



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LSZ.411.005.04.2021

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienne zgodnie z treścią uchwały nr 19/2023 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli
z dnia 17 maja 2023 r.

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93
NIK@NIK.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ¹ , ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Łukasz Szumowski – Minister Zdrowia, od 10 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Nadzór Ministra Zdrowia nad przygotowaniem i realizacją poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (do 30 września) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontrolerzy	1. Sylwia Krawczyk, główny specjalista kontroli państwowej (obecnie doradca ekonomiczny), upoważnienie do kontroli nr LSZ/199/2021 z 17 listopada 2021 r. 2. Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej (obecnie doradca ekonomiczny), upoważnienie do kontroli nr LSZ/198/2021 z 17 listopada 2021 r. (akta kontroli str. 1-2, 881-883)

¹ Dalej: Ministerstwo.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Minister Zdrowia⁴ wydał cztery Polecenia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁵, na podstawie których wydatkowano w latach 2020-2021 łącznie 8 979 477,3 tys. zł.⁶ Najwyższa Izba Kontroli⁷ negatywnie ocenia nadzór Ministra nad ich przygotowaniem i realizacją, w tym:

- nieprawidłowe przygotowanie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.)⁸ poprzez niejednoznaczne określenie w treści ww. Polecenia MZ i jego załączniku warunku uprawniającego do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego⁹ w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia¹⁰;
- nierzetelne przygotowanie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), poprzez nieprecyzyjne określenie pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia. W zmianie Polecenia MZ z 30 września 2020 r. oraz z 1 listopada 2020 r. nie doprecyzowano, że w szpitalach III poziomu zabezpieczenia – realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 – powinna być wykonywana w zakresach świadczeń zdrowotnych określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody;
- niesprawowanie skutecznego nadzoru nad realizacją swojej decyzji wydanej w formie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Minister nie monitorował realizacji zadania zleconego Narodowemu Funduszowi Zdrowia¹¹, w zakresie prawidłowości umów w sprawie dodatkowych świadczeń, które były podstawą przekazania środków finansowych, w tym nie uczestniczył w opiniowaniu i akceptowaniu, jak również nie objął kontrolą wzorów umów;
- niepodjęcie, w ramach sprawowanego nadzoru, adekwatnych działań mających na celu zmianę niejednoznacznych zapisów określających warunki i zasady wypłaty dodatkowych świadczeń, określonych w wydanych przez Ministra decyzjach w formie ww. Poleceń MZ (z 4 września 2020 r. i 16 listopada 2020 r.), w odpowiedzi na kierowane do Ministerstwa liczne wątpliwości i zapytania m.in. Funduszu, oddziałów wojewódzkich NFZ¹² i podmiotów leczniczych;
- nieprzeprowadzenie kontroli NFZ w zakresie realizacji zadań określonych w Poleceniach MZ z 29 kwietnia 2020 r. i z 4 września 2020 r. (ze zm.), mimo uprawnienia kontrolnego określonego w art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej¹³. W ocenie NIK znacząca wysokość

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

⁴ Dalej: Minister lub MZ.

⁵ Dalej: Polecenie lub Polecenie MZ.

⁶ Dane wg informacji Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 10 i 11 lutego 2022 r.

⁷ Dalej: NIK.

⁸ Polecenie MZ obowiązywało do 31 marca 2022 r.

⁹ Dalej: dodatkowe świadczenie pieniężne lub dodatkowe świadczenie.

¹⁰ W okresie obowiązywania Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) szpitale dzieliły się na cztery typy, w zależności od poziomu zabezpieczenia covidowego: I poziom: szpitale, w których utworzono tzw. łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2; II poziom: szpitale, w których utworzono łóżka przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem oraz dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2; III poziom: szpitale, w których utworzono łóżka przeznaczone dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (głównym powodem ich hospitalizacji nie był COVID-19); IV poziom: szpitale hybrydowe, które łączyły w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie (zarządzenie nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r. i nr 187/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/finansowanie-leczenia-pacjentow-z-covid-19-w-szpitalach-tradycyjnych-i-tymczasowych,7849.html>).

¹¹ Dalej: NFZ lub Fundusz.

¹² Dalej: OW NFZ lub Oddział.

¹³ Dz.U. z 2020 r. poz. 224; dalej: ustawa o kontroli w administracji rządowej.

przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń, a także liczba pism wpływających do Ministra w sprawie interpretacji warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń, wskazujących na wysokie ryzyko nieprawidłowego ich przyznawania i wypłacania, w tym wynikających z nieprawidłowego określenia przez Prezesa NFZ we wzorze umowy warunku uprawniającego do przyznania i wypłaty dodatkowego świadczenia w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia (poprzez użycie sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”), były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli Funduszu;

- nieprzeprowadzenie kontroli przyznawania i rozliczania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez kierowników uprawnionych podmiotów, mimo podstaw do przeprowadzania przez Ministra takich kontroli określonych w Poleceniach MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (i zawartych na ich podstawie umowach¹⁴), a także w umowach zawartych w 2020 r. przez Ministra na podstawie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym. W ocenie NIK znacząca wysokość przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń, a także liczba pism wpływających do Ministra w sprawie interpretacji warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń, wskazujących na wysokie ryzyko nieprawidłowego ich przyznawania i wypłacania, były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wypłaty dodatkowych świadczeń;
- niezapewnienie od 1 stycznia do 22 marca 2021 r. podstaw prawnych do finansowania dodatkowych świadczeń dla dyspozytorów medycznych w 11 województwach, tj. po utracie 31 grudnia 2020 r. mocy obowiązującej Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (i wydanie następnego Polecenia MZ dopiero 23 marca 2021 r.), co spowodowało, że w ww. okresie wojewodowie bez podstawy prawnej zawnioskowali do Ministra o środki finansowe na dodatkowe świadczenia dla dyspozytorów medycznych, a Minister przekazał na wypłatę tych świadczeń 28 790,5 tys. zł.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Minister nieprawidłowo i nierzetelnie przygotował warunki i zasady przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych dokonywanych na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), poprzez niejednoznaczne¹⁵ określenie warunku uprawniającego do otrzymania dodatkowego świadczenia w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia oraz nieprecyzyjne określenie pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia, gdyż:

- Od 1 października 2020 r. do 31 grudnia 2021 r. w treści Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (zmienionego 30 września 2020 r.¹⁶) warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Natomiast w załączniku do ww. Polecenia MZ ten sam warunek określono jako bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. NFZ, jako adresat Polecenia MZ, opracował wzór umowy w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych z użyciem nieprawidłowego spójnika „lub” (obowiązujący do 31 maja 2021 r.). Kierowane do Ministra liczne pytania (w tym przez podmioty lecznicze) w sprawie warunków i zasad wypłaty dodatkowych świadczeń potwierdzały, że Minister miał świadomość niejednoznacznie określonego warunku

¹⁴ Przez OW NFZ z podmiotami leczniczymi.

