



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA.411.002.06.2021

Pan  
Filip Nowak  
Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ul. Rakowiecka 26/30  
02-528 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

D/21/505 – Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią  
COVID-19

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia <sup>1</sup> , 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>2</sup> , od 9 listopada 2021 r. <sup>3</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych.
Okres objęty kontrolą	Od października 2020 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych. Badania kontrolne obejmują również działania i zdarzenia zaistniałe przez 1 października 2020 r. w przypadkach gdy miały wpływ na działalność objętą kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Mariusz Podolski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/10/2022 z 14 stycznia 2022 r.  (akta kontroli str. 1-2, 704)

---

<sup>1</sup> Dalej: „NFZ” lub „Centrala NFZ”.

<sup>2</sup> Dalej: „Prezes NFZ” lub „Prezes”.

<sup>3</sup> Wcześniej (od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r.) Filip Nowak pełnił obowiązki Prezesa NFZ.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Działania NFZ związane z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 były prowadzone w okresie objętym kontrolą w sposób zgodny z przepisami.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

NFZ realizował obowiązki i zadania z zakresu finansowania oraz sprawozdawczości udzielonych przez podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 wynikające do 8 marca 2021 r. z 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<sup>6</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19<sup>7</sup>, a po 9 marca 2021 r. polecenia Ministra Zdrowia z 2 marca 2021 r. wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 specustawy w sposób zgodny z tymi regulacjami.

Prezes NFZ wprowadził tzw. produkty rozliczeniowe dla szpitali zlokalizowanych w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w którym były udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2<sup>8</sup>, tzw. szpitali tymczasowych, których wycena została oparta o obliczenia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji<sup>9</sup> z dnia 3 listopada 2020 r. zaktualizowane 24 listopada 2021 r., a także terminowo przekazywał Ministrowi Zdrowia sprawozdania dotyczące rozliczonych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W przypadku opóźnień w przekazywaniu przez Ministra Zdrowia środków na działania związane z przeciwdziałaniem COVID-19 (w tym za świadczenia udzielone w szpitalach tymczasowych), Prezes NFZ zwracał się do Ministra o przekazanie należnych kwot pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, załączając do korespondencji zestawienia z podaniem: rodzajów wydatków, miesięcy objętych rozliczeniem, kwot należności, terminów wymagalności oraz dni opóźnienia.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowej<sup>10</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

### 1. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

### Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Centrala NFZ nie dokonywała analiz dotyczących utworzenia szpitali tymczasowych. Nie wydawała także rekomendacji, wytycznych lub zaleceń dotyczących ich utworzenia, organizacji lub funkcjonowania, a także nie konsultowała z żadnym podmiotem opisanych powyżej kwestii. Prezes NFZ wyjaśnił,

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm., dalej: „specustawa”

<sup>7</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 422, dalej: „rozporządzenie MZ w sprawie stfCOVID-19”.

<sup>8</sup> Zarządzenie opublikowane w Dz. NFZ z 2020 poz. 173, dalej: Zarządzenie nr 173/2020/DSOZ.

<sup>9</sup> Dalej: AOTMiT

<sup>10</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

że „Szpitale tymczasowe zostały utworzone na mocy polecenia Ministra Zdrowia oraz decyzji wojewodów.”

(akta kontroli str. 3-20)

Dnia 28 kwietnia 2021 r. Dyrektor Departamentu Służb Mundurowych NFZ przekazał dyrektorom wszystkim oddziałów wojewódzkich NFZ „Instrukcję reorganizacji opieki szpitalnej nad pacjentem z podejrzeniem zakażenia i zakażonym wirusem SARS-COV-2”<sup>11</sup> informując, że została ona przekazana wszystkim wojewodom, a dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mają podjąć działania w celu opracowania wspólnie z wojewodami dokumentu pn. „Plan działania dla województwa związany z reorganizacją opieki szpitalnej nad pacjentami COVID-19.”

