



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-018-01/2014

P/14/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice

T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30

lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Stefania Zalewska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90648 z dnia 9 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Marta Florczykiewicz-Cymara, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90649 z dnia 9 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach ¹ , ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Uher, pełniący obowiązki Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach w okresie od 14 kwietnia 2014 r. do 10 sierpnia 2014 r. i Ewa Mamot Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach od 11 sierpnia 2014 r. ² (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości³ działalność ŚOW NFZ w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych adresowanych do osób w wieku podeszłym i finansowania świadczeń w tym zakresie w latach 2011-2014 (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia w szczególności:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym na terenie województwa śląskiego⁴ w 21 poradniach geriatrycznych i w 12 oddziałach szpitalnych,
- stałe zwiększanie środków finansowych na zakup świadczeń geriatrycznych,
- poddawanie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry walidacji i weryfikacji oraz prowadzenie bieżących analiz poziomu ich wykonania,

¹ Zwany dalej: ŚOW NFZ lub „Oddziałem”.

² Zwani dalej odpowiednio: „Dyrektorem Oddziału” i „Dyrektor Oddziału”. W okresie objętym kontrolą funkcję lub obowiązki Dyrektora Oddziału pełnili również: Zygmunt Kłosa – w okresie: od 1 stycznia 2011 r. do 8 sierpnia 2012 r., Marcin Pakulski – od 18 lipca do 16 września 2012 r., Dorota Suchy – od 17 do 23 września 2012 r., Grzegorz Nowak – od 24 września 2012 r. do 8 lutego 2014 r., Barbara Bulanowska – od 10 lutego do 14 kwietnia 2014 r.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

⁴ Wg danych za 2014 r (I półrocze).

- sfinansowanie w latach 2011-2013 świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry wykonanych ponad limity wynikające z zawartych umów na poziomie od 91% do 96% ich rzeczywistego wykonania.

Stwierdzona w toku kontroli nieprawidłowość dotyczy dopuszczenia do dokonania zmiany zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁵, dotyczącej warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Planowanie wydatków na świadczenia zdrowotne dla osób w wieku podeszłym

Przy tworzeniu planu zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry na poszczególne lata okresu 2011-2014 uwzględniono priorytet ogólnopolski, dotyczący poprawy jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentami w wieku podeszłym, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁶ oraz priorytet regionalny, uwzględniający poprawę dostępności w opiece geriatrycznej poprzez zwiększenie nakładów finansowych, przyjęty przez Oddział do procesu kontraktowania w 2011 r. W procesach planowania świadczeń geriatrycznych założono systematyczne zwiększanie poziomu ich finansowania w rodzajach: lecznictwo szpitalne⁷ i AOS. W kolejnych planach przyjęto m.in.: na 2011 r. - zwiększenie nakładów finansowych na realizację ww. świadczeń w AOS o 100% w stosunku do 2010 r., na 2012 r. - zwiększenie o 8% w AOS, na 2013 r. - finansowanie umów na poziomie ich rzeczywistego wykonania w roku poprzednim. W planach zakupu na 2014 r., w AOS również założono utrzymanie finansowania ww. świadczeń na poziomie realnego zapotrzebowania określonego na podstawie danych o wykonaniu z 2013 r., natomiast w LSZ przyjęto zwiększenie o 5% wartości planu rzeczowo - finansowego, ustalonego w procesie jego uzgodnień na 2013 r. Ponadto na 2014 r. zaplanowano zakup nowych, niekontraktowanych dotychczas przez Oddział w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień⁸, świadczeń psychogeriatrycznych i świadczeń psychogeriatrycznych dziennych. Ceny za punkt rozliczeniowy w zawartych w latach 2011-2014 umowach nie przekraczały 9,20 zł w AOS oraz 52 zł w LSZ i były pozostawione na niezmienionym, w stosunku do zakontraktowanego, poziomie.

(dowód: akta kontroli str. 139-261)

Plany zakupu świadczeń w zakresie geriatry na poszczególne lata okresu 2011-2014 zostały zatwierdzone odpowiednio 25 sierpnia 2010 r.⁹, 31 sierpnia 2011 r., 19 października 2012 r. i 3 października 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 61, 76, 196, 262)

W okresie objętym kontrolą planowane środki na zakup świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry systematycznie zwiększano, a ich udział w planach zakupu

⁵ Zwany dalej „AOS”.

⁶ Dz. U. Nr 137, poz. 11

wszystkich świadczeń Oddziału wynosił od 0,21 % (w 2011 r.) do 0,34 % (w 2014 r.). Wysokość zaplanowanych środków w latach 2011-2014 wyniosła łącznie 68 759 801,06 zł, w tym 63 872 713,56 zł w LSZ, 3 700 847,50 zł w AOS i 1 186 240 zł w psychogeriatric. W poszczególnych latach na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych zaplanowano¹⁰:

- w 2011 r. – 12 617 277, 80 zł, w tym: 11 855 297 zł LSZ i 761 980,80 zł AOS;
- w 2012 r. – 13 507 132,35 zł, w tym: 12 638 132 zł LSZ¹¹ i 869 000,35 zł AOS;
- w 2013 r. – 20 264 499,95 zł, w tym: 19 209 642 zł LSZ i 1 054 857,95 zł AOS;
- w 2014 r. – 22 370 890,96 zł, w tym: 20 169 642,56 zł LSZ¹², 1 015 008,40 zł AOS i 1 186 240 zł PSY.

(dowód: akta kontroli str. 10, 48-134)

Obszarem kontraktowania świadczeń w zakresie geriatric był teren całego województwa śląskiego. Z uwagi na brak, z wyjątkiem zaleceń NFZ, regulacji w zakresie wydzielania obszarów kontraktowania świadczeń, wg wyjaśnień Dyrektora Oddziału, planowanie obszarów kontraktowania podporządkowano regule efektywności, co wymagało oparcia się na danych o rozmieszczeniu potencjału wykonawczego w poszczególnych częściach województwa. Dane te uzyskano po przeanalizowaniu umów o wykonanie świadczeń zdrowotnych pod kątem zapisanych w nich miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń. W stosunku do poprzedniego procesu kontraktowania obszar ten nie uległ zmianie. Dyrektor Oddziału podał, że ogłaszanie odrębnych postępowań dla subregionów (tj. do 8 grup powiatów) jest planowane w ramach AOS, w przyszłych postępowaniach konkursowych.

(dowód: akta kontroli str.139-261, 136-137)

W procesie planowania zakupu świadczeń zdrowotnych w latach 2011-2014 Oddział korzystał z danych: Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Państwowego Zakładu Higieny (PZH), publicznych centrów zdrowia oraz własnych. Wykorzystano m.in. analizę danych nt. sytuacji zdrowotnej populacji województwa zawartą w opublikowanych przez PZH raportach pn. *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski* oraz publikowanych przez Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego przy Śląskim Urzędzie Wojewódzkim *Raportach o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego*. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przy tworzeniu planów zakupu świadczeń, opierano się również na opracowaniach własnych Oddziału, które stanowiły analizy porównawcze wysokości kontraktów i poziomu realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń w latach poprzednich (analiza tzw. nadwykonań), a także prognozy realizacji świadczeń. Ponadto uwzględniano dotychczasowe doświadczenia i informacje będące w posiadaniu Oddziału w zakresie potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach w kontekście możliwości finansowych Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 139-261)

W wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych zawarto: 25 umów z

na okres 2011-2013 w AOS i 13 umów z 13 świadczeniodawcami¹⁴ na okres 2012-2014¹⁵ w LSZ. W I półroczu 2014 r. świadczenia geriatryczne realizowało 12 świadczeniodawców w LSZ i 21 w AOS¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 11-30)

W okresie objętym kontrolą współpraca z Konsultantem Wojewódzkim ds. Geriatrii dotyczyła, m.in. wsparcia prowadzonych przez niego w latach 2010-2011 starań w zakresie zmiany polityki finansowania świadczeń geriatrycznych w rodzaju leczenie szpitalne¹⁷. Według Dyrektora Oddziału, zgłaszane przez Konsultanta problemy opieki geriatrycznej w województwie śląskim¹⁸, miały wpływ na przyjęcie geriatrii jako priorytetu regionalnego.

Ponadto w 2011 r., w Oddziale odnotowano: interpelacje radnych Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie poziomu dostępności do świadczeń geriatrycznych na terenie województwa¹⁹, pisma, odpowiednio Posła na Sejm RP²⁰ oraz Wicemarszałka Województwa Śląskiego²¹, w sprawie możliwości zawarcia umów w zakresie geriatrii przez świadczeniodawców, którzy dotychczas nie realizowali umów w tym zakresie. Oddział otrzymał również uchwałę w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej finansowania usług medycznych w zakresie geriatrii w województwie śląskim, podjętą przez Senat Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 29 czerwca 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 36, 42, 264-289)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Oddział rozpatrzył pozytywnie wniosek świadczeniodawcy (Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach) z dnia 21 stycznia 2014 r. (id 165747) o zmianę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach AOS, dotyczący rozszerzenia listy personelu poradni geriatrycznej o dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii, pomimo iż wnioskowana zmiana była niezgodna z warunkami deklarowanymi w ofercie, które podlegały ocenie przy wyborze ofert. Zaakceptowane przez Oddział zmiany ujawniono w aneksie nr 2/02/1/2014 z dnia 29 maja 2014 r. do umowy nr 121/00559/02/2014 z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014 r.

Jakubiec Myszków, Prywatna Przychodnia Lekarska Blachownia, ZOZ w Rydułtowach, ZLA w Sosnowcu, Elvita NZOZ Centrum Medyczne Trójka Jaworzno, Izabella Deńca-Kuziemko Sosnowiec, NZOZ p.w. św. Kamila, prowadzony przez Zakon Posługujących Chorym OO. Kamilianie Tarnowskie Góry, NZOZ VITAMED Sp. z o.o. Gliwice.