¹⁵ Poprzez zamienne używanie w Poleceniu i jego załączniku - spójników „i” / „lub” w określeniu warunku uprawniającego do otrzymania dodatku (w tym samym okresie).

¹⁶ W punkcie 1 Polecenia MZ z 30 września 2020 r.; w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. (w związku z punktem 1 pkt 1); punkcie 1a Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. (w związku z punktem 1); punkcie 2 Polecenia MZ z 30 listopada 2021 r. (w związku z punktem 1).

uprawnającego do wypłaty dodatkowego świadczenia w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia.

Minister nie uczestniczył w opiniowaniu i akceptowaniu, jak również nie objął kontrolą, wzorów umów, opracowanych przez NFZ, co już na etapie przygotowań, jak również w trakcie realizacji umożliwiłoby zidentyfikowanie nieprawidłowo zastosowanego spójnika „lub”. W konsekwencji 13 (z 16) dyrektorów OW NFZ zawarło umowy, w których poprzez użycie spójnika „lub” uprawnili kierowników podmiotów leczniczych, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., do wypłaty dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, także za kontakt z pacjentem jedynie podejrzanym o zakażenie wirusem. Trzech dyrektorów OW NFZ prawidłowo określiło ten warunek. W ramach umów na dodatkowe świadczenia w 13 województwach w ww. okresie Minister przekazał NFZ łącznie 2 930 058,1 tys. zł (32,6% wydatków ogółem¹⁷). W kwocie ww. wydatków część środków przekazano osobom za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem tylko podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

- W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (po zmianie z 30 września 2020 r.) Minister określił pojęcie szpitala III poziomu zabezpieczenia bez doprecyzowania, że realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 powinna być wykonywana w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych w decyzji lub poleceniu właściwego organu¹⁸. Określone przez Ministra pojęcie szpitala III poziomu zabezpieczenia po zmianie Polecenia MZ z 30 września 2020 r. oraz 1 listopada 2020 r. nie odpowiadało pojęciu ustalonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2¹⁹ oraz w przepisach określonych w zarządzeniu Nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r.²⁰ (ze zm.). Z powodu nieprecyzyjnie sformułowanego zapisu w ww. Poleceniu MZ dodatkowe świadczenia mogły otrzymać osoby za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom leczonym poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia.

Na możliwość wypłaty dodatkowych świadczeń poza III poziomem zabezpieczenia, jak i poza II poziomem, wskazywała także interpretacja Ministra, w której podano, że Polecenie MZ nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych tylko do personelu pracującego w oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu.

Opisane powyżej nieprawidłowe i nierzetelne przygotowanie treści zapisów Polecenia MZ i jego załącznika (w wersji pierwotnej i po zmianach) doprowadziło, jak wskazują wyniki kontroli NIK, do przyznawania dodatkowych świadczeń przez kierowników podmiotów leczniczych osobom, udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach II / III poziomu zabezpieczenia, mającym kontakt z pacjentami jedynie podejrzany o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, a tym samym spowodowało nieuzasadnione

¹⁷ 8 979 477,3 tys. zł.

¹⁸ Ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody – wydanych na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1, 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.); dalej: ustawa o przeciwdziałaniu COVID-19.

¹⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 382, ze zm.; uchylone z dniem 29 kwietnia 2022 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej.

²⁰ W sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; dalej: zarządzenie Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania.

wydatkowanie środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Stwierdzone nieprawidłowości świadczą także o słabości mechanizmów kontroli zarządczej funkcjonujących w Ministerstwie, które należy ocenić jako nieskuteczne.

Minister nierzetelnie przygotował realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), gdyż nie określił ani w Poleceniu, ani w innym dokumencie, a także nie zobowiązał Funduszu do wdrożenia mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację prawidłowości przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze, przed przekazaniem środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych). W ustalonych w ww. Poleceniu MZ zasadach przekazywania środków finansowych określono, że miały być one przekazywane przez OW NFZ jedynie na podstawie zawartej umowy oraz miesięcznej informacji kierownika podmiotu leczniczego o łącznej kwocie środków potrzebnych do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych w danym podmiocie oraz danych częściowo identyfikujących osobę uprawnioną²¹, ale bez wskazania kwoty dodatkowego świadczenia, jaką powinna otrzymać każda z tych osób. Na podstawie zapisów ww. Polecenia MZ, prawo do oceny spełnienia warunków do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego Minister pozostawił wyłącznie w kompetencji kierowników podmiotów leczniczych. W praktyce oznacza to, iż weryfikacja zarówno przez Ministra jak i przez NFZ prawidłowości przyznawania i wypłacania dodatkowego świadczenia przez podmioty lecznicze, będzie możliwa tylko na podstawie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy w podmiocie leczniczym.

Ustalone przez Ministra warunki przyznawania i wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych w podmiotach leczniczych dopuściły do możliwości wielokrotnych wypłat tych świadczeń dla danej osoby, z tytułu udzielania świadczeń w różnych podmiotach leczniczych, w łącznej kwocie przekraczającej w danym miesiącu maksymalny limit 15 tys. zł. Mogło to skutkować odmiennym traktowaniem uprawnionych do dodatku osób udzielających świadczeń zdrowotnych w jednym podmiocie, z osobami uprawnionymi, pracującymi w dwóch lub więcej podmiotach a udzielającymi świadczeń zdrowotnych na takich samych czy podobnych warunkach (czas pracy, zakres obowiązków). Nie zapewniało to zasadnego wydatkowania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i miało wpływ na wysokość poniesionych w tym okresie wydatków.

