



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.019.01.2021

Pan
Zbigniew Hupało
Prezes Zarządu
"Szpital Powiatowy we Wrześni" sp. z o.o.
w restrukturyzacji
ul. Słowackiego 2, 62-300 Września

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/055 – Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	"Szpital Powiatowy we Wrześni" sp. z o.o. w restrukturyzacji, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września (dalej: Szpital, SP albo Placówka)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prezes Zarządu Szpitala, Zbigniew Hupało, od 13 maja 2019 r. (dalej: Prezes). W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Sebastian Nowicki, Prezes Zarządu SP od 2 stycznia 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 ¹ . 2. Dostępność świadczeń. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (I półrocze) oraz 2019 r. w celach porównawczych ² .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
KontrolerKontrolerKontroler	Tomasz Juskiewicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/76/2021 z 14 maja 2021 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Od ang. Severe acute respiratory syndrome coronavirus – wirus należący do grupy koronawirusów, z pojedynczą nicią o dodatniej polaryzacji ssRNA(+), który wywołuje ostrą chorobę układu oddechowego – COVID-19.

² Dalej także kontrolowany okres albo badany okres.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK pozytywnie ocenia funkcjonowanie Szpitala w warunkach pandemii COVID-19.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Rzetelnie przygotowano się do wykonywania nałożonych przez Wojewodę Wielkopolskiego (dalej: Wojewoda) zadań, związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, w tym przeprowadzono analizy ryzyka możliwości wystąpienia transmisji wirusa SARS-CoV-2 oraz ognisk epidemicznych. Wprowadzono rozwiązania mające na celu zapewnienie ciągłości działania Placówki w warunkach epidemii oraz nowe, adekwatne do potrzeb procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym. Odpowiednio zorganizowano pracę oraz zapewniono niezbędne warunki lokalowe i sanitarne, co pozytywnie wpływało na poziom bezpieczeństwa, zarówno pacjentów jak i personelu oraz pozwalało na skuteczną izolację osób zakażonych COVID-19. Personel SP był przeszkolony w zakresie postępowania z zakażonymi pacjentami oraz stosowania środków ochrony indywidualnej (dalej: ŚOI). Testy na obecność wirusa wśród pracowników były wykonywane w zależności od potrzeb, a personel był wyposażony w niezbędną ilość ŚOI.

Wykonywanie zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 co do zasady nie spowodowało ograniczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z innymi schorzeniami, w tym zgłaszających się w stanach nagłych. Zwiększona absencja personelu, nie skutkowała nieuzasadnionym odwoływaniem planowych wizyt i zabiegów oraz niewyznaczaniem nowych ich terminów. Przypadki nieodnotowywania sposobu wyznaczenia nowych terminów udzielenia świadczeń wysoce jednak utrudniały weryfikację prawidłowości podjętych w tym zakresie w Szpitalu działań i nie sprzyjały ich transparentności. Możliwość realizacji świadczeń w formie teleporad nie była nadużywana, z tym że w Placówce nie opracowano procedur ich udzielania, co nie sprzyjało m.in. zapewnieniu jednolitych i optymalnych warunków ich realizacji. Zgodnie z obowiązującymi w SP uregulowaniami, przed rozpoczęciem hospitalizacji przeprowadzano niezbędną diagnostykę w kierunku rozpoznania COVID-19, a wyniki testów na obecność SARS-CoV-2 pacjenci otrzymywali najczęściej w dniu ich przeprowadzenia.

W okresie pandemii w Szpitalu finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskaźniki zyskowności działalności operacyjnej i bieżącej płynności były na poziomie zbliżonym do wyników z 2019 r. Wskaźniki te zawierały się jednak w najniższym przedziale wartości określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 r.⁵, a działalność operacyjna SP corocznie kończyła się stratą finansową. Pomimo pandemii, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez Placówkę zostały co do zasady zrealizowane. Nieskorzystanie z możliwości wprowadzenia wewnętrznych regulacji dotyczących wyłączania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych⁶ oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. o tej samej nazwie⁷ (dalej: Pzp) przy zamówieniach na usługi lub dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 nie sprzyjało jednak zachowaniu standardów określonych w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸ oraz zwiększało ryzyko naruszenia konkurencyjności. Prawidłowo przekazywano do Wielkopolskiego

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ W sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832, dalej: rozporządzenie z 12 kwietnia 2017 r.).

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r.

⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.

⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm., dalej: ufp.

Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: WOW NFZ) listy personelu, który udzielał świadczeń mając bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2. Dodatkowe wynagrodzenie za realizację ww. zadań wypłacano zgodnie z uregulowaniami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą, na podstawie art. 7 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 kryzysowych¹⁰, Szpital 10 kwietnia 2020 r. został wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej przeciwdziałania COVID-19, opracowywanego przez Dyrektora WOW NFZ. W SP wykonywano zadania nałożone przez Wojewodę¹¹ w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. W 18 decyzjach wydanych w badanym okresie, wskazywano zakres i okres realizowanych świadczeń, a Wojewoda polecił Szpitalowi zapewnienie:

- łóżek obserwacyjnych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2¹². Wyodrębniono je z części łóżek znajdujących się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR);

- łóżek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAiT) dla ww. pacjentów¹³;

- łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2¹⁴, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej¹⁵. W tym celu, z części: Oddziału Neurologii (dalej: ON), Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Neurologicznej (dalej: OROiN) oraz OAiT wyodrębniono Oddział COVID. W okresie od 13 grudnia 2020 r. do 20 marca 2021 r. oraz z dniem 31 maja 2021 r. Wojewoda polecił zaprzestania utrzymywania tych łóżek.

Po 31 maja 2021 r. Szpital, na polecenie Wojewody, utrzymywał jedynie dwa łóżka obserwacyjne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 45-87, 340-342)

Prezes podał, że ww. decyzje Wojewody były przekazywane przy użyciu poczty elektronicznej, faksu oraz poczty tradycyjnej, przy czym wpływały one na dzień albo

⁹ 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.

¹⁰ Dz.U. poz. 1842, ze zm., dalej: ustawa o zwalczaniu COVID-19.

¹¹ Na podstawie art. 11 ust. 1-3, a od 9 października 2020 r. - art. 11h ust. 1-3 ustawy o zwalczaniu COVID-19.

¹² W 2020 r.: od 15 września dwóch, od 15 października sześciu, od 31 października ośmiu, od 7 listopada dziesięciu, od 11 listopada 12, od 15 grudnia dziesięciu, od 24 grudnia ośmiu. W 2021 r.: od 8 stycznia sześciu, od 22 stycznia czterech, od 13 lutego trzech, od 17 marca czterech, od 20 marca pięciu, od 10 kwietnia sześciu, od 21 kwietnia czterech, od 14 maja dwóch.

¹³ Zgodnie z decyzją z 4 września 2020 r., od 15 września jednego, przy czym w świetle decyzji zmieniającej z 14 września 2020 r., odstąpiono od ww. polecenia.

¹⁴ W 2020 r.: od 22 października 22, od 6 listopada 32. W 2021 r.: od 20 marca 22, od 25 marca 32, od 1 kwietnia 52, od 17 maja 32.

¹⁵ W 2020 r.: od 22 października dwóch. W 2021 r.: od 22 marca dwóch.

dwa przed powstaniem obowiązku utworzenia łóżek. Nie miała miejsca sytuacja, żeby o powstaniu obowiązku informowano z mocą wsteczną. W sytuacji konieczności tworzenia Oddziału COVID, z Zarządem Szpitala kontaktował się przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) w celu określenia możliwości utworzenia tego oddziału, daty uruchomienia i liczby łóżek. Prezes dodał, że konsultacje poprzedzające tworzenie i wprowadzanie zmian w zakresie funkcjonowania Oddziału COVID miały charakter telefoniczny. Zarząd przystępował do realizacji wyznaczonych mu w decyzjach Wojewody zadań niezwłocznie po ww. konsultacjach, dzięki czemu w dniu oznaczonym w decyzji jako dzień początku wykonywania zadania, Szpital był do tego przygotowany.

(akta kontroli str. 333-342)

W Placówce, w okresie objętym kontrolą, hospitalizowano 414 pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19, przy czym było ich: w IV kwartale 2020 r. 164 (w tym ośmiu wymagających respiratoroterapii); w I kwartale 2021 r. 45 (w tym dwóch wymagających respiratoroterapii); w II w kwartale 2021 r. 205 (w tym siedmiu wymagających respiratoroterapii, a pięciu wentylacji nieinwazyjnej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej).

(akta kontroli str. 203)

W okresie objętym kontrolą SP zwiększył ogólną liczbę posiadanych łóżek. Na koniec 2019 r. było ich 242, a na koniec 2020 r. 244¹⁶. W 2021 r. zwiększono liczbę łóżek na Oddziale Neurologicznym (dalej: ON) tak, że na 30 czerwca 2021 r. Szpital dysponował 257 łózkami. Wszystkie łóżka miały możliwość zastosowania u pacjentów wentylacji nieinwazyjnej (NIV).

W 2019 r. Placówka posiadała sześć łóżek intensywnej terapii i intensywnej opieki medycznej oraz sześć łóżek respiratorowych. W latach 2020-2021 (pierwsza połowa) była szpitalem II poziomu zabezpieczenia COVID¹⁷, w związku z czym na OAiT utworzono po dwa kolejne z ww. rodzajów łóżek.

W pierwszej połowie 2021 r. SP otrzymał z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu urządzenia, dzięki którym utworzono dziesięć łóżek z możliwością wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej (HFNO), wcześniej Szpital nie posiadał takiego sprzętu.

Przez cały okres objęty kontrolą Placówka posiadała dwa łóżka z możliwością pełnej izolacji oddechowej (izolatki/boksy Maltzera). W latach 2019, 2020 i 2021 (pierwsze półrocze) Szpital posiadał odpowiednio: 26, 29 i 33 respiratory. W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał urządzeń do ciągłego pozaustrojowego natleniania krwi (ECMO), ani komór izolacyjnych typu Biobox.

(akta kontroli str. 204-206)

Wykorzystanie łóżek na Oddziale COVID-19 wynosiło w IV kwartale 2020 r. 59%, a w dwóch pierwszych kwartałach 2021 r. kolejno 78% i 51%.

W całym okresie objętym kontrolą łóżka w Szpitalu - respiratorowe oraz z możliwością wentylacji nieinwazyjnej (dalej: NIV) - były wykorzystywane na poziomie: 70% w 2019 r.; w kolejnych kwartałach 2020 r.: 61%, 65%, 73%, 71%, a w drugim kwartale 2021 r. - 67%. W pierwszym kwartale 2021 r. procent wykorzystania ww. rodzajów łóżek różnił się i wynosił 73% w przypadku łóżek respiratorowych oraz 60% w przypadku NIV.

Trwająca od II kwartału 2020 epidemia COVID-19 w znikomym stopniu wpłynęła na wykorzystanie łóżek szpitalnych na takich oddziałach Placówki jak: Chirurgii

¹⁶ W 2020 r. powstał Oddział Leczenia Jednego Dnia z dwoma łózkami.

¹⁷ Tj. zajmował się leczeniem chorych na COVID-19, czyli pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa. Obejmował opieką także pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Ogólnej¹⁸ (dalej: OCO), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu¹⁹ (dalej: OOiTNR), Położniczym²⁰ (dalej: OPO) oraz Neonatologicznym z Pododdziałem Patologii Noworodka²¹ (dalej: ONzPPN).

Istotnie spadło natomiast wykorzystanie łóżek na oddziałach: Hospicyjno-Paliatywnym²² (dalej: OHP), Pediatrycznym²³ (dalej: OP), OROiN²⁴, Rehabilitacji Neurologicznej²⁵ (dalej: ORN) oraz SOR²⁶.

Stopień wykorzystania łóżek w trakcie epidemii COVID-19, na pozostałych oddziałach SP okresowo zmieniał się²⁷.

(akta kontroli str. 209-210)

Kierownik Działu Administracyjno-Technicznego podał, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały trzy źródła tlenu. Głównym był koncentrator tlenu (stacjonarny z instalacją rozprowadzającą tlen do szpitalnych łóżek), butle o pojemności dwa i dziesięć litrów były eksploatowane w ambulansach, natomiast butle 50 litrowe stanowiły rezerwę, w przypadku awarii koncentratora lub zwiększonego zapotrzebowania. W październiku 2020 r. został uruchomiony zbiornik kriogeniczny o pojemności 11 200 l.

Kierownik dodał, że koncentratory tlenu średnio produkują 180 l/min. Wartość ta jest uśredniona i nie ma możliwości podliczenia dobowego. Z uwagi na to oraz na straty na sieci zasilającej i na sprężenie do czterech bar, brak jest możliwości dokonania rzetelnych wyliczeń oraz przeliczenia wyprodukowanego tlenu na tony.

W Szpitalu zużyto²⁸ w 2019 r. 4,8 tony tlenu, w 2020 r. zużycie wzrosło do 21,4 tony, a w samym tylko pierwszym półroczu 2021 r. osiągnęło 30,4 tony.

(akta kontroli str. 206)

W 2019 r. w Placówce było 9,7 etatu dla lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz cztery etaty dla lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych. W 2020 r. liczba etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii wzrosła do 10,4, a w pierwszym półroczu 2021 r. do 15. Z kolei liczba etatów lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych wzrosła do pięciu w 2020 r. i sześciu w pierwszym półroczu 2021 r. W latach 2019-2021 (pierwsze półrocze) Szpital nie zatrudniał lekarzy specjalistów: chorób zakaźnych; pulmonologii; epidemiologii²⁹.

(akta kontroli str.204-206, 766)

¹⁸ W 2019 r. 89%, w kolejnych kwartałach 2020-2021 (pierwsze półrocze) odpowiednio: 85%, 79%, 91%, 90%, 87%, 87%.

¹⁹ W 2019 r. 68%, w kolejnych kwartałach 2020-2021 (pierwsze półrocze) odpowiednio: 64%, 59%, 79%, 65%, 75%, 69%.

²⁰ W 2019 r. 62%, w kolejnych kwartałach 2020-2021 (pierwsze półrocze) odpowiednio: 62%, 74%, 76%, 58%, 69%, 64%.

²¹ W 2019 r. 45%, w kolejnych kwartałach 2020-2021 (pierwsze półrocze) odpowiednio: 49%, 52%, 51%, 42%, 50%, 49%.

²² Spadło ze 124% w 2019 r. do 119%, 106%, 99%, 50%, 113%, 116% w kolejnych kwartałach 2021-2021 (pierwsze półrocze).

²³ Spadło z 56% w 2019 r. do 65%, 17%, 25%, 32%, 43%, 44% w kolejnych kwartałach 2021-2021 (pierwsze półrocze).