¹⁴ Samodzielny Publiczny ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca w Katowicach, WZOZ Nr 1 im. Prof. Józefa Gasińskiego w Tych

Działanie to naruszało § 7 ust. 3 w związku z § 11 ust. 1 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 82/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Stosownie do § 7 ust. 3 świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów jest obowiązany spełnić wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 11 ww. zarządzenia. W myśl natomiast § 11 świadczenia w poradniach specjalistycznych, objęte przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające kwalifikacje spełniające jednocześnie warunki określone w rozporządzeniu AOS²², w ww. zarządzeniu i zgodne z deklarowanymi warunkami w ofercie, o ile podlegały ocenie przy wyborze ofert – wymienione w załączniku nr 2 do umowy. W ofercie złożonej w postępowaniu konkursowym (część VIII-Ankieta, Rozdz. 1.2.1. pkt 1.2.1.)²³ świadczeniodawca deklarował udzielanie świadczeń w poradni w 100% przez lekarzy specjalistów geriatric lub gerontologii²⁴, co stanowiło warunek dodatkowo oceniany zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do Zarządzenia Nr 73 /2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 547-605)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła: (...) *Sytuacja, jaka dotyczyła Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach, to jest zmiany w umowie, spowodowała faktyczny wzrost dostępności do świadczeń z zakresu geriatric, bowiem łączny czas pracy lekarzy udzielających świadczeń wzrósł z 12 do 19 godzin tygodniowo. Jako argument na słuszność powyższego, informuję, że dokonana analiza wykonania kontraktu w przedmiotowym zakresie potwierdza, że w okresie styczeń – czerwiec 2013 roku udzielono w poradni geriatricznej Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach porad wyczerpując plan umowy w zaledwie 36% (1221,5 z planowanych 3318 punktów rozliczeniowych). Natomiast zwiększenie poziomu dostępności do przedmiotowych świadczeń zaowocowało wzrostem poziomu wykonania w analogicznym okresie styczeń – czerwiec 2014 roku do 65% (2145 z planowanych 3318 punktów rozliczeniowych). Podaje również, że zarówno pan (...) i pani (...) jako specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy rozpoczęli specjalizację w dziedzinie geriatric ponad dwa lata przed dodaniem ich do listy personelu poradni geriatricznej Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach są odpowiednio przygotowani do udzielania świadczeń (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Ponadto wskazała, że istotnym problemem jest brak lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatric – w bazie danych Śląskiego OW NFZ figuruje jedynie 37 osób o powyższej specjalności. Wysoce prawdopodobne jest pogłębianie tego problemu, bowiem łącznie we wszystkich jednostkach organizacyjnych prowadzących specjalizację w dziedzinie geriatric, na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (wg. stanu na dzień 4.07.2014 r.) jest zaledwie 145 miejsc. Fakt ten potwierdza się w danych dotyczących ogólnego wykonywania umów dla produktu: 02.1060.001.02 - świadczenia w zakresie geriatric. Jest to jeden z niewielu zakresów świadczeń, w których notowane są regularnie „niedowyoconania” planu umów. W roku 2013 udzielono łącznie we wszystkich poradniach tej specjalności na terenie*

²² Rozporząd

województwa śląskiego porad wyczerpujących plan umów w zaledwie 80% (89931,5 z planowanych 111112 punktów rozliczeniowych). Dyrektor Oddziału podkreśliła: (...) zaakceptowanie rozszerzenia listy personelu poradni geriatrycznej o (...), lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry, nie spowodowało zmniejszenia jakości udzielanych świadczeń, bowiem pani (...), specjalista w dziedzinie geriatry, w dalszym ciągu udziela świadczeń trzy dni w tygodniu, tak jak uprzednio. Zarazem miało to znaczący, wydaje się pozytywny wpływ na zwiększenie poziomu dostępności do przedmiotowych świadczeń, co powyżej zostało wykazane.

(dowód: akta kontroli str. 547-549)

NIK nie kwestionuje spełniania przez świadczeniodawcę ogólnych warunków realizacji świadczeń w poradni geriatrycznej przez lekarzy w trakcie specjalizacji z geriatry, określonych w przywołanym przez Dyrektora Oddziału rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że to świadczeniodawca deklarował w ofercie konkursowej spełnianie świadczeń w poradni geriatrycznej wyłącznie przez lekarzy specjalistów, a więc spełnianie dodatkowego warunku rankingującego, który podlegał ocenie przy wyborze oferty. W ocenie NIK zmiana zawartej umowy w opisanym powyżej zakresie jest niezgodna z warunkami zawierania i realizacji umów określonymi w Zarządzeniu Nr 82/2013/DSOZ. Ponadto NIK zauważa, iż w przypadku braku przesłanek umożliwiających dokonanie zmian w umowie na skutek okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy - zmiany do niej wprowadzone, jeśli dotyczyły warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, są nieważne w świetle art. 158 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2008 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Finansowanie świadczeń dla osób w wieku podeszłym

2.1. Rozliczanie umów o świadczenia zdrowotne dla osób w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

Umowy zawarte ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry aneksowano corocznie m.in. w zakresie kwoty zobowiązania. Okres obowiązywania umów w AOS, wygasających z dniem 31 grudnia 2013 r., przedłużono do dnia 31 grudnia 2014 r. na podstawie art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.²⁷

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 11-30, 44)

W latach 2011-2014 w zakresie geriatry zakontraktowano świadczenia zdrowotne na łączną wartość 71 633 374,01 zł (67 869 451,07 zł w LSZ i 3 763 922,94 zł w AOS) na realizację ogółem 1 733 344 świadczeń²⁸ (1 321 162 w rodzaju LSZ i 412 182 w AOS). W poszczególnych latach zakontraktowano:

- w 2011 r.: świadczenia na kwotę 14 134 818,24 zł (od

i 86 866 w AOS) w ramach 35 umów (10 w LSZ i 25 w AOS)²⁹ zawartych z 29 świadczeniodawcami;

- w 2012 r.: świadczenia na kwotę 15 911 216,75 zł (odpowiednio 14 948 082 zł i 963 134,75 zł), na realizację 395 637 punktów (290 160 w LSZ i 105 477 w AOS) w ramach 39 umów (13 w LSZ³⁰ i 26 w AOS) zawartych z 34 świadczeniodawcami;

- w 2013 r.: świadczenia na kwotę 20 224 426,66 zł (odpowiednio: 19 209 395,51 zł i 1 015 031,15 zł) na 484 549 punktów (373 437 w LSZ i 111 112 w AOS) w ramach 34 umów (12 w LSZ i 22 w AOS³¹) zawartych z 30 świadczeniodawcami;

- w 2014 r.: świadczenia na kwotę 21 362 912,36 zł (odpowiednio: 20 369 608,56 zł i 993 303,80 zł) na 504 677 punktów (395 950 w LSZ i 108 727 w AOS) w ramach 33 umów (12 w LSZ i 21 w AOS) zawartych z 29 świadczeniodawcami.

Wysokość zakontraktowanych środków w 2014 r. była wyższa w stosunku do 2011 r. o 7 228 094,12 zł (tj. 51 %), natomiast liczba zakontraktowanych świadczeń wzrosła o 156 195 punktów rozliczeniowych (tj. o 56 %).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 11-30)

W 2014 r. nie zakupiono zaplanowanych nowych zakresów świadczeń dla osób w wieku podeszłym, tj. świadczeń psychogeriatrycznych i świadczeń psychogeriatrycznych dziennych. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w związku z wejściem w życie art. 4 *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* oraz pismem NFZ o przedłużeniu obowiązywania umów do dnia 31 grudnia 2014 r.³² nie zaplanowano ostatecznie żadnych postępowań uzupełniających prowadzonych w trybie konkursu ofert na 2014 r. i wszystkie tzw. „nowe” zakresy, w tym świadczenia psychogeriatryczne, nie mogły zostać zakontraktowane. Podjęto decyzję o zmianie pierwotnie przygotowanego planu zakupu i zabezpieczeniu świadczeń wyłącznie w zakresach już zakupionych, w drodze aneksowania obowiązujących umów do końca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 137-138)

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi, poprzedzającymi zawarcie umów w zakresie geriatry na lata 2011-2013 w AOS i na lata 2012-2014 w LSZ, Oddział nie zgłosił do Prokuratury żadnych spraw związanych z tzw. „kłamstwem ofertowym”. Jak podał Dyrektor Oddziału, w ocenianych ofertach nie stwierdzono nieprawidłowości i nieścisłości kwalifikujących się jako „kłamstwo ofertowe”.

(dowód: akta kontroli str. 31, 36, 39)

Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych następowało przy uwzględnieniu zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunk

wytycznych Prezesa NFZ³⁴ oraz wewnętrznych regulacji. Szczegółowe zasady związane z zawieraniem aneksów rozliczających/ uгод pozasądowych do zawartych umów wraz z wykazem świadczeń, które z uwagi na swój charakter i koszty powinny zostać sfinansowane, opracowywał zespół roboczy, powoływany corocznie przez Dyrektora Oddziału³⁵. Końcowe rozliczanie umów następowało w oparciu o zasady zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału³⁶.

(dowód: akta kontroli str. 491-524)

W Oddziale na bieżąco i w pełnym zakresie prowadzono weryfikacje i walidacje danych uzyskiwanych od świadczeniodawców drogą elektroniczną. Walidacje uruchamiano automatycznie w momencie przesyłania danych do systemu informatycznego, natomiast weryfikacji dokonywano dwa razy na dobę. Według stanu na dzień 13 czerwca 2014 r. system wygenerował w zakresie geriatry 63 szablony korygujące w ramach AOS oraz 94 szablony korygujące w ramach LSZ, do których świadczeniodawcy wystawili korygujące dokumenty finansowe na łączną kwotę 319 905,77 zł. Oddział przeprowadzał również weryfikacje wsteczne w terminach wynikających z wytycznych Prezesa NFZ. Najczęstszym błędem (ostrzeżeniem) występującym w 2013 r., według stanu na dzień 17 czerwca 2014 r.³⁷, w AOS była niezgodność daty realizacji świadczenia z kontraktowaną przez świadczeniodawcę datą pracy poradni lub osoby udzielającej świadczenie³⁸ (od 389 do 652 przypadków). Natomiast w 2014 r., wg stanu na dzień 17 czerwca 2014 r., liczba świadczeń kwestionowanych w ramach tych samych reguł wyniosła w AOS odpowiednio od 75 do 91 przypadków. W LSZ najczęstszym błędem w 2013 r. (wg danych na dzień 17 czerwca 2014 r.) było czasowe nakładanie się świadczeń pomiędzy hospitalizacją a świadczeniem ambulatoryjnym u innego świadczeniodawcy (10 przypadków), natomiast w 2014 r. (na dzień 17 czerwca 2014 r.) wystąpiło 35 przypadków kwestionowania świadczeń wg tej reguły.

(dowód: akta kontroli str. 401-473)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie korzystał z możliwości zwrócenia się bezpośrednio do świadczeniobiorcy o informacje w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonej mu przez świadczeniodawców. Dyrektor Oddziału wyjaśnił m. in.: (...) *podkreślić należy, że w roku 2013 uruchomiony został system Zintegrowany Informator Pacjenta pozwalający zainteresowanym ubezpieczonym na sprawdzenie i zweryfikowanie wszystkich świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców jako wykonanych na ich rzecz. System ten nie jest dedykowanym geriatry, lecz pozwala ubezpieczonym na monitoring wszystkich świadczeń, zrealizowanych niezależnie od zakresu, czy specjalności medycznej. Śląski OW NFZ odnotowuje zgłoszenie osób, które stwierdziły rozbieżności pomiędzy informacjami przekazanymi przez świadczeniodawców a stanem faktycznym, jednakże dotychczas żaden ze zgłoszonych przez świadczeniobiorców*

³⁴ Dotyczy rozliczeń za: 2012 r. (pismo NFZ/CF/DEF/2013/W/01811/BE z dnia 23 stycznia 2013 r.) i 2013 r. (pismo NFZ/CF/DEF/2013/077/0348/W/34525/DAJ z dnia 18 grudnia 2013 r. i NFZ/CF/DEF/2014/077/0010/W/01032/MMA z dnia 15 stycznia 2014 r.).

przypadków nie dotyczył świadczeń z zakresu geriatry, zarówno w rodzaju leczenia szpitalne, jak i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. (...)

(dowód: akta kontroli str. 31, 35, 40)

2.2. Prowadzenie przez Oddział kontroli wykonania umów

W latach 2012-2014 (I półrocze) przeprowadzono siedem kontroli doraźnych u pięciu świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie geriatry, w tym sześć kontroli w okresie 2012-2013³⁹ i jedną kontrolę w I półroczu 2014 r.⁴⁰

W sprawie nieuwzględnienia w planach kontroli lat 2011-2014, kontroli wykonywania umów w zakresie geriatry, Dyrektor Oddziału wyjaśniła: (...) *przygotowując roczne plany kontroli uwzględnia się w pierwszej kolejności założenie, aby każdy świadczeniodawca lub podmiot posiadający umowę na realizację świadczeń z NFZ był kontrolowany nie rzadziej niż raz na 5 lat. Ponadto w przygotowaniu planów uczestniczą komórki merytoryczne wchodzące w skład zespołu powołanego do przygotowania planu kontroli, które na podstawie analizy obszarów zagrożeń i potencjalnych nieprawidłowości przedstawiają swoje propozycje do planu. W okresie 2011-2014 nie wpłynęły do Działu Kontroli Realizacji Umów propozycje kontroli w oddziałach geriatrycznych. Ponadto Dyrektor podała, że w 2010 r. przeprowadzono w trzech oddziałach geriatrycznych kontrole koordynowane, dotyczące m.in. hospitalizacji pacjentów, na rzecz których w ramach hospitalizacji rozliczano świadczenia z grupy A35 (Choroby zwyrodnieniowe OUN), co również miało wpływ na nieuwzględnienie w planach kontroli na kolejne lata oddziałów geriatrycznych.*

(dowód: akta kontroli str. 290-312)

W ramach kontroli przeprowadzonej w Szpitalu w Pszczynie⁴¹ sprawdzono organizację i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne dla trzynastu zakresów, w tym dla geriatry. Ustalenia kontrolne w zakresie oddziału geriatrycznego dotyczyły niezgłoszenia do Oddziału zmian dotyczących personelu udzielającego świadczeń, niezapewnienia świadczeń fizjoterapeuty, nieudzielania świadczeń przez psychologa (braku dokumentacji psychologicznej), braku wyodrębnienia opieki pielęgniarskiej (od 2013 r. do czasu przeprowadzania kontroli) i prowadzenia nadzoru nad pacjentami w tym okresie przez pielęgniarki oddziału neurologicznego i pododdziału udarowego. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami naliczono karę umowną, która w zakresie geriatry wynosiła 5 751 ,65 zł. Na dzień prowadzenia czynności kontrolnych należność nie została uregulowana, ponieważ rozpatrywano zażalenie na czynności Dyrektora Oddziału⁴², a następnie skargę na działania Dyrekcji ŚOW NFZ⁴³, złożone przez świadczeniodawcę.

(dowód: akta kontroli str. 290-294)

W ramach kolejnej kontroli organizacji udzielania świadczeń, przeprowadzonej w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu⁴⁴, ustalenia związane z realizacją świadczeń geriatrycznych dotyczyły: braku na Oddziale Geriatrycznym pokoi jednoosobowych

³⁹ SP Szpital Miejski w Sosnowcu (post

z węzłem sanitarnym i izolatki, mniejszej liczby łóżek na oddziale (14) od określonej w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala (20), mniejszej liczby personelu realizującego świadczenia opieki zdrowotnej od wykazanej w umowie. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami świadczeniodawcy naliczono karę umowną, która w zakresie dotyczącym geriatry wyniosła: 7 462,78 zł⁴⁵. Należne środki wpłacono na rachunek Oddziału 4 kwietnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 290-294)

W zakresie pozostałych czterech kontroli, w tym przeprowadzonych u trzech nowych świadczeniodawców⁴⁶, sprawdzono: organizację udzielania świadczeń, warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. We wszystkich przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości w kontrolowanym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 290-294)

W I półroczu 2014 r. przeprowadzono kontrolę realizacji zaleceń pokontrolnych w Centrum Dializa-Szpital 1 w Pszczynie⁴⁷. W zakresie geriatry przyjęto warunkowo wykonanie zaleceń dotyczących zatrudnienia pielęgniarki posiadającej specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, ponieważ zatrudniona osoba była w trakcie kursu kwalifikacyjnego w tym zakresie. Świadczeniodawcę zobowiązano, aby po ukończeniu przez pielęgniarkę kursu, przedstawił dokument potwierdzający nabycie kwalifikacji.

(dowód: akta kontroli str. 290-294)

Przeprowadzano również kontrole/wizytacje u świadczeniodawców, którzy brali udział w postępowaniach konkursowych poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS na lata 2011-2013, w zakresie weryfikacji poprawności złożonych w toku postępowania oświadczeń o spełnieniu określonych wymogów od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy. Skład osobowy zespołów wizytujących, termin realizacji wizytacji, zasady ich przeprowadzania i dokumentowania oraz wykaz świadczeniodawców wyznaczonych do kontroli określono w zarządzeniu wewnętrznym Dyrektora Oddziału⁴⁸. W przedmiotowym zakresie przeprowadzono wizytację u dwóch świadczeniodawców realizujących świadczenia geriatryczne⁴⁹. W obu przypadkach potwierdzono wypełnianie warunków zawartych umów.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w przypadku LSZ materiały konkursowe (część VIII-Ankieta), obowiązujące w przeprowadzonym postępowaniu konkursowym na lata 2012-2014, uniemożliwiały oferentom deklarowanie spełnienia warunków po zawarciu umowy. Składając ofertę, podmioty lecznicze musiały zaprezentować jednoznaczne stanowisko w zakresie spełniania wymogów.

(dowód: akta kontroli str. 295-310)

W latach 2011-2014 (I półrocze) Oddział nie był kontrolowany w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym oraz nie złożono skarg dotyczących realizacji świadczeń z zakresu geriatry.

(dowód: akta kontroli str. 36, 42)

⁴⁵ Wielkość kary umownej ustalonej w wyniku postępowania kontrolnego nr 12/WSOZ-V-1-0943-27/SZP/2013 wynosiła 80 000 zł.

⁴⁶

2.3. Prowadzenie przez Oddział analiz poziomu wykonania umów

W Oddziale przeprowadzono cykliczne analizy poziomu realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach. Dodatkowo w zależności od potrzeb przeprowadzono szczegółowe analizy poziomu wykonania umów, w tym, w związku z wnioskami świadczeniodawców o zmianę ich warunków. Zasady postępowania z wnioskami świadczeniodawców w sprawie zmian warunków umów w trybie określonym w § 20 i 21 OWU uregulowano w notatce służbowej z dnia 9 maja 2013 r.⁵⁰. Przyjęte regulacje dotyczyły umów zawartych w LSZ i AOS. W ramach umów zawartych w AOS uregulowano również zasady postępowania przy wypowiedzeniu dotychczasowych warunków finansowania świadczeń w trybie § 42 OWU.⁵¹ Natomiast zmian umów w trybie § 43 OWU dokonywano w obu rodzajach, w oparciu o indywidualne wnioski złożone przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 36, 41-42, 317-333)

W wyniku przeprowadzonych w latach 2011-2013 analiz poziomu wykonania świadczeń podpisano łącznie, w poszczególnych latach rozliczeniowych, 93 aneksy zmniejszające lub zwiększające wysokość środków finansowych na świadczenia geriatryczne⁵². W pięciu przypadkach⁵³, na skutek zbyt niskiego poziomu wykonania świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry w ramach AOS za okres styczeń-kwiecień 2013 r. (wykonanie nie przekroczyło 60% wartości przewidzianej do realizacji w tym zakresie umowy), Dyrektor Oddziału wypowiedział warunki umowy zgodnie z § 42 ust. 3 OWU, tj. w zakresie kwoty zobowiązania i przedstawił propozycję nowych warunków w tym zakresie, które ostatecznie zostały przyjęte przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 313-316, 334-381)

Wyniki analiz poziomu realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach, w tym dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu oraz wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, służyły komisjom konkursowym do oceny zaoferowanej przez podmiot leczniczy liczby świadczeń i, według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, stanowiły podstawę do sformułowania propozycji przyszłego kontraktu oferenta. Poziom wykonania umów z roku poprzedniego uwzględniano również w procesie ustalania warunków finansowych w danym roku.

(dowód: akta kontroli str. 486-490)

2.4. Postępowanie Oddziału w przypadku świadczeń „ponadlimitowych” oraz „niewykonanych”

W latach 2011-2013 wystąpiły nadwykonania świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry o łącznej wartości 5 714 895,59 zł, z tego w poszczególnych latach ww. okresu odpowiednio w wysokości: 1 884 334,62 zł, 2 058 202,43 zł i 1 772 358,54 zł. Wykonane ponad limity świadczenia finansowano w wysokości od 91% do 96%. I tak:

- w 2011 r. w ramach 24 umów (16 zawartych w ramach AOS i 8 w LSZ)⁵⁴ rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło ogółem 13 563 463,02 zł²¹, w tym

⁵⁰ WSOZ-III-C/526/2013.

⁵¹ Notatka służbowa WSOZ-III-C/857/20

1 884 334,62 zł stanowiła kwota nadwykonań (36 909,60 zł w AOS i 1 847 425,02 zł w LSZ). Łączna wartość umów z początku roku wyniosła 11 159 603,60 zł, a po aneksach i ugodach: 12 326 413,40 zł. Z tytułu wykonania świadczeń Oddział zapłacił ww. świadczeniodawcom 12 316 951,11 zł, tj. 90,81% rzeczywistego wykonania świadczeń;

- w 2012 r. w ramach 24 umów (12 w AOS i 12 w LSZ)⁵⁵ rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło 19 324 239,91 zł, w tym 2 058 202,43 zł stanowiła kwota nadwykonań²² (odpowiednio 43 361,50 zł i 2 014 840,93 zł). Wartość umów z początku roku wyniosła 13 739 726,30 zł, a po aneksach i ugodach 17 771 768,23 zł. Z tytułu wykonanych świadczeń Oddział zapłacił świadczeniodawcom 17 767 366,21 zł, tj. 91,94% rzeczywistego wykonania świadczeń;

- w 2013 r. w ramach 16 umów (6 w AOS i 10 w LSZ)⁵⁶ rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło 17 823 086,73 zł, w tym 1 772 358,54 zł stanowiła kwota nadwykonań²³ (odpowiednio 8 960,80 zł i 1 763 397,74 zł). Wartość umów z początku roku wyniosła 15 921 087,51 zł, a po aneksach i ugodach 17 110 005,29 zł. Z tytułu wykonanych świadczeń Oddział zapłacił świadczeniodawcom 17 085 645,80 zł, tj. 95,86% rzeczywistego wykonania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 474-485)

W 2014 r., wg stanu na dzień przeprowadzenia czynności kontrolnych, wartość rzeczywistego wykonania świadczeń nie przekraczała kwot określonych w 33 umowach (21 w AOS i 12 w LSZ), przy czym rzeczywiste wykonanie świadczeń za okres styczeń – maj wyniosło 8 938 281,51 zł. Z tytułu wykonanych do końca maja 2014 r. świadczeń Oddział zapłacił świadczeniodawcom 7 926 813,60 zł, tj. 88,68% rzeczywistego ich wykonania.

(dowód: akta kontroli str. 475)

Podstawą finansowania świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limity były aneksy i ugody pozasądowe, uwzględniające zapisy OWU oraz ugody sądowe. W celu rozliczenia nadwykonanych świadczeń po zakończeniu roku Dyrektor Oddziału powoływał zespół roboczy ds. procedowania i zatwierdzał szczegółowe zasady rozliczania świadczeń ponadlimitowych w poszczególnych rodzajach świadczeń, co opisano w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia. Nadwykonania umów realizowanych w zakresie geriatry w okresie objętym kontrolą finansowano zgodnie z przyjętymi regulacjami. Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne w AOS rozliczono w 100% (za okres II półrocza 2011 r.) i stawką degresywną za I półrocze 2011 r. oraz za poszczególne lata okresu 2012-2013⁵⁷. W LSZ finansowano świadczenia ponadlimitowe za 2011 r. jedynie do wysokości przesunięć pomiędzy zakresami u poszczególnych świadczeniodawców, za 2012 r. również oznaczone przez świadczeniodawców w systemie informatycznym jako *ratujące życie*, natomiast za 2013 r. - do wysokości 60 % ponad przesunięcia pomiędzy zakresami. W trybie ugód sądowych uznawano nierozliczone świadczenia zdrowotne oznaczone w systemie informatycznym jako *ratujące życie* (w 100%),

zdrowotnej w ramach przedmiotowej umowy. Łączna wartość zrzeczonych ponadlimitów w okresie 2011-2013 wyniosła 3 540 739,49 zł⁵⁸.

(dowód: akta kontroli str. 491-525, 544-546, 474-485)

Wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatryi wynosiła w latach 2011-2013⁵⁹ odpowiednio: 175 712,40 zł, 102 855,57 zł i 210 311,20 zł. Największe niewykonania wystąpiły w AOS i wynosiły odpowiednio: 168 562,20 zł, 102 841,53 zł i 128 051,36 zł. (tj. od 89,7% do 0,2% kwot wynikających z zawartych umów). W 2011 r. niewykonania wykazało 19 (76%) świadczeniodawców spośród 25 realizujących świadczenia geriatryczne w tym rodzaju, przy czym niewykonanie świadczeń w wysokości powyżej 50% kwot zawartych umów odnotowano u siedmiu świadczeniodawców⁶⁰. W 2012 r. niepełną realizację umów wykazało 13 (52%) świadczeniodawców spośród 25, z tego powyżej 50% jeden świadczeniodawca⁶¹. W 2013 r. niewykonanie odnotowano w przypadku 16 świadczeniodawców (73%) spośród 22, przy czym w wysokości powyżej 50% u trzech⁶².

Główną przyczyną niewykonania w AOS były, według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, niska zgłaszalność pacjentów do tego typu poradni i potencjał wykonawczy części tych poradni. Pani Dyrektor podała m. in.: *W czerwcu br. ogółem w poradniach geriatrycznych udzielających świadczeń w ramach kontraktu z NFZ zatrudnionych jest 32 lekarzy z czego 5 pracuje w 2 poradniach różnych podmiotów leczniczych. W większości poradni geriatrycznych (14) zatrudniony jest tylko jeden lekarz; w pięciu z poradni świadczenia udzielane są przez dwóch lekarzy, a po jednej poradni zatrudnia odpowiednio: 3 i 10 lekarzy. Należy zauważyć, że 9 z 10 poradni z odnotowanym „niedow wykonaniem” kontraktu za 6-mcy br. należy do grupy poradni zatrudniających wyłącznie jednego lekarza. Tym samym to właśnie ta kategoria świadczeniodawców wydaje się być najbardziej narażona na ryzyko wystąpienia „niedow wykonania” w związku z różnorodnymi problemami kadrowymi, do których przykładowo można zaliczyć chorobę personelu.*

(dowód: akta kontroli str. 474-485, 486-490)

Niski poziom wykonania świadczeń z zakresu geriatryi w ramach AOS, w okresie styczeń - kwiecień 2013 r. był podstawą obniżenia wysokości kontraktów, co opisano w pkt. 2.3. niniejszego wystąpienia. Ponadto z dwoma świadczeniodawcami rozwiązano na ich wniosek umowy w części dotyczącej poradni geriatrycznej⁶³. Jeden informował o małej liczbie pacjentów zainteresowanych leczeniem w przedmiotowej poradni i niewielkim kontraktem, a drugi wskazywał na trudności w realizacji umowy ze względu na brak lekarza specjalisty po rezygnacji z pracy dotychczasowego. Dyrektora Oddziału wyjaśnił: *Z uwagi na niewielką liczbę (w porównaniu do innych zakresów świadczeń objętych umowami w rodzaju AOS w województwie śląskim) oraz nikłe zainteresowanie podmiotów leczniczych zawarciem umowy na ten zakres świadczeń wszelkie*

⁵⁸ Według stanu na dzień 31 maja 2014 r.

działania ŚOW NFZ w stosunku do podmiotów nierealizujących w pełni umów w zakresie geriatry podporządkowane były zasadniczemu celowi, jakim było dążenie do uzyskania poprawy poziomu dostępności pacjentów do przedmiotowych świadczeń. Z opisanych względów odstąpiono od obniżania wysokości „niedowykonywanych” kontraktów licząc na stopniowy wzrost dynamiki realizacji świadczeń zdrowotnych, co w długofalowym efekcie ma się przyczynić do poprawy stanu zdrowia populacji. W efekcie dzięki konsekwentnemu utrzymywaniu przez ostatnie lata wysokości nakładów finansowych na poziomie nie niższym od wartości wykonanych świadczeń, wielkość nakładów finansowych nie stanowi w województwie śląskim czynnika ograniczającego pacjentom dostęp do świadczeń w poradniach geriatrycznych.

(dowód: akta kontroli str. 526-543, 334-381)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶⁴, wnosi o:

Podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków zatwierdzania zmian zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS, w zakresie geriatry, które dotyczą warunków podlegających ocenie przy wyborze oferty.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

⁶⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm. zwana dalej „ustawą o NIK”.

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.

Katowice, dnia 22 września 2014 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Stefania Zalewska
Gł. specjalista kontroli państwowej**

.....