W ocenie NIK warunki i zasady dotyczące przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych powinny być wyrażone w sposób jednoznaczny i niewymagający interpretacji. Minister, w ramach nadzoru nad realizacją swoich decyzji wydanych w formie Poleceń MZ udzielał informacji, wyjaśnień i dokonywał interpretacji dotyczących warunków i zasad otrzymania dodatkowego świadczenia, m.in. takich, które nie zostały określone w ww. Poleceniach MZ i nie wynikały z treści ich postanowień, a w praktyce je modyfikowały. Warunki i zasady przyznania i wypłaty dodatkowego świadczenia określone w ww. stanowiskach Ministra nie zostały uwzględnione we wzorach umów opracowanych przez Fundusz, a następnie w umowach zawartych przez dyrektorów Oddziałów (w latach 2020-2021) oraz przez Ministra (w 2020 r.) z podmiotami leczniczymi. O skali problemów wynikających z niedoprecyzowania treści Polecenia MZ w zakresie warunków i zasad przyznawania dodatkowego świadczenia świadczy liczba udzielonych przez Ministerstwo wyjaśnień i informacji (m.in. 876 pism) podmiotom leczniczym i NFZ. NIK negatywnie ocenia niepodjęcie przez Ministra adekwatnych działań zarządczych polegających na dokonaniu formalnych zmian doprecyzowujących warunki i zasady przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń określonych w Poleceniach MZ z 4 września 2020 r. i z 16 listopada 2020 r., mimo ich zmian. Minister ograniczył się w tym zakresie do

²¹ Wskutek ich zanonimizowania.

wydawania interpretacji, stanowisk oraz udzielania wyjaśnień, które – zdaniem Ministra – nie miały *charakteru wiążącego*.

Najistotniejszą interpretacją Ministra mającą wpływ na nieprawidłowy sposób realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), a w konsekwencji nieuprawnione przyznanie dodatkowych świadczeń, było wskazanie, że uprawnienie do dodatkowego świadczenia w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia²² dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca zatrudnienia (tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II / III poziomu), pod warunkiem uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”²³. Na dodatkowe świadczenia pieniężne w szpitalach II / III poziomu – od listopada 2020 r. do maja 2021 r.– wydatkowano łącznie 3 588 061,2 tys. zł (tj. 40% wydatków ogółem²⁴). Wskutek nieprecyzyjnych reguł przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, określonych w Poleceniu MZ (a następnie w umowach) oraz stanowiskach Ministerstwa dopuszczono do odmiennego traktowania personelu medycznego, realizującego takie same zadania związane z przeciwdziałaniem COVID-19 w różnych podmiotach leczniczych. Do odmiennego traktowania personelu medycznego przyczynił się także brak zdefiniowania pojęcia „nieincydentalnego uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”.

Minister, mimo zapewnionych środków na czerwiec i lipiec 2021 r. w skorygowanym planie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w 2021 r.²⁵ na wypłatę dodatkowych świadczeń (w tym jednorazowych), nie zachował określonego – w załączniku do Polecenia MZ po zmianie z 28 maja 2021 r. – terminu 30 dni na ich przekazanie NFZ, przez co nie zapewnił bieżącego finansowania wydatków związanych z realizacją wydanych przez siebie Poleceń. Środki w łącznej wysokości 2 071 844,2 tys. zł (tj. 23,1% wydatków ogółem) przekazano z opóźnieniem wynoszącym od trzech do czterech miesięcy.

W latach 2020-2021 Minister, mimo uprawnienia określonego w punkcie 6 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), nie przeprowadził kontroli w zakresie przyznawania i rozliczania dodatkowego świadczenia przez kierowników podmiotów leczniczych, co skutkowało tym, że na dodatkowe świadczenia na podstawie ww. Poleceń MZ wydatkowano łącznie 8 924 121,1 tys. zł (99,4% wydatków ogółem), bez kontroli i sprawdzenia czy wypłacane świadczenia były należne, a nierozliczone środki zwrócone do NFZ. Minister kontrolami nie objął również prawidłowości przyznawania i rozliczania dodatkowych świadczeń pieniężnych wypłaconych dyspozytorom medycznym, na które wydatkowano łącznie 55 356,2 tys. zł (0,6%) na podstawie dwóch Poleceń MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) i 23 marca 2021 r. (ze zm.). Minister nie przeprowadził także kontroli NFZ w zakresie realizacji zadań określonych w Poleceniach MZ z 29 kwietnia 2020 r. i z 4 września 2020 r. (ze zm.), mimo uprawnienia kontrolnego określonego w art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy o kontroli w administracji rządowej. W ocenie NIK znacząca wysokość przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń, a także liczba pism wpływających do Ministra w sprawie interpretacji warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń, wskazujących na wysokie ryzyko nieprawidłowego ich przyznawania i wypłacania, w tym wynikających z nieprawidłowego określenia przez Prezesa NFZ we wzorze umowy warunku uprawniającego do przyznania i wypłaty dodatkowego

²² Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).

²³ Na podstawie pisma Ministerstwa z 9 grudnia 2020 r. (znak DSW.682.38.2020.PJ) w sprawie realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (po zmianie z 1 listopada 2020 r.).

²⁴ 8 979 477,3 tys. zł.

²⁵ W części będącej w dyspozycji Ministra.

świadczenia w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia (poprzez użycie sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”), były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli w Funduszu i uprawnionych podmiotach.

Minister nie zapewnił – od 1 stycznia do 22 marca 2021 r. – podstaw prawnych do finansowania dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym w 11 województwach²⁶, gdyż po upływie terminu obowiązywania Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.)²⁷, następne Polecenie MZ wydał dopiero 23 marca 2021 r. (z mocą wsteczną od 1 stycznia 2021 r.). W konsekwencji w ww. okresie wojewodowie bez podstawy prawnej zawnioskowali do Ministra o środki finansowe na dodatkowe świadczenia dla dyspozytorów medycznych, a Minister przekazał na wypłatę tych świadczeń 28 790,5 tys. zł.

NIK nie kwestionuje celowości wprowadzenia przez Ministra dodatkowego świadczenia pieniężnego, ani zróżnicowania warunków i wysokości jego przyznawania. Działania Ministra nie zapewniły jednak racjonalnego wydatkowania środków, które służyć miały zapobieganiu, przeciwdziałaniu i zwalczaniu COVID-19. Zdaniem NIK, Minister nie zapewnił, by środki przeznaczone na dodatkowe świadczenia pieniężne były wydatkowane w sposób zasadny, m.in. poprzez dopuszczenie możliwości wypłaty dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu za kontakt z pacjentem jedynie podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Sposób przygotowania, a następnie sprawowania przez Ministra nadzoru nad wykonywaniem decyzji wydanych w formie Poleceń MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), 16 listopada 2020 r. i 23 marca 2021 r. nie zapewnił realizacji zadań w sposób zgodny z prawem i terminowy, co wskazuje, że w Ministerstwie nie funkcjonowała skuteczna i efektywna kontrola zarządcza. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej kontroli zarządczej w kierowanym przez siebie dziale administracji rządowej i Ministerstwie należało do obowiązków Ministra (na podstawie art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁸ i standardu 11. kontroli zarządczej określonego w Komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej²⁹).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

Nadzór Ministra Zdrowia nad przygotowaniem i realizacją poleceń w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2020-2021 Minister przekazał środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 na podstawie:

- Polecenia z 29 kwietnia 2020 r. (wydanego na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19) osobom wykonującym zawód medyczny

²⁶ W których wojewodowie przejęli prowadzenie dyspozytorni medycznych od 1 stycznia 2021 r.: Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim.

²⁷ Obowiązujące do 31 grudnia 2020 r.

²⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.; dalej: ufp.

²⁹ Dz. Urz. Min. Fin. z 2015 r. poz. 84; dalej: Komunikat Ministra Finansów.

w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o działalności leczniczej³⁰ (personelowi medycznemu);

- Polecenia z 4 września 2020 r. (wydanego na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19), zmienionego m.in. 30 września i 1 listopada 2020 r., 28 maja, 29 października i 30 listopada 2021 r. oraz 25 lutego 2022 r.³¹ – osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej³² (personelowi medycznemu) oraz osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny (personelowi niemedycznemu);
- Polecenia z 16 listopada 2020 r. (wydanego na podstawie art. 10d ust. 2 pkt 1 i pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19) zmienionego 8 grudnia 2020 r. – dyspozytorom medycznym;
- Polecenia z 23 marca 2021 r. (wydanego na podstawie art. 8a ust. 9 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej³³), zmienionego 27 maja 2021 r. – dyspozytorom medycznym.

(akta kontroli str. 59, 70, 88-195, 717, 873, 880)

W latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie ww. Polecen MZ wydatkowano ogółem 8 979 477,3 tys. zł, w tym w 2020 r. – 696 774,3 tys. zł (7,8%), w 2021 r. – 8 282 703 tys. zł (92,2%), z tego na podstawie:

- Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r. – 128 554,3 tys. zł (1,4%);
- Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) – 8 795 566,8 tys. zł (98%), w tym 242 539,1 tys. zł na jednorazowe dodatkowe świadczenia;
- Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) i Polecenia MZ z 23 marca 2021 r. (ze zm.) – 55 356,2 tys. zł (0,6%)³⁴.

(akta kontroli str. 70, 196-199, 785a-786a, 788a, 841- 854, 1167, 1173)

Dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu medycznego i niemedycznego.

2.1. Od 29 kwietnia do 3 września 2020 r. obowiązywało **Polecenie MZ z 29 kwietnia 2020 r.**, którym Minister polecił NFZ przekazanie środków finansowych podmiotom leczniczym³⁵, umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

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

Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (na podstawie punktu 1 ww. Polecenia MZ) były osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, objęte ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów, z wyłączeniem osób skierowanych do pracy w tych podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁶. Wysokość dodatkowego świadczenia wyniosła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto osoby uprawnionej (nie wyższa niż 10 tys. zł). W przypadku objęcia

³⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

³¹ Zmian dokonano na podstawie art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, ze zm.); dalej: ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z epidemią COVID-19.

³² Dalej: osoby wykonujące zawód medyczny.

³³ Dz. U. z 2021 r. poz. 195, ze zm.; dalej: ustawa o PIS.

³⁴ Dane wg informacji Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 10 i 11 lutego 2022 r.

³⁵ O których mowa w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775, ze zm.) utraciło moc 5 września 2020 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardów.

³⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, ze zm.; dalej: ustawa o zwalczaniu zakażeń.

ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów, przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu. Warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego było m.in. uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w ww. podmiotach leczniczych.

(akta kontroli str. 874-880, 889-897)

2.2. Od 4 września 2020 r. do 31 marca 2022 r. (w tym do końca okresu objętego kontrolą³⁷) obowiązywało Polecenie MZ z 4 września 2020 r., którego zakres podmiotowy i przedmiotowy był kilkakrotnie zmieniany, m.in.: 30 września i 1 listopada 2020 r.; 28 maja, 29 października i 30 listopada 2021 r. oraz 25 lutego 2022 r.

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

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

Uprawnionymi do otrzymania dodatkowego świadczenia (na podstawie punktu 1 ww. Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W punkcie 2 załącznika do ww. Polecenia MZ określono dwie grupy osób uprawnionych³⁸.

Wysokość dodatkowego świadczenia wyniosła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto osoby uprawnionej³⁹ (nie wyższa niż 10 tys. zł). W przypadku objęcia ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów, przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu.

(akta kontroli str. 88-96, 905-907)

Minister **30 września 2020 r.**, w związku z ogłoszoną „Strategią walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020”, zmienił Polecenie MZ z 4 września 2020 r. i wprowadził nowy zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do przyznawania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Były to podmioty lecznicze umieszczone w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję⁴⁰, polecające:

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

Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (punkt 1 ww. zmiany Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, uczestniczące w udzielaniu świadczeń

³⁷ Do 30 września 2021 r.