²⁴ Spadło z 47% w 2019 r. do 45%, 33%, 43%, 10%, 32%, 23% w kolejnych kwartałach 2021-2021 (pierwsze półrocze).

²⁵ Spadło z 62% w 2019 r. do 36%, 29%, 37%, 7%, 26%, 17% w kolejnych kwartałach 2021-2021 (pierwsze półrocze).

²⁶ Spadło z 241% w 2019 r. do 197%, 161%, 212%, 202%, 230%, 225% w kolejnych kwartałach 2021-2021 (pierwsze półrocze).

²⁷ Np. Oddział Ginekologiczny, dalej: OG (58%, 56%, 35%, 50%, 41%, 56%), OAiT (70%, 61%, 65%, 73%, 71%, 73%), ON (34%, 47%, 33%, 55%, 35%, 17%), Zakład Opiekuńczo-Lecniczy, dalej: ZOL (62%, 93%, 89%, 89%, 77%, 83%).

²⁸ W wyliczeniach z ww. powodów nie uwzględniono koncentratorów tlenu.

²⁹ W Szpitalu nie było oddziałów: zakaźnego, epidemicznego, pulmonologicznego.

W 2019 r. pielęgniarki na OAiIT oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym (dalej: OCW) pracowały na 13 etatach. W 2020 r., zatrudnienie na ww. oddziałach wzrosło do odpowiednio 19 oraz 16 etatów, a w pierwszym półroczu 2021 r. do odpowiednio 20 i 21.

W latach 2019-2021 (pierwsze półrocze) Szpital nie zatrudniał pielęgniarek na oddziałach zakaźnym, obserwacyjno-zakaźnym oraz pulmonologicznym, których, jak to wyżej wskazano, w Placówce nie utworzono patrz przypis nr 29).

(akta kontroli str. 204-206, 766)

Placówka nie posiadała certyfikatu akredytacyjnego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali³⁰.

(akta kontroli str. 344)

1.2. W okresie objętym kontrolą, w Planie Zarządzania Kryzysowego Powiatu Wrzesińskiego znajdowały się dwa „Moduły Zadaniowe” określające procedury realizacji przez Szpital zadań z zakresu zarządzania kryzysowego. Prezes podał, że zakres ww. modułów, został ustalony w uzgodnieniu z Zarządem Szpitala.

Moduł MZ-5.2 – Działanie SP w przypadku wystąpienia zachorowań na choroby zakaźne, na wypadek wystąpienia epidemii lub zagrożenia epidemiologicznego albo przyjęcia osób podejrzanych o kontakt z czynnikiem zakaźnym³¹ - miał na celu zapewnienie pomocy osobom objętym zagrożeniem epidemiologicznym, poprzez wygaszenie ogniska lub zapobieżenie wystąpieniu i rozwinięciu zagrożenia. Moduł przewidywał następujący przebieg działania: powołanie doraźnego zespołu ds. zwalczania epidemii; rozpoznanie sytuacji epidemicznej; opracowanie planu działania i wyznaczenie odpowiedzialnych za jego realizację; w zależności od sytuacji, powołanie personelu do pracy przy zwalczaniu epidemii; wydzielenie miejsca dla osób podejrzanych o zakażenie; zabezpieczenie leków i sprzętu ochronnego; odpowiednie zabezpieczenie personelu we właściwe ŚIO, stosownie do zagrożenia; nadzór nad zakładaną dokumentacją; czynności porządkujące przy opanowaniu ogniska – dezynfekcję i mycie środków transportowych; opracowanie danych statystycznych i sformułowanie wniosków; omówienie postępowania i jego wyników.

Moduł MZ-11.5.3 – Działanie Szpitala w przypadku wystąpienia innych sytuacji kryzysowych³² - miał na celu określenie zasad działania Placówki w zakresie przeciwdziałania skutkom sytuacji kryzysowych w przypadku ich wystąpienia.

W obu ww. modułach koordynatorem był Starosta Wrzesiński, a „wiodącym” - Prezes.

(akta kontroli str. 115-118)

W badanym okresie w Szpitalu wdrożono rejestrację zakażeń szpitalnych według programu opracowanego przez Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych w Krakowie. Instrukcja I-402-013³³ Rejestracja zakażeń szpitalnych/patogenów alarmowych wskazywała komórki organizacyjne odpowiedzialne za: wypełnianie karty rejestracyjnej zakażeń szpitalnych i patogenów alarmowych (lekarz prowadzący); weryfikację ww. karty rejestracyjnej (Pielęgniarka Epidemiologiczna); wypełnianie karty monitorowania czynnika alarmowego (pracownik mikrobiologii i Pielęgniarka Epidemiologiczna); wykonywanie raportów statystycznych zakażeń

³⁰ Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 2, poz. 24.

³¹ Opracowany 10 sierpnia 2018 r.

³² Opracowany również 10 sierpnia 2018 r.

³³ Z 21 maja 2018 r.

szpitalnych (Dział Zarządzania, Informacji Medycznej i Marketingu); wykonywanie raportów statystycznych patogenów alarmowych (Pracownia Mikrobiologii); prowadzenie kart włączenia centralnego, pielęgnacyjnych odleżyn, obserwacji miejsca operowanego (OC/OG/OP/OOiTNR); obserwację i dokumentację włączeń obwodowych i pacjentów zacewnikowanych.

(akta kontroli str. 388-390)

Prezes podał, że Placówka nie została zakwalifikowana jako obiekt infrastruktury krytycznej, nie zaistniał zatem obowiązek sporządzenia planu ochrony infrastruktury krytycznej. Ponadto Szpital nie posiadał planów kontynuacji działania lub planów gotowości na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych.

(akta kontroli str. 340-343)

Zespół Kontroli Zakażeń Specjalnych (dalej: Zespół) 14 kwietnia 2020 r. przedstawił analizę ryzyka epidemiologicznego po ogłoszeniu pandemii. Ocena tego ryzyka w związku z zagrożeniem pandemią wirusa SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym, została przeprowadzona w oparciu o: aktualną wiedzę w zakresie transmisji zakażenia wirusem, informacje o objawach zakażenia, charakterystykę patogenu, metody leczenia; analizę bieżącej sytuacji w kraju i regionie; komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Ministra Zdrowia. Zespół, w ww. dokumencie, zdiagnozował: źródła zagrożenia³⁴, jego możliwe skutki³⁵ oraz potencjalne straty ludzkie³⁶ i materialne³⁷. Efektem pracy Zespołu było również przedstawienie planu zadań do wykonania:

- opracowania procedur i instrukcji zgodnie z aktualnymi wytycznymi, co miało umożliwić pracę z zachowaniem zasad w warunkach pandemii;
- wprowadzenia zmian organizacyjnych w Szpitalu (wdrożenia triażu³⁸, utworzenia odrębnej izby przyjęć dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, utworzenia tzw. strefy czerwonej SOR dla pacjentów z podejrzeniem albo potwierdzeniem COVID-19 oczekujących na transport do oddziału zakaźnego);
- wdrożenia standardowych środków ostrożności wobec wszystkich przyjmowanych pacjentów;
- wprowadzenia zakazu odwiedzin i wstrzymania porodów rodzinnych do odwołania;
- wprowadzenia pomiaru temperatury dla personelu SP przed rozpoczęciem pracy;
- szybkiej identyfikacji osób zakażonych oraz przerwania dróg transmisji wirusa;

³⁴ Zgłoszenie się do Szpitala pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2; udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny z nierozpoznanym zakażeniem tym wirusem; przenoszenie się wirusa z jednej osoby na drugą (personel-personel, personel-pacjent, pacjent-personel, pacjent-pacjent, pracownik administracji-pracownik administracji) podczas kaszlu, kichania, dotykania tych samych przedmiotów, powierzchni; kontakt pośredni lub bezpośredni z osobą zakażoną (przebywanie w tym samym pomieszczeniu, sprzątanie, udzielanie świadczeń zdrowotnych); brak przestrzegania zasady „nic poniżej łokcia” (tj. m.in. nienoszenia biżuterii i zegarków, utrzymywania krótkich, niepomalowanych paznokci); brak przestrzegania zasady dystansu i niestosowanie zalecanych ŚOI; nieprzestrzeganie podstawowych zasad higieny.

³⁵ Prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia wśród personelu medycznego; zwiększenie absencji chorobowej wśród personelu Szpitala związane z zakażeniami SARS-CoV-2; zakażenia wirusem wśród pacjentów; wystąpienie ognisk epidemicznych w oddziałach; ograniczenie działalności poszczególnych oddziałów (wstrzymanie przyjęć pacjentów), celem przerwania dróg transmisji wirusa; wydłużenie procesu terapeutycznego choroby podstawowej u pacjentów z COVID 19; wzrost liczby zgonów; brak możliwości zapewnienia wystarczającej ilości preparatów dezynfekcyjnych, ŚOI (braki na rynku, brak realizacji umów przez dostawców); ograniczenie działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS); zmniejszenie realizacji kontraktu z NFZ.

³⁶ Możliwe zwiększenie liczby zgonów wśród pacjentów; powikłania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród pacjentów i personelu.

³⁷ Wzrost środków finansowych, które należy przeznaczyć na: ŚOI, preparaty dezynfekcyjne, leki (wzrost cen tych artykułów) dostosowanie Szpitala do pracy w warunkach pandemii, gospodarkę odpadami medycznymi (nowy produkt odpady covidowe), wynagrodzenia dla pracowników (nadgodziny spowodowane absencją chorobową wśród personelu, przebywaniem na kwarantannie).

³⁸ Systemu segregacji pacjentów.

- zorganizowania ścieżki diagnostyki zakażenia SARS-CoV-2 (podpisania umowy z podmiotem wykonującym testy RT-PCR, ustalenia zasad współpracy);
- opracowania zasad bezpiecznej pracy z pacjentem podejrzanym o zakażenie i zasad izolacji;
- szkolenia personelu;
- częstego przypominania o obowiązujących zasadach i sprawdzanie ich przestrzegania;
- sprawnej komunikacji z Państwową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną we Wrześni (dalej: PSSE).

(akta kontroli str. 88-90)

Pracownicy Szpitala o sprawach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, byli informowani m.in. poprzez komunikaty Prezesa oraz zarządzenia Zarządu³⁹. Zakres przedmiotowy zarządzeń oraz komunikatów został szerzej omówiony w punktach 1.3 i 1.4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Prezes podał, że dokumenty wprowadzające regulacje wewnętrzne przesyłane były na skrzynki elektroniczne, wydzielone i przypisane do każdej komórki organizacyjnej Szpitala. W przypadku dokumentów dotyczących medycznych komórek organizacyjnych skrzynki te były obsługiwane przez sekretarki medyczne, które miały obowiązek wydrukowania danego dokumentu i przekazania go kierownikowi ww. komórki organizacyjnej. W przypadku komórek administracyjnych, dokumenty przekazywane były na skrzynki kierowników tych komórek. Ponadto w Szpitalu działał system informatyczny ISO-Net - do którego każdy pracownik mógł się zalogować na podstawie indywidualnego hasła - gdzie gromadzone i udostępniane były instrukcje wewnętrzne.

(akta kontroli str. 337-342)

Za monitorowanie sytuacji epidemiologicznej Szpitala odpowiedzialni byli, w ramach bieżących zadań: Pielęgniarka Epidemiczna, Naczelna Pielęgniarka oraz Zespół.

(akta kontroli str. 340-342)

Szpital współpracował ze Starostwem Powiatowym we Wrześni przy organizacji Oddziału COVID oraz przy pozyskiwaniu sprzętu medycznego, w szczególności dla zespołów ratownictwa medycznego oraz SOR. Powiat Wrzesiński, 16 marca 2020 r., przekazał na rzecz SP kombinezony i maseczki ochronne oraz ochraniacze na buty.

(akta kontroli str. 167, 340-342)

Prezes podał, że utworzenie Oddziału COVID wymagało znacznej ingerencji w strukturę oddziałów szpitalnych, których części zostały w niego przekształcone. Ingerencja była na tyle znacząca (wyznaczenie korytarzy do bezpiecznego poruszania się personelu, stref: zielonej, pomarańczowej oraz czerwonej), że wykluczała późniejsze (po ustaniu pandemii) funkcjonowanie przekształconych oddziałów. Prezes dodał, że po zakończeniu pandemii konieczne będą działania przywracające na oddziałach stan poprzedni.

(akta kontroli str. 340-342)

Dla poszczególnych grup personelu medycznego i administracyjnego pracującego w Szpitalu specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy opracował Karty Oceny Ryzyka Zawodowego wskazujące m.in., że ze względu na poziom ryzyka, istnieje bezwzględna konieczność stosowania ŚOI i zasad higieny oraz przestrzegania obowiązujących: wytycznych, regulaminów, procedur, instrukcji, zasad postępowania i środków zapobiegawczych, które zostały wprowadzone na terenie

³⁹ Jednoosobowego w całym okresie objętym kontrolą.

SP. Określone zostały ŚOI stanowiące osobistą ochronę przed COVID-19, podzielone na trzy poziomy przypisujące konkretny sprzęt ochronny do określonego zastosowania. Pierwszy poziom ochrony⁴⁰ był stosowany na triażu przed badaniem. Drugi poziom ochrony⁴¹ znajdował zastosowanie na: oddziałach szpitalnych, przy badaniu próbek od podejrzanych albo zdiagnozowanych chorych (innych, niż pobranych z dróg oddechowych), przy badaniu obrazowym i przy czyszczeniu narzędzi chirurgicznych używanych u ww. osób. Trzeci poziom ochrony⁴² przewidziany był dla personelu: przenoszącego próbki do badań przesiewowych w kierunku COVID-19; w trakcie wykonywania zabiegów, takich jak: intubacja tchawicy, tracheotomia, bronchofiberoskopia, gastroskopia itp., w czasie których oczekujący na diagnozę albo już zdiagnozowani chorzy mogli rozpylać wydzielinę z dróg oddechowych lub istniało narażenie na kontakt z ich płynami ustrojowymi, w tym krwią; w czasie zabiegów operacyjnych lub sekcyjnych u ww. osób. Zostały również wydane zalecenia dotyczące stosowania ŚOI podczas epidemii COVID-19 w zależności od miejsca⁴³, personelu⁴⁴ i wykonywanych czynności⁴⁵.

(akta kontroli str. 91-114)

1.3. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu funkcjonowały procedury postępowania, mające na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym⁴⁶, przy czym w związku z zagrożeniem transmisją SARS-CoV-2 część zasad została uaktualniona⁴⁷ oraz wprowadzono nowe regulacje⁴⁸.