W Instrukcji określono model docelowy reorganizacji opieki szpitalnej nad pacjentem z podejrzeniem zakażenia i zakażonym wirusem SARS-COV-2, który miał odbywać się w trzech etapach<sup>12</sup>. Docelowy model opieki szpitalnej w przypadku ustabilizowania się sytuacji epidemicznej zakładał:

- 1) wyznaczenie szpitali wiodących, których zadaniem będzie zapewnienie łóżek szpitalnych dla pacjentów COVID-19 oraz koordynacja i nadzór nad szpitalami tymczasowymi;
- 2) zachowanie działalności szpitali tymczasowych utworzonych w lub na bazie istniejącej infrastruktury szpitala (stałe utrzymywanie minimum jednego modułu podstawowego, tj. 28 łóżek);
- 3) w zależności od potrzeb lokalnych stałe zabezpieczenie łóżek do leczenia pacjentów COVID-19 w szpitalach wielospecjalistycznych;
- 4) tworzenie w każdym szpitalu tzw. łóżek buforowych dających możliwość izolacji i udzielenia niezbędnych świadczeń pacjentom z podejrzeniem zakażenia i zakażonym wirusem SARS-COV-2.

Powyższy dokument stanowił próbę zaplanowania działań w ramach ochrony zdrowia i leczenia szpitalnego na okres jesienno-wzrostu liczby zakażeń. NIK zwraca uwagę na wewnętrzny charakter tego opracowania, które do Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ kierował Dyrektor jednego z departamentów w Centrali Funduszu.

(akta kontroli str. 12-19)

Dnia 7 lipca 2020 r. Prezes NFZ powołał Zespół ds. opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ograniczonej w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

W dniu 30 września 2020 r. ww. Zespół przedstawił raport końcowy, w którym na podstawie analizy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 zaproponowano rozwiązania systemowe (np. zmniejszenie wartości umów proporcjonalnie do przerw w ich realizacji oraz określenie współczynników jakościowych w celu stymulowania wykonania kontraktu) a także ukierunkowane na Podstawową Opiekę Zdrowotną (kontrolę dostępności, sprawozdawczość dot. teleporad) i Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną (przypomnienie o wznowieniu sprawozdawczości dot. kolejek i powrocie do płatności standardowego ryczałtu). W zakończeniu raportu stwierdzono, że wobec nadejścia II fali pandemii i wzmożonej zachorowalności wśród ludności Zespół wstrzymał prace, a zgłoszone propozycje uległy dezaktualizacji w związku z wejściem w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu

<sup>11</sup> Dalej: „Instrukcja”.

<sup>12</sup> Pierwszy etap miał się rozpocząć, gdy zapadalność na COVID-19 będzie kształtować się poniżej 30 osób na 100 tys. mieszkańców w danym województwie oraz gdy zajętość łóżek COVID spadnie poniżej 70%, w utrzymującym się trendzie, co najmniej 7 dni.

epidemii<sup>13</sup> (dot. m.in. czasowego ograniczenia wykonywania działalności leczniczej w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji leczniczej).

(akta kontroli str. 480, 486-703)

NFZ nie określał wymogów dotyczących personelu zatrudnianego w szpitalach tymczasowych. Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że „(...) za organizację pracy szpitala tymczasowego, w tym zapewnienie opieki zgodnej z obowiązującymi standardami postępowania medycznego, odpowiada kierownik podmiotu leczniczego tworzącego tymczasowe miejsce udzielania świadczeń. Normy dotyczące personelu powinny być dobierane w zależności od sytuacji, ale zawsze muszą gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, w szczególności tych, którzy wymagają wzmożonego nadzoru i intensywnej opieki.”