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

³⁹ Wskazanego w oświadczeniu osoby uprawnionej.

⁴⁰ Na podstawie odpowiednio – art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i 4 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. Dalej: polecenie albo decyzja na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

zdrowotnych i mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zmianą Polecenia MZ z 30 września 2020 r. Minister nie zmienił punktu 2 załącznika do ww. Polecenia MZ (dotyczącego „Zasad przekazywania środków finansowych”), w którym określono dwie ww. grupy osób uprawnionych do dodatkowych świadczeń pieniężnych⁴¹.

Od 1 do 31 października 2020 r. warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie punktu 1 ww. Polecenia MZ (po zmianie z 30 września 2020 r.) było udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a na podstawie punktu 2 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. – udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zmiana Polecenia MZ z 30 września 2020 r. obowiązywała od 1 do 31 października 2020 r. Wysokość dodatkowego świadczenia wynosiła od 50% do 80% wartości wynagrodzenia brutto danej osoby uprawnionej (nie wyższa niż 10 tys. zł).

(akta kontroli str. 97-100, 1418-1419)

W sprawie przyczyn zmiany w ww. Poleceniu MZ warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zarówno z podejrzeniem jak „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu z upoważnienia Ministra Zdrowia⁴² wyjaśnił m.in.: *Działanie takie miało związek ze zmianą stanu prawnego regulującego status osób wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, realizujących działania na rzecz pacjentów z zakażeniem oraz podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, wynikającego z utraty mocy przez art. 7d ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19 oraz zmian w organizacji systemu zabezpieczenia miejsc w podmiotach leczniczych dedykowanych leczeniu pacjentów z podejrzeniem i z zakażeniem SARS-CoV-2. Przyjęte rozwiązanie ujednoliciło terminologię, jaką posługuje się polecenie oraz decyzje określające poziom zabezpieczenia COVID-19, nadawany poszczególnym podmiotom leczniczym. Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z art. 2 pkt 21 ustawy o zwalczaniu zakażeń określenie „podejrzany o zakażenie” oznacza osobę, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia. (...) Należy również wskazać, że użyty w Poleceniu MZ spójnik „i” został użyty w znaczeniu syntetyzującym co oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego tylko w przypadku łącznego spełnienia wszystkich przesłanek. Powyższe oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny zatrudniona w szpitalu II poziomu zabezpieczenia covidowego musi udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadku jednak, gdy osoba taka ma kontakt tylko z pacjentem zakażonym, to wówczas uznaje się, że spełniony jest również warunek kontaktu z pacjentem z podejrzeniem zakażenia. Nieuprawnione jest natomiast twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.*

(akta kontroli str. 65-66)

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

⁴² Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu udzielał wyjaśnień z upoważnienia Ministra Zdrowia.

Od 1 października 2020 r. uprawnionymi do dodatkowych świadczeń były osoby udzielające świadczeń w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia. Nie zostały one ujęte w zmianie punktu 2 załącznika Polecenia MZ. Ponadto, w ww. Poleceniu MZ i jego załączniku, w okresie od 1 do 31 października 2020 r., określono w sposób odmienny warunek uprawniający do otrzymania dodatkowego świadczenia, poprzez użycie spójnika „i” w punkcie 1 ww. Polecenia MZ oraz spójnika „lub” w punkcie 2 lit. b) załącznika do ww. Polecenia MZ.

Wskutek powyższego w ww. Poleceniu MZ i jego załączniku w sposób odmienny określono osoby uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz warunek uprawniający do jego otrzymania. Podkreślić należy, że od 5 września 2020 r. utraciło moc rozporządzenie w sprawie standardów i przestało obowiązywać ograniczenie, o którym mowa w § 1 ust. 3 ww. rozporządzenia, odnoszące się do osób uprawnionych określonych w załączniku do Polecenia MZ.

W uzasadnieniu zmiany ww. Polecenia MZ z 30 września 2020 r. wskazano, że: *Nowelizacja polecenia ma na celu zmianę zakresu podmiotów zobowiązanych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z uwagi na likwidację szpitali jednoimiennych. Dodatkowym poza zatrudnieniem w podmiocie leczniczym z II lub III poziomu warunkiem do uzyskania uprawnienia do świadczenia dodatkowego byłoby nadal wykonywanie zawodu medycznego i uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.*

(akta kontroli str. 91-92, 97-99, 922-970, 1015-1016, 1028-1029, 1037-1028, 1044-1045, 1300-1302, 1315-1316)

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

- w szpitalach II i III poziomu uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego⁴³ lub izbach przyjęć udzielały świadczeń zdrowotnych;
- w laboratoriach wykonywały czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Wysokość dodatkowego świadczenia wynosiła 100% wynagrodzenia osoby uprawnionej za dany miesiąc (nie wyższa niż 15 tys. zł). W przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu.

Zmianą Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. nie dokonano zmian w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci załącznika do Polecenia MZ oraz w punkcie 5 lit. b)⁴⁴. Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia MZ było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci i punkcie 5 lit. b) załącznika do Polecenia MZ funkcjonowało w odniesieniu do okresu od 1 listopada 2020 r. określenie –

⁴³ Dalej: jednostki PRM.

⁴⁴ Podmiot powinien zostać zobowiązany do przeznaczenia środków finansowych przekazanych przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, w wysokości ustalonej na podstawie informacji przekazanych w pkt 4, na dodatkowe świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu, przy czym środki finansowe dla osób, o których mowa w pkt 4 lit b) przekazywane będą do podmiotu za okres uczestniczenia przez osoby, o których mowa w pkt 4 lit. b) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Zmiana ww. Polecenia MZ obowiązywała od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 93, 97-107, 908-911)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *niezależnie od treści punktu 4 lit. b) tiret trzeci załącznika do Polecenia, (...) każdorazowo osoba wykonująca zawód medyczny, aby mogła być uznana za spełniającą warunki określone w Poleceniu musiała spełniać warunki określone w pkt 1a Polecenia.*

(akta kontroli str. 677, 718-719)

Zmiana ww. Polecenia MZ z 30 września i 1 listopada 2020 r. nie precyzowała, że w szpitalach III poziomu zabezpieczenia realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 powinna być wykonana w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody⁴⁵.

(akta kontroli str. 97-107)

W punkcie 4 ppkt 2 części III załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz § 1 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.) określono, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale III poziomu na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 z innych przyczyn niż COVID-19, tj. w zakresach wskazanych w poleceniu właściwego organu.

Ww. zarządzenie Prezesa NFZ zostało wydane 10 września 2020 r. przed zmianą przez Ministra Polecenia z 30 września 2020 r. (wprowadzającego po raz pierwszy do Polecenia MZ pojęcie szpitala II i III poziomu). Rozporządzenie w sprawie standardu organizacji opieki zdrowotnej zostało wydane (8 października 2020 r.) przed kolejną zmianą Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r.

Na podstawie ww. zapisu punktu 1 Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r. i punktu 1 lit. a) Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. – dopuszczono możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu, uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom leczonym poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia (tj. w decyzji właściwego organu polecającej podmiotowi leczniczemu zapewnienie określonej liczby łóżek, w określonym okresie i w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej – w ramach III poziomu). Na przykład podmiot leczniczy będący szpitalem III poziomu w zakresie psychiatrii, mógł wypłacać dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu w innych zakresach niż psychiatria (np. leczonym w zakresie neurologii czy rehabilitacji), tylko dlatego, że dany podmiot leczniczy miał status szpitala III poziomu.

(akta kontroli str. 97-107, 514-521, 534-537)

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

(akta kontroli str. 678, 720-721)

⁴⁵ Art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11h ust. 1, 2 i 4 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

Minister **28 maja 2021 r.** ponownie dokonał zmiany ww. Polecenia MZ (obowiązującej od 1 czerwca 2021 r.) i ograniczył zakres podmiotów leczniczych uprawnionych do przyznawania środków finansowych na dodatkowe świadczenia (do szpitali II poziomu). Uprawnionymi do dodatkowego świadczenia (punkt 1 i 1a zmiany ww. Polecenia MZ) były osoby wykonujące zawód medyczny, które uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wysokość dodatkowego świadczenia wynosiła 100% wynagrodzenia osoby uprawnionej za dany miesiąc (nie wyższa niż 15 tys. zł). W przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc dodatkowe świadczenie podlegało proporcjonalnemu obniżeniu.

Zmianą ww. Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. wprowadzono jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne (w wysokości 5 tys. zł), do których uprawnionymi były:

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

Zmiana Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. obowiązywała od 1 czerwca 2021 r. do 31 marca 2022 r. (z uwzględnieniem zmian wprowadzonych do Polecenia MZ z 29 października i 30 listopada 2021 r. oraz 25 lutego 2022 r.⁴⁶).

Od 1 czerwca 2021 r. warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie punktu 1a Polecenia MZ było udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci załącznika nadal funkcjonowało (w odniesieniu do okresu od 1 listopada 2020 r.) określenie – *uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.*

(akta kontroli str. 104-105, 116-130, 912-913, 1520-1532)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: (...) *niezależnie od treści punktu 4 lit. b) tiret trzeci załącznika do Polecenia, (...) każdorazowo osoba wykonująca zawód medyczny, aby mogła być uznana za spełniającą warunki określone w Poleceniu musiała spełniać warunki określone w pkt 1a Polecenia.*

(akta kontroli str. 677-678, 718-719)

Minister **29 października 2021 r.** zmienił ww. Polecenie MZ (od 1 listopada 2021 r.) w ten sposób, że:

- zmienił „zasadę” obliczania wysokości dodatkowego świadczenia – 100% wynagrodzenia za każdą godzinę pracy osoby uprawnionej, w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, która uczestniczyła w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miała bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w tych jednostkach (nie wyższa niż 15 tys. zł);

⁴⁶ Zmiana Polecenia MZ z 25 lutego 2022 r. nie była objęta badaniem NIK.

- wprowadził terminy na składanie informacji przez podmiot leczniczy (m.in. dwóch miesięcy od końca miesiąca, którego dotyczyła informacja), ograniczając w ten sposób możliwość składania korekt (do dwóch miesięcy).

(akta kontroli str. 135-139, 914-916)

Minister **30 listopada 2021 r.** zmienił i ujednolicił tekst Polecenia MZ (obowiązujący od 1 grudnia 2021 r.). Warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego na podstawie punktu 2 Polecenia MZ było udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a w punkcie 5 załącznika do Polecenia MZ nadal funkcjonowało (w odniesieniu do okresu od 1 października 2021 r.) określenie – *w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.*

Minister ponownie wprowadził jednorazowe dodatkowe świadczenie pieniężne (w wysokości 5 tys. zł), za okres od 1 czerwca do 30 listopada 2021 r.

(akta kontroli str. 140-151, 917-919)

W ww. Poleceniu MZ (ze zm.) określono, że warunkiem przekazania środków finansowych przez NFZ podmiotom leczniczym na dodatkowe świadczenia było zawarcie umowy lub porozumienia. W opisanych powyżej zmianach Polecenia MZ z 4 września 2020 r. i jego załączniku Minister posługiwał się zarówno spójnikiem „i” oraz „lub” w określeniu warunku uprawniającego do otrzymania dodatkowego świadczenia w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia (w tych samych okresach obowiązywania ww. warunków).

2.3. Minister zobowiązał NFZ do realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i przekazywania środków finansowych przeznaczonych na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych. Minister nie monitorował realizacji zadania zleconego Funduszowi, m.in. w zakresie przygotowania umów w sprawie dodatkowych świadczeń, które były podstawą przekazania środków finansowych, w tym nie uczestniczył w opiniowaniu / akceptowaniu wzorów umów opracowanych przez Prezesa NFZ w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne (w tym jednorazowe). Minister nie podjął działań sprawdzających, w jaki sposób Prezes NFZ przygotował realizację ww. Polecenia MZ m.in. w zakresie określenia w umowach:

- warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia (w szczególności na podstawie punktu 1a lit. a) ww. Polecenia MZ);
- zasad przekazywania środków finansowych;
- zobowiązania uprawnionego podmiotu leczniczego do przeznaczenia środków finansowych zgodnie z zasadami określonymi w ww. Poleceniu MZ;
- poddania się kontroli oraz zwrotu środków w określonych przypadkach.

(akta kontroli str. 624-625, 676-677, 717-718)

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ⁴⁷, w trakcie kontroli NIK prowadzonej jednocześnie w Funduszu, udostępnił wzory umów i aneksów w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Prezes NFZ nie opracował nowego wzoru umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia po wprowadzeniu zmiany Polecenia MZ z 30 września 2020 r. Umowy obowiązujące od 1 do 31 października 2020 r. zostały zawarte bez uwzględnienia zmian wprowadzonych do ww. Polecenia, którymi wprowadzono nowe podmioty (szpitale II / III poziomu) oraz warunek – uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2⁴⁸.

⁴⁷ Dalej: DEF NFZ.

⁴⁸ W umowach uprawnionymi podmiotami leczniczymi były podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne wyłącznie z przeciwdziałaniem COVID-19 lub w których w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-

W obowiązującym od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. nowym wzorze umowy określono, że warunkiem wypłaty dodatkowego świadczenia (w ramach II i III poziomu zabezpieczenia) było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w § 1 ust. 2), zamiast z podejrzeniem „i” zakażeniem. Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego mogły zostać wskazane przez dyrektorów podmiotów leczniczych, osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia, które m.in. miały bezpośredni kontakt tylko z pacjentami podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 65-66, 88-115, 505-559, 908-911)

Dyrektorzy 16 OW NFZ poinformowali, że trzech z nich⁴⁹ dostosowało zapis w umowach odpowiednio do punktu 1a lit. a) Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r., a 13 z nich nie dokonało zmiany spójnika „lub” na „i”. Najczęstszą przyczyną uzasadniającą brak zmiany ww. zapisu wzoru umowy / aneksu opracowanego przez Centralę NFZ było:

- przyjęcie wytycznej o możliwości weryfikacji wzorów wyłącznie w zakresie danych dotyczących konkretnej umowy, m.in. nazwy OW NFZ, nazwy podmiotu, danych adresowych, itp.;
- niezachowanie przez Ministra konsekwencji terminologicznej stosowania wyrażenia określonego w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ, w załączniku do Polecenia oraz w stanowiskach Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa⁵⁰.

Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne w 13 OW NFZ wydatkowano na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) w ramach II / III poziomu zabezpieczenia łącznie 2 930 058,1 tys. zł (co odpowiadało 32,6% wydatków na dodatkowe świadczenia ogółem w latach 2020-2021⁵¹).

(akta kontroli str. 841-854, 899, 904-919, 922-969, 1015-1016, 1028-1029, 1036-1038, 1044-1045, 1164-1167, 1376-1405, 1571-1572)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Badanie w ramach nadzoru ma charakter następczy, co oznacza, że Minister Zdrowia nie jest uprawniony do badania i nie ma obowiązku opiniowania projektów dokumentów tworzonych przez Fundusz, ale do badania w trybie art. 163 ustawy o świadczeniach⁵² funkcjonujących już dokumentów związanych z jego działalnością, przesłanych do zbadania. Nie istnieje także ustawowy obowiązek przedkładania przez Fundusz projektów decyzji czy uchwał do badania przez Ministra Zdrowia ani też zatwierdzania takich dokumentów przez Ministra. Polecenie MZ nie zawierało postanowień nakładających na Prezesa NFZ obowiązku przedkładania Ministrowi Zdrowia informacji z zakresu sposobu realizacji przez niego kolejnych czynności związanych z wykonywaniem Polecenia. Jak wskazano we wcześniejszych wystąpieniach przy konstruowaniu Polecenia przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym Minister Zdrowia wydaje Prezesowi NFZ Polecenie realizowane następnie przez Prezesa NFZ w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.*

(akta kontroli str. 624-625, 676, 717-718)

19 (tzw. szpitale jednoimienne i szpitale zakaźne oraz oddziały innych szpitali, w których udzielano świadczeń zdrowotnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19), a warunkiem przyznania dodatkowego świadczenia było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

⁴⁹ Dyrektorzy Łódzkiego, Świętokrzyskiego i Wielkopolskiego OW NFZ.

⁵⁰ Dalej: DDS.

⁵¹ 8 979 477,3 tys. zł.

⁵² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.); dalej: ustawa o świadczeniach.

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ skierowane zostało do Prezesa NFZ, a nie do poszczególnych podmiotów leczniczych, i to NFZ zawiera z podmiotami leczniczymi spełniającymi warunki określone w Poleceniu, umowy i na podstawie tych umów przekazuje i rozlicza środki na pokrycie kosztu wypłaty świadczeń dodatkowych. Należy więc przyjąć, że faktyczne uszczegółowienie procedury pozyskiwania środków na świadczenia dodatkowe odbywało się na poziomie umów zawieranych przez poszczególne OW NFZ z konkretnymi podmiotami leczniczymi.*

(akta kontroli str. 706, 863-864)

W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) nie sformułowano zapisów odnoszących się do wymogów, jakie regulacje powinna zwierać umowa w sprawie przekazania środków finansowych przeznaczonych na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych. Polecenie określało zasady przekazania środków na dodatkowe świadczenia oraz warunki i zasady jego przyznania, a także zobowiązania: podmiotu leczniczego do przeznaczenia środków na wypłatę dodatkowych świadczeń i poddania się przez podmiot leczniczy kontroli przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektora właściwego OW NFZ.

(akta kontroli str. 88-151, 1520-1531)

2.4. Minister w ramach realizacji ww. Polecenia MZ i nadzoru nad jego realizacją:

- przekazywał do NFZ środki finansowe na wypłatę dodatkowych świadczeń⁵³;
- przyjmował sprawozdania z realizacji Polecenia MZ;
- udzielał m.in. wyjaśnień / wytycznych (interpretacji) dotyczących warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego i zasad jego realizacji.

Minister nie określił w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), w jaki sposób NFZ powinien przekazać i udostępnić uprawnionym podmiotom leczniczym informacje o możliwości i zasadach przekazywania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń. Minister nie podjął również działań sprawdzających, w jaki sposób Prezes NFZ przygotował realizację ww. Polecenia MZ w zakresie udostępnienia informacji o dodatkowych świadczeniach pieniężnych.

(akta kontroli str. 64-65, 624-625, 676, 718, 1487, 1491, 1500-1503)

2.4.1. Minister opracował materiał zawierający wykładnię przepisów Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) pn. „Materiał dla Członków Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia”⁵⁴. Materiał oparto o najczęściej zadawane pytania wpływające do Ministerstwa⁵⁵.

(akta kontroli str. 64-65)

W latach 2020-2021 Ministerstwo (w tym DDS) udzieliło m.in. 876 wyjaśnień i informacji dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych wypłacanych na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2022 r. (ze zm.)⁵⁶. Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił: *Zasady udzielania informacji podmiotom zewnętrznym przez DDS wynikają z ogólnych zasad komunikowania się resortu z organizacjami, w tym podmiotami leczniczymi, lub osobami indywidualnymi. Ponadto, możliwość udzielania informacji podmiotom*

⁵³ Zadania te miały być finansowane z budżetu państwa lub ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, ze zm.) – zgodnie z Poleceniem MZ z 28 maja 2021 r.; dalej: ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

⁵⁴ Dalej: Materiał dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia

⁵⁵ Pismo z 9 grudnia 2020 r. (DSW.682.38.2020.PJ) i pismo uzupełniające z 11 grudnia 2020 r. (DSW.682.38.2020.PJ).

⁵⁶ Udostępnionych kontrolerom NIK w trakcie kontroli.

zewnątrznym wynika z zapisów regulaminu DDS oraz zakresu obowiązków każdego z pracowników DDS. Z ramienia DDS pracownikiem MZ upoważnionym do udzielania pisemnych informacji / odpowiedzi na pytania zewnętrznych podmiotów w sprawie zasad przyznawania dodatkowego świadczenia pieniężnego (w tym jednorazowego) wprowadzonego przez Ministra Zdrowia w formie Polecenia był każdorazowo Dyrektor Departamentu lub osoba formalnie go zastępująca. Ponadto pisemnych odpowiedzi udzielali również członkowie Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. (...) Jednocześnie podkreślić należy, że udzielane interpretacje Polecenia MZ nie miały charakteru wiążącego.

(akta kontroli str. 467, 627-630, 651-675, 1570)

Materiał dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia (z 9 grudnia 2020 r.) zawierający wykładnię „zasad” określonych w Poleceniu MZ i warunków uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego (za okres od 1 listopada 2020 r. – do 31 maja 2021 r.) oraz zasady jego realizacji został opracowany przez DDS w Ministerstwie. Opiniowany był w trybie roboczym przez Departament Prawny Ministerstwa oraz DEF NFZ i zaakceptowany przez Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu.

(akta kontroli str. 74-87, 628-630, 632-633, 651-675, 1118-1135)

W ww. Materiale zapisano, że: *Zakres podmiotowy Polecenia MZ: szpitale II i III poziomu – osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Elementem wyróżniającym szpitale II i III poziomu zabezpieczenia spośród innych (nieobjętych poleceniem) placówek przeznaczonych do walki z wirusem jest bowiem wyznaczenie ich do leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki wskazane powyżej.*

(akta kontroli str. 76, 97-151)

W trakcie opiniowania ww. Materiału przez pracowników Ministerstwa Zdrowia sformułowano uwagi, co do praktycznego rozumienia tego zapisu.

W pismach kierowanych do różnych podmiotów (w tym szpitali) DDS⁵⁷ wyjaśniał sposób rozumienia tego zapisu. Na przykład w piśmie z 28 kwietnia 2021 r. skierowanym do Centrali NFZ (znak DSZ.0212.476.2021.ASB) w odpowiedzi na pytanie dotyczące ustalenia spełnienia warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w przypadku personelu szpitala III poziomu – Departament wyjaśnił, że decyzje w tej sprawie podejmuje kierownik podmiotu leczniczego i przy podejmowaniu decyzji może posiłkować się informacjami wytwarzanymi w podmiocie leczniczym odzwierciedlającymi faktycznie wykonywane przez poszczególne osoby zatrudnione czynności zawodowe.

(akta kontroli str. 589-599, 606-607, 1131, 1305, 1311-1313, 1317-1319)

Wprowadzenie przez Ministra Zdrowia interpretacji, że uprawnienie do dodatkowego świadczenia⁵⁸ w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca zatrudnienia (tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II / III poziomu) pod warunkiem uczestniczenia w udzielaniu świadczeń w bezpośrednim kontakcie

⁵⁷ M.in. pismo znak: DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r., DSZ.0212.703.2020.JP z 11 stycznia 2021 r., DSZ.0212.101.2021.ASB z 4 lutego 2021 r., DSZ.012.695.2021.ASB z 10 czerwca 2021 r.

⁵⁸ Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia z 4 września 2020 r. (ze zm.).

z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”⁵⁹, wpływało na odmienne traktowanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w podmiotach, które realizowały takie same zadania, ale nie miały statusu szpitala II / III poziomu zabezpieczenia. Dotyczyło to w szczególności personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych:

- w punktach wymazowych (stacjonarnych i mobilnych) w celu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- w szpitalach tymczasowych.

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

- NFZ skierowane do Ministerstwa z 2 lipca 2021 r. (DEF-WSiKF.401.7.429.2021.2021.192573.BE), w którym określono, że wykonywanie wymazów nie jest uznawane za pracę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁶⁰;
- Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu z 13 września 2021 r. (DSZ.050.7.2021.BJ), w którym poinformował, m.in.: że: *ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (...). Pracownicy przychodni nie mogą zostać objęci zakresem Polecenia z uwagi na inny rodzaj działalności leczniczej, niż określona w Poleceniu MZ*;
- Ministerstwa z 3 lutego 2021 r. (pismo DSZ.012.705.2020.JP), w którym poinformowano, że dodatkowe świadczenie pieniężne nie należało się również osobom wykonującym sekcję zwłok (zmarłym pacjentom podejrzanym / zakażonym wirusem SARS-CoV-2), gdyż nie było to świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.

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

(akta kontroli str. 723, 982-984, 995-997, 1003, 1017-1018, 1027-1028, 