(akta kontroli str. 574-674)

Instrukcja I-402-013 Rejestracja zakażeń szpitalnych/patogenów alarmowych została omówiona w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia.

Instrukcja I-402-032 Postępowanie przy ekspozycji pracownika na materiał zakaźny⁴⁹, wskazywała m.in., że za stosowanie procedury odpowiedzialny był każdy pracownik mający kontakt z materiałem zakaźnym; za zapoznanie pracowników z tą

⁴⁰ Obejmował: jednorazowy czepek chirurgiczny, jednorazową maskę chirurgiczną, jednolity strój roboczy, jednorazowe rękawice lateksowe lub jednorazowe ubrania izolacyjne (w razie potrzeby).

⁴¹ Przewidywał zastosowanie: jednorazowych czepków chirurgicznych, medycznych masek filtrujących FFP2 lub FFP3, ubrań roboczych, jednorazowych ubrań izolacyjnych, jednorazowych rękawic lateksowych, gogli lub przyłbic (ochrona oczu).

⁴² Obejmujący: jednorazowy czepek chirurgiczny, medyczną maskę filtrującą FFP2 lub FFP3, ubranie robocze, jednorazowe ubrania izolacyjne, jednorazowe rękawice lateksowe, zabezpieczenie całej twarzy sprzętem zabezpieczającym ochronę dróg oddechowych z urządzeniem oczyszczającym wdychane powietrze.

⁴³ Sala chorych; inne miejsca, przez które odbywa się transport pacjenta (np. oddziały, korytarze); segregacja pacjentów; laboratorium; pomieszczenia administracyjne.

⁴⁴ Pracownicy medyczni; personel sprząający; cały personel, także pracownicy medyczni; pacjenci z objawami ze strony układu oddechowego; pacjenci bez objawów ze strony układu oddechowego; analityk, laborant, technik.

⁴⁵ Bezpośrednia opieka nad chorym na COVID-19, procedury związane z powstawaniem aerozolu wykonywane u chorych na COVID-19; wejście na salę chorego na COVID-19; jakiegokolwiek czynności niezwiązane z kontaktem z chorymi na COVID-19, wstępna ocena pacjenta niewymagająca bezpośredniego kontaktu, jakiegokolwiek (czynności na terenie Szpitala); praca z materiałem pobranym z dróg oddechowych pacjenta; prace administracyjne, niezwiązane z kontaktem z chorymi na COVID-19.

⁴⁶ Instrukcja I-402-036 Stosowanie ŚOI; Instrukcja I-402-047 Zasady zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej; Procedura P-402 Zapobieganie zakażeniom szpitalnym – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie; Instrukcja I-402-026 Postępowanie w przypadku stwierdzenia zagrożenia epidemiologicznego Szpitala; Instrukcja I-402-040 Postępowanie w szpitalnym ognisku epidemicznym; Instrukcja I-404-001 Postępowanie z odpadami w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych.

⁴⁷ Procedura P-401 Utrzymanie czystości – sterowanie operacyjnym procesem oraz jego monitorowanie; Instrukcja I-401-002 Postępowanie z bielizną brudną i skażoną w oddziałach; Instrukcja I-402-006 Zapobieganie kontaminacji, czyli zanieczyszczenia bakteryjnego pola operacyjnego; Procedura P-406 Żywnienie zbiorowe – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie; Instrukcja I-402-037 Stosowanie izolacji; Procedura P-209 Sterowanie operacyjne procesem intensywnej terapii oraz jego monitorowanie.

⁴⁸ Instrukcja I-225-019 Postępowanie z rzeczami osobistymi pacjenta z pozytywnym wynikiem w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 przywiezionymi ze szpitala do domu; Instrukcja I-404-003 Postępowanie z odpadami medycznymi „wysoko zakaźnymi” pochodzącymi od pacjentów z podejrzeniem COVID-19.

⁴⁹ Zaktualizowana 8 czerwca 2018 r.

procedurą odpowiedzialny był ich bezpośredni przełożony; opis postępowania w przypadku różnego rodzaju ekspozycji; kwestie zgłaszania i dokumentowania ekspozycji.

(akta kontroli str. 391-397)

Zgodnie z instrukcją I-225-012⁵⁰ dotyczącą ankiety pacjenta zgłaszającego się na planowy zabieg lub badanie w czasie epidemii koronawirusa, kierownik oddziału zabiegowego albo komórki diagnostycznej wyznaczał osobę do wykonania telefonu do pacjenta na dwa tygodnie przed planowym zabiegiem, celem wypełnienia ww. ankiety. Podczas wywiadu telefonicznego pacjent i rodzina poinformowani byli o: nowych zasadach obowiązujących pacjentów w Szpitalu (dezynfekcja rąk, maseczka chirurgiczna w czasie pobytu, zakaz odwiedzin); konieczności samoizolacji na siedem dni przed przyjęciem do Placówki; możliwości wstrzymania przyjęcia pacjenta na zabieg lub badanie planowe w przypadku stwierdzenia u niego w Izbie Przyjęć (dalej: IP) infekcji dróg oddechowych lub bliskiego kontaktu z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ostatnich 14 dniach przed przyjęciem.

(akta kontroli str. 561-564)

Instrukcja I-225-001⁵¹ Wykonywanie procedur zabiegowych u pacjenta z COVID-19 określała m.in: zasady transportu pacjenta; ŚOI personelu transportującego oraz przeprowadzającego zabieg; szczegółowe zasady intubacji pacjenta; postępowanie ze sprzętem medycznym i odpadami medycznymi po przeprowadzonym zabiegu; zakaz przechowywania dokumentacji medycznej na salach operacyjnych; zasady dezynfekcji oraz dekontaminacji sprzętu, pomieszczeń, ciągów komunikacyjnych i środków transportowych. Szczególne zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem albo potwierdzeniem COVID-19 zostały przyjęte dla Zakładu Radiologii⁵².

(akta kontroli str. 447-451)

Instrukcja I-225-006⁵³ Postępowanie w przypadku podejrzenia COVID-19 w oddziale szpitalnym, mająca na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia SARS-CoV-2 w oddziałach szpitalnych, wskazywała zasady postępowania w momencie powzięcia podejrzenia o zakażeniu, tj. m.in.: wpisanie do dokumentacji medycznej pacjenta przesłanek podejrzenia o zakażeniu; poinformowanie kierownika właściwego oddziału i Pielęgniarki Epidemiologicznej; zastosowanie izolacji do momentu uzyskania wyniku; pobranie wymazu na szybki test antygenowy oraz na RT-PCR; wykonywanie, w przypadku takiej konieczności, badania diagnostycznego poza oddziałem. Ponadto: personel wykonywał przy pacjencie wszystkie procedury w SOI; ograniczona do minimum była liczba osób sprawująca opiekę nad pacjentem oraz procedury generujące aerozol; należało tak planować zlecenia lekarskie i zabiegi, aby do minimum ograniczyć wejścia do izolatki; zalecano kontakty telefoniczne z pacjentem; jeśli było to możliwe miał on samodzielnie mierzyć glukozę i przekazywać wyniki; wszystkie odpady od pacjenta należało traktować jako wysoce zakaźne; obowiązywały szczególne zasady sprzątnięcia sali; do momentu uzyskania wyniku wstrzymywano przyjęcia nowych pacjentów do oddziału, nie przenoszono ich do innych oddziałów, a wypisani pacjenci mieli trafiać na kwarantannę; personel powinien traktować każdego pacjenta jak potencjalnie zakażonego. Instrukcja wskazywała też sposób postępowania z personelem, który miał kontakt z pacjentem z podejrzeniem COVID-19 oraz stanowiła, że w przypadku

⁵⁰ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 63/2020 z 15 czerwca 2020 r.

⁵¹ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 33/2020 z 16 kwietnia 2020 r.

⁵² Instrukcja I-225-013 wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 127/2020 z 9 października 2020 r.

⁵³ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 45/2020 z 7 maja 2020 r., zmieniona 22 stycznia 2021 r.

zgonu takiego pacjenta, należało podejmować czynności zgodnie z instrukcją I-000-004 (szerzej omówioną w punkcie 1.9. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 541-550)

Instrukcja I-225-007⁵⁴ Postępowanie w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 u personelu medycznego Placówki regulowała m.in.: sposób działania w zależności od miejsca wystąpienia objawów, tj. w trakcie pracy⁵⁵ albo poza jej godzinami⁵⁶ oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych osób w kwestii przekazywania informacji⁵⁷.

(akta kontroli str. 551-560)

Instrukcja I-225-014⁵⁸ Wskazania do odsunięcia pracownika medycznego po kontakcie z pacjentem, pracownikiem z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażeniem SARS-CoV-2, przedstawiała okoliczności, po których zaistnieniu Zespół, po uzyskaniu zgody Zarządu Szpitala, miał podejmować decyzję w ww. przedmiocie.

(akta kontroli str. 571-573)

Dla części oddziałów Placówki ustanowiono odrębnie zasady przyjmowania pacjentów, a dla części procedur medycznych odrębne zasady ich przeprowadzania. Dotyczyło to: ZOL i OHP⁵⁹; przyjęć na Oddział Chemioterapii w Trybie Jednodniowym⁶⁰; porodów rodzinnych⁶¹; Pracowni Fizjoterapii⁶², wykonywania szczepień ochronnych⁶³.

(akta kontroli str. 675-742)

Prezes podał, że monitorowanie przestrzegania procedur w okresie pandemii polegało na bieżącej obserwacji pracy personelu przez przełożonych, udzielaniu wskazówek w przedmiocie prawidłowości postępowania oraz wyjaśnianiu wprowadzanych zmian.

(akta kontroli str. 340-342)

1.4. Po ogłoszeniu stanu epidemii w Szpitalu zmodyfikowano zasady organizacji pracy i funkcjonowania personelu medycznego i administracyjnego. Dnia 13 marca 2020 r.⁶⁴ wprowadzono procedurę nr P-224, tj. procedurę bezpieczeństwa i zachowania ciągłości pracy w obliczu zagrożenia koronawirusem, obejmującą

⁵⁴ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 120/2020 z 25 września 2020 r., zmieniona 15 grudnia 2020 r.

⁵⁵ M.in. bezwzględnie zakłada maskę chirurgiczną i utrzymuje dystans dwóch metrów w kontaktach z innymi; zgłasza się do strefy triage, gdzie otrzymuje skierowanie (RT-PCR lub test antygenowy) do strefy czerwonej SOR na pobranie wymazu; w zależności od stanu: oczekiwanie na wynik w izolacji domowej lub w izolatorium, w uzgodnieniu z PSSE hospitalizacja.

⁵⁶ M.in.: po powiadomieniu przełożonego nie przychodzi do pracy; zgłasza się do lekarza rodzinnego; po otrzymaniu zlecenia na pobranie wymazu w kierunku zakażenia SRS-CoV-2 zgłasza się do punktu Drive-thru.

⁵⁷ Pracownik – bezpośredniego przełożonego o objawach i o wyniku testu; bezpośredni przełożony – ustala zastępstwa w trybie pilnym, informuje Pielęgniarkę Epidemiologiczną; lekarz dyżurny Szpitala – ustala bieżące zastępstwo za lekarza; pielęgniarka dyżurna szpitala – ustala bieżące zastępstwo za pielęgniarkę, położną, ratownika lub opiekuna medycznego; współpracownik – powiadomienie przełożonego, lekarza dyżurnego lub pielęgniarki dyżurnej.

⁵⁸ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 126/2020 z 9 października 2020 r.

⁵⁹ Wprowadzona zarządzeniami Zarządu Szpitala nr 61/2020 z 8 czerwca 2020 r. oraz nr 113 z 4 września 2020 r., zmienionego zarządzeniem nr 114 z 8 września 2020 r.; Instrukcja I-222-002 Zalecenia dla zespołu domowej opieki paliatywnej/hospicjum domowego w stanie epidemii wirusa SARS –CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19; Instrukcja I-222-001 Postępowanie w przypadku konieczności odbicia wizyty w domu chorego w zamian za udzielanie teleporady – hospicyjna opieka domowa.

⁶⁰ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 56/2020 z 26 maja 2020 r., zmienionego zarządzeniem nr 88/2020 z 16 lipca 2020 r.

⁶¹ Zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 51/2020 z 20 maja 2020 r., zmienionego zarządzeniami nr 54/2020 z 26 maja 2020 r. i nr 73/2020 z 26 czerwca 2020 r.

⁶² Zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 105/2020 z 31 lipca 2020 r.

⁶³ Instrukcja I-225-002 z 23 kwietnia 2020 r. Wykonywanie szczepień ochronnych w czasie pandemii COVID-19.

⁶⁴ Zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 23/2020z 13 marca 2020 r.

wszystkich pracowników SP i mającą na celu stworzenie bezpiecznych warunków oraz zapewnienie ciągłości pracy. Procedura ta uregulowała postępowanie w zakresie: organizowania zebrań, odpraw z personelem medycznym⁶⁵; organizacji pracy pracowników administracji⁶⁶; systemu komunikacji⁶⁷. Dnia 22 maja 2020 r.⁶⁸ wprowadzono kolejne zmiany w organizacji pracy mające na celu ograniczenie ryzyka zakażenia: weryfikację rozlokowania pracowników; zasadę dwóch metrów odległości między pracownikami; bariery pomiędzy blisko siedzącymi osobami; zasadę otwartych okien; przecieranie i dezynfekcję powierzchni (w tym klawiatury i myszki komputera); rezygnację ze wzajemnego przygotowywania posiłków lub napojów oraz wspólnych śniadań; używanie osobistych długopisów; zakrywanie twarzy масечką (usta, nos); zasadę „nic poniżej łokcia” oraz „5 momentów higieny rąk⁶⁹”; stosowanie odzieży jednocyfrowej przy pracy z pacjentem oraz przyłbic, масечек, rękawiczek ochronnych podczas wykonywania procedur medycznych przy każdym pacjencie; zasady stosowania rękawic ochronnych i dezynfekcji rąk. Ograniczono też liczbę personelu na wizycie lekarskiej do niezbędnego minimum, a każdy pacjent miał opuszczać oddział w масечке ochronnej.

(akta kontroli str. 438-446)

Dnia 24 kwietnia 2020 r.⁷⁰ zaczęła obowiązywać instrukcja I-225-003 Wprowadzenie zmian organizacyjnych w SP w związku ze zmianą sytuacji epidemiologicznej i pojawieniem się transmisji koronawirusa w jednostkach opieki zdrowotnej, która dokonała podziału SOR na trzy strefy: czerwoną, w której przebywali pacjenci z podejrzeniem COVID-19, a personel był zobowiązany stosować ŚOI; pomarańczową, w której personel zakładał i zdejmował ŚOI; zieloną, w której nie przebywali pacjenci podejrzeni o zakażenie SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 452-518)

Komunikaty Prezesa zmieniały tryb funkcjonowania Szpitala i dotyczyły m.in.: zakazu odwiedzin we wszystkich oddziałach szpitalnych⁷¹; wprowadzenia obowiązku wypełniania w chwili przyjęcia pacjenta do oddziałów szpitalnych ankiety wstępnej kwalifikacji⁷²; zasad przekazywania rzeczy osobistych dla pacjentów szpitala⁷³; funkcjonowania SOR⁷⁴; wypisów pacjentów z oddziałów szpitalnych⁷⁵; wstrzymania porodów rodzinnych⁷⁶; obowiązkowego badania temperatury ciała dla personelu medycznego⁷⁷; ograniczenia aktywności zawodowej do Szpitala⁷⁸; badań w kierunku SARS-CoV-2⁷⁹; zasad zlecania i obsługi testów w kierunku zakażenia wirusem⁸⁰; zasad poruszania się po Placówce, w związku z utworzeniem Oddziału COVID i wyznaczeniem stref ochronnych⁸¹; przenoszenia pacjentów z i na Oddział

⁶⁵ M.in. przeniesiono zebrania i odprawy powyżej 10 osób z budynku przychodni do sali konferencyjnej.

⁶⁶ M.in. dopuszczono pracę zdalną.

⁶⁷ M.in. w zakresie obiegu i przesyłania dokumentów, ograniczenia przemieszczania pracowników pomiędzy budynkami Szpitala.

⁶⁸ Zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 53/2020 z 22 maja 2020 r.

⁶⁹ Przed kontaktem z pacjentem, przed czystą/aseptyczną procedurą, po narażeniu na płyny ustrojowe, po kontakcie z pacjentem, po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

⁷⁰ Zarządzenie Zarządu Szpitala nr 38/2020 z 24 kwietnia 2020 r. Zmiany i aktualizacje wprowadzono 24 i 26 czerwca oraz 9 października 2020 r. i 22 stycznia 2021 r.

⁷¹ Komunikat nr 4/2020 z 11 marca 2020 r.

⁷² Komunikat nr 7/2020 z 12 marca 2020 r.

⁷³ Komunikat nr 8/2020 z 30 marca 2020 r.

⁷⁴ Komunikat nr 9/2020 z 30 marca 2020 r.

⁷⁵ Komunikat nr 10/2020 z 30 marca 2020 r.

⁷⁶ Komunikat nr 11/2020 z 2 kwietnia 2020 r.

⁷⁷ Komunikat nr 13/2020 z 8 kwietnia 2020 r.

⁷⁸ Komunikat nr 14/2020 z 14 kwietnia 2020 r.

⁷⁹ Komunikat nr 15/2020 z 24 kwietnia 2020 r.

⁸⁰ Komunikat nr 21/2020 z 29 maja 2020 r.

⁸¹ Komunikat nr 30/2020 z 22 października 2020 r.

COVID⁸²; odnotowywania w dokumentacji medycznej pacjenta podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2⁸³.

(akta kontroli str. 4-44)

1.5. Zarząd Szpitala podejmował działania mające na celu wczesne wykrywanie zakażeń SARS-CoV-2 i ognisk epidemicznych wśród personelu, poprzez ustanowienie proceduralnych zasad testowania personelu medycznego.

Opisana w punkcie 1.4. obszar instrukcja I-225-003 Wprowadzenie zmian organizacyjnych w SP w związku ze zmianą sytuacji epidemiologicznej i pojawieniem się transmisji koronawirusa w jednostkach opieki zdrowotnej określała, że zarówno od pacjenta skąpoobjawowego, pediatrycznego, jak również z występującymi objawami, należy pobrać materiał w kierunku SARS-CoV-2 lub wykonać test antygenowy. Negatywny wynik testu umożliwiał przekazanie pacjenta na właściwy oddział. Pozytywny wynik oznaczał natomiast konieczność kontaktu z najbliższym oddziałem zakaźnym w celu ustalenia dalszego postępowania. Ww. instrukcja wskazywała również m.in. punkt Drive-thru, tj. mobilny punkt pobrania materiału do badań w kierunku COVID-19 dla osób posiadających potwierdzone skierowanie: od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ), na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową.

(akta kontroli str. 452-518)

Instrukcja I-225-005⁸⁴ dotycząca pobierania wymazu w kierunku SARS-CoV-2, określała: zawartość zestawu do pobierania wymazu; materiał do wymazu; niezbędne do pobrania przygotowania; szczegółową kolejność działania przy pobraniu i zabezpieczeniu próbki; kwestie dotyczące dostarczenia próbki do badania i zapoznania się z wynikami.

(akta kontroli str. 528-540)

Instrukcja I-225-007 Postępowanie w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 u personelu medycznego SP wskazywała, że każdy z pracowników, podejrzewający u siebie zakażenie SARS-CoV-2, miał być kierowany do przeprowadzenia testu.

(akta kontroli str. 551-560)

Instrukcja I-225-008 Zasady postępowania w Pracowni Fizjoterapii⁸⁵ przewidywała, że pobieranie wymazów dla personelu pracowni będzie odbywało się jeden raz w miesiącu. Dnia 31 lipca 2020 r.⁸⁶ zniesiono tą regulację.

(akta kontroli str. 734-739)

Instrukcja I-225-014 Wskazania do odsunięcia pracownika medycznego po kontakcie z pacjentem, pracownikiem z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażeniem SARS-CoV-2 określała, że w przypadku pacjenta lub personelu bez objawów, którzy uzyskali jednak pozytywny wynik testu, poszukuje się kontaktów do 72 godzin przed pobraniem wymazu.

(akta kontroli str. 571-573)

W Szpitalu wykonywano pacjentom oraz członkom personelu medycznego testy RT-PCR (od marca 2020 r.) oraz testy antygenowe (od czerwca 2020 r.). Średnia liczba testów wykonywanych personelowi medycznemu oraz osobom hospitalizowanym (w trybie całodobowym, jednodniowym i na SOR), początkowo wynosząca dla

⁸² Komunikat nr 38/2020 z 25 listopada 2020 r.

⁸³ Komunikat nr 40/2020 z 2 grudnia 2020 r.

⁸⁴ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 44/2020 z 6 maja 2020 r., zmieniona 8 i 26 czerwca 2020 r.

⁸⁵ Wprowadzona 13 maja 2020 r.

⁸⁶ Zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 105/2020 z 31 lipca 2020 r.

testów PCR od 0,01 do 0,02, a dla testów antygenowych od 0,03 do 0,06, znacznie wzrosła w okresach nasilenia epidemii SARS-CoV-2, tj. w czwartym kwartale 2020 r. - dla testów: PCR od 0,1 do 0,18; antygenowych od 0,13 do 0,81 - oraz pierwszym półroczu 2021 r. - dla testów: PCR od 0,12 do 0,13; a antygenowych od 0,23 do 0,69.

(akta kontroli str.271)

Prezes podał, że częstotliwość pobierania testów dla pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych nie była określona. W miesiącach: marzec, kwiecień, maj 2020 r., testy PCR dla pracowników medycznych były wykonywane średnio dwa razy w miesiącu w podmiocie zewnętrznym, natomiast w maju 2020 r. opracowano instrukcję I-225-006 Postępowanie w przypadku COVID-19 w oddziale szpitalnym, w której określono zasady pobierania wymazów u personelu medycznego. Wyniki były przekazywane drogą elektroniczną, w tym samym dniu co pobranie wymazu, do Pielęgniarki Epidemiologicznej oraz indywidulanie na adresy pracowników, którzy podali adresy podczas rejestracji. Od maja 2020 r. pobrane wymazy były kierowane do innych podmiotów. Czas oczekiwania na wyniki testu wynosił, w zależności od ww. podmiotu, od 24 do 72 godzin i był również zależny od sytuacji epidemiologicznej. Prezes podkreślił, że zasady testowania personelu medycznego zmieniły się po wprowadzeniu Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 oraz były na bieżąco dostosowywane do aktualizowanych wytycznych i rozwoju sytuacji epidemiologicznej.

Postępowanie wobec personelu medycznego po kontakcie z osobą z pozytywnym wynikiem testu na COVID-19, w zależności od tego, czy pracownik był niezaszczepiony, czy też miał zakończony cykl szczepień, znalazło odzwierciedlenie w regulacjach wewnętrznych Szpitala⁸⁷.

W SP nie były wykonywane okresowe badania poziomu przeciwciał u osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 734-742, 785-788)

1.6. W okresie epidemii COVID-19 w Szpitalu średnie dzienne zużycie poszczególnych rodzajów ŚOI było najwyższe: rękawiczek w II i IV kwartale 2020 r. (odpowiednio: 52 i 44 opakowań po 100 sztuk); kombinezonów w IV kwartale 2020 r. (55 sztuk) i II kwartale 2021 r. (29 sztuk); fartuchów włókninowych w IV kwartale 2020 r. (35 sztuk) i I kwartale 2021 r. (33 sztuki); fartuchów barierowych w I i II kwartale 2021 r. (po 14 sztuk); fartuchów foliowych w I i II kwartale 2020 r. (odpowiednio 15 i 16 sztuk); masek chirurgicznych w IV kwartale 2020 r. (425 sztuk) i I kwartale 2021 r. (404 sztuki); masek FFP3 w IV kwartale 2020 r. (22 sztuk) i II kwartale 2021 r. (14 sztuk); masek FFP2 w IV kwartale 2020 r. (68 sztuk) i I kwartale 2021 r. (60 sztuk); gogli i przyłbic w II i IV kwartale 2020 r. (odpowiednio siedem i dwie sztuki). Badanie średniego dziennego zużycia ŚOI oraz posiadanych stanów magazynowych i rozchodów ŚOI⁸⁸ wskazało, że Szpital posiadał zabezpieczone ŚOI dla personelu medycznego w ilościach adekwatnych do zużycia.

(akta kontroli str. 211-214, 833-880)

⁸⁷ Instrukcja I-225-016 z 23 marca 2021 r. Zasady postępowania po kontakcie osoby niezaszczepionej przeciwko COVID-19 lub zaszczepionej jedną dawką z osobą z pozytywnym wynikiem testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 w środowisku domowym lub w pracy bez zabezpieczenia w ŚOI oraz Instrukcja I-225-017 z 17 marca 2021 r. Zasady postępowania osoby zaszczepionej przeciwko COVID-19 dwoma dawkami po kontakcie z osobą z pozytywnym wynikiem testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 w środowisku domowym lub w pracy bez zabezpieczenia w ŚOI.

⁸⁸ Badaniem objęto okresy 2020 r.: 23-29 listopada i 7-13 grudnia oraz 2021 r.: 11-17 stycznia i 22-28 lutego.

Instrukcja I-225-004⁸⁹ dotycząca zakładania i zdejmowania ubrania ochronnego, mająca na celu zapobieganie zakażeniom krzyżowym, określała czynności m.in.: przed i przy zakładaniu ubrania ochronnego, przy jego zdejmowaniu oraz po opuszczeniu strefy czerwonej/izolatki. Opracowano ją na podstawie: zaleceń ECDC⁹⁰ w zakresie zakładania i zdejmowania ŚOI w czasie opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz wytycznych Krajowego Konsultanta w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 3 marca 2020 „Rekomendowane środki ochrony osobistej dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”.

Dnia 27 kwietnia 2020 r. Zarząd Szpitala wydał zarządzenie nr 40/2020 dotyczące zasad pracy w ŚOI.

(akta kontroli str. 337-339, 519-527)

Prezes podał, że braki w zakresie dostępności ŚOI występowały wyłącznie w początkowym okresie rozwoju pandemii. W listopadzie 2020 r. i marcu 2021 r. Prezes zwracał się do Wojewody a w listopadzie 2020 r. do Agencji Rezerw Materiałowych o przekazanie, m.in. ŚOI.

(akta kontroli str. 168-172)

W okresie objętym kontrolą ŚOI na rzecz Szpitala przekazywali: Wojewoda, Ministerstwo Zdrowia⁹¹ oraz Powiat Wrzesiński.

(akta kontroli str. 144-172)

1.7. Procedura dotycząca ŚOI, w formie filmu, została umieszczona w katalogach na pulpicie każdego komputera, pracownicy ćwiczyli zakładanie i zdejmowanie ww. środków, a śluzы ubraniowe zostały wyposażone w plakaty i ulotki instruktażowe przypominające o zasadach prawidłowego stosowania ŚOI. Zostało również przeprowadzone szkolenie zorganizowane przez przedstawicieli Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, na którym omawiano: rodzaje masek chirurgicznych; zasady prawidłowego noszenia i zdejmowania tych masek; zestawy ŚOI w przypadku narażenia na SARS-CoV-2; stosowanie odpowiednich ŚOI w zależności od stopnia narażenia.

(akta kontroli str. 340-342)

W Szpitalu organizowano także szkolenia z zakresu m.in.: epidemiologii COVID-19, zasad profilaktyki COVID-19 i innych chorób zakaźnych, zasad postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia wywołanego przez SARS-CoV-2 oraz stosowania odzieży ochronnej; reżimu sanitarnego w placówkach ochrony zdrowia, higieny rąk, zasad stosowania masek chirurgicznych. Nowo zatrudnieni pracownicy w ramach adaptacji odbywali szkolenia dotyczące m.in.: zasad stosowania odzieży roboczej i ochronnej, zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi i drobnoustrojami, wytycznych ochrony i bezpieczeństwa osobistego, procedur zakażeń szpitalnych.

(akta kontroli str. 806-824)

Członkowie personelu medycznego Szpitala objęci próbą badawczą⁹² potwierdzili, że w ramach pracy w SP zostali przeszkoleni w ww. zakresie, jeszcze przed kontaktem z pacjentami podejrzanymi o zarażenie SARS-CoV-2, albo już chorymi na COVID-19. Dodali, że w trakcie trwania pandemii wiedza była na bieżąco

⁸⁹ Wprowadzona zarządzeniem Zarządu Szpitala nr 43/2020 z 6 maja 2020 r.

⁹⁰ Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

⁹¹ Operator logistyczny Agencji Rezerw Materiałowych.

⁹² 20 osób spośród personelu otrzymującego dodatkowe wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń przy bezpośredniej styczności z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2.

weryfikowana i uzupełniana. Odbywało się to m.in. podczas treningów, wykonywania czynności, obserwacji przełożonych i współpracowników, w ramach pracy w innych placówkach medycznych. Korzystano też z czasopism medycznych, stron edukacyjnych poświęconych dla lekarzy, filmów instruktorowych zamieszczanych w Internecie, których twórcami były np. szpitale kliniczne, a także z instrukcji dotyczących pobierania, przechowywania i transportu materiału biologicznego, przekazanych przez producentów testów.

(akta kontroli str. 743-764)

1.8. Opisana w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego instrukcja I-225-003 Wprowadzenie zmian organizacyjnych w SP w związku ze zmianą sytuacji epidemiologicznej i pojawieniem się transmisji koronawirusa w jednostkach opieki zdrowotnej, określała strefy w obrębie SOR i zakres czynności w nich podejmowanych oraz zasady triażu. Triaż pacjentów przychodzących do Szpitala odbywał się w kontenerze usytuowanym przed budynkiem i polegał na ocenie pomiaru parametrów (temperatura, saturacja, liczba oddechów) oraz wypełnieniu ankiety przez przeprowadzającego triaż ratownika medycznego lub pielęgniarkę. Po przeprowadzeniu triażu pacjent był kierowany do strefy zielonej (bez podejrzenia COVID-19) albo czerwonej. W tym drugim przypadku dotyczyło to pacjentów skąpoobjawowych, spełniających łącznie trzy warunki, tj. temperatura < 38°C, liczba oddechów < 20/min, saturacja > 95%, albo którekolwiek z trzech następujących kryteriów: temperatura > 38°C, liczba oddechów > 20/min, saturacja < 95%.

Triage pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego (dalej: ZRM) odbywał się w ambulansie. Strefa czerwona obejmowała obszar od wjazdu dla karetek do gipsowni SOR i stanowiła miejsce czasowego oczekiwania, wstępnej diagnostyki, leczenia pacjentów z podejrzeniem COVID-19 i izolacji do czasu otrzymania wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2. Strefa pomarańczowa dzieliła się na „czystą” (śluza przy sali zabiegowej SOR), gdzie personel zakładał ŚOI oraz „brudną” (pomieszczenie dekontaminacji w strefie czerwonej), gdzie personel zdejmował ŚOI. Strefa zielona (od sali zabiegowej do rejestracji SOR) była miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom bez podejrzenia COVID-19. Ww. instrukcja dokonywała również innych zmian organizacyjnych, m.in. ustanawiała część pomieszczeń zapleczem dla SOR oraz przenosiła Poradnię Neonatologiczną do innej części budynku.

(akta kontroli str. 452-518)

Dnia 27 listopada 2019 r. Wielkopolski Państwowy Inspektor Sanitarny (dalej: WPIS) stwierdził⁹³, że Placówka nie spełnia wymagań określonych w punktach: 4 i 5 rozdziału II oraz punktach 1, 2, 3, 5, 6 i 9 rozdziału V⁹⁴ załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹⁵. Uznano, że brak spełnienia ww. wymagań, dotyczących oddziału pediatrycznego, miał znaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Nie było innych zastrzeżeń.

(akta kontroli str. 134-143)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Wrześni (dalej: PPIS) 31 maja 2021 r. nakazał dostosować⁹⁶ OP - w terminie do 31 maja 2022 r. - do wymogów rozporządzenia z 26 marca 2019 r. Należało wydzielić pododdziały albo odcinki dla dzieci młodszych – do lat trzech i starszych – powyżej trzech lat oraz zapewnić: co

⁹³ Postanowieniem DN-HK.9011.319.2019

⁹⁴ „Odział Dziecięcy”.

⁹⁵ Dz. U. poz. 595, ze zm., dalej: rozporządzenie z 26 marca 2019 r.

⁹⁶ Decyzją ON-HK.9020.188.2021.

najmniej jedną izolatkę spełniającą wymogi; w odcinku dzieci młodszych łóżka znajdujące się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową i punkt pielęgniarski; w pododdziale dzieci młodszych przeszklenia szkłem bezpiecznym ścian oddzielających pokoje łóżkowe, ścian między pokojami i punktem pielęgniarskim oraz drzwi do pokoi w celu ciągłej obserwacji dzieci; pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich; brudownik spełniający wymagania ww. rozporządzenia. Ponadto, nakazano zabezpieczyć okna przed możliwością otwierania ich przez dzieci.

(akta kontroli str. 134-143)

1.9. W SP obowiązywała Instrukcja postępowania w przypadku zgonu pacjenta nr I-000-014, regulująca kwestię postępowania ze zwłokami. Określała ona m.in.:

- obowiązkowe działania pracowników medycznych obecnych w czasie agonii, mające spowodować, aby pacjent nie bał się osamotnienia i izolacji w czasie zmagania się z cierpieniem i problemami natury fizycznej;
- osoby odpowiedzialne za: zawiadamianie o śmierci pacjenta, stwierdzenie zgonu, wystawienie karty zgonu, przygotowanie zwłok;
- zasady i wyłączenia od konieczności przeprowadzenia sekcji zwłok;
- postępowanie w zakresie przebywania zwłok osoby zmarłej w pomieszczeniach „pro morte” oraz skierowania i przechowywania zwłok w chłodni;
- czynności administracyjne związane ze zgonem pacjenta;
- sposób postępowania z przedmiotami należącymi do osoby zmarłej.

Instrukcja przewidywała również, że w przypadku zgonu na chorobę zakaźną, zastosowanie miały przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi⁹⁷, które po zmianie rozporządzeniem ww. ministra z 3 kwietnia 2020 r.⁹⁸ regulowało również postępowanie w przypadku zwłok osób zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2.

W Szpitalu dokonano także zmian właściwych procedur, przewidując w nich wystąpienie ofiar COVID-19. Obowiązujące od 7 kwietnia 2020 r. zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta z rozpoznaniem SARS-CoV-2 modyfikowały dotychczasowe procedury⁹⁹, nakazując: czynności w zakresie dezynfekcji i zabezpieczenia zwłok oraz pomieszczeń; unikanie czynności mogących spowodować rozprzestrzenianie wirusa, takich jak mycie, ubieranie, okazywanie zwłok; zabezpieczenie zwłok; używanie ŚOI przez personel zaangażowany w postępowanie ze zwłokami pacjenta z COVID-19; osobom odpowiedzialnym dopełnienie formalności związanych ze zgonem; pozostawienie w ciele pacjenta kaniul obwodowych, centralnych, cewników, drenów, rurek intubacyjnych, rurek tracheotomijnych, PEG-ów itp.

(akta kontroli str. 408-437)

Dnia 6 listopada 2020 r. weszła w życie zmiana procedury wskazująca zasady transportu zwłok pacjenta zmarłego na COVID-19. W Szpitalu funkcjonowały trzy pomieszczenia „pro morte”, po jednej na każdej kondygnacji. Wszystkie znajdowały się poza oddziałami i każde wyposażone było w jeden wózek transportowy do

⁹⁷ Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.

⁹⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 585.

⁹⁹ Ósma edycja instrukcji, z 7 kwietnia 2020 r., wprowadziła część II pkt. 23 „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta z rozpoznaniem Covid-19”. Dziewiąta edycja z 21 kwietnia 2020 r. zaktualizowała ww. zasady postępowania, a w dziesiątej edycji, z 6 listopada 2020 r., dopisano pkt. 24 „Transport zwłok – zgon pacjenta z COVID-19”.

przewożenia zwłok. W chłodni znajdowało się sześć miejsc do przechowywania zwłok.

Na podstawie umowy z podmiotem zewnętrznym, SP w sytuacji, w której zabrakłoby miejsc do przechowywania zwłok w chłodni szpitalnej, miał zagwarantowany odbiór zwłok. W umowie tej przewidziano jednak, że nie będą przyjmowane zwłoki osób, które zmarły na choroby zakaźne. Prezes wyjaśnił, że w przypadku braku wolnych miejsc na zwłoki w Placówce, do ww. podmiotu były przekazywane zwłoki niezakażone, dzięki czemu w szpitalnej chłodni powstawały wolne miejsca na zwłoki zakażone. W okresie od marca 2020 r. do 7 lipca 2021 r. siedem razy wystąpiła konieczność przekazania zwłok do chłodni poza Placówką.

(akta kontroli str. 331-332, 340-342)

W badanym okresie, najwyższa dobową liczbą zgonów wahała się pomiędzy dwoma a sześcioma (trzykrotnie), przy czym z powodu SARS-CoV-2 zmarło w ciągu doby najczęściej pięciu pacjentów.

(akta kontroli str. 272, 340-342)

Do Szpitala, w okresie objętym kontrolą, nie wpłynęła skarga dotycząca postępowania ze zwłokami.

(akta kontroli str. 344)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działania Szpitala w kontrolowanym obszarze. W Placówce rzetelnie przygotowano się do wykonywania nałożonych przez Wojewodę zadań, związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, w tym przeprowadzono analizy ryzyka możliwości wystąpienia transmisji wirusa SARS-CoV-2 oraz ognisk epidemicznych. Wprowadzono rozwiązania mające na celu zapewnienie ciągłości działania SP w warunkach epidemii oraz nowe, adekwatne do potrzeb procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym. Odpowiednio zorganizowano pracę oraz zapewniono niezbędne warunki lokalowe i sanitarne, co pozytywnie wpływało na poziom bezpieczeństwa, zarówno pacjentów jak i personelu oraz pozwalało na skuteczną izolację osób zakażonych COVID-19. Personel Placówki był przeszkolony w zakresie postępowania z zakażonymi pacjentami oraz stosowania ŚOI. Testy na obecność wirusa wśród pracowników były wykonywane w zależności od potrzeb, a personel był wyposażony w niezbędną ilość ŚOI.

OBSZAR

2. Dostępność świadczeń

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą miało miejsce sześć przypadków ograniczenia albo zaprzestania udzielania przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej. Każdorazowo do WOW NFZ wysyłane było pisemne zgłoszenie przerwy w działalności poszczególnych oddziałów, ze względu na ujawnienie wśród pacjentów i personelu medycznego przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2, przy czym pacjentom, którzy przebywali już na oddziałach, świadczenia opieki zdrowotnej były nadal udzielane. W ww. pismach wskazywano, że w dacie ich sporządzenia nie było możliwe określenie terminu ponownego uruchomienia oddziałów. W momencie przywrócenia ich funkcjonowania informowano o tym WOW NFZ osobnym pismem. Wstrzymanie przyjęć pacjentów dotyczyło czterech oddziałów: OPG z systemem rooming-in z blokiem porodowym (od 16 do 26 października 2020 r.); OCW z intensywnym nadzorem kardiologicznym (od 17 do 21 października 2020 r.; od 9 do 16 grudnia 2020 r.; od 11 do 20 stycznia 2021 r.); ON

(od 19 października do 1 listopada 2020 r.); OCO (od 23 grudnia 2020 r. do 3 stycznia 2021 r.).

Każdorazowo WOW NFZ występował o udzielenie szczegółowych informacji o sposobie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na ww. oddziałach oraz o przekazanie kopii decyzji PPIS dotyczących wstrzymania przyjęć. W odpowiedzi informowano o liczbie pacjentów hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach oraz o zapewnionej dla nich opiece lekarskiej i pielęgniarskiej. Przekazywano WOW NFZ, że PPIS został poinformowany o wstrzymaniu przyjęć na oddziały, jednak nie wydawał w związku z tym żadnych decyzji.

(akta kontroli str. 119-143)

Liczba świadczeń udzielonych na podstawie umów z WOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2019 r. wynosiła 19 402 dla opieki szpitalnej oraz 28 802 dla AOS. W 2020 r. liczba świadczeń spadła odpowiednio do 17 477 i 25 165. W pierwszym półroczu 2021 r. liczba świadczeń wzrosła w stosunku do pierwszego półrocza 2020 r.: z 8 337 do 9 966 dla opieki szpitalnej oraz z 11 856 do 13 703 dla AOS, jednak była niższa niż półroczna średnia za 2019 r.¹⁰⁰, wynosząca 9 701 dla opieki szpitalnej oraz 14 401 dla AOS.

W zakresie świadczeń opieki szpitalnej, ich liczba w 2020 r. wzrosła w stosunku do 2019 r. wyłącznie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (hospitalizacja), chirurgii ogólnej oraz neonatologii. Odnośnie do AOS, wzrost liczby świadczeń wykonanych w 2020 r. w stosunku do 2019 r. nastąpił w zakresie: kardiologii – świadczenia pierwszorazowe; ortopedii i traumatologii narządu ruchu; onkologii; badań endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopii.

(akta kontroli str. 215-218)

2.2. W trakcie epidemii doszło do wzrostu absencji personelu medycznego. W odniesieniu do personelu zatrudnionego na podstawie umów o pracę, w 2019 r., na zwolnieniach lekarskich pracownicy przebywali łącznie przez 8 443 dni, podczas gdy w 2020 r. przez 12 050 dni (w kolejnych kwartałach: 2 852, 3 343, 2 272, 3 583). W odniesieniu do personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych¹⁰¹ na zwolnieniu lekarskim przebywano: w 2019 r. sześć dni; w 2020 r. 117 dni (w kolejnych kwartałach: 9, 47, 15, 46); w 2021 r. - pięć dni.

Wśród pracowników izolacją zostało objętych: w IV kwartale 2020 r. 85 osób na 1 006 dni, a w I kwartale 2021 r. 23 osoby na 211 dni. Wśród zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia w izolacji pozostawały dwie osoby, jedna przez 11 dni w IV kw. 2020 r. i jedna przez 33 dni w I kw. 2021 r.

Osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę były nieobecne z powodu objęcia kwarantanną: w 2020 r. 64 osoby (w kolejnych kwartałach: jedna, sześć, dwie, 55) przez 490 dni (w kolejnych kwartałach: pięć, 50, 21, 414); w 2021 r. pięć osób przez 27 dni. Wśród zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia nie było przypadków nieobecności spowodowanej kwarantanną.

Wskaźnik absencji¹⁰² osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wynosił: w 2019 r. 11%, w 2020 r. 16% (w kolejnych kwartałach: 15%, 18%, 12%, 19%), a w 2021 r. (I półrocze) - 17%.

¹⁰⁰ 19 402 / 2 oraz 28 802 / 2.

¹⁰¹ Pracownik Szpitala ds. plac podał, że absencja personelu medycznego wykazana jest tylko w przypadku personelu z którym zawarto umowę zlecenia i od których odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne. W przypadku umów kontraktowych nie było możliwości wykazania absencji.

¹⁰² Liczba opuszczonych dni pracy / liczba wszystkich dni pracy w kwartale (lub roku) * przeciętna liczba pracowników.

Wskaźnik absencji osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia wynosił: w 2019 r. 0,01%, w 2020 r. 0,3% (w kolejnych kwartałach: 0,1%; 0,4%; 0,1%; 0,4%), a w 2021 r. (I półrocze) – 0,05%.