(akta kontroli str. 480, 487-488)

4. Centrala NFZ nie prowadziła analiz dotyczących kwestii wygaszania i ponownego uruchomienia szpitali tymczasowych.

(akta kontroli str. 3-11)

5. W dniu 2 marca 2021 r. Prezes NFZ otrzymał od Ministra Zdrowia jedno polecenie w trybie art. 11h ust. 2 specustawy, które dotyczyło mechanizmu finansowania m.in. świadczeń udzielonych w szpitalach tymczasowych. Zgodnie z ww. poleceniem NFZ miał sporządzić i prowadzić dla poszczególnych województw wykazy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19<sup>14</sup> oraz finansować udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty ujęte w ww. wykazie. Środki na finansowanie ww. świadczeń przez NFZ pochodziły z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. W celu ich pozyskania Prezes NFZ przekazywał Ministrowi Zdrowia w terminie do 20 dnia każdego miesiąca, sprawdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, miesięczne sprawozdanie środków rozliczonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ wraz z wnioskiem o przekazanie środków finansowych. Na tej podstawie Minister Zdrowia miał przekazywać NFZ środki finansowe w terminie 30 dni od daty otrzymania tych sprawozdań.

Powyższe polecenie było podstawą finansowania szpitali tymczasowych po wygaśnięciu z dniem 8 marca 2021 r. rozporządzenia MZ w sprawie stfCOVID-19. Było także podstawą wydania przez Prezesa NFZ Zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wprowadzającego - między innymi - obowiązek przekazywania przez podmioty lecznicze do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ jednolitego pliku sprawozdawczego oraz sprawozdania dot. świadczeń objętych rachunkiem do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu udzielenie świadczeń.

(akta kontroli str. 21-81, 136-139)

6. NFZ nie określał warunków standaryzujących sposób kwalifikacji podmiotów leczniczych do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Prezes NFZ wyjaśnił, że „Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich dokonywali wpisu do wykazu podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19 na podstawie decyzji wojewodów. Tym samym nie było rolą Funduszu nadzorowanie tworzenia i weryfikacji tych wykazów tylko finansowanie świadczeń realizowanych przez podmioty wpisane do wykazów.”

(akta kontroli str. 6)

<sup>13</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1871.

<sup>14</sup> Dalej: „wykazy podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19”.

7. Szpitale tymczasowe zostały włączone do finansowania Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 173/2020/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, którym wprowadzono możliwość rozliczania od 26 października 2020 r. pięciu następujących produktów rozliczeniowych:

- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym w kwocie 822,42 zł za dobową dostępność jednego łóżka (kod: 99.01.0017),
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym z kwotą 1 026,40 zł za osobodzień (kod: 99.03.0011),
- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym w kwocie 3 773,70 zł za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta (kod: 99.01.0018),
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym z kwotą 4 321,14 zł za osobodzień (kod: 99.03.0012),
- opłata ryczałtowa za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w kwocie 18 299 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń (kod: 99.01.0019).

Podstawą ustalania ww. produktów i stawek za dostępność i leczenie pacjentów z COVID-19 w szpitalach tymczasowych było opracowanie AOTMiT z dnia 3 listopada 2020 r. pt. „Propozycja modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego”.

(akta kontroli str. 21-81, 707-731)

W dniu 24 listopada 2021 r. AOTMiT przekazała Ministrowi Zdrowia aktualizację kosztów funkcjonowania modułu szpitala tymczasowego, która została sporządzona na podstawie:

- założenia, że moduł szpitala tymczasowego składa się z 28 łóżek (w tym 25 zwykłych i trzech respiratorowych),
- danych pozyskanych od świadczeniobiorców dotyczących pozapłacowych kosztów funkcjonowania szpitali tymczasowych w okresie listopad 2020 r. – styczeń 2021 r.,
- założenia standardowych stawek godzinowych wynagrodzenia personelu (anestezjolog – 200 zł, pulmonolog/choroby zakaźne/radiolog – 180 zł, pozostali lekarze/rezydenci – 150 zł, pielęgniarki ze specjalizacją oraz ratownicy medyczni – 100 zł, pielęgniarki bez specjalizacji – 80 zł, opiekun medyczny – 50 zł, pozostały personel medyczny – 50 zł, personel niemedyczny – 40 zł).

Szacowany na podstawie ww. danych miesięczny koszt funkcjonowania 28-łóżkowego modułu szpitala tymczasowego przy zajętych 24 łóżkach (obłożenie 85%) wyniósł 1,8 mln zł. Przedmiotowa aktualizacja była podstawą zastąpienia przez Prezesa NFZ dotychczas stosowanych do finansowania szpitali tymczasowych pięciu produktów, trzema następującymi produktami rozliczeniowymi<sup>15</sup>:

- opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym w kwocie 1 667,79 zł za dobową dostępność jednego łóżka (kod: 99.01.0022),
- hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 w szpitalu tymczasowym z kwotą 2 428 zł za osobodzień (kod: 99.03.0016),
- opłaty ryczałtowej za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w kwocie 18 299 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń (kod: 99.01.0019).

(akta kontroli str. 82-87)

Przygotowana przez AOTMiT „Propozycja modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego” z 3 listopada 2020 r. zawierała stwierdzenie o tym, że została opracowana w oparciu o dane finansowo-księgowo za lata 2017-

<sup>15</sup> Wprowadzono Zarządzeniem nr 193/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2021 r.

2019 dotyczące oddziałów chorób zakaźnych oraz intensywnej terapii. Dane zaktualizowano o mnożniki dotyczące wzrostu wynagrodzeń w opiece zdrowotnej w 2020 r. Natomiast parametry modelu (rodzaj kosztów, struktura personelu, struktura oddziałów) zostały oparte o założenia dotyczące tworzenia Tymczasowego Szpitala Narodowego przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie. Kalkulacja została przeprowadzona przy założeniu kosztów funkcjonowania dla liczącego 500 łóżek szpitala z punktem przyjęć, z czego 50 łóżek stanowiło łóżka intensywnej terapii. W wyniku powyższej analizy wyodrębniono pięć produktów rozliczeniowych przyjętych przez Prezesa NFZ Zarządzeniem nr 173/2020/DSOZ. Do ww. kalkulacji przyjęto, że koszty energii elektrycznej i pozostałych mediów wynoszą „0” zł.

Natomiast opracowana rok później aktualizacja tego dokumentu z 24 listopada 2021 r., została (według zawartego w niej opisu) przygotowana w oparciu o koszty funkcjonowania szpitali tymczasowych (m.in. koszty wynagrodzeń, procedur, transportu, leków i wyrobów medycznych, sprzątnięcia i dezynfekcji) w okresie od listopada 2020 r. do stycznia 2021 r. Przy czym zakładała, że moduł szpitala tymczasowego składa się z 28 łóżek, z czego 25 przypada na łóżko zwykłe oraz trzy na łóżka respiratorowe. W wyniku aktualizacji zmniejszono liczbę produktów rozliczeniowych z pięciu na trzy, poprzez połączenie produktów rozliczeniowych:

- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym i opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym oraz,
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym i hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu.

(akta kontroli str. 82-87, 707-731)

8. Za każdy z miesięcy okresu październik 2020 r. – luty 2022 r., Prezes NFZ przekazywał Ministrowi Zdrowia sprawozdania dot. rozliczonych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po upływie miesiąca rozliczeniowego. Zarówno termin jak i zakres danych przekazywanych w sprawozdaniach odpowiadał obowiązującym w tym okresie wymaganiom, do dnia 8 marca 2021 r.: art. 9 ust. 4 i ust. 6 specustawy oraz rozporządzenia MZ w sprawie stfCOVID-19; a od 9 marca 2021 r. zarządzenia nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 88-140)

Centrala NFZ nie dokonywała weryfikacji danych dotyczących świadczeń udzielonych przez szpitale tymczasowe. Prezes NFZ wyjaśnił, że „(...) to obowiązkiem oddziałów wojewódzkich NFZ była weryfikacja czy szpital tymczasowy sprawozdaje dedykowany jemu produkt, ponieważ jedynie taki produkt mógł zostać rozliczony na rzecz szpitala tymczasowego.”

(akta kontroli str. 480, 486)

9. W okresie objętym kontrolą do Centrali NFZ nie wpłynęła żadna skarga, której przedmiotem byłoby funkcjonowanie szpitali tymczasowych.

(akta kontroli str. 141, 147-175)

10. W okresie od 1 października 2020 r. do końca stycznia 2022 r. NFZ<sup>17</sup> nie planował i nie przeprowadził kontroli planowych dotyczących szpitali tymczasowych. Przeprowadzono natomiast dwie kontrole doraźne z zastosowaniem kryterium

<sup>16</sup> NFZ z 2021 r. poz. 42 ze zm.

<sup>17</sup> Kontrole przeprowadził Terenowy Wydział Kontroli VII w Warszawie.

legalności, rzetelności i celowości, których przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w dwóch szpitalach tymczasowych:

- od 19 marca do 19 kwietnia 2021 r. w szpitalu tymczasowym, prowadzonym przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, kontrolowano zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 zgodnie z poleceniem Wojewody Mazowieckiego, a także weryfikowano poziom obłożenia łóżek dla obydwu ww. kategorii pacjentów,

- od 18 października do 14 grudnia 2021 r. w szpitalu tymczasowym, prowadzonym przez Szpital Solec sp. z o.o. w Warszawie, kontrolowano zapewnienie dostępności łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia oraz prawidłowość rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych do Mazowieckiego Oddziału NFZ.

Obydwie kontrole zakończyły się wydaniem ocen pozytywnych i nie sformułowano żadnych zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 141-146, 480-485)

NIK zauważa, że w sytuacji, gdy specustawa, a później polecenie Ministra Zdrowia z 2 marca 2021 r. w zakresie sprawozdawczości i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom COVID-19 wyłączały stosowanie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, brak jest racjonalnego uzasadnienia, dla którego wyłącznie dwa z 32 utworzonych szpitali tymczasowych zostały objęte kontrolą przez Centralę NFZ, przeciwnie w związku z wystąpieniem ww. stanu należało oczekiwać zwiększenia liczby prowadzonych kontroli.

11. W okresie od 1 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r. łączna kwota środków przekazana przez Centralę NFZ oddziałom wojewódzkim NFZ na wydatki związane z przeciwdziałaniem COVID-19 wyniosła 31 150 700,8 tys. zł<sup>18</sup>, z tego wydatki poniesione na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki ujęte w wykazach podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19, wyniosły 14 205 177,9 tys. zł<sup>19</sup> i stanowiły 45,6% całości wydatków związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

(akta kontroli str. 123-124, 127-130)

W okresie od 1 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r. łączna kwota przekazana przez Centralę NFZ oddziałom wojewódzkim NFZ na wydatki związane z funkcjonowaniem szpitali tymczasowych wyniosła 1 166 168,7 tys. zł (co stanowi 8,2% kwoty wydatkowanej przez podmioty ujęte w wykazach podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19, z czego 478 706,3 tys. zł (41,0%) za gotowość oraz 687 462,4 tys. zł (59%) za udzielone świadczenia. Poszczególne OW NFZ wydatkowały na ten cel:

<sup>18</sup> Główne grupy wydatków: 3 620 900,6 tys. zł testy SARS-CoV-2, 3 132 432,2 tys. zł szczepienia SARS-CoV-2, 10 913,3 tys. zł szczepienia grypa, 9 187 610,6 tys. zł dodatkowe wynagrodzenie lekarzy, wydatki 70 369,3 tys. zł rehabilitacja, 5 195,1 tys. zł fizjoterapia.

<sup>19</sup> Poszczególne OW NFZ wydatkowały na ten cel: Dolnośląski: 1 027 425,9 tys. zł (46,2% ogółu wydatków w województwie), Kujawsko-Pomorski: 835 377,0 tys. zł (45,2% ogółu wydatków w województwie), Lubelski: 807 914,8 tys. zł (49,1% ogółu wydatków w województwie), Lubuski: 421 587,9 tys. zł (56,9% ogółu wydatków w województwie), Łódzki: 1 029 476,8 tys. zł (45,7% ogółu wydatków w województwie), Małopolski: 1 321 300,7 tys. zł (45,9% ogółu wydatków w województwie), Mazowiecki: 2 168 601,0 tys. zł (42,6% ogółu wydatków w województwie), Opolski: 365 290,4 tys. zł (57,7% ogółu wydatków w województwie), Podkarpacki: 750 475,3 tys. zł (46,0% ogółu wydatków w województwie), Podlaski: 568 345,2 tys. zł (51,5% ogółu wydatków w województwie), Pomorski: 628 390,5 tys. zł (40,7% ogółu wydatków w województwie), Śląski: 1 398 478,2 tys. zł (40,0% ogółu wydatków w województwie), Świętokrzyski: 489 302,3 tys. zł (49,6% ogółu wydatków w województwie), Warmińsko-Mazurski OW: 545 459,7 tys. zł (48,8% ogółu wydatków w województwie), Wielkopolski OW: 1 165 315,1 tys. zł (47,1% ogółu wydatków w województwie), Zachodniopomorski OW: 682 437,1 tys. zł (45,8% ogółu wydatków w województwie).



- Dolnośląski: 98 810,1 tys. zł, z tego 35 136,8 tys. zł (35,6%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 63 673,4 tys. zł (64,4%) koszty udzielonych świadczeń;
- Kujawsko-Pomorski: 16 342,5 tys. zł, z tego 11 303,0 tys. zł (69,2%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 5 039,6 tys. zł (30,8%) koszty udzielonych świadczeń;
- Lubelski: 38 355,9 tys. zł, z tego 18 032,8 tys. zł (47,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 20 323,1 tys. zł (53,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Lubuski: 84 234,9 tys. zł, z tego 34 358,2 tys. zł (40,8%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 49 876,6 tys. zł (59,2%) koszty udzielonych świadczeń;
- Łódzki: 24 236,4 tys. zł, z tego 13 330,6 tys. zł (55,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 10 905,7 tys. zł (45,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Małopolski: 146 223,7 tys. zł, z tego 102 427,2 tys. zł (70,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 43 796,5 (30,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Mazowiecki: 368 975,4 tys. zł, w tym 137 705,2 tys. zł (37,3%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 231 270,3 tys. zł (62,7%) koszty udzielonych świadczeń;
- Opolski: 62 187,7 tys. zł, w tym 24 077,0 tys. zł (38,7%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 38 110,8 tys. zł (61,3%) koszty udzielonych świadczeń;
- Podkarpacki: 61 724,4 tys. zł, w tym 23 012,9 tys. zł (37,3%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 38 711,5 tys. zł (62,7%) koszty udzielonych świadczeń;
- Podlaski: 56 682,0 tys. zł, w tym 27 788,9 tys. zł (49,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 28 893,1 tys. zł (51,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Pomorski: 33 518,2 tys. zł, w tym 11 761,2 tys. zł (35,1%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 21 757,1 tys. zł (64,9%) koszty udzielonych świadczeń;
- Śląski: 85 327,1 tys. zł, w tym 30 717,4 tys. zł (36,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 54 609,7 tys. zł (64,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Świętokrzyski: 8 672,8 tys. zł, w tym 5 064,2 tys. zł (58,4%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 3 608,6 tys. zł (41,6%) koszty udzielonych świadczeń;
- Warmińsko-Mazurski: 119 260,3 tys. zł, w tym 59 617,0 tys. zł (50,0%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 59 643,3 tys. zł (50,0%) koszty udzielonych świadczeń;
- Wielkopolski: 73 167,4 tys. zł, w tym 13 610,6 tys. zł (18,6%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 59 556,8 tys. zł (81,4%) koszty udzielonych świadczeń;
- Zachodniopomorski: 75 024,3 tys. zł, w tym 41 088,7 tys. zł (54,8%) stanowiły koszty gotowości do udzielania świadczeń oraz 33 935,6 tys. zł (45,2%) koszty udzielonych świadczeń.

Zauważyć należy znaczne regionalne zróżnicowanie kosztów utrzymania potencjału w gotowości w porównaniu z kosztami ponoszonymi w związku z faktycznym udzielaniem świadczeń – co dowodzi niejednolitego podejścia do kształtowania liczby łóżek w poszczególnych regionach w stosunku do aktualnego zapotrzebowania wynikającego z sytuacji epidemicznej przez podmioty, do których zadań należało określanie tej liczby.

(akta kontroli str. 436-444)

W rozbiciu na poszczególne produkty rozliczeniowe wartość świadczeń udzielonych przez szpitale tymczasowe w okresie od 1 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r. wyniosła<sup>20</sup>:

<sup>20</sup> Wartości wg stanu na 14-15 kwietnia 2022 r.

- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym (kod: 99.01.0017): 149 387,9 tys. zł,
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0011): 194 810,4 tys. zł,
- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym (kod: 99.01.0018): 154 816,4 tys. zł,
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0012): 115 411,0 tys. zł
- opłata ryczałtowa za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym (kod: 99.01.0019): 173 531,6 tys. zł,
- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym (kod: 99.01.0022): 111 295,8 tys. zł,
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0016): 453 490,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 445-461)

Porównanie ogółu wydatków poniesionych przez NFZ na realizację świadczeń w szpitalach tymczasowych wykazało, że koszty gotowości do udzielania świadczeń przewyższały koszty poniesione na świadczenia związane z leczeniem COVID-19 w dziewięciu z 16 miesięcy objętych kontrolą (56,2%). W okresie od listopada 2020 r. do stycznia 2021 r. oraz od sierpnia do października 2021 r. wydatki poniesione na gotowość do udzielania świadczeń wynosiły od 76% do 82% ogółu wydatków poniesionych przez NFZ w tych miesiącach na finansowanie działalności szpitali tymczasowych. W lutym, marcu oraz lipcu 2021 r. wydatki te wynosiły od 53% do 65% ogółu wydatków. Wydatki poniesione na gotowość do udzielania świadczeń znacząco spadły w okresie od grudnia 2021 r. do lutego 2022 r. i wynosiły od 29% do 18% ogółu wydatków.

(akta kontroli str. 436-444)

W sprawie działań podejmowanych w celu zmiany sytuacji w okresach, gdy kwoty opłat za gotowość do udzielania świadczeń przekraczały kwoty przeznaczone na finansowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach tymczasowych, Prezes NFZ wyjaśnił, że „W ramach dbałości o wydatkowanie środków finansowych, adekwatnie do potrzeb związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej i przeciwdziałaniem epidemii COVID-19, w szpitalach tymczasowych, zarządzeniem Nr 189/2020/DSOZ z dnia 1 grudnia 2020 r., wprowadzono pojęcie gotowości do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym oraz gotowości do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym, a także tzw. moduły. Modułowość, która związana była bezpośrednio z gotowością do udzielania świadczeń, dotyczyła:

- produktu rozliczeniowego: 99.01.0017 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń;
- produktu rozliczeniowego: 99.01.0018 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej.

W przypadku produktu rozliczeniowego: 99.01.0017, opłata była naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 49 z tych łóżek było zajętych, za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, a gdy co najmniej 21 łóżek w module liczącym 28 łóżek było zajętych, to opłata ryczałtowa była naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile były dostępne. Natomiast w przypadku produktu rozliczeniowego: 99.01.0018, opłata była naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 10 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej, a gdy co najmniej 7 z tych łóżek było zajętych, to opłata ryczałtowa obejmowała moduł kolejnych nie więcej niż 10 łóżek, o ile były dostępne - razem maksymalnie 13 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej.

W przypadku spadku obłożenia liczby łóżek w uruchomionych modułach ich finansowanie odbywało się jeszcze przez 14 dni gotowości, pod warunkiem zapewnienia pełnej wymaganej obsady kadrowej. Przyjęcie takiego rozwiązania spełniało założenia analizy dokonanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.”

(akta kontroli str. 705-708)

W okresie od 1 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r. w szpitalach tymczasowych ogółem udzielono 394,4 tys. świadczeń, w tym w ramach produktu rozliczeniowego:

- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0011): 186,0 tys. świadczeń;
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0012): 26,3 tys. świadczeń;
- hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w szpitalu tymczasowym (kod: 99.03.0016): 182,1 tys. świadczeń.

(akta kontroli str. 436-444)

11. W okresie objętym kontrolą Centrala NFZ otrzymywała od Ministra Zdrowia środki na przeciwdziałanie COVID-19 w kwotach zgodnych z wykazanymi w miesięcznych sprawozdaniach Prezesa NFZ.

(akta kontroli str. 176-435)

W przypadku siedmiu miesięcy okresu objętego kontrolą (od kwietnia do października 2021 r.) Centrala NFZ z opóźnieniem otrzymała od MZ środki na przeciwdziałanie COVID-19, tj. po 30-sto dniowym terminie ich przekazania, liczonym od daty przedstawienia miesięcznego sprawozdania przez Prezesa NFZ, zgodnie z poleceniem z 2 marca 2021 r.<sup>21</sup>. W poszczególnych miesiącach ww. okresu opóźnienie wyniosło:

- 5 dni za rozliczenie kwietnia 2021 r. (kwota 1 063 684,3 tys. zł),
- 10 dni za rozliczenie maja 2021 r. (kwota 1 385 403,2 tys. zł),
- 97 dni za rozliczenie czerwca 2021 r. (kwota 1 043 740,1 tys. zł),
- 65 dni za rozliczenie lipca 2021 r. (kwota 836 078,2 tys. zł),
- 68 dni za rozliczenie sierpnia 2021 r. (358 008,9 tys. zł),
- 6 dni za rozliczenie września 2021 r. (kwota 352 513,0 tys. zł),
- 3 dni za rozliczenie października 2021 r. (kwota 405 580,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 176)

W dniach 29 września 2021 r.<sup>22</sup> oraz 28 października 2021 r.<sup>23</sup> Prezes NFZ zwracał się do Ministra Zdrowia o przekazanie należnych środków finansowych pochodzących z funduszu przeciwdziałania COVID-19, załączając do korespondencji zestawienia z podaniem: rodzajów wydatków, miesięcy objętych rozliczeniem, kwot należności, terminów wymagalności oraz dni opóźnienia wg stanu na datę korespondencji. W piśmie z 28 października 2021 r. Prezes NFZ stwierdził, między innymi, że „Nieuregulowanie ww. należności może spowodować utratę płynności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.”

(akta kontroli str. 462-479)

NIK zwraca uwagę, że procedura przewidująca składanie zapotrzebowania na środki, które miały pokryć wydatki/koszty już wcześniej wykonane/poniesione w przypadku wydłużenia się czasu wprowadzania zmian w planie finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, powodowało ryzyko powstawania opóźnień w przekazywaniu środków na pokrycie zobowiązań powstałych w związku

<sup>21</sup> Regulacje polecenia Ministra Zdrowia z 2 marca 2021 r. dot. terminów przekazania środków finansowych przez Ministra Zdrowia opisano w pkt 5 niniejszego wystąpienia.

<sup>22</sup> Znak: BK-SRMiD.333.1.9.2021 2021.287135.JPI

<sup>23</sup> Znak: BK-SRMiD.333.1.10.2021 2021.328192.MDE.

udzielaniem świadczeń przez podmioty lecznicze. Taka sytuacja w toku realizacji przez te podmioty kontraktów zawieranych z NFZ, co do zasady, nie mogłaby mieć miejsca, ze względu na konieczność uprzedniego planowania wydatków, nieprzekraczalny charakter ich limitów i ustalone rygory dokonywania zmian w umowie.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

#### **IV. Uwagi i wnioski**

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania wniosków i 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 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. 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.

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, 25 lipca 2022 r.

Kontroler

Mariusz Podolski

Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach