpital im. dr J. Dietla w Krynicy Zdroju (406,3 tys. zł); Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (9 517,1 tys. zł).

Cztery podmioty dokonały pomniejszenia należności z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 ww. zarządzenia (ze zm.), jeden podmiot – odmówił Oddziałowi wskazania kwot środków finansowych przekazanych na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego w celu ich potrącenia z ww. należności<sup>86</sup>, a jeden podmiot rozliczył je częściowo (do wysokości środków otrzymanych z tytułu opłat ryczałtowych<sup>87</sup>). Pozostałe 20 (z 26) podmiotów leczniczych nie wystąpiło o środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie Polecenia MZ z 4 września (ze zm.) dla personelu szpitali tymczasowych, mimo że część z nich była szpitalami II poziomu.

Fundusz nie posiadał instrumentów dających prawo do wyegzekwowania zwrotu niepomniejszonych należności, o czym świadczyły pisma dyrektorów Oddziałów do podmiotów leczniczych o rozliczenie środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitali tymczasowych.

(akta kontroli str. 29-36, 45-48, 65-68, 759-768, 1012-1013, 1032-1100)

W przypadkach, kiedy podmiot leczniczy przestał realizować zadania szpitala II / III poziomu zabezpieczenia (na podstawie decyzji właściwego wojewody), ale nadal realizował zadania szpitala tymczasowego nie mógł otrzymać środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Potwierdza to przykład Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. W piśmie Centrali NFZ z 30 sierpnia 2021 r. (DEF-WSiKF.401.7.698.2021.251926.BE) wskazano: „szpital tymczasowy” nie stanowi samodzielnego podmiotu leczniczego, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, tylko wyodrębnioną jednostką organizacyjną tego podmiotu leczniczego. Natomiast w sytuacji, kiedy „szpital tymczasowy” jest jednostką organizacyjną podmiotu leczniczego, (...) i który to podmiot od dnia 7 czerwca 2021 r. nie jest już szpitalem II poziomu zabezpieczenia COVID-19, nie jest spełniony warunek dotyczący poziomu zabezpieczenia podmiotu leczniczego, któremu NFZ zobowiązany jest przekazać środki, o których mowa w decyzji Ministra Zdrowia. Zatem i pracownicy wykonujący zawód medyczny w „szpitalu tymczasowym” nie są uprawnieni do uzyskania dodatkowego świadczenia pieniężnego, o którym mowa w decyzji Ministra Zdrowia.

<sup>84</sup> Według danych Funduszu w piśmie z 1 marca 2022 r. (m.in. brak danych dotyczących województwa warmińsko-mazurskiego).

<sup>85</sup> W latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne wydatkowano ogółem 8 924 121,1 tys. zł.

<sup>86</sup> OW NFZ dokonywał potrąceń z bieżących należności oraz podejmował działania w celu ich ostatecznego rozliczenia z podmiotem leczniczym.

<sup>87</sup> Nierozliczona kwota środków finansowych wyniosła 534 tys. zł.

Wprowadzone we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) kryteria ustalenia osób uprawnionych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia nie obligowały kierownika podmiotu leczniczego do wskazywania w informacji o osobach uprawnionych, miejsca udzielania przez nich świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Oddziały NFZ nie miały wiedzy, w jakich warunkach wskazana przez podmiot leczniczy osoba uznana za uprawnioną udzielała świadczeń zdrowotnych, tj. w szpitalu II / III poziomu zabezpieczenia, szpitalu tymczasowym, punkcie wymazowym czy oddziałach „necovidowych”. Brak odpowiednich danych w informacjach (wykazach) osób uprawnionych uniemożliwił OW NFZ sprawdzenie wykonywania obowiązku określonego w § 3 ust. 8 zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.) – tj. pomniejszenia należności z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych o wartość środków otrzymanych na pokrycie kosztów wynagrodzeń sfinansowanych przez Fundusz na podstawie Polecenia MZ.

(akta kontroli str. 124-141, 262-263, 265, 369-370, 744-745, 1244, 1257, 1273, 1302, 1316-1317)

- Personel medyczny, który pobierał wymazy w punktach wymazowych (stacjonarnych / mobilnych)<sup>88</sup> – w podmiotach niebędących szpitalami II / III poziomu, jednostkami PRM lub izbami przyjęć – nie otrzymywał dodatkowych świadczeń, mimo że udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Realizował on takie same zadania zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19, jak personel medyczny w punktach wymazowych usytuowanych w szpitalach II / III poziomu, w jednostkach PRM czy w izbach przyjęć, które miały zawarte umowy z NFZ w sprawie przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych.

Na podstawie informacji udzielonych przez dyrektorów trzech OW NFZ ustalono, że w województwie podlaskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim były podmioty wykonujące wymazy finansowane przez NFZ, które nie miały zawartych umów z OW NFZ w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych i nie mogły ich otrzymać.

(akta kontroli str. 510-512, 519-522, 606-607, 614-615, 658, 669-670, 804, 808-809, 1213-1214, 1312-1314)

Podkreślić należy, że stosowanie powyższej interpretacji<sup>89</sup> umożliwiło także wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń pacjentom<sup>90</sup> leczonym z innych przyczyn niż COVID-19 w oddziałach „necovidowych” oraz w szpitalach III poziomu zabezpieczenia – personelowi medycznemu uczestniczącemu w leczeniu pacjentów<sup>91</sup> poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, niż te, które zostały określone w decyzji właściwego wojewody (tj. w innych niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia).

---

<sup>88</sup> Pobranie materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 jest świadczeniem finansowanym na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania (Nr 140/202/DSOZ z 10 września 2020 r. i w kolejnych jego zmianach).

<sup>89</sup> Uprawnienie do dodatkowego świadczenia dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (pod warunkiem bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”).

<sup>90</sup> Podejrzany i zakażony wirusem SARS-CoV-2.

<sup>91</sup> Z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Fundusz przekazał podmiotom leczniczym realizującym zadania szpitala II / III poziomu zabezpieczenia, od listopada 2020 r. do maja 2021 r., na dodatkowe świadczenia – łącznie 3 588 061,2 tys. zł (tj. 40,2% wydatków ogółem<sup>92</sup>).

(akta kontroli str. 368-376, 1518-1519)

**Ad. b)** We wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (także w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ, obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.<sup>93</sup>) nie określono, że warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia było „nieincydentalne” udzielanie świadczeń zdrowotnych lub „nieincydentalne” uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, mimo że Fundusz posługiwał się tym pojęciem, m.in.:

- w komunikatach zamieszczonych na stronach internetowych z: 2 grudnia 2020 r. i 4 listopada 2021 r.;
- w pismach kierowanych do świadczeniodawców (lub innych podmiotów)<sup>94</sup>, w których informował, że udzielanie świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w ramach II i III poziomu) oraz udzielanie świadczeń w SOR i izbach przyjęć nie powinno być „incydentalne”.

Brak określenia we wzorach umów (także w umowach, opracowanych na ich podstawie, zawartych przez dyrektorów OW NFZ z podmiotami leczniczymi) kryterium „incydentalności” i jednoznacznego określenia znaczenia tego pojęcia uniemożliwił kierownikom podmiotów leczniczych dokonania obiektywnej oceny, czy udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zatrudniony personel medyczny, do którego zadań i obowiązków należało udzielanie świadczeń zdrowotnych, było incydentalne w przypadku udzielenia jednej konsultacji / porady / wykonania zabiegu lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego pacjentowi z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w danym miesiącu, rozumianym jako okres rozliczeniowy dodatkowego świadczenia.

(akta kontroli str. 15, 19, 24-75, 259-269, 368-376, 1244, 1255-1256, 1258, 1263, 1270, 1279, 1286, 1290-1291, 1297-1307, 1331-1333, 1490, 1498)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), Minister Zdrowia nie upoważnił NFZ do określenia we wzorach umów (opracowanych w celu realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) lub w inny sposób, że udzielanie świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu oraz udzielanie świadczeń w SOR i izbach przyjęć nie powinno być „incydentalne” i nie upoważnił NFZ do określenia znaczenia tego pojęcia. Użycie przez NFZ: w komunikatach do świadczeniodawców (...) i w pismach kierowanych do świadczeniodawców (...) pojęcia „nieincydentalnie” wynikało ze stanowiska Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia z 30.11.2020 r., znak: DSZ.0212.523.2020.ASB, zgodnie z którym (...) kontakt ten nie może być incydentalny, a powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań /*

---

<sup>92</sup> 8 924 121,1 tys. zł.

<sup>93</sup> Do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (obowiązującego od 1 listopada 2021 r.), którym wprowadzono stawkę godzinową oraz do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. (obowiązującego od 1 czerwca 2021 r.), którym zniesiono uprawnienie do dodatkowych świadczeń pieniężnych w jednostkach PRM / izbach przyjęć.

<sup>94</sup> M.in. w pismach DEF-WSiKF.401.6.21.2021 2021.10093.BE z 19 stycznia 2021 r., DEF-WSiKF.401.6.108.2021 2021.61061.BE z 8 marca 2021 r., DEF-WSiKF.401.6.124.2021 2021.74667.BE z 18 marca 2021 r., DEF-WSiKF.401.6.150.2021 2021.128368.BE z 8 maja 2021 r.

*udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów. Jeżeli osoby wykonujące zawody medyczne spełniają powyższy warunek i uczestniczą bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, to niezależnie od oddziału, w którym pracują są uprawnione do zgłoszenia i otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego (...)*”.

(akta kontroli str. 1021-1022, 1243-1245)

**Ad. c)** We wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (także w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ, obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.) nie określono postanowień odnoszących się do „zasady” odpowiedzialności kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego za przyznanie dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, zatrudnionemu za pośrednictwem innego podmiotu – podwykonawcy oraz za wypłatę i rozliczenie przez podwykonawcę dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym.

Centrala NFZ w piśmie z 19 stycznia 2021 r. (DEF-WSiKF.401.6.21.2021.2021.10093.BE) skierowanym do podmiotu leczniczego wyjaśniła m.in., że to kierownik podmiotu dokonujący zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców będzie musiał zapewnić, że informacje o ich wynagrodzeniu są prawidłowe, oświadczenia osób uprawnionych są zgodne ze stanem faktycznym, pozyskane środki są przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe.

(akta kontroli str. 19, 29-75, 108, 110-122, 1258-1259, 1314-1315)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Zakres praw i obowiązków kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych wynikający z realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), został wprowadzony do postanowień wzorów umów przekazanych dyrektorom OW NFZ. W Poleceniu Minister Zdrowia nie upoważnił NFZ do określenia we wzorach umów lub w inny sposób zasad sporządzania, weryfikacji i kontrolowania przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych informacji dotyczącej przyznawania dodatkowego świadczenia osobom uprawnionym zatrudnionych przez podwykonawcę i rozliczenia tych środków przez podwykonawcę. Zgodnie ze stanowiskiem przedstawionym w piśmie Pana Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia skierowanym do Trójstronnego Zespołu ds. ochrony zdrowia „(...) to kierownik podmiotu leczniczego dokonujący zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców będzie musiał zapewnić, że informacje o ich wynagrodzeniu są prawidłowe, oświadczenia osób uprawnionych są zgodne ze stanem faktycznym, a pozyskane środki są przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe”.*

(akta kontroli str. 372-373, 998, 1017-1020)

W sprawie odpowiedzialności za sporządzenie informacji o środkach finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym<sup>95</sup> zatrudnionym przez podwykonawców, Dyrektor DEF wyjaśnił, że *ponosił ją kierownik uprawnionego podmiotu leczniczego. Powyższa odpowiedzialność za sporządzenie informacji o środkach finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń i przeznaczenie ich zgodnie z zasadami określonymi w umowie, w przypadku udzielenia świadczeń (w warunkach określonych w § 1 ust. 2 umowy dot. II i III poziomu oraz jednostek PRM lub izb przyjęć) przez personel medyczny zatrudniony / wykonujący czynności zawodowe na podstawie umowy o pracę / cywilnej zawartej z podwykonawcą wynikała*

<sup>95</sup> Personel medyczny / osoby wykonujące czynności zawodowe na podstawie umowy o pracę/cywilnej zawartej z podwykonawcą w okresie od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r



*z postanowień § 1 ust. 2-6 umowy zawartej pomiędzy NFZ, a uprawnionym podmiotem leczniczym.*

(akta kontroli str. 999, 1020)

We wzorach umów nie określono odpowiedzialności kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego za sporządzenie informacji o środkach finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym zatrudnionym przez podwykonawcę<sup>96</sup> i przeznaczenie ich przez podwykonawcę zgodnie z zasadami określonymi w umowie. W § 1 ust. 4 wzorów umów (opracowanym na podstawie punktu 2 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) określono, że *pisemne oświadczenie osoby uprawnionej obejmuje zgodę na udostępnienie przez uprawniony podmiot (tj. stronę umowy) informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia tej osoby w uprawnionym podmiocie, a więc nie u podwykonawcy. Postanowienia wzorów umów nie regulowały zasad:*

- zapewniających kierownikowi uprawnionego podmiotu leczniczego dostępu do danych o wysokości wynagrodzeń osób zatrudnionych przez podwykonawców;
- weryfikacji zgodności ze stanem faktycznym oświadczeń osób uprawnionych (tego wymogu nie było w także w odniesieniu do personelu zatrudnionego w uprawnionym podmiocie leczniczym) oraz
- weryfikacji i kontrolowania przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych wypłaty dodatkowych świadczeń przez podwykonawcę osobom uprawnionym.

Obowiązki kierownika podmiotu leczniczego dotyczące zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców zostały określone wyłącznie w przekazanym Funduszowi Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w pismach DDS Ministerstwa oraz pismach Centrali NFZ kierowanych do różnych podmiotów w sprawie interpretacji i zasad wypłaty dodatkowych świadczeń.

(akta kontroli str. 29-75, 108, 110-122)

**Ad. d)** We wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (także w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ, obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.<sup>97</sup>) nie określono postanowień odnoszących się do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego, jako 100% kwoty wynagrodzenia *brutto* danej osoby oraz jego limitu w wysokości 15 tys. zł *brutto* wypłacanego w danym podmiocie leczniczym (tj. niez wielokrotniania dodatkowego świadczenia w danym podmiocie), mimo że Centrala NFZ informowała o tej „zasadzie” zainteresowane podmioty<sup>98</sup>. Mogło to skutkować wielokrotnością wypłat przez podmiot leczniczy dodatkowego świadczenia danej osobie, których łączna wartość przekraczała maksymalną kwotę 15 tys. zł (np. za pracę w SOR i pracę w ramach II / III poziomu).

(akta kontroli str. 259-269, 1243-1244, 1258-1259, 1276-1280, 1332, 1497)

Ponadto, we wzorach umów opracowanych przez Centralę NFZ (także w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ, obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.<sup>99</sup>) nie określono postanowień

<sup>96</sup> Lub udzielającym świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilno-prawnej (kontrakt) z podwykonawcą.

<sup>97</sup> Do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (obowiązującego od 1 listopada 2021 r.).

<sup>98</sup> M.in w pismach z: 19 stycznia 2021 r. (DEF-WSiKF.401.6.21.2021.10093.BE) i 8 marca 2021 r. (DEF-WSiKF.401.6.108.2021.2021.61061.BE).

<sup>99</sup> Do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (obowiązującego od 1 listopada 2021 r.).

odnoszących się do sposobu proporcjonalnego obniżenia świadczenia dodatkowego w przypadku świadczenia pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc (w § 1 ust. 5 wzoru umów<sup>100</sup>). Również w wyjaśnieniach i informacjach kierowanych przez Centralę NFZ do Oddziałów i świadczeniodawców odnoszono się do obowiązku proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia w przypadku wykonywania pracy przez niepełny miesiąc – nie wskazując jednak, w jaki sposób należy proporcjonalnie obniżyć dodatkowe świadczenia<sup>101</sup>.

Ustalenie sposobu potrącania dodatkowego świadczenia miało szczególne znaczenie w przypadkach, w których wynagrodzenie pomniejszone z tytułu nieobecności pracownika, stanowiące podstawę naliczenia dodatkowego świadczenia było wyższe niż 15 tys. zł. Niektóre podmioty lecznicze mogły nie pomniejszać go proporcjonalnie o czas nieobecności (gdyż pomniejszona została podstawa jego naliczenia i wciąż przekraczała 15 tys. zł). Inne podmioty lecznicze – nawet w przypadku pomniejszenia wynagrodzenia o czas nieobecności, które nadal przekraczało 15 tys. zł – mogły obniżyć dodatkowe świadczenie, proporcjonalnie o czas nieobecności.

(akta kontroli str. 29-75, 108, 110-122, 253, 259-269, 1254, 1278-1279, 1285-1286, 1291, 1295-1296, 1301-1302, 1317, 1331-1333, 1498, 1506)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), Minister Zdrowia nie upoważnił NFZ do określenia we wzorach umów (opracowanych w celu realizacji Polecenia MZ) lub w inny sposób sposobu obliczenia proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia, w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione przez niepełny miesiąc (§ 1 ust. 5 wzoru umowy). (...) Zgodnie z Poleceniem MZ dla Prezesa NFZ z 4 września 2020 r. (po zmianach z 1 listopada 2020 r. i 25 listopada 2020 r.) dodatkowe świadczenie pieniężne przyznawane jest osobom wykonującym zawody medyczne za faktyczne (realne) udzielanie świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu – co oznacza, że nie przysługuje podczas pobierania zasiłku chorobowego (tj. pracownik nie zachowuje do niego prawa w okresie pobierania zasiłku na podstawie przepisów płacowych). Jeśli zatem autor pisma w dniach 1-12 listopada przebywał w izolacji związanej z zakażeniem SARS-CoV-2 i pobierał wynagrodzenie chorobowe, to w ocenie Departamentu w okresie tym wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego powinna zostać odpowiednio obniżona. W Poleceniu MZ wskazano, że proporcjonalne obniżenie wysokości świadczenia dodatkowego dokonywane będzie w przypadku świadczenia pracy przez uprawnione osoby przez niepełny miesiąc. Powyższe wynika z punktu 3 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r., zgodnie z którym 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 MZ z 4 września 2020 r. (...). Weryfikacja stanu faktycznego spoczywa na*

<sup>100</sup> Wysokość świadczenia dodatkowego powinna być równa 100 % wynagrodzenia danej osoby oraz nie wyższa niż 15 tys. zł; w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu.

<sup>101</sup> M in. w pismach do: a) świadczeniodawców (lub innych podmiotów), DEF-WSiKF.401.6.108.2021.2021.61061.BE z 8 marca 2021 r., DEF-WSiKF.401.6.124.2021.2021.74667.BE z 18 marca 2021 r., DEF-WSiKF.401.6.117.2021.2021.128365.BE z 8 maja 2021 r. i DEF-WSiKF.401.6.150.2021.2021.128368.BE z 8 maja 2021 r.; b) OW NFZ, m.in. EF-WSiKF.401.7.83.2020.2020.190972.BE z 3 grudnia 2020 r.

*kierownika podmiotu leczniczego. Departament informuje również, że Ministerstwo Zdrowia nie jest właściwe do dokonywania prawidłowości wyliczeń wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego w danym podmiocie leczniczym. W takiej sytuacji właściwa jest odpowiednia komórka organizacyjna w danym podmiocie leczniczym zajmująca się w jego strukturze kwestiami rozliczeń wynagrodzeń, czasu pracy, praw pracowniczych (również w kontekście wysokości i składników przysługującego wynagrodzenia na danym stanowisku zgodnie z jego opisem), która winna udzielić autorowi pisma stosownych informacji i wyjaśnień w tym zakresie, gdyż to pracodawca odpowiada za prawidłowość wypłaty wynagrodzenia i jego składników w danym podmiocie leczniczym.*

(akta kontroli str. 1000, 1023-1024, 1281-1283)

Wyjaśnienia Dyrektora DEF potwierdzają, że we wzorach umów określono wyłącznie obowiązek proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia pieniężnego, w przypadku świadczenia pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc, ale nie określono sposobu jego proporcjonalnego obniżenia. NIK nie kwestionuje faktu, iż zasady określenia wynagrodzeń regulują odrębne przepisy.

Dodatkowe świadczenia pieniężne nie stanowią wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie o sposobie ustalania wynagrodzenia. Zarówno we wzorach umów, jak i ww. Poleceniu MZ nie określono wymogu uwzględnienia dodatkowego świadczenia pieniężnego, jako świadczenia wynikającego ze stosunku pracy / umowy cywilnoprawnej.

(akta kontroli str. 29-75, 108, 110-122, 284-329)

**3.2.** Fundusz nie prowadził analiz dotyczących wielokrotnych wypłat dodatkowego świadczenia (w tym jednorazowego) na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) osobie uprawnionej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania czynności zawodowych w kilku podmiotach leczniczych w jednym okresie rozliczeniowym (miesiącu).

Od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.<sup>102</sup> we wzorach umów opracowanych na podstawie zmiany ww. Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. wprowadzono zasady, które umożliwiały otrzymanie dodatkowych świadczeń pieniężnych w danym miesiącu kilkukrotnie, w kilku podmiotach leczniczych w jednym okresie rozliczeniowym (miesiącu). Ponadto osoby wykonujące czynności zawodowe w wymiarze, co najmniej 21 dni w wymaganym okresie – na podstawie punktu 1d ww. Polecenia MZ (zmienionego 28 maja 2021 r.) lub punktu 4 ww. Polecenia MZ (zmienionego 30 listopada 2021 r.) – w kilku podmiotach leczniczych<sup>103</sup> mogły otrzymać dodatkowe świadczenie w wysokości 5 tys. zł kilkukrotnie. Inna osoba wykonująca ww. czynności tylko u jednego pracodawcy lub zleceniodawcy w tym samym okresie otrzymała to świadczenie jeden raz, mimo świadczenia pracy w wymiarze większym niż 21 dni.

(akta kontroli str. 29-64, 109-122, 534-535)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *OW NFZ przeprowadzały weryfikację informacji o osobach uprawnionych do uzyskania dodatkowego świadczenia pieniężnego / jednorazowego świadczenia pieniężnego przekazywanych przez uprawnione podmioty lecznicze w oparciu o zasady określone w poleceniu / decyzji Ministra Zdrowia oraz wyjaśnienia / stanowiska Ministerstwa Zdrowia pozyskiwane przez Centralę Funduszu w trakcie*

<sup>102</sup> Do zmiany Polecenia MZ z 29 października 2021 r., która wprowadzono stawkę godzinową.

<sup>103</sup> Z tytułu zatrudnienia u kilku pracodawców / zleceniodawców.

*realizacji ww. poleceń. Poleceniem MZ (ze zm.) nie nałożono na Fundusz wymogu prowadzenia analiz dotyczących wielokrotnych wypłat dodatkowego świadczenia na podstawie Polecenia MZ (ze zm.) jednej osoby uprawnionej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w kilku podmiotach leczniczych.*

(akta kontroli str. 534-535)

**4.** Prezes NFZ w ramach nadzoru nad realizacją umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), m.in.:

- sporządzał i przekazywał zbiorcze sprawozdania zawierające informacje o wysokości środków finansowych przekazanych uprawnionym podmiotom leczniczym na sfinansowanie działań wynikających z jego realizacji;
- pozyskiwał z Ministerstwa Zdrowia stanowiska i opinie dotyczące interpretacji treści ww. Polecenia MZ oraz na ich podstawie udzielał wyjaśnień i informacji dotyczących warunków otrzymania dodatkowych świadczeń pieniężnych i zasad jego realizacji.

(akta kontroli str. 7)

**4.1.** Na podstawie zmiany ww. Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. w załączniku do Polecenia dodano punkty 4-15 odnoszące się do sprawozdań z realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Według zapisów ww. załącznika koszty wynikające z ww. Polecenia MZ były finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie miesięcznego sprawozdania NFZ. Sprawozdania NFZ zawierały informacje o wysokości środków przekazanych na sfinansowanie działań w podziale na OW NFZ i składane były wraz z wnioskiem o przekazanie środków finansowych. Minister zobowiązany był do przekazywania środków finansowych do NFZ w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania. Termin przekazania przez Ministra Zdrowia:

a) środków finansowych na przyznanie osobom uprawnionym dodatkowych świadczeń pieniężnych wypłacanych miesięcznie wynosił, w przypadku ww. trzech okresów sprawozdawczych, od trzech do czterech miesięcy po złożeniu przez Centralę NFZ sprawozdań wraz z wnioskami, z tego:

- za czerwiec 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 16 lipca 2021 r., środki w wysokości 1 124 078, 8 tys. zł przekazano do NFZ 19 listopada 2021 r.;
- za lipiec 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 19 sierpnia 2021 r., środki w wysokości 804 343 tys. zł przekazano 19 listopada 2021 r.;
- za sierpień 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 17 i 21 września 2021 r., środki w wysokości 300 471, 6 tys. zł przekazano 22 grudnia 2021 r.

b) środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom uprawnionym dodatkowego jednorazowego świadczenia pieniężnego, wynosił, w przypadku ww. trzech okresów sprawozdawczych, od trzech do czterech miesięcy po złożeniu przez Centralę NFZ sprawozdań wraz z wnioskami, z tego:

- za czerwiec 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 16 lipca 2021 r., środki w wysokości 42 731,9 tys. zł przekazano do NFZ 19 listopada 2021 r.;
- za lipiec 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 19 sierpnia 2021 r., środki w wysokości 100 690,5 tys. zł przekazano 19 listopada 2021 r.;
- za sierpień 2021 r. złożono sprawozdanie i wniosek 17 i 21 września 2021 r., środki w wysokości 48 588 tys. zł przekazano 22 grudnia 2021 r.

Łączna wysokość środków finansowych (za trzy ww. sprawozdawcze okresy miesięczne) otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia z opóźnieniem wyniosła 2 420 903,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 223-224, 708-709)

Dyrektor Biura Księgowości Główny Księgowy NFZ wyjaśnił m.in., że *do czasu przekazania przez Ministerstwo Zdrowia należnych środków pieniężnych na podstawie złożonych przez NFZ sprawozdań, za okres czerwiec, lipiec, sierpień 2021 r. zostały one sfinansowane ze środków finansowych pozostających w dyspozycji NFZ.*

(akta kontroli str. 695-696, 705-706)

**4.2.** W latach 2020-2021 do NFZ wpłynęło łącznie 87 skarg / pism na podmioty lecznicze (w 2021 r.), z tego: 86 dotyczących realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i jedna dotycząca realizacji umów zawartych z dyrektorami OW NFZ w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń (w tym jednorazowych). Najczęściej w skargach / pismach występowało w sprawach dotyczących nieprzyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego (w tym jednorazowego), a w jednym przypadku o weryfikację sposobu naliczenia dodatkowego świadczenia.

(akta kontroli str. 827-828, 1352-1396)

W latach 2020-2021 (do 31 października 2021 r.) Minister Zdrowia przekazał do Centrali NFZ dwie skargi dotyczące dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych przez podmioty lecznicze<sup>104</sup>.

Lubuski OW w Zielonej Górze podjął czynności sprawdzające w sprawie skargi na szpital w Gorzowie Wielkopolskim (21 października 2021 r.), które były w toku. Mazowiecki OW NFZ w Warszawie przeprowadził czynności sprawdzające w sprawie skargi na szpital w Warszawie i nie stwierdził nieprawidłowości dotyczących przekazywanych przez podmiot leczniczy informacji o osobach uprawnionych, uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Centrala NFZ poinformowała podmiot wnoszący skargę o braku podstaw do kontroli podmiotów leczniczych czy dodatek wypłacany był osobom uprawnionym. Dyrektor DEF w piśmie z 3 marca 2022 r.<sup>105</sup> wyjaśnił, m.in. (...) *minister właściwy do spraw zdrowia w wydanym Poleceniu określił zasady przyznawania dodatkowego świadczenia, pozostawiając Funduszowi jedynie funkcje niejako techniczne przy realizacji tego zadania, m.in. zawarcie umowy i przekazanie środków finansowych w ustalonej wysokości zgodnie z zasadami wynikającymi z polecenia. Fundusz nie został uprawniony do ingerowania w obszar zastrzeżony dla Świadczeniodawcy, w tym dotyczący wykazu osób uprawnionych do otrzymania dodatku, terminów i wysokości wypłat dodatków należnych poszczególnym pracownikom lub innym osobom udzielającym świadczeń u Świadczeniodawcy na podstawie zawartej z nim umowy. Przedstawiając powyższe wyjaśnienia, uprzejmie informuję, że Mazowiecki OW NFZ nie zidentyfikował podstaw do wnioskowania o kontrolę w tym zakresie, a rozstrzygnięcie kwestii spornych*

<sup>104</sup> Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. J. Bogdanowicza SP ZOZ w Warszawie – o przeprowadzenie kontroli w związku z niewpisywaniem wszystkich lekarzy na listy uprawnionych do otrzymywania dodatkowego świadczenia pieniężnego (na wniosek Rzecznika Praw Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie) oraz Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o. – o przeprowadzenie kontroli w zakresie potencjalnych nieprawidłowości w zakresie przyznawania i wypłacania dodatkowych świadczeń pieniężnych.

<sup>105</sup> DEF-WSiKF.401.7.429.2021.2022.39105.BE.

dotyczących sfery wynagrodzeń pracowniczych leży poza naszymi kompetencjami.  
(akta kontroli str. 536, 550-573, 589-593, 596-600)

**4.3.** W latach 2020-2022 (do 31 stycznia) NFZ przeprowadził łącznie 61 kontroli realizowanych w trybie art. 61a ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>106</sup> w zakresie:

- zapewnienia liczby łóżek „covidowych” w podmiotach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia oraz szpitalach tymczasowych, zgodnie z wykazem wojewody / NFZ (prowadzonym na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19) oraz określonych w poleceniach i decyzjach ministra właściwego do spraw zdrowia lub właściwego wojewody;
- sposobu sprawozdawania liczby wolnych łóżek „covidowych” dla pacjentów z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 leczonych w podmiotach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia oraz szpitalach tymczasowych.

W trzech (z czterech) objętych analizą województwach przeprowadzono łącznie 17 ww. kontroli, z tego: w dolnośląskim – pięć, w mazowieckim – 10 i w podlaskim – dwie (w zachodniopomorskim nie przeprowadzono kontroli).

Dwie z 17 kontroli dotyczyły podmiotów leczniczych objętych przedmiotową kontrolą NIK:

- Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, w którym nie stwierdzono nieprawidłowości;
- Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej SP ZOZ w Warszawie, w którym stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.:
  - rozbieżności w sprawozdawanych przez szpital liczbie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (ustalonych na podstawie dokumentacji medycznej i raportów sprawozdawanych m.in. Wojewodzie Mazowieckiemu);
  - umieszczania na łóżkach określonych decyzją wojewody pacjentów wymagających hospitalizacji z innych przyczyn niż podejrzenie / zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

W kwestii powiadomienia właściwych organów o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w sprawie o składanie nieprawdziwych oświadczeń dotyczących zapewnienia przez dyrektora ww. szpitala dostępności i zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, Dyrektor DK wyjaśniła m.in.: *analiza przesłanki do ewentualnego zaistnienia znamion czynu karalnego zostanie zrealizowana po zakończeniu postępowania kontrolnego dotyczącego określenia wysokości zwrotu środków publicznych, o których mowa w art. 61s ust. 5 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach.*

(akta kontroli str. 747-748, 824, 826, 910-918, 958-991)

Według stanu na 11 marca 2022 r. NFZ nie zakończył prowadzonych 25 kontroli realizowanych w trybie art. 61a ust. 2a ustawy o świadczeniach w zakresie:

- sposobu sprawozdawania liczby pacjentów z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 leczonych w podmiotach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia oraz szpitalach tymczasowych;

<sup>106</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

- rozliczania z OW NFZ pacjentów z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 leczonych w podmiotach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia i szpitalach tymczasowych oraz sposobu sprawozdawania ich w rozliczeniach do OW NFZ.

W ramach 25 ww. kontroli w województwie dolnośląskim i zachodniopomorskim – nie zakończono realizacji jednej kontroli, a w mazowieckim i podlaskim – dwóch.

(akta kontroli str. 824, 826, 919-923)

W latach 2020-2022 (do 31 stycznia) NFZ przeprowadził łącznie 75 kontroli w zakresie odmów przyjęć pacjentów na podstawie art. 61a ust. 1 ustawy o świadczeniach. W województwie dolnośląskim zrealizowano sześć ww. kontroli, w mazowieckim – dziewięć, w podlaskim – pięć. W zachodniopomorskim nie przeprowadzono kontroli.

(akta kontroli str. 824, 826, 924-952)

Fundusz przeprowadził jedną kontrolę w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w Bydgoszczy<sup>107</sup>. Przedmiotem kontroli była m.in. prawidłowość rozliczania przez Oddział środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, objętych ograniczeniem<sup>108</sup>, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów, które Fundusz ocenił negatywnie. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- wypłaty środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu medycznego na podstawie niekompletnej dokumentacji podmiotom leczniczym na łączną kwotę 40 189,4 tys. zł, co odpowiadało 74% środków finansowych przekazanych ogółem na dodatkowe świadczenia w 2020 r.<sup>109</sup> w województwie kujawsko-pomorskim (z tego: w Grudziądzu – 22 863,4 tys. zł, w Bydgoszczy – 5 487,1 tys. zł, we Włocławku – 8 505,7 tys. zł, w Radziejowie – 1 914,9 tys. zł, w Aleksandrowie Kujawskim – 1 418,3 tys. zł);
- przyjęcia wykazów i korekt podmiotów leczniczych z Grudziądza i Aleksandrowa Kujawskiego, które nie zawierały wszystkich wymaganych danych;
- przyjęcia do rozliczenia wykazów i korekt podmiotu leczniczego z Grudziądza za maj i czerwiec 2020 r., które zawierały nieprawidłowości polegające na powielaniu przy różnych osobach tego samego numeru PESEL i / lub numeru prawa wykonywania zawodu.

Negatywnie oceniono także sprawowanie nadzoru i organizację zadań związanych z rozliczaniem dodatkowych świadczeń pieniężnych przez dwie osoby: p.o. zastępcę Dyrektora ds. Medycznych (przewodniczącą Zespołu covidowego) i zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych. Fundusz, w ramach zaleceń pokontrolnych, zobowiązał Oddział do zweryfikowania dokumentacji i ustalenia poprawnie kwot należnych środków finansowych dla wszystkich podmiotów leczniczych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 7, 98, 163-166, 538, 829-908, 1139, 1155, 1171)

#### **4.4. W latach 2020-2021 Prezes NFZ nie przygotował proceduralnie i organizacyjnie**

<sup>107</sup> Kontrola planowa nr 43/2021 pt. „Prawidłowość rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie” (w okresie od 1 marca 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.); wystąpienie pokontrolne z 16 listopada 2021 r.

<sup>108</sup> Także: Prawidłowość rozliczania przez OW NFZ opłat ryczałtowych za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; Prawidłowość rozliczania przez OW NFZ dodatkowych opłat ryczałtowych za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w reżimie sanitarnym.

<sup>109</sup> Od maja do grudnia 2020 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie Poleczeń MZ przekazano 54 327,9 tys. zł.

OW NFZ (w tym także Funduszu) do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych w zakresie realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz zobowiązania, o którym mowa w punkcie 5 załącznika do Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), na podstawie punktu 6 ww. załącznika<sup>110</sup>. Prezes Funduszu również nie przeprowadzał w podmiotach leczniczych kontroli realizacji umów w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych (w tym jednorazowych) i nie wymagał prowadzenia takich kontroli przez dyrektorów OW NFZ.

(akta kontroli str. 24-75, 98, 163-165, 713-727, 1346, 1348-1351)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in., że: (...) *Przedmiotowe kontrole leżą w kompetencji Prezesa NFZ, jako dysponenta tych środków. (...) kwestie związane z kontrolą i obowiązkiem zobowiązania się podmiotu leczniczego do poddania się jej, określone miały być zgodnie z punktem 6 załącznika do Polecenia (obecnie pkt 11 załącznika do Polecenia) w umowie zawieranej pomiędzy podmiotem leczniczym a OW NFZ.*

(akta kontroli str. 385-386, 389)

Prezes NFZ zawarł we wzorach umów postanowienia określone w punkcie 5 i 6 załącznika do ww. Poleceń MZ. Określono w nich, że uprawniony podmiot leczniczy zobowiązuje się do poddania się kontroli w zakresie realizacji umowy przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra do spraw zdrowia lub dyrektora OW NFZ oraz udostępnienia tym osobom oświadczeń osób uprawnionych. W przypadku jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych – także udostępnienia innych dokumentów koniecznych do ustalenia prawidłowości wyliczenia kwoty świadczeń dodatkowych, w tym umów zawartych przez uprawniony podmiot, o których mowa w ust. 2 umowy.

(akta kontroli str. 24-75, 270-329, 713-725)

W sprawie zasad przeprowadzenia kontroli, określonej w umowach zawartych przez dyrektorów OW NFZ z uprawnionymi podmiotami, Dyrektor DK wyjaśniła m.in.: *Powołana regulacja stanowi zatem samoistną podstawę do przeprowadzania kontroli świadczeniodawców w zakresie dodatkowego świadczenia, przy czym upoważnionymi do przeprowadzenia czynności kontrolnych realizacji zobowiązań nałożonych poleceniem, a w jego wyniku zawartymi ze świadczeniodawcami umowami, pozostają wyłącznie podmioty wskazane w przedmiotowym poleceniu, tj. minister właściwy do spraw zdrowia oraz dyrektor OW NFZ. Należy podkreślić, że użyte w Poleceniu słowo „kontrola” nie oznaczające kontroli w rozumieniu Działu IIIa ustawy o świadczeniach należy rozumieć, jako dokonywaną przez dyrektorów OW NFZ weryfikację merytoryczną przekazywanych przez świadczeniodawców dokumentów polegającą na sprawdzaniu czy osoby wykazane w tych dokumentach, stanowią personel uprawniony do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Dodatkowo podnieść należy, że zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, kontrolę określonych w art. 3 obowiązków związanych z dokonywaniem przez podmiot leczniczy podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz innych pracowników działalności podstawowej,*

<sup>110</sup> Podmiot powinien zostać zobowiązany do przeznaczenia środków finansowych przekazanych przez dyrektora właściwego OW NFZ, w wysokości ustalonej na podstawie informacji przekazanych w pkt 4, na dodatkowe świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu.



*ustawodawca powierzył wyłącznie podmiotowi tworzącemu dany podmiot leczniczy oraz Państwowej Inspekcji Pracy. Tym samym wyłączona została w tym względzie możliwość wykonywania przez NFZ zadań z zakresu kontroli rozumianej jako wykonywanej w trybie działu IIIa ustawy o świadczeniach. Nadmienić także należy, że w myśl art. 21 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, kontrola wykonywania przepisów art. 19 i art. 20 ww. ustawy nakładających na podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami obowiązki związane z ustalaniem, na zasadach w nich określonych, do dnia 1 lipca 2021 r. wynagrodzenia zasadniczego dla osób wykonujących określone w tych przepisach zawody medyczne, została przyznana wyłącznie Państwowej Inspekcji Pracy. Powołane powyżej regulacje, odnoszące się do kształtowania wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy o świadczeniach, wprost pomijają NFZ jako podmiot uprawniony do kontrolowania realizacji obowiązków pracodawców w ww. dziedzinie. Wobec powyższego wskazać należy, że kwestia wynagrodzenia personelu medycznego nie wpisuje się w zakres przedmiotowy kontroli realizowanych przez Prezesa NFZ w trybie art. 61a ustawy o świadczeniach, a jedynie jako merytoryczna weryfikacja przedstawionych dokumentów rozliczeniowych.*

(akta kontroli str.163-165, 1350-1351)

NIK nie kwestionuje faktu, iż zasady określenia wynagrodzeń regulują odrębne przepisy. Dodatkowe świadczenia pieniężne nie stanowią wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie o sposobie ustalania wynagrodzenia. Stąd też w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych<sup>111</sup> określono, że do wysokości wynagrodzeń na 30 czerwca 2021 r., o których mowa w art. 19 ust. 1, nie wlicza się składników wynagrodzeń finansowanych ze środków finansowych przekazywanych podmiotom leczniczym na pokrycie kosztów dodatkowych świadczeń dla osób uczestniczących w zapobieganiu, przeciwdziałaniu i zwalczaniu COVID-19 zgodnie z poleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.

Z kolei kontrola Państwowej Inspekcji Pracy, o której mowa w art. 21 ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia kadr medycznych, dotyczy kontroli wykonywania przepisów art. 19 i art. 20 tej ustawy, w tym zapewnienia przez podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami wynagrodzenia zasadniczego pracownikom wymienionym w art. 19 ust. 1 pkt 1-5 tej ustawy – w okresie od 30 czerwca 2021 r. w wysokości określonej w tych przepisach.

Według postanowień umów (m.in. § 1 ust. 2 pkt 5<sup>112</sup> oraz § 1 ust. 7<sup>113</sup> i § 1 ust. 8<sup>114</sup> lub w § 1 ust. 11<sup>115</sup>) oraz punktu 7 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) – podmiot leczniczy został zobowiązany do zwrotu środków finansowych, które zostały wykorzystane niezgodnie z zasadami określonymi w umowie. Wyegzekwowanie tego zobowiązania wymaga przeprowadzenia czynności kontrolnych

<sup>111</sup> Dz. U. poz. 2401, ze zm.; dalej: ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia kadr medycznych.

<sup>112</sup> Umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (dla personelu medycznego), na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r.

<sup>113</sup> Umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (dla personelu medycznego), na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r.

<sup>114</sup> Umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (dla personelu medycznego), na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), obowiązujących od 1 listopada 2020 r.

<sup>115</sup> Umów dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych (na podstawie zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r.).

bezpośrednio w podmiocie leczniczym.

(akta kontroli str. 88-133, 505-550)

Zapis punktu 6 załącznika do Poleceń MZ (z 29 kwietnia 2020 r. i z 4 września 2020 r. ze zm.) wskazuje, że upoważnionymi do wykonania czynności kontrolnych nie były podmioty wskazane w Poleceniu MZ, tj. minister właściwy do spraw zdrowia oraz dyrektor OW NFZ, tylko osoby, które ww. minister lub dyrektor Oddziału upoważnił do wykonania czynności kontrolnych. Osobom tym należało w trakcie czynności kontrolnych udostępnić oświadczenia, o których mowa w pkt 2 tego załącznika, tj. informacje o wynagrodzeniach<sup>116</sup>. Natomiast w punkcie 2 załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) zawarto zapis o wyrażeniu zgody na udostępnienie NFZ i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia danej osoby. Zatem kontrola przewidziana w punkcie 6 załącznika nie mogła stanowić jedynie weryfikacji merytorycznej przekazywanych przez świadczeniodawców dokumentów.

Według wyjaśnień Dyrektora DK, ww. Polecenie MZ stanowiło samoistną podstawę prawną do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych w zakresie dodatkowego świadczenia pieniężnego. Zarówno we wzorach umów (jak i w punkcie 2 oraz 6 załącznika do ww. Poleceń MZ) określono, że podmiot powinien zostać zobowiązany odpowiednio:

- do wypłaty dodatkowego świadczenia na podstawie oświadczenia osoby uprawnionej, obejmującej zgodę na udostępnienie właściwemu OW NFZ i przetwarzanie przez ten Oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia – w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych<sup>117</sup>;
- do poddania się kontroli w zakresie realizacji zobowiązania, o którym mowa w punkcie 5<sup>118</sup> załącznika do ww. Poleceń MZ, przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektora właściwego OW NFZ oraz udostępnienia tym osobom oświadczeń, o których mowa w punkcie 2 tego załącznika.

(akta kontroli str. 24-75, 270-329, 713-727, 1439-1453)

Na podstawie zawartej umowy OW NFZ dysponowały informacją o:

- łącznej kwocie na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych;
- osobach uprawnionych (zawierających imię i nazwisko, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu, jeśli posiadały).

<sup>116</sup> Na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. podmioty lecznicze nie przekazywały do NFZ informacji o wynagrodzeniu osób uprawnionych (pozostawały one w dokumentacji podmiotu leczniczego).

<sup>117</sup> Na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. także w oparciu o informację o wysokości wynagrodzenia osoby uprawnionej.

<sup>118</sup> Podmiot powinien zostać zobowiązany do przeznaczenia środków finansowych przekazanych przez dyrektora właściwego OW NFZ, w wysokości ustalonej na podstawie informacji przekazanych w pkt 4, na dodatkowe świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu. Od 4 września 2020 r. – przy czym: a) środki finansowe na dodatkowe świadczenia dla osób, o których mowa w pkt 4 lit. a) przekazywane będą do podmiotu za okres do 30 września 2020 r., b) środki finansowe dla osób, o których mowa w pkt 4 lit. b), przekazywane będą do podmiotu za okres uczestniczenia przez osoby, o których mowa w pkt 4 lit. b), w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Od 1 listopada 2020 r. zmieniono zapis punktu 5 lit. b) Polecenia MZ: środki finansowe dla osób, o których mowa w pkt 4 lit. b) przekazywane będą do podmiotu za okres uczestniczenia przez osoby, o których mowa w pkt 4 lit. b) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub wykonywaniu czynności diagnostyki laboratoryjnej w podmiotach wymienionych w punkcie 1 pkt 2 i 3 Polecenia.

Oznacza to, że kontrola mogła dotyczyć tylko weryfikacji formalno-rachunkowej polegającej na sprawdzeniu, czy kwota i liczba osób w miesięcznej informacji kierownika podmiotu leczniczego była zgodna z wystawionym dokumentem księgowym.

Natomiast przeprowadzona przez Fundusz kontrola w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w Bydgoszczy<sup>119</sup> wykazała, że weryfikowane wykazy (i ich korekty) przekazane przez podmiot leczniczy (za maj i czerwiec 2020 r.) zawierały nieprawidłowości polegające na powielaniu przy różnych osobach tego samego numeru PESEL i / lub numeru prawa wykonywania zawodu, mimo że w tym okresie obowiązywał wymóg udostępnienia OW NFZ oświadczeń osób uprawnionych zawierających informację o jej wynagrodzeniu w danym miesiącu. Oznacza to, że weryfikacja informacji kierowników podmiotów leczniczych (w tym wykazu osób uprawnionych i dokumentów księgowych) przez OW NFZ nie mogła być kontrolą realizacji umów, gdyż była nieskuteczna już na etapie weryfikacji liczby zgłoszonych osób uprawnionych i wnioskowanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń.

We wzorach umów (na podstawie ww. Poleceń MZ) określono instrukcyjny termin do składania miesięcznej informacji – do 10. dnia każdego miesiąca, w postaci elektronicznej, w sposób zapewniający właściwą ochronę danych osobowych. Zapewnianie ochrony danych<sup>120</sup> stanowiło kolejne utrudnienie w weryfikacji informacji, w tym np. wykonywanego zawodu.

(akta kontroli str. 24-75, 766, 829-908, 1439-1440)

Na pytanie, czy i ilu dyrektorów OW NFZ wystąpiło do podmiotów leczniczych o udostępnienie ww. oświadczeń osób uprawnionych, Dyrektor Biura Nadzoru Wewnętrznego NFZ<sup>121</sup> wyjaśniła m.in.: *Zarówno brzmienie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm., a także postanowienia zwieranych przez Fundusz umów nie kształtują po stronie dyrektorów OW NFZ obowiązku występowania do świadczeniodawców o udostępnienie oświadczeń osób uprawnionych. (...) Jedynie w przypadku powzięcia wątpliwości dyrektor OW NFZ mógł wystąpić o powyższe oświadczenia do kierującego sprawozdawczość podmiotu leczniczego.*

(akta kontroli str. 538)

Na pytanie, w jaki sposób powinna zostać przeprowadzana kontrola w zakresie realizacji umowy określona we wzorach umów, Dyrektor BNW wyjaśniła m.in.: *Weryfikacja składanych przez świadczeniodawców dokumentów w celu uzyskania dodatkowych świadczeń pieniężnych dla osób wykonujących zawód medyczny w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, nazywana w brzmieniu pkt 6 załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. „kontrolą”, stanowi aspekt realizacji zawartej z NFZ umowy i jest realizowana w OW NFZ zgodnie z Modelowym schematem obiegu dokumentów księgowych oraz opracowanymi przez dyrektorów OW NFZ zakładowymi schematami obiegu dowodów księgowych. Minister Zdrowia w Poleceniu z 4 września 2020 r. (ze zm.) nie upoważnił NFZ do pozyskiwania od świadczeniodawców szerszego niż wskazany w Poleceniu MZ zakresu informacji przekazywanych przez kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego do dyrektora położenie podmiotu leczniczego OW NFZ. Nie zobowiązał też NFZ do określenia szczegółowych zasad oraz narzędzi kontroli / weryfikacji wykazów*

<sup>119</sup> Kontrola planowa nr 43/2021 pt. „Prawidłowość rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie” (w okresie od 1 marca 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.); wystąpienie pokontrolne z 16 listopada 2021 r.

<sup>120</sup> Np. wskazywanie tylko części cyfr z nr PESEL.

<sup>121</sup> Dalej: BNW.

*osób uprawnionych do otrzymania dodatkowych świadczeń (w tym jednorazowego) zgłaszanych do OW NFZ przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych.*  
(akta kontroli str. 537-538)

Na pytanie, czy i ile kontroli realizacji umowy w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przeprowadzili dyrektorzy OW NFZ, Dyrektor BNP wyjaśniła m.in.: *Wymieniona w brzmieniu pkt 6 załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. „kontrola” nie stanowi kontroli w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach i oznacza weryfikację formalno-księgową, tym samym jej ilość jest ściśle związana z ilością dokonanych przez dyrektora OW NFZ rozliczeń dodatkowych świadczeń pieniężnych dla osób wykonujących zawód medyczny.*

(akta kontroli str. 538)

Przekazanie w latach 2020-2021 przez NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne w kwocie 8 924 121,1 tys. zł na podstawie Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), w oparciu o ustalone w umowach zasady przekazywania środków finansowych, było poprzedzone wyłącznie weryfikacją formalno-księgową prowadzoną przez OW NFZ. Nie przeprowadzono weryfikacji w zakresie prawidłowej realizacji przez podmiot leczniczy warunków przyznania dodatkowego świadczenia określonych we wzorze umowy, a także nie przeprowadzono w tym zakresie kontroli. Środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne zostały wydatkowane wyłącznie na podstawie informacji kierowników podmiotów leczniczych, bez kontroli i weryfikacji realizacji umowy, w tym spełniania przez osoby uprawnione warunków określonych w umowie oraz czy podmioty lecznicze rozliczyły niewykorzystane środki.

Mimo, że w Poleceniu MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) określono, że podmiot leczniczy powinien zostać zobowiązany do poddania się kontroli przez osoby upoważnione przez dyrektora właściwego OW NFZ, to na Funduszu ciążył obowiązek przygotowania rozwiązań organizacyjnych i proceduralnych do przeprowadzania kontroli realizacji umów.

Określona w ww. Poleceniach MZ kontrola nie mogła być przeprowadzona na podstawie ustawy o świadczeniach. Przepisy ww. ustawy nie określają uprawnień Prezesa NFZ do kontroli dodatkowych świadczeń pieniężnych.

Na podstawie zapisów umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (oraz punktu 6 załącznika do Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) prawidłowość wydatkowania przez podmioty lecznicze oraz ich podwykonawców środków finansowych na dodatkowe świadczenia mogła zostać zweryfikowana w drodze kontroli przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez właściwe podmioty, tj. NFZ (za pośrednictwem dyrektorów Oddziałów) i Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 98, 163-165, 581-582, 584-585, 815, 817, 1139, 1348-1350)

Na pytanie, czy NFZ planuje przeprowadzenie kontroli podmiotów leczniczych w zakresie poprawności kwalifikacji przez kierowników podmiotów leczniczych personelu medycznego i niemedycznego do otrzymania dodatkowych świadczeń, Dyrektor BNP wyjaśniła m.in.: *Weryfikacja dokumentów stanowiących podstawę płatności przez Fundusz prowadzone są w ramach bieżącej działalności dyrektorów OW NFZ, wynika zatem z faktu złożenia przez świadczeniodawców dokumentów związanych z rozliczeniem, tym samym nie jest oparta na procesie planowania.*

(akta kontroli str. 538-539)

**5. Środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne w latach 2020-2021 określone w:**

- 1) Poleceniu MZ z 29 kwietnia 2020 r. przekazano na podstawie 101 umów zawartych z podmiotami leczniczymi.
- 2) Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (do 31 października 2020 r.) – 352 umów.
- 3) Zmianie ww. Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. (od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2020 r.) – na podstawie 1 368 umów, z tego: 523 umowy dotyczące dodatkowych świadczeń z tytułu uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, 672 umowy – w jednostkach PRM / izbach przyjęć oraz 173 umowy – z tytułu wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratoriach.
- 4) Zmianie ww. Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. (od 1 czerwca 2021 r. do 31 października 2020 r.) – na podstawie:
  - 236 umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych z tytułu uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II poziomu zabezpieczenia<sup>122</sup>;
  - 1 425 umów dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych, z tego: 512 umów dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych z tytułu wykonywania czynności zawodowych<sup>123</sup> w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, 617 umów – z tytułu wykonywania czynności zawodowych – w jednostkach PRM / izbach przyjęć i 166 umów – w laboratoriach oraz 130 umów – z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego<sup>124</sup>.
- 5) Zmianie ww. Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (od 1 do 30 listopada 2021 r.) – na podstawie 402 umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych z tytułu uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II poziomu<sup>125</sup>.

(akta kontroli str. 766-768)

Od maja 2020 r. do grudnia 2021 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 na podstawie Poleceń MZ (z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm.) wydatkowano ogółem 8 924 121,1 tys. zł<sup>126</sup>, z tego:

- 8 681 582 tys. zł (97,3%)<sup>127</sup> na dodatkowe świadczenia pieniężne (w 2020 r. – 684 592,1 tys. zł i w 2021 r. – 7 996 989,9 tys. zł),
- 242 539,1 tys. zł (2,7%) w 2021 r. na jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne.

W latach 2020-2021 wydatkowano na dodatkowe świadczenia pieniężne personelu medycznego, na podstawie Polecenia MZ z:

---

<sup>122</sup> W jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w tych jednostkach.

<sup>123</sup> W warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>124</sup> W bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

<sup>125</sup> Dane wg stanu na 16 lutego 2022 r – wg informacji Funduszu z 1 marca 2022 r.

<sup>126</sup> Dane wg informacji Funduszu z 10 lutego 2022 r.

<sup>127</sup> Kwoty 8 924 121,1 tys. zł.

- 1) 29 kwietnia 2020 r. (tj. dla osób objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów) – 128 554,3 tys. zł (1,5%)<sup>128</sup>.
- 2) 4 września 2020 r. (tj. dla osób objętych wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz osób nieobjętych ograniczeniem<sup>129</sup>) – 94 813,0 tys. zł (1,1%).
- 3) 4 września 2020 r. (po zmianach z 30 września 2020 r., 1 listopada 2020 r., 28 maja 2021 r., 29 października 2021 r. i 30 listopada 2021 r.) – 8 458 214,7 tys. zł ogółem (97,4%), z tego:
  - dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia<sup>130</sup> – 5 936 540,5 tys. zł (70,2%)<sup>131</sup>;
  - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć – 2 342 560,4 tys. zł (27,7%);
  - dla osób uprawnionych w laboratoriach – 179 113,8 tys. zł (2,1%).

W latach 2020-2021 środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne były przekazywane różnej liczbie podmiotów w poszczególnych miesiącach, w zależności od realizacji przez podmioty lecznicze zadań poleconych przez właściwych wojewodów, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (tj. w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia).

W 2020 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne wydatkowano 684 592,1 tys. zł, z tego na podstawie Polecenia MZ z:

- 1) 29 kwietnia 2020 r. (tj. dla osób objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów) – 123 414,3 tys. zł (18%)<sup>132</sup>.
- 2) 4 września 2020 r. (tj. dla osób objętych wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz osób nieobjętych ograniczeniem<sup>133</sup>) – 68 863,1 tys. zł (10,1%).
- 3) 4 września 2020 r. oraz zmian z 30 września 2020 r. i 1 listopada 2020 r. – 492 314,7 tys. zł ogółem (71,9%), z tego:
  - dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia – 313 920,8 tys. zł (63,8%)<sup>134</sup>;
  - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć – 170 696,9 tys. zł (34,6%);
  - dla osób uprawnionych w laboratoriach – 7 697 tys. zł (1,6%).

W 2021 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne wydatkowano 7 996 989,9 tys. zł, z tego na podstawie Polecenia MZ z:

- 1) 29 kwietnia 2020 r. (tj. dla osób objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów) – 5 140 tys. zł (0,1%)<sup>135</sup>.
- 2) 4 września 2020 r. (tj. dla osób objętych wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów oraz osób nieobjętych ograniczeniem<sup>136</sup>) – 25 949,8 tys. zł (0,3%).

<sup>128</sup> Kwoty 8 924 121,1 tys. zł.

<sup>129</sup> Na podstawie pkt 2 lit. a) i b) załącznika do Polecenia MZ.

<sup>130</sup> W III poziomie zabezpieczenia do 31 maja 2021 r.

<sup>131</sup> Kwoty 8 458 214,7 tys. zł.

<sup>132</sup> Kwoty 684 592,1 tys. zł.

<sup>133</sup> Na podstawie pkt 2 lit. a) i b) załącznika do Polecenia MZ.

<sup>134</sup> Kwoty 492 314,7 tys. zł.

<sup>135</sup> Kwoty 7 996 989,9 tys. zł.

<sup>136</sup> Na podstawie pkt 2 lit. a) i b) załącznika do Polecenia MZ.

- 3) 4 września 2020 r. oraz zmian z 30 września 2020 r., 1 listopada 2020 r., 28 maja 2021 r. 29 października 2021 r. i 30 listopada 2021 r. – 7 965 900,1 tys. zł ogółem (99,6%), z tego:
- dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia<sup>137</sup> – 5 622 619,7 tys. zł (70,6%)<sup>138</sup>;
  - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć<sup>139</sup> – 2 171 863,6 tys. zł (27,3%);
  - dla osób uprawnionych w laboratoriach<sup>140</sup> – 171 416,8 tys. zł (2,1%).

Na jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne wydatkowano w 2021 r. 242 539,1 tys. zł ogółem, z tego na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego Poleceniem z:

- 1) 28 maja 2021 r. – 225 216,2 tys. zł (92,9%)<sup>141</sup>, z tego:
- dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia<sup>142</sup> – 165 164,4 tys. zł (68,1%);
  - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć<sup>143</sup> – 44 377 tys. zł (18,3%);
  - dla osób uprawnionych w laboratoriach<sup>144</sup> – 4 049,1 tys. zł (1,7%);
  - dla osób uprawnionych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego<sup>145</sup> – 11 625,7 tys. zł (4,8%).
- 2) 30 listopada 2021 r. – 17 322,9 tys. zł (7,1%), tj. dla osób uprawnionych w szpitalach II poziomu zabezpieczenia<sup>146</sup>.

(akta kontroli str. 574-585, 812-823, 1139-1170)

**6.** Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (w tym koszty leczenia pacjentów z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2<sup>147</sup>) wyniosły 122 571 583,3 tys. zł (w 2020 r. – 57 173 268,5 tys. zł i 2021 r. – 65 398 314,8 tys. zł)<sup>148</sup>.

Kwoty wypłaconych środków na dodatkowe świadczenia pieniężne (w tym jednorazowe), na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i Polecenia MZ 4 września 2020 r. (ze zm.), wyniosły 8 924 121,1 tys. zł i stanowiły 7,3% kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem, z tego:

- w 2020 r. – 1,2 % (684 592,1 tys. zł), najwięcej w województwie podkarpackim 2,3% oraz kujawsko-pomorskim 2% (w pozostałych od 0,6% do 1,9%);

<sup>137</sup> W III poziomie zabezpieczenia do 31 maja 2021 r.

<sup>138</sup> Kwoty 7 965 900,1 tys. zł.

<sup>139</sup> Do 31 maja 2021 r.

<sup>140</sup> Do 31 maja 2021 r.

<sup>141</sup> Kwoty 242 539,1 tys. zł.

<sup>142</sup> Za okres od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

<sup>143</sup> Za okres od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

<sup>144</sup> Za okres od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

<sup>145</sup> Za okres od 4 września 2020 r. do 31 maja 2021 r.

<sup>146</sup> W jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w których osoby uprawnione wykonywały czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (za okres od 1 czerwca do 30 listopada 2021 r.).

<sup>147</sup> W tym opłaty ryczałtowe „covidowe” w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny (PDT), ratownictwo medyczne (RTM), leczenie szpitalne (SZP), dodatkowe opłaty ryczałtowe za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Polski stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii w rodzaju: PDT, RTM, SZP.

<sup>148</sup> Dane wg informacji Funduszu z 10 lutego 2022 r.

- w 2021 r. – 12,6% (8 239 529 tys. zł), najwięcej w województwie podkarpackim 16,1% i kujawsko-pomorskim 15,8% (w pozostałych od 9,7% do 15%).  
(akta kontroli str. 574-585, 812-823, 1139-1170)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Prezes NFZ nie opracował wzoru umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne po wprowadzeniu zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r. Obowiązujące od 1 do 31 października 2020 r. umowy zawarte zostały wg wzoru opracowanego na podstawie zasad określonych w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (przekazanego OW NFZ 11 września 2020 r.)<sup>149</sup>. Od 1 października 2020 r. na podstawie punktu 1 Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r., podmiotami uprawnionymi były tzw. szpitale II i III poziomu zabezpieczenia, a warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

We wzorze umowy (przekazanym OW NFZ 11 września 2020 r.) nie zawarto postanowień odnoszących się do warunku przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych personelowi medycznemu, uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, który został określony w punkcie 1 zmienionego Polecenia MZ z 30 września 2020 r.

(akta kontroli str. 24-36, 142-143, 270-281)

Na pytanie, dlaczego od 1 do 31 października 2020 r. nie dokonano zmiany wzoru umowy / aneksu, skoro Minister Zdrowia zmienił w tym zakresie Polecenie MZ z 30 września 2020 r., Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *ponieważ wzory umów przekazane OW NFZ przy piśmie z 11 września 2020 r. znak: DEF-WSiKF.401.1.32.2020.116271.DAJ nie określały katalogu podmiotów leczniczych objętych zakresem podmiotowym Polecenia MZ z 4 września 2020 r., dlatego dokonane przez Ministra Zdrowia zmiany Polecenia z 30 września 2020 r. nie wymagały ich odzwierciedlenia we wzorach umów przekazanych OW NFZ do wykorzystania.*

(akta kontroli str. 105)

Obowiązujący od 1 do 31 października 2020 r. wzór umowy (wg pierwotnego brzmienia Polecenia MZ z 4 września 2020 r.) nie określał katalogu podmiotów, ale na podstawie § 1 ust. 2 oraz ust. 3 pkt 2 wzoru umowy warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia było – uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, zamiast „z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2” w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia (na podstawie punktu 1 Polecenia MZ z 30 września 2020 r.).

<sup>149</sup> Uprawnionymi były podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne: wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub w których w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych udzielano świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (według uzasadnienia Polecenia MZ z 4 września 2020 r. tzw. szpitale jednoimienne i szpitale zakaźne oraz oddziały innych szpitali, w których udzielano świadczeń zdrowotnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19) oraz warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia pieniężnego było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.



Wzór umowy / aneksu odpowiadał zapisowi w punkcie 2 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r., ponieważ Minister Zdrowia nie zmienił załącznika w sposób odpowiadający zmianie dokonanej w punkcie 1 Polecenia MZ z 30 września 2020 r., ale nie odpowiadały punktowi 1 treści Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r. (obowiązującego od 1 do 31 października 2020 r.). Prezes NFZ powinien w celu prawidłowej realizacji Polecenia MZ po zmianie z 30 września 2020 r. ustalić z Ministrem Zdrowia obowiązujące od 1 do 31 października 2020 r. warunki wypłaty dodatkowych świadczeń, w tym ich wysokość dla personelu medycznego w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 24-28, 142-143, 270-281)

2. Prezes NFZ nieprawidłowo i nierzetelnie opracował wzór umowy / aneksu (obowiązujący od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.) dotyczący przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu (na co wpływ miała nieprecyzyjna treść Polecenia MZ z 4 września, ze zm.), poprzez:

a) nieprawidłowe określenie w § 1 ust. 2 i ust. 6 wzoru umowy / aneksu wymogu uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia), mimo że warunkiem (na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) był – bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. We wzorze umowy / aneksu określono, że:

- w § 1 ust. 2 – warunkiem wypłaty dodatkowego świadczenia było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- w § 1 ust. 6 – informacja kierownika podmiotu uprawnionego obejmuje informacje o osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Zapisy te były niezgodne z warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia, określonym w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zmienionego 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 5, 29-36, 103-106, 108, 110-123, 147-148, 155-160, 1441-1453)

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach Dyrektora DEF (przytoczonych w stanie faktycznym przedmiotowego wystąpienia pokontrolnego), m.in. że: *wzory umów i aneksów nie określały katalogu podmiotów leczniczych objętych zakresem podmiotowym Polecenia MZ z 4 września 2020 r., dlatego dokonane przez Ministra Zdrowia zmiany Polecenia nie wymagały ich odzwierciedlenia we wzorach umów i aneksów do umów przekazanych OW NFZ do wykorzystania oraz że wzory umów i aneksów do umów miały charakter pomocniczy*. Postanowienia w § 1 ust. 1 wzoru umowy / aneksu<sup>150</sup> określały, do jakiego podmiotu leczniczego odnoszą się umowy.

(akta kontroli str. 103-105)

Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) zostało skierowane do NFZ i na Funduszu ciążył obowiązek prawidłowego przygotowania realizacji zadania polegającego m.in. na przekazaniu środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Potwierdził to

<sup>150</sup> Dotyczący przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu w szpitalach II i III poziomu.

w trakcie kontroli NIK, prowadzonej jednocześnie w Ministerstwie Zdrowia, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu: *Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) kierowane jest do Prezesa NFZ i to na Prezesa NFZ nakłada określone obowiązki wykonania czynności pozwalających na stworzenie podstaw prawnych, w relacji NFZ – podmioty lecznicze.*

Oddziały NFZ były uprawnione do zmiany wzoru umowy, w zakresie w jakim nie będzie to sprzeczne z treścią ww. Polecenia MZ. Natomiast zapisy § 1 ust. 2 i ust. 6 ww. wzoru umowy / aneksu<sup>151</sup> były niezgodne z punktem 1a lit. a) ww. Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r.

Nieprawidłowe przygotowanie realizacji ww. Polecenia MZ przez Prezesa NFZ skutkowało zawarciem przez 13 (z 16) dyrektorów OW NFZ umów, które uprawniały kierowników podmiotów leczniczych, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., do wypłaty dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, m.in. za kontakt z pacjentem jedynie podejrzanym o zakażenie wirusem. Rozliczanie dodatkowych świadczeń pieniężnych w 13 województwach następowało na podstawie umów, które nie odpowiadały warunkowi określonemu w punkcie 1a lit. a) ww. Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r.)<sup>152</sup>. Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na podstawie ww. umów Fundusz wydatkował na dodatkowe świadczenia pieniężne w ramach II / III poziomu 2 930 058,1 tys. zł (co odpowiadało 32,8% wydatków ogółem poniesionych w latach 2020-2021<sup>153</sup>). Nie można wykluczyć, że w kwocie ww. wydatków część środków otrzymały osoby za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem tylko podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 29-36, 110-118, 122, 286, 404-502, 607-608, 616-617, 664-665, 805, 1202-1203, 1516-1517)

Centrala NFZ nie dokonała zmiany wzoru umowy, nawet po otrzymaniu z Ministerstwa Zdrowia (9 grudnia 2020 r.) Materiału dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, w którym potwierdzono wymóg bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2<sup>154</sup>, w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, a także w późniejszych pismach<sup>155</sup>.

Mimo prawidłowo sporządzonych przez Centralę NFZ komunikatów (np. z 2 grudnia 2020 r.) i informacji przekazanych Oddziałom dotyczących m.in. warunku *uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2*<sup>156</sup>, Prezes NFZ nie dokonał zmiany ww. wzoru umowy / aneksu od 1 listopada 2020 r. aż do 31 maja 2021 r.,

<sup>151</sup> W sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu medycznego, uczestniczącego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia.

<sup>152</sup> W sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu (w tym aneksów do umów).

<sup>153</sup> 8 924 121,1 tys. zł (na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm.).

<sup>154</sup> (...) podstawowe znaczenie dla kwalifikacji do uprawnienia do otrzymania świadczenia dodatkowego ma spełnienie warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. (...) Użyte w poleceniu wyrażenie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 łącznie muszą zachodzić obie przesłanki (...).

<sup>155</sup> M.in. pismo DSW.07.94.2020.MS z 29 grudnia 2020 r., DSZ.012.21.2021.ASB z 20 stycznia 2020 r., DSW.054.68.2021.PJ z 22 stycznia 2021 r., DSW.054.74.2021.PJ z 26 stycznia 2021 r.

<sup>156</sup> M.in. pismo DEF-WSiKF.401.7.80.2020.2020.187576.DAJ z 30 listopada 2020 r.

stosownie do warunku określonego w punkcie 1a lit. a) ww. Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 19, 108, 110-115, 122-123, 158. 259-269, 279-281, 284-290, 368-376, 752-753, 755-760, 1257, 1263, 1265-1266, 1270)

Na pytanie, dlaczego nie dokonano zmiany wzoru umowy / aneksu po otrzymaniu Materiału dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *z uwagi na fakt, że treść załącznika do Polecenia MZ określająca zasady jego realizacji dotyczy wszystkich okresów realizacji polecenia poczynając od dnia 4 września 2020 r., w treści wzorów umów i aneksów do umów przekazanych OW NFZ przy piśmie z 6 listopada 2020 r., użyte jest wyrażenie o szerszym zakresie obejmującym swym zasięgiem również sytuacje objęte zakresem polecenia sprzed 1 października 2020 r. (...). Przekazane przy ww. piśmie wzory umów i aneksów do umów miały charakter pomocniczy.*

(akta kontroli str. 753)

**b)** nierzetelne określenie w § 1 ust. 1 pkt 2 wzorach umowy / aneksu pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia, który nie odpowiadał pojęciu określonymu w punkcie 4 ppkt 2 części III załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz w § 1 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.). Określono w nich, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale III poziomu na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 z innych przyczyn niż COVID-19, tj. w zakresach leczenia wskazanych w poleceniu właściwego organu.

Opracowanie przez Centralę NFZ wzoru umowy / aneksu (z 9 listopada 2020 r.) oraz zawarcie umów przez dyrektorów OW NFZ z podmiotami leczniczymi nastąpiło po określeniu pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia w ww. rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej i ww. zarządzeniu Nr 140/2020/DSOZ. Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) również nie precyzowało pojęcia szpitala III poziomu, jednak zostało ono określone przez Prezesa NFZ w ww. zarządzeniu Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.). Zatem Prezes NFZ mógł i powinien podjąć działania w celu zachowania jednolitości w określeniu pojęcia szpitala III poziomu oraz ustalić z Ministrem Zdrowia właściwe jego stosowanie na potrzeby realizacji ww. Polecenia MZ.

Na podstawie zapisu określonego w § 1 ust. 1 pkt 1 wzoru umowy / aneksu (tym samym w umowach, opracowanych na ich podstawie, zawartych przez dyrektorów OW NFZ z podmiotami leczniczymi) dopuszczono możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu, udzielającemu świadczeń zdrowotnych pacjentom leczonym poza III poziomem zabezpieczenia, w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, niż te dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia (tj. w decyzji właściwego organu polecającej podmiotowi leczniczemu zapewnienie określonej liczby łóżek, w określonym okresie i w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej w ramach III poziomu).

(akta kontroli str. 5, 29-36, 284-285, 1441-1453)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in., że *w treści wzoru umowy / aneksu (...) ujęto zapisy wynikające wprost z Polecenia MZ (ze zm.), (...) na warunkach określonych w poleceniu. W treści Polecenia MZ (ze zm.) nie zostały wymienione zakresy świadczeń*

*opieki zdrowotnej. Nie zawarto też w Poleceniu MZ wymogu w stosunku do Funduszu ujęcia w treści wzoru umowy / aneksu takiej informacji.*

(akta kontroli str. 531)

*Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu potwierdził, że (...) realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu) – pkt 1 ppkt 1 lit. a) Polecenia MZ – musiała odbywać się w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody.*

(akta kontroli str. 1182-1183)

Nieprawidłowe i nierzetelne przygotowanie zapisów ww. wzoru umów / aneksu, a także niepodjęcie działań w celu zmiany wzoru umowy i dopuszczenie do zastosowania pojęć w sposób nieodpowiadający pojęciom zdefiniowanym, zarówno przez Ministra, jak i Prezesa NFZ, świadczą o słabości mechanizmów kontroli zarządczej w Centrali NFZ.

**3. Prezes NFZ nierzetelnie przygotował realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), gdyż nie określił mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację informacji przekazywanych przez kierownika podmiotu leczniczego w zakresie prawidłowego przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, przed przekazaniem przez OW NFZ środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych). Ustalono zasady przekazywania środków finansowych:**

- nie zobowiązywały kierowników podmiotów leczniczych do wypłaty dodatkowych świadczeń, w inny sposób niż na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej (od 4 września do 31 października 2020 r.) / oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnienie Ministrowi lub NFZ informacji o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej<sup>157</sup> oraz przedstawienia Funduszowi danych dotyczących wyłącznie jej imienia i nazwiska, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu;
- uprawniały wyłącznie kierowników podmiotów leczniczych do przyznania dodatkowych świadczeń pieniężnych, bez możliwości weryfikacji przez NFZ przestrzegania zasad i warunków ich przyznawania, na etapie ubiegania się o potrzebne środki finansowe.

Oznaczało to, że NFZ nie mógł weryfikować przestrzegania kryteriów przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze, a przede wszystkim sprawdzić, czy suma dodatkowych świadczeń wszystkich wykazanych osób (i należnych od nich kosztów pracodawcy) jest zgodna z łączną kwotą potrzebną na zapewnienie dodatkowych świadczeń, określonych przez dyrektorów pomiotów leczniczych (ponieważ nie ustalono wymogu przedkładania danych o kwocie dodatku każdej osoby zgłoszonej).

Nie określono nawet wymogu złożenia oświadczenia przez osoby uprawnione o spełnieniu warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia (z wyłączeniem jednorazowych dodatkowych świadczeń), tj.:

- uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz

---

<sup>157</sup> W przypadku innej podstawy zatrudnienia niż stosunek pracy – na podstawie informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia (obowiązującej od 4 września 2020 r. do 31 października 2021 r.). Od 1 listopada 2021 r. - na podstawie informacji o wysokości wynagrodzenia za każdą godzinę pracy.

- udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM lub izbach przyjęć (na podstawie punktu 1a Polecenia MZ).

Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) obowiązywało do 31 marca 2022 r. Oddziały NFZ nie mogły zweryfikować, czy osoby spełniały warunki do otrzymania dodatkowego świadczenia i czy zostało ono przyznane z przekroczeniem jego maksymalnej wysokości 15 tys. zł, gdyż nie określono wymogu ustalenia i gromadzenia danych, w jakiej wysokości dana osoba otrzymała dodatkowe świadczenie pieniężne. Prezes NFZ w latach 2020-2021 przekazał na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie ww. Polecenia MZ kwotę 8 795 566,8 tys. zł<sup>158</sup>.

(akta kontroli str. 29-75, 108, 110-122, 119-120, 270-329, 815, 817, 1441-1453)

Dyrektor DEF wyjaśnił m.in.: *Minister Zdrowia nie upoważnił NFZ do pozyskiwania od świadczeniodawców szerszego niż wskazany w Poleceniu MZ zakresu informacji przekazywanych przez kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego do dyrektora właściwego terytorialnie ze względu na położenie podmiotu leczniczego OW NFZ. Nie zobowiązał też NFZ do określenia szczegółowych zasad oraz narzędzi kontroli / weryfikacji wykazów osób uprawnionych do otrzymania dodatkowych świadczeń (w tym jednorazowego) zgłaszanych do OW NFZ przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych.*

(akta kontroli str. 7, 107)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ (ze zm.) kierowane jest do Prezesa NFZ i to na Prezesa NFZ nakłada określone obowiązki wykonania czynności pozwalających na stworzenie podstaw prawnych, w relacji NFZ – podmioty lecznicze, na podstawie których podmioty lecznicze przekazywały dane do OW NFZ pozwalające obliczyć wysokość kwoty środków finansowych na pokrycie kosztu świadczeń dodatkowych wypłacanych na podstawie Polecenia. Umowy zawierane przez NFZ z podmiotami leczniczymi musiały przy tym spełniać wymogi określone w Poleceniu (...). Należy więc przyjąć, że faktyczne uszczegółowienie procedury pozyskiwania środków na świadczenia dodatkowe odbywało się na poziomie umów zawieranych przez poszczególne OW NFZ z konkretnymi podmiotami leczniczymi.*

(akta kontroli str. 387-389)

Z uwagi na fakt, iż Prezes NFZ nie określił mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację informacji przekazywanych przez kierownika podmiotu leczniczego przed przekazaniem przez OW NFZ środków finansowych, zweryfikowanie prawidłowości przyznawania dodatkowych świadczeń i rozliczania przekazanych środków finansowych, możliwe było wyłącznie w kontrolach przeprowadzonych bezpośrednio w podmiotach leczniczych. Ponadto, o braku procedur i narzędzi umożliwiających przeprowadzenie przez OW NFZ weryfikacji informacji kierowników podmiotów leczniczych świadczą m.in. problemy z rozliczeniem dodatkowych świadczeń pieniężnych w szpitalach tymczasowych.

(akta kontroli str. 1032-1100)

4. Prezes NFZ nie przygotował proceduralnie i organizacyjnie OW NFZ do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych w zakresie realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych określonych w § 1 ust. 2 pkt 4 wzoru umowy

---

<sup>158</sup> 8 795 566 757,27 zł.

(opracowanej na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r.) oraz § 1 ust. 6<sup>159</sup> lub § 1 ust. 7<sup>160</sup> lub § 1 ust. 10<sup>161</sup> wzorów umów (opracowanych na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. ze zm.) oraz zobowiązania, o którym mowa w punkcie 5 załącznika<sup>162</sup> do Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. i Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), na podstawie punktu 6 ww. załącznika.

Wyniki przeprowadzonej przez Fundusz jednej kontroli w OW NFZ (m.in. w zakresie rozliczania przez Oddział środków finansowych na dodatkowe świadczenia<sup>163</sup>) wskazywały na wysokie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości. Dotyczyło to zarówno OW NFZ jak i podmiotów leczniczych, gdyż ryzyko odnosiło się do nieprawidłowego sporządzania list osób uprawnionych poprzez kilkukrotne wskazywanie tych samych osób do wypłaty dodatkowych świadczeń w danym miesiącu. Mogło to wpłynąć na zawyżenie łącznej kwoty przekazanych przez OW NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne danemu podmiotowi leczniczemu, bez możliwości weryfikacji zgodności wypłat osobom uprawnionym z kwotą środków przekazanych podmiotowi leczniczemu.

(akta kontroli str. 7, 98, 163-166, 829-908, 1441-1453)

W latach 2020-2021 Prezes Funduszu nie wymagał przeprowadzenia kontroli przez dyrektorów OW NFZ w zakresie sposobu wykonywania umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych, mimo uprawnienia kontrolnego określonego w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi, na podstawie postanowień punktu 6 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.). Fundusz również nie przeprowadził kontroli w podmiotach leczniczych w zakresie realizacji umów z nimi zawartych w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych uznając, że kontrolę określoną w umowach należy rozumieć, jako weryfikację merytoryczną dokumentów rozliczeniowych przez OW NFZ.

Oznacza to, że w latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne Prezes NFZ przekazał 8 924 121,1 tys. zł<sup>164</sup> na podstawie Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), bez kontroli i sprawdzenia przez Fundusz i jego OW NFZ, czy dodatkowe świadczenia były należne, tj. czy:

- kierownicy podmiotów leczniczych prawidłowo ustalili osoby uprawnione (w tym uznali, że zostały spełnione kryteria i warunki, umożliwiające wypłatę dodatkowych świadczeń określonych w § 1 ust. 1 i 2 umów);
- wypłacone dodatkowe świadczenia nie przekraczały maksymalnej kwoty (w tym czy były proporcjonalnie pomniejszane, w przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc na podstawie warunków określonych w umowach);
- faktycznie przekazano środki finansowe osobom uprawnionym, a nierozliczone środki finansowe zwrócono do NFZ (na podstawie warunku określonego

<sup>159</sup> Wzoru umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r.)

<sup>160</sup> Wzoru umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zm. 1 listopada 2020 r.)

<sup>161</sup> Wzoru umów dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zm. 28 maja 2021 r.).

<sup>162</sup> Podmiot powinien zostać zobowiązany do przeznaczenia środków finansowych przekazanych przez dyrektora właściwego OW NFZ, w wysokości ustalonej na podstawie informacji przekazanych w pkt 4, na dodatkowe świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu.

<sup>163</sup> Kontrola w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w zakresie prawidłowości rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie w okres od 1 marca 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.

<sup>164</sup> 8 924 121 015,72 zł.

w umowach).  
(akta kontroli str. 24-75, 98, 163-165, 536, 574-586, 713-725, 815, 817, 1139, 1348-1350)

Zawarte z podmiotami leczniczymi umowy na podstawie opracowanych przez Centralę NFZ wzorach umów (oraz Polecenia MZ) stanowiły samoistną podstawę prawną do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych w zakresie dodatkowego świadczenia pieniężnego. Podkreślić należy, że przepisy ustawy o świadczeniach, poza art. 97 ust. 3 pkt 5 dotyczącym realizacji przez NFZ zadań zleconych finansowanych przez ministra właściwego ds. zdrowia, nie odnosiły się do realizacji przedmiotowych Poleceń MZ (z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r.) i nie regulowały zasad ich wykonania. Również kontrola umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych nie podlegała przepisom ustawy o świadczeniach. W związku z powyższym Prezes NFZ powinien podjąć działania w celu organizacji i przygotowania Funduszu (w tym OW NFZ) do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych w zakresie realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych. O konieczności przeprowadzenia kontroli w podmiotach leczniczych, a także w OW NFZ świadczą nieprawidłowości i ustalenia kontroli Funduszu przeprowadzonej w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w Bydgoszczy.  
(akta kontroli str. 24-75, 110-121, 163-165, 250, 270-329, 538-539, 710-725, 1348-1351, 1441-1453)

W ocenie NIK Fundusz przyjął nieprawidłowe stanowisko, że określona w umowach kontrola realizacji umowy oznacza weryfikację dokumentów stanowiących podstawę płatności przez Fundusz, które prowadzone były w ramach bieżącej działalności dyrektorów OW NFZ. Kontrola realizacji umowy nie może stanowić jedynie merytorycznej weryfikacji przedstawionych dokumentów rozliczeniowych, jak wskazała w wyjaśnieniach Dyrektor DK.

Potwierdził to także, w trakcie kontroli NIK, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśniając, że przedmiotowe kontrole leżą w kompetencji Prezesa NFZ, jako dysponenta tych środków.

(akta kontroli str.163-165, 385-386, 389, 1348-1350)

## **IV. Uwagi i wnioski**

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Wzmocnienie mechanizmów kontroli zarządczej w NFZ, w szczególności w obszarze przygotowania realizacji zadań zleconych przez Ministra Zdrowia i finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.
2. Przygotowanie Funduszu, w tym OW NFZ, do przeprowadzenia kontroli realizacji umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych, w tym zobowiązania, o którym mowa w punkcie 5 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), na podstawie punktu 10 i 12 załącznika do ww. Polecenia zmienionego 25 lutego 2022 r.
3. Przeprowadzenie przez Fundusz, w tym przez OW NFZ kontroli w zakresie prawidłowości realizacji przez podmioty lecznicze umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz poprawne ustalenie kwot należnych środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne w przypadkach ustalenia nieprawidłowości w ich wypłacie przez podmioty lecznicze.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 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 Szczecinie. 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.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Szczecin, 18 listopada 2022 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie  
Dyrektor

Kontrolerzy:

Bogumiła Mędrzak  
Doradca ekonomiczny

/-/

.....

podpis

Sylwia Krawczyk  
Doradca ekonomiczny

/-/

.....

podpis

Wiesław Chabraszewski

/-/

.....

podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie

.....

p.o. Dyrektor Delegatury