Częstotliwość absencji¹⁰³ dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wynosiła: w 2019 r. 54% (w kolejnych kwartałach 2020 r.: 35%, 33%, 25%, 96%), a w dwóch kwartałach pierwszego półrocza 2021 r. - 42% i 26%. Częstotliwość absencji dla osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, w okresie objętym kontrolą oscylowała wokół 1%, przy czym w IV kwartale 2021 r. wzrosła do 2%, a w II kwartale 2021 r. absencje nie wystąpiły.

(akta kontroli str. 207-208)

Wskaźnik rotacji zatrudnienia¹⁰⁴ dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wynosił: w 2019 r. 0,93; w 2020 r. 1,31 (w kolejnych kwartałach 0,86; 1,67; 1,43; 1,6); a w dwóch kwartałach pierwszego półrocza 2021 r. - 0,56 i 0,57. Wskaźnik rotacji zatrudnienia dla osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia wynosił: w 2019 r. 0,43; w 2020 r. 0,50 (w kolejnych kwartałach: 0,82; 0,60; 0,73; 0,18), a w dwóch kwartałach pierwszego półrocza 2021 r. – 0,60 i 0,50.

(akta kontroli str. 207-208)

Odsetek wyszczepienia personelu Szpitala przeciwko SARS-CoV-2 na dzień 20 maja 2021 r. wynosił 5% zaszczepionych jedną dawką oraz 63,5% zaszczepionych dwoma dawkami.

(akta kontroli str. 270)

2.3. Funkcjonowanie SOR, Oddziału COVID i OAiT¹⁰⁵, było planowane w formie grafików czasu pracy na dany miesiąc, w których zapewniano obsadę kadrową przez cały okres objęty badaniem.

(akta kontroli str. 881-1151)

Miesięczna ewidencja czasu pracy¹⁰⁶ poszczególnych pracowników odzwierciedlała rozkład czasu pracy w danym okresie rozliczeniowym. Była sporządzana indywidualnie dla danego pracownika i zawierała informacje o dniach pracy, godzinach jej rozpoczynania i kończenia, pracy na poszczególnych zmianach, a także o dniach wolnych. Obejmowała ustalony okres i przypadający na niego wymiar czasu pracy obowiązujący pracownika do przepracowania wraz z liczbą godzin z przeniesienia i do przeniesienia na cały przyjęty okres rozliczeniowy.

(akta kontroli str. 881-1151)

Prezes wyjaśnił, że nie korzystano wprost z uprawnień wynikających z art. 15x ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19, miały natomiast miejsce sytuacje, w których ze względu na braki kadrowe spowodowane pandemią personel medyczny był proszony o pracę w godzinach nadliczbowych, przy czym nie następowało to z powołaniem się na ww. przepis.

(akta kontroli str. 783-784)

¹⁰³ Liczba absencji / liczba pracowników w organizacji.

¹⁰⁴ Wskaźnik rotacji zatrudnienia = liczby osób z którymi rozwiązano stosunek pracy (w tym z uwagi na przejście na emeryturę albo rentę) / liczba osób zatrudnionych. Wskaźnik rotacji o wartości 1 oznacza, że ilość osób zwolnionych i przyjętych jest taka sama. Wskaźnik wyższy oznacza większą ilość zwolnień niż zatrudnień w danym okresie.

¹⁰⁵ SOR i OAiT dla trzech miesięcy: września i listopada 2020 r. oraz kwietnia 2021 r., Oddział COVID dla listopada 2020 r. oraz kwietnia 2021 r.

¹⁰⁶ Badaniem objęto pracowników Oddziału COVID oraz SOR.

Organizacja pracy personelu medycznego z: SOR, Oddziału COVID i OAiT¹⁰⁷, uwzględniała zasady zawarte w przepisach działu III ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰⁸, w odniesieniu do czasu pełnionych dyżurów i uprawnień do nieprzerwanego wypoczynku.

(akta kontroli str. 881-1151)

2.4. Świadczenia w formie teleporad były w Szpitalu realizowane w okresie od II kwartału 2020 r. do I kwartału 2021 r. Świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna były realizowane w takiej formie głównie w II kwartale 2020 r. – 694 teleporady na 993 świadczenia (70%); w III kwartale 2020 r. było ich już tylko 38 na 1 162 (3,2%); w IV kwartale 2020 r. sześć na 1 097 (0,5%); a w I kwartale 2021 r. dwie teleporady na 1 296 świadczeń (0,1%).

(akta kontroli str. 215-220)

Badanie dokumentacji świadczeń w Poradni Wad Postawy wykazało, że wizyty pierwszorazowe odbywały się w trybie bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Odbywał się wtedy wywiad szczegółowy i rozpoznanie dolegliwości, planowany był harmonogram i zakres leczenia. Kolejne świadczenia w większości odbywały się w formie teleporady. Stwierdzono jeden przypadek wizyt wyłącznie w poradni – terminy świadczeń z czerwca 2020 r. Teleporady odbywały się w formie wywiadu przez telefon (w przypadku osoby niepełnoletniej – z opiekunem), następowała kontrola wykonywanych ćwiczeń oraz, udzielany był instruktaż do dalszych ćwiczeń. Każdorazowo lekarz udzielający teleporady rozpoznawał, czy pacjent ma wątpliwości co do dalszego działania oraz wyznaczał termin kontroli pacjenta.

(akta kontroli str. 385)

Badanie próby świadczeń w Poradni Onkologicznej wykazało, że wszystkie wizyty pierwszorazowe odbywały się w trybie bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Teleporady udzielane na kolejnych wizytach w ramach leczenia dotyczyły konsultacji wyników Poradni Badań Obrazowych.

(akta kontroli str. 765)

Do Szpitala, w okresie objętym kontrolą, nie wpłynęły skargi ani wnioski wniesione przez pacjentów, dotyczące organizacji udzielania świadczeń w formie teleporad.

(akta kontroli str. 344)

W Placówce nie opracowano procedur ani instrukcji dotyczących sposobu i zasad realizacji świadczeń medycznych w postaci teleporad. Odpowiedzialny za tworzenie ram organizacyjnych funkcjonowania Szpitala (w tym wprowadzanie procedur) Prezes nie wskazał powodów braku regulacji ww. zakresie. Wyjaśnił jedynie, że podstawą ich wykonywania były komunikaty NFZ, a także potrzeba niesienia pomocy pacjentom. Dodał, że uzyskał informacje od personelu lekarskiego z których wynikało, że kontakt telefoniczny z pacjentem często był inicjowany przez lekarza prowadzącego, który chciał się dowiedzieć o stan zdrowia pacjenta i realizację ewentualnych zaleceń lekarskich.

(akta kontroli str. 783-784)

NIK wskazuje, że nieokreślenie, chociażby ramowych zasad organizacji udzielania teleporad (m.in. kto, kiedy, w jakim zakresie i w jaki sposób może ich udzielać oraz jak odnotowywać przedmiot rozmowy w dokumentacji pacjenta) nie sprzyjało zapewnieniu jednolitych i optymalnych warunków ich realizacji, a także zachowaniu możliwie maksymalnego poziomu bezpieczeństwa i rzetelności przekazywanych

¹⁰⁷ Badaniem objęto harmonogramy pracy oraz miesięczną ewidencję SOR i OAiT dla trzech miesięcy: września i listopada 2020 r. oraz kwietnia 2021 r., Oddział COVID dla listopada 2020 r. oraz kwietnia 2021 r.

¹⁰⁸ Dz.U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

informacji medycznych. W tym kontekście, pomimo relatywnie niewielkiej liczby teleporad udzielanych po II kwartale 2020 r. oraz braku skarg pacjentów w tym zakresie, uzasadnione byłoby określenie w Szpitalu procedury udzielania świadczeń medycznych w przedmiotowej formie.

2.5. W przypadku czasowego ograniczenia udzielania świadczeń w Placówce, pacjentów informowano telefonicznie o wstrzymaniu planowanych zabiegów. W momencie odwołania zabiegów, niemożliwym było określenie nowego terminu udzielenia przekładanego świadczenia, gdyż nie było wiadome, kiedy nastąpi wznowienie jego udzielania.

(akta kontroli str. 343)

Badanie list oczekujących i dokumentacji 21 losowo wybranych pacjentów, którym zmieniono termin zabiegu wykazało, że ustalając nowy termin w siedmiu przypadkach odnotowano przesunięcie całej listy oczekujących, tj. przesunięcie grupowe. W pozostałych przypadkach nie odnotowano natomiast sposobu wyznaczenia nowego terminu, który jednak był każdorazowo wpisywany w systemie.

(akta kontroli str. 799-805)

Prezes wyjaśnił m.in., że pacjenci, którym anulowano termin udzielania świadczenia byli ponownie wpisywani na listę oczekujących oraz iż nie miały miejsca sytuacje, w których pacjentów z anulowanym terminem wpisywano na koniec listy oczekujących.

(akta kontroli str. 343)

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 20 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰⁹, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach są udzielane według kolejności zgłoszenia, a listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasad: sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11. Przypadki nieodnotowywania sposobu wyznaczenia nowego terminu udzielenia świadczeń wysoce utrudniają weryfikację prawidłowości podjętych w tym zakresie w Szpitalu działań i nie sprzyjają ich transparentności.

W zakresie realizacji świadczeń przez AOS: w stosunku do 2019 r., w 2020 r. ponad dwukrotnie wzrosła liczba pacjentów, którym zmieniono termin wizyty – z 236 do 510 przypadków. Liczba zmian terminów ze względów medycznych lub na skutek uzasadnionej prośby pacjenta zmalała z 33 w 2019 r. do 20 w 2020 r., natomiast liczba zmian terminów z powodów organizacyjnych świadczeniodawcy wzrosła z trzech w 2019 r. do ośmiu w 2020 r. Wzrosła też liczba pacjentów, których skreślono z listy oczekujących z powodu powiadomienia o rezygnacji, zgonu albo niedostarczenia oryginału skierowania (wzrost z 290 przypadków w 2019 r. do 512 w 2020 r.). W pierwszym półroczu 2021 r. 223 pacjentom zmieniono termin wizyty, w tym: 19 z powodów medycznych, a 25 z powodów organizacyjnych. Skreślono z listy oczekujących 2 660 pacjentów, w tym: 2 283 z powodu wykonania świadczenia przez danego świadczeniodawcę i 377 na skutek powiadomienia o rezygnacji, zgonu albo niedostarczenia oryginału skierowania.

W okresie objętym kontrolą nie miały miejsca przypadki zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez świadczeniodawcę.

(akta kontroli str. 221-222)

¹⁰⁹ Dz.U. z 2021 r., poz. 1285, dalej: ustawa o świadczeniach.

W zakresie realizacji świadczeń leczenia szpitalnego (dalej: SZP), w stosunku do 2019 r., w 2020 r. spadła liczba pacjentów, którym zmieniono termin wizyty – z 85 przypadków do 68. Podobnie, liczba zmian terminów ze względów medycznych lub na skutek uzasadnionej prośby pacjenta zmalała z 51 w 2019 r. do 29 w 2020 r. Na skutek przesunięć grupowych w 2019 r. zmieniono jeden termin wizyty, w 2020 r. dwa; przy czym liczba zmian terminów z powodów organizacyjnych świadczeniodawcy w 2019 r. wynosiła 10, a w 2020 r. nie odnotowano takich przypadków. Zmalała liczba pacjentów, których skreślono z listy oczekujących (z 2 255 w 2019 r. do 1 587 w 2020 r.), przy czym głównymi przyczynami było wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę (spadek z 1 809 w 2019 r. do 1 248 w 2020 r.) oraz powiadomienie o rezygnacji, zgonie albo niedostarczenie oryginału skierowania (spadek z 446 przypadków w 2019 r. do 339 w 2020 r.). W pierwszym półroczu 2021 r. 42 pacjentom zmieniono termin wizyty, w tym: 39 z powodów medycznych, dwóm z powodów organizacyjnych. Skreślono z listy oczekujących 520 pacjentów, w tym: 444 z powodu wykonania świadczenia przez danego świadczeniodawcę i 76 z powodu powiadomienia o rezygnacji, zgonie albo niedostarczenia oryginału skierowania.

W okresie objętym kontrolą nie miały miejsca przypadki zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez świadczeniodawcę.

(akta kontroli str. 221-222)

Liczba pacjentów oczekujących w komórkach organizacyjnych Szpitala realizujących AOS i SZP, w latach 2019-2020 uległa zmianie. Znaczące zmiany nastąpiły: na Oddziale Rehabilitacji Diennej (dalej: ORD), gdzie liczba przypadków pilnych spadła z 32 w 2019 r. do ośmiu w 2020 r., a przypadków stabilnych ze 162 w 2019 r. do 39 w 2020 r.; na OP, gdzie liczba stabilnych przypadków spadła z 14 w 2019 r. do dwóch w 2020 r., w Poradni Onkologicznej na koniec 2019 r. był jeden pilny przypadek i 44 stabilne, a na koniec 2020 r. pięć pilnych i osiem stabilnych; w Poradni Ortopedycznej liczba oczekujących zmalała z pięciu w 2019 r., do zera w 2020 r.; na gastroscopię, na koniec 2019 r. oczekiwało siedem pilnych przypadków i 32 stabilne, a na koniec 2020 r. odpowiednio dwa i 17. Spadła też liczba oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego (w 2019 r. dziewięć pilnych przypadków, 118 stabilnych; w 2020 jeden pilny, 61 stabilnych) oraz biodrowego (w 2019 r. 14 pilnych, 80 stabilnych; w 2020 r. osiem pilnych, 63 stabilne). Wzrosła natomiast liczba stabilnych przypadków oczekujących na tomograf komputerowy - z 99 w 2019 r. do 210 w 2020 r.

(akta kontroli str. 223-225)

Średni czas oczekiwania w komórkach organizacyjnych Szpitala realizujących AOS i SZP, w latach 2019-2020 skrócił się: na OOiTR (z 31 dni dla pilnych i 251 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do odpowiednio 16 i 113 w 2020 r.); w Poradni Onkologicznej (dla stabilnych, z 34 w 2019 r. do 24 w 2020 r.); w Poradni Ortopedycznej (z trzech dla pilnych i 27 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do odpowiednio zera i pięciu w 2020 r.). Skrócił się też średni czas oczekiwania na: gastroscopię (z 22 dni dla pilnych i 53 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do odpowiednio pięciu i 24 w 2020 r.); na kolonoskopię (z 21 dla pilnych i 60 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do odpowiednio pięciu i 29 w 2020 r.); artroskopię rekonstrukcyjną więzadeł krzyżowych (z 16 dla pilnych i 391 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do zera w 2020 r.); leczenie operacyjne cieśni nadgarstka (z 35 dla pilnych i 400 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do zera w 2020 r.); operację usunięcia żyłaków kończyny dolnej (ze 120 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do 60 w 2020 r.); operację palucha koślawego (ze 173 dla pilnych przypadków w 2019 r. do zera w 2020 r.); endoprotezoplastykę stawu kolanowego

(w 2019 r. 134 dla pilnych, 562 stabilnych; w 2020 r. odpowiednio zero i 277) oraz biodrowego (w 2019 r. 402 dla stabilnych; w 2020 r. 264). Wydłużył się natomiast średni czas oczekiwania na: ON dla stabilnych przypadków, z 24 w 2019 r. do 66 w 2020 r.); zabiegi w zakresie termolezji i blokady (z 19 dla pilnych i 36 dla stabilnych przypadków w 2019 r. do odpowiednio 21 i 51 w 2020 r.).

(akta kontroli str. 223-225)

2.6. W 2020 r. liczba pacjentów IP i SOR wyniosła 8 356 (w kolejnych kwartałach: 2 171, 1 812, 2 354, 2 019) i była niższa niż w 2019 r. (10 288), a również w pierwszym półroczu było mniej przyjęć (3 983) niż w pierwszym półroczu 2021 r. (4 938). Natomiast liczba odmów przyjęć w 2020 r. wyniosła 142 (w kolejnych kwartałach: 40, 29, 36, 37) i była wyższa niż w 2019 r. (102), przy czym również w pierwszym półroczu 2020 r. było więcej odmów (69) niż w pierwszym półroczu 2021 r. (50). W porównaniu do 2019 r. z jednym przypadkiem odmowy przyjęcia związanej z brakiem miejsc w Szpitalu, liczba odmów z ww. przyczyny wzrosła w sposób znaczący, do 20 w 2020 r. (kwartalnie: cztery, dwa, pięć, 10) oraz do 14 przypadków w samym pierwszym półroczu 2021 r. (kwartalnie: 10, cztery), wobec sześciu w pierwszym półroczu 2020 r.

(akta kontroli str. 374-384)

2.7. Badanie próby dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych w trybie nagłym i planowym, którzy mieli wykonywane procedury medyczne generujące aerozol¹¹⁰, wykazało, że testy w kierunku COVID-19 były najczęściej przeprowadzane w dniu przyjęcia albo jeszcze przed przyjęciem¹¹¹. Wynik testu otrzymywano w dniu pobrania wymazu do badania. Przyjęcie do SP następowało w krótkim odstępie czasu od planowanego zabiegu¹¹². Połowa pacjentów przyjętych do Placówki w celu przeprowadzenia planowanego zabiegu oraz 70% pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym miało przeprowadzony test w kierunku COVID-19. Zakres przeprowadzonych testów był zgodny z ww. instrukcjami postępowania w Szpitalu.

(akta kontroli str. 346-373)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

NIK pozytywnie ocenia działania Szpitala w kontrolowanym obszarze. Wykonywanie zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 co do zasady nie spowodowało ograniczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z innymi schorzeniami, w tym zgłaszających się w stanach nagłych. Pomimo zwiększonej absencji personelu, nie skutkowało też nieuzasadnionym odwoływaniem planowych wizyt i zabiegów oraz niewyznaczaniem nowych ich terminów. Przypadki nieodnotowywania sposobu wyznaczenia ww. nowych terminów udzielenia świadczeń wysoce jednak utrudniały weryfikację prawidłowości podjętych w tym zakresie w Szpitalu działań i nie sprzyjały ich transparentności. Możliwość realizacji świadczeń w formie teleporad nie była nadużywana, z tym że w Placówce nie opracowano procedur ich udzielania, co nie sprzyjało m.in. zapewnieniu jednolitych i optymalnych warunków ich realizacji. Zgodnie z obowiązującymi w SP uregulowaniami, przed rozpoczęciem hospitalizacji przeprowadzano niezbędną diagnostykę w kierunku rozpoznania COVID-19,

¹¹⁰ Badaniem objęto dokumentację medyczną 40 pacjentów przyjętych do Szpitala w celu wykonania procedury generującej aerozol w trybie nagłym oraz w trybie planowym.

¹¹¹ W 21 przypadkach test przeprowadzono w dniu przyjęcia albo maksymalnie na pięć dni przed zabiegiem.

¹¹² W 37 przypadkach zabieg wykonano w ciągu maksymalnie trzech dni od przyjęcia.

a wyniki testów na obecność SARS-CoV-2 pacjenci otrzymywali co do zasady w dniu ich przeprowadzenia.

OBSZAR

3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą przychody z NFZ nie pokrywały kosztów działalności SP, w którym odnotowywano straty.

W 2019 r. Szpital osiągnął przychody w wysokości 49 559 993,67 zł, w tym z NFZ 48 038 830,67 zł, ponosząc koszty w wysokości 57 601 077,02 zł, w tym zatrudnienia personelu 18 275 129,85 zł i medycznych usług obcych - 16 083 827,47 zł. Placówka zanotowała w 2019 r. stratę ze sprzedaży – wynik finansowy wyniósł -8 041 083,35 zł. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wyniosły na 31 grudnia 2019 r. 61 298 821,89 zł, w tym zobowiązania długoterminowe 29 926 112,72 zł, krótkoterminowe 8 407 468,37 zł, w tym wymagalne 174 691,78 zł.

Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej¹¹³ był ujemny i wyniósł -5,16, co według załącznika do rozporządzenia z 12 kwietnia 2017 r. dawało ocenę 0¹¹⁴. Z kolei wskaźnik bieżącej płynności¹¹⁵ wyniósł 0,21 co według ww. załącznika również dawało ocenę zero¹¹⁶.

(akta kontroli str. 242-243, 245-266)

W 2020 r. Szpital osiągnął przychody w wysokości 55 135 564,76 zł, w tym z NFZ 54 515 357,42 zł, ponosząc koszty w wysokości 63 990 279,67 zł, w tym zatrudnienia personelu 20 249 647,21 zł i medycznych usług obcych - 19 308 913,73 zł. Szpital w 2020 r. ponownie zanotował stratę ze sprzedaży, wynik finansowy wyniósł -9 274 922,25 zł. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wyniosły na 31 grudnia 2020 r. 77 550 642,23 zł, w tym zobowiązania długoterminowe 31 411 112,72 zł, krótkoterminowe 21 812 838,05 zł, w tym wymagalne 12 299 023,32 zł.

Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej wyniósł -22,66, natomiast wskaźnik bieżącej płynności 0,11 - co ponownie w obu przypadkach dawało ocenę 0.

W 2021 r. (pierwsze półrocze) SP osiągnął przychody w wysokości 36 388 426,36 zł, w tym z NFZ 33 856 061,87 zł, ponosząc koszty w wysokości 40 910 982,20 zł, w tym zatrudnienia personelu 12 850 755,42 zł i medycznych usług obcych 13 370 196,48 zł. Placówka także za pierwsze półrocze 2021 r. zanotowała stratę ze sprzedaży – wynik finansowy wyniósł -4 522 555,84 zł. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wyniosły na 31 czerwca 2021 r. 78 370 283,63 zł, w tym zobowiązania długoterminowe 31 211 112,72 zł, krótkoterminowe 24 968 263,65 zł, w tym żadnych wymagalnych.

Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej wyniósł -5, natomiast wskaźnik bieżącej płynności 0,24 - co po raz kolejny w obu przypadkach dawało ocenę 0.

(akta kontroli str. 792-798)

Sąd Rejonowy Poznań-Stare Miasto w Poznaniu, XI Wydział Gospodarczy dla spraw Upadłościowych i Restrukturyzacyjnych, postanowieniem z dnia 7 stycznia

¹¹³ O którym mowa w punkcie nr 1 załącznika do rozporządzenia z 12 kwietnia 2017 r. Wskaźniki zyskowności określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności. Dodatnie wartości wskaźników informują o racjonalnym gospodarowaniu, gdzie przychody podmiotu przewyższają koszty.

¹¹⁴ Poniżej 0,0% – ocena 0, od 0,0% do 3,0% – ocena 3, powyżej 3,0% do 5,0% – ocena 4, powyżej 5,0% – ocena 5.

¹¹⁵ O którym mowa w punkcie nr 2 załącznika do rozporządzenia z 12 kwietnia 2017 r. Określa zdolność podmiotu do spłaty zobowiązań krótkoterminowych poprzez upłynienie wszystkich środków obrotowych.

¹¹⁶ Poniżej 0,60 – ocena 0, od 0,60 do 1,00 – ocena 4, powyżej 1,00 do 1,50 – ocena 8, powyżej 1,50 do 3,00 – ocena 10 oraz powyżej 3,00 lub jeżeli zobowiązania krótkoterminowe = 0 zł – ocena 12.

2021 r. wydanym w sprawie o sygnaturze akt XI GR 91/20 (obecnie XI GRu 1/21) z wniosku dłużnika (Szpitala) o otwarcie postępowania układowego, otworzył to postępowanie.

(akta kontroli str. 242-243)

W stosunku do 2019 r., w 2020 r. znacząco wzrosły koszty poniesione przez SP w związku z funkcjonowaniem trzech oddziałów: ON¹¹⁷; OPG z blokiem porodowym¹¹⁸; SOR¹¹⁹. Przychody z poszczególnych oddziałów w 2020 r. były większe niż w 2019 r., za wyjątkiem: OP, OHP, ORD, OROiN i ORN.

W 2019 r. dwa oddziały miały przychody wyższe od poniesionych kosztów, tj. OOiTNR¹²⁰ oraz ZOL¹²¹, w 2020 r. też dwa - ww. OOiTNR¹²² oraz OCO¹²³, a w pierwszym półroczu 2021 r. trzy oddziały tj. OOiTNR¹²⁴, OCO¹²⁵ oraz SOR¹²⁶.

(akta kontroli str. 792-798)

3.2. W okresie objętym kontrolą Szpital co do zasady zrealizował umowy zawarte z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2019 r., w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ryczałt sieciowy)¹²⁷ kontrakt z NFZ na kwotę 19 786 641,00 zł zrealizowano w 101,51%, tj. na kwotę 20 085 211,23 zł. Świadczenia w SOR zakontraktowano na 4 374 515,00 zł; świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych na 1 500 000, 00 zł; badania tomografii komputerowej na 1 019 782,40 zł. Kontrakty na ww. świadczenia wykonano w 100%. Świadczenia neonatologii – hospitalizacja – N20, N24, N25 zakontraktowano na 1 588 636 zł, wykonano na 1 423 659,40 zł; rehabilitację neurologiczną zakontraktowano na 1 405 845,10 zł, wykonano na 886 107,20 zł. Umowy z NFZ poza siecią zawarto na: rehabilitację leczniczą (zakontraktowano na 322 288,05 zł wykonano na 319 277,70 zł); leczenie szpitalne – chemioterapia (zakontraktowano na 69 475,00 zł, wykonano na 69 395,83 zł); AOS (zakontraktowano na 18 565,20 zł, wykonano na 18 564,84 zł); opiekę paliatywną i hospicyjną (zakontraktowano na 1 435 710,69 zł, wykonano na 1 435 662,93 zł).

W 2020 r., w ramach ryczałtu PSZ kontrakt z NFZ zrealizowano w 100,31%¹²⁸, tj. na kwotę 19 903 198,15 zł. Świadczenia w SOR zakontraktowano na 4 618 920, 00 zł; świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych zakontraktowano na 1 580 400,00 zł; badania tomografii komputerowej zakontraktowano na 980 867,97 zł. Kontrakty na ww. świadczenia wykonano w 100%. Świadczenia neonatologii – hospitalizacja – N20, N24, N25 zakontraktowano na 1 527 565,00 zł, a wykonano na 1 527 564,40 zł; rehabilitację

¹¹⁷ Z 2 150 377,43 zł w 2019 r. do 3 296 985,24 zł w 2020 r.

¹¹⁸ Z 5 375 894,92 zł w 2019 r. do 6 192 787,86 zł w 2020 r.

¹¹⁹ Z 5 003 755,39 zł w 2019 r. do 6 492 012,90 zł w 2020 r.

¹²⁰ Zysk w wysokości 850 492,24 zł.

¹²¹ Zysk w wysokości 820,62 zł.

¹²² Zysk w wysokości 1 559 794,42 zł.

¹²³ Zysk w wysokości 271 756,04 zł.

¹²⁴ Zysk w wysokości 729 365,10 zł.

¹²⁵ Zysk w wysokości 180 835,30 zł.

¹²⁶ Zysk w wysokości 152 295,12 zł.

¹²⁷ Dalej: ryczałt PSZ. Wprowadzony ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844). W ramach ryczałtu PSZ realizowane są m.in. rodzaje i zakresy świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja; chirurgia ogólna – hospitalizacja; choroby wewnętrzne – hospitalizacja; neurologia – hospitalizacja; ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja; pediatria – hospitalizacja; położnictwo i ginekologia – hospitalizacja; chirurgia dziecięca – poradnia; kardiologia – poradnia; neonatologia – poradnia; onkologia – poradnia; chirurgia dziecięca – ze wskazań nagłych.

¹²⁸ Z wyliczeń przeprowadzonych w Szpitalu wynikało, że kontrakt został zrealizowany w 93,26%, natomiast po zakończeniu okresu sprawozdawczego NFZ ustalił procent wykonania ryczałtu uwzględniając dodatkowe współczynniki korygujące, które podniosły procent wykonania.

neurologiczną zakontraktowano na 846 586,40 zł, a wykonano na 631 620,00 zł. Umowy z NFZ poza siecią zawarto na: rehabilitację leczniczą (zakontraktowano na 210 687,75 zł, wykonano w 100%); leczenie szpitalne – chemioterapia (zakontraktowano na 109 388,00 zł, a wykonano na 109 387,16 zł); AOS (zakontraktowano na 20 833,20 zł, a wykonano na 19 305,00 zł); opiekę paliatywną i hospicyjną (zakontraktowano na 1 213 366,86 zł, a wykonano na 1 213 324,71 zł).

(akta kontroli str. 226-237, 773-776)

3.3. Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez Szpital w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w drugim półroczu 2020 r. wyniosła 2 182 202,73 zł, w tym z tytułu opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem 237 099,33 zł oraz pobrania materiału biologicznego - 114 072,00 zł.

(akta kontroli str. 238-241)

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez Placówkę w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w pierwszym półroczu 2021 r. wyniosła 2 811 227,69 zł, w tym z tytułu opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem 443 418,50 zł oraz pobrania materiału biologicznego - 128 730,00 zł.

(akta kontroli str. 238-241)

3.4. Wybrane koszty Szpitala przedstawiały się następująco: leki¹²⁹ (w 2019 r. 138 777,01 zł, w 2020 r. 91 164,80 zł, w I półroczu 2021 r. 75 034,43 zł); tlen¹³⁰ (w 2019 r. 17 196,20 zł, w 2020 r. 31 635,13 zł, w I półroczu 2021 r. 51 365,79 zł); testy w kierunku wykrycia SARS-CoV-2, w tym: antygenowe (w 2020 r. 122 234,4 zł, w I półroczu 2021 r. 53 119,00 zł) i serologiczne (w 2020 r. 10 350,00 zł, w I półroczu 2021 r. 19 716,00 zł); rękawiczki (w 2019 r. 157 630,14 zł, w 2020 r. 414 271,47 zł, w I półroczu 2021 r. 399 695,42 zł); kombinezony (w 2019 r. 3 424,32 zł, w 2020 r. 264 310,26 zł, w I półroczu 2021 r. 81 933,39 zł); fartuchy włókninowe (w 2019 r. 3 286,98 zł, w 2020 r. 40 790,85 zł, w I półroczu 2021 r. 11 113,20 zł); fartuchy barierowe (w 2019 r. 11 901,18 zł, w 2020 r. 19 183,69 zł, w I półroczu 2021 r. 15 544,17 zł); fartuchy foliowe (w 2019 r. 1 527,15 zł, w 2020 r. 2 912,59 zł, w I półroczu 2021 r. 1 200,79 zł); maski chirurgiczne (w 2019 r. 1 486,08 zł, w 2020 r. 46 887,83 zł, w I półroczu 2021 r. 9 283,68 zł); maski FFP3 (w 2019 r. 0,00 zł, w 2020 r. 30 683,58 zł, w I półroczu 2021 r. 21 425,40 zł); maski FFP2 (w 2019 r. 0,00 zł, w 2020 r. 36 771,75 zł, w I półroczu 2021 r. 34 405,56 zł); gogle i przyłbice (w 2019 r. 0,00 zł, w 2020 r. 676,50 zł, w I półroczu 2021 r. 0,00 zł); dezynfekcja i utrzymanie czystości (w 2019 r. 135 000,90 zł, w 2020 r. 143 229,58 zł, w I półroczu 2021 r. 50 847,14 zł); koszty związane z zapewnieniem bezpieczeństwa (w 2020 r. 28 949,43 zł, w I półroczu 2021 r. 6 719,15 zł); koszty rozbudowy instalacji tlenowej (w I półroczu 2021 r. 20 634,59 zł); koszty utworzenia punktu wymazowego i punktu szczepień (w 2020 r. 49 040,69 zł, w I półroczu 2021 r. 63 380,24 zł); zakupy dodatkowej aparatury i wyposażenia na potrzeby zapobiegania i zwalczania COVID-19, m.in. respiratorów (w 2020 r. 232 458,53 zł, w I półroczu 2021 r. 13 038,00 zł); wypłacone dodatkowe wynagrodzenie ze środków własnych Szpitala dla pracowników mających kontakt bezpośredni z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 (w 2020 r. 658 809,91 zł, w I półroczu 2021 r. 0,00 zł).

¹²⁹ M.in. leki przeciwwirusowe (remdesiwir, chlorochina/hydroksychlorochina, amantadyna, lopinawir, rytonawir, fawipirawir, interferon beta, bamlanivimab, iwermeptyna), leki przeciwzapalne (glikokortykosteroidy, leki przeciwcytokinowe, tocilizumab, anakinra), leki hamujące krzepnięcie (heparyny, przeciwplatekcyjne (kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel)), leki wspomagające (witamina C, witamina D).

¹³⁰ Zużycie tlenu z butli oraz zbiornika.

W okresie objętym kontrolą, w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19, SP otrzymał środki na realizację nałożonych na Placówkę zadań, na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1-3, art. 11h ust. 1-3 ustawy o zwalczaniu COVID-19 (w 2020 r. 2 180 257,85 zł, do 31 maja 2021 r. 3 332 500,48 zł) oraz w wykonaniu zawartych z NFZ umów¹³¹ (w 2020 r. 2 180 257,85 zł, w pierwszym półroczu 2021 r. 3 332 500,48 zł).

(akta kontroli str. 243-244)

3.5. Od 10 kwietnia 2020 r. Szpital został wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej przeciwdziałania COVID-19, opracowywanego przez Dyrektora WOW NFZ. W okresie od 22 października do 12 grudnia 2020 r. był wskazany na liście szpitali II poziomu zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 340-342)

W SP wypłacano dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób wykonujących zawód medyczny mających bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem albo zakażeniem COVID-19. Następowo to zgodnie z zasadami określonymi w poleceniach Ministra Zdrowia z: 4 września¹³², 30 września¹³³ i 1 listopada 2020 r.¹³⁴

Szpital przekazywał do WOW NFZ listy personelu zakwalifikowanego do otrzymywania dodatku, tj. takiego, który miał bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2. W SP wypłacano dwa rodzaje dodatków: zgłaszane i refundowane przez NFZ oraz, przed ich wprowadzeniem, własne dodatki z funduszy Placówki.

(akta kontroli str. 274-285)

Dodatkowe wynagrodzenie finansowane przez zakład pracy, w okresie od kwietnia do grudnia 2020 r., otrzymało 112 pracowników, w łącznej wysokości 611 729,13 zł. Dodatkowe wynagrodzenie finansowane przez NFZ, w okresie od października do grudnia 2020 r., otrzymało 194 pracowników, w łącznej wysokości 1 660 066,16 zł, a w okresie od stycznia do maja 2021 r. - 229 pracowników, w łącznej wysokości 2 067 437,76 zł¹³⁵.

(akta kontroli str. 273, 772)

Badanie wybranej dokumentacji¹³⁶ wykazało, że wysokość wypłaconych dodatków była zgodna z tą ujętą w wykazach przekazanych do WOW NFZ oraz znajdowała oparcie w ewidencji czasu pracy. Dodatkowe świadczenie było w Szpitalu wypłacane zarówno w przypadku zatrudnienia na podstawie stosunku pracy jak i na podstawie umów cywilnoprawnych, w wysokości 100% miesięcznego wynagrodzenia.

¹³¹ Umowa nr 150007437200014/150007437/19/1/0043/01/20/20/Z_140 choroby zakaźne i stany nadzwyczajne związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, szczepienia przeciwko SARS-COV-2; Umowa nr 150007437/19/1/0101/01/20/20 stan gotowości reżim sanitarny; Umowa nr 150007437/19/1/0043/0/20/Z_140 choroby zakaźne i stany wstępna kwalifikacja typu pretriage, opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń, hospitalizacja związana z leczeniem COVID -19; Umowa nr 150007437/19/1/0050/0/20/21 choroby zakaźne i stany nadzwyczajne – teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu SARS-COV-2; Umowa nr 150007437210023/150007437/19/4/0001/21/SWIAD – hospitalizacja, pobyt w zw. z leczeniem COVID, teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-COV-2.

¹³² <http://woipip.pl/wp-content/uploads/2020/11/polecenie-z-dnia-4.09.2020.pdf> (dostęp 14 kwietnia 2021 r.).

¹³³ <http://woipip.pl/wp-content/uploads/2020/11/polecenie-z-dnia-30.09.2020.pdf> (dostęp 14 kwietnia 2021 r.).

¹³⁴ https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/370/7840/1/1.11.2020_nowelizacja_polecenia_z_30.09.2020_z_uzasadnieniem.pdf (dostęp 14 kwietnia 2021 r.).

¹³⁵ Według stanu na dzień 16 lipca 2021 r. przy czym 26 osób do tego dnia nie złożyło jeszcze faktur na łączną kwotę 195 325,00 zł, która została uwzględniona w ww. wyliczeniu.

¹³⁶ Badaniem objęto 20 pracowników otrzymujących dodatkowe wynagrodzenie w miesiącach listopad 2020 r. oraz marzec 2021 r.: pielęgniarzy, lekarzy i ratowników medycznych z ZRM, Oddziału COVID; SOR.

W odpowiedzi na pytania Zarządu Szpitala w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego, WOW NFZ pismem z 19 stycznia 2021 r. wskazał, że ostateczna decyzja, którzy pracownicy spośród uprawnionych osób kwalifikowali się do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego, należy do dyrektorów placówek medycznych.

Zarząd Szpitala 10 marca 2021 r. wydał zarządzenie nr 23 w sprawie określenia zasad wyliczenia dodatkowego świadczenia pieniężnego przyznawanego personelowi wykonującemu zawód medyczny pracującemu z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2, w którym wskazał m.in., że dodatkowe wynagrodzenie przysługiwało także osobom wykonującym zawód medyczny w SOR, izbach przyjęć lub ZRM. Podstawowe znaczenie dla zakwalifikowania do otrzymania tego świadczenia miało spełnienie warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem albo rozpoznaniem SARS-CoV-2. Bezpośredni kontakt z takim pacjentem powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny), nieincydentalny oraz wynikać z rzeczywiście wykonywanych zadań lub udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów. Kwota dodatku została wyliczona w oparciu o przepracowane godziny i nie uwzględniała dodatkowych środków przyznanych niektórym grupom pracowników przez Prezesa.

(akta kontroli str. 827-831)

Wykonanie ww. zarządzenia powierzono Sekcji Kadr i Płac. Zgodnie z wyjaśnieniami dwóch jej pracowników, wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego, w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych była liczona jako iloczyn stawki za godzinę, wynikającej z umowy i liczby godzin przepracowanych w miesiącu. Dla zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, podstawę wyliczenia stanowiło wynagrodzenie brutto pracownika bez kosztów składek pracodawcy, w skład którego wchodziło: wynagrodzenie zasadnicze, za pełnienie dyżurów medycznych, za pełnienie dyżurów pod telefonem, za godziny nadliczbowe, dodatki za pracę w porze nocnej i dni świąteczne, dodatek stażowy. Do wynagrodzenia stanowiącego podstawę wyliczenia dodatku nie była uwzględniana średnia za urlop oraz świadczenia chorobowe.

(akta kontroli str. 825-826)

3.6. W okresie objętym kontrolą, Szpital zawierał umowy na usługi lub dostawy w trybie Pzp. Również umowy na usługi lub dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, odbywały się w ww. trybie, tj. po przeprowadzeniu postępowania o udzielenie zamówienia. Do wyłączenia stosowania Pzp doszło jedynie przy aneksowaniu sześciu uprzednio zawartych umów na podstawie art. 15r ustawy o zwalczaniu COVID-19. Gdy strony umowy w sprawie zamówienia publicznego wzajemnie informowały się o wpływie okoliczności związanych z wystąpieniem COVID-19 na należyte wykonanie danej umowy, a zamawiający, po stwierdzeniu, że ww. okoliczności wpływały na należyte wykonanie umowy, to w uzgodnieniu z wykonawcą dokonywał zmiany tej umowy – we wszystkich przypadkach wyłącznie w zakresie ceny. W 2020 r. zawarto cztery aneksy: 28 kwietnia¹³⁷, dwa 1 czerwca^{138 139} oraz 6 lipca 2020 r. W 2021 r. zawarto dwa aneksy: 26 kwietnia¹⁴⁰ i 14 maja¹⁴¹.

¹³⁷ Dotyczył 70% spirytusu skażonego hibitanem 0,5%.

¹³⁸ Dotyczył kompresów gazowych niejałowych i jałowych; kompresów wysokochłonnych, włókninowo-celulozowych, jałowych; serwet operacyjnych niejałowych; setonów niesterylnych; tupferów „fasolka” 17N z nitką RTG; kompresów włókninowych sterylnych; nici polipropylenowych 2/0; igieł R-26 1/2 koła okrągłych.

3.7. Prezes podał, że nie powstała procedura dotycząca udzielania zamówień z wyłączeniem stosowania Pzp na usługi lub dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19. Nie wyjaśnił powodów braku tej regulacji, przywołując jedynie podstawę prawną, tj. art. 6 ustawy o zwalczaniu COVID-19¹⁴², umożliwiającą odstępianie od stosowania Pzp w stosunku do zamówień, których przedmiotem są towary lub usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodziło wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymagała tego ochrona zdrowia publicznego.

(akta kontroli str. 335)

NIK wskazuje, że w świetle treści art. 44 ust. 3 ufp, wydatki publiczne powinny być dokonywane m.in. w sposób oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz w sposób umożliwiający terminową realizację zadań. Nieskorzystanie z możliwości wprowadzenia wewnętrznych regulacji dotyczących wyłączania Pzp nie sprzyjało zachowaniu ww. standardów oraz zwiększało ryzyko naruszenia konkurencyjności, m.in. na skutek dowolności w zakresie liczby branych pod uwagę kontrahentów, sposobu zbierania ofert oraz kryteriów jakimi się kierowano dokonując wyboru.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie pandemii w Szpitalu finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskaźniki zyskowności działalności operacyjnej i bieżącej płynności były na poziomie zbliżonym do wyników z 2019 r. Wskaźniki te zawierały się jednak w najniższym przedziale wartości określonym w załączniku do rozporządzenia z 12 kwietnia 2017 r., a działalność operacyjna SP corocznie kończyła się stratą finansową. Pomimo pandemii, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez Szpital zostały co do zasady zrealizowane. Nieskorzystanie z możliwości wprowadzenia wewnętrznych regulacji dotyczących wyłączania Pzp przy zamówieniach na usługi lub dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 nie sprzyjało jednak zachowaniu standardów określonych w art. 44 ust. 3 ufp oraz zwiększało ryzyko naruszenia konkurencyjności. Prawidłowo przekazywano do WOW NFZ listy personelu, który udzielał świadczeń mając bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2. Dodatkowe wynagrodzenie za realizację ww. zadań wypłacano zgodnie z zasadami.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

¹³⁹ Dotyczył opatrunku do mocowania kaniul, jałowego 5,1 cm x 7,6 cm.

¹⁴⁰ Dotyczył pojemników na skażone igły i strzykawki.

¹⁴¹ Dotyczył ŚOI, m.in.: czepków medycznych i chirurgicznych; masek medycznych; fartuchów medycznych i chirurgicznych; ubrań operacyjnych; kombinezonów ochrony biologicznej; półmasek filtrujących z zaworem; rękawic nitylowych, lateksowych, winylowych; ochraniaczy na buty włókninowe.

¹⁴² Obecnie art. 6a ust. 1 ww. ustawy.

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 Poznaniu. 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.

Poznań, 6 września 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Tomasz Juskiewicz
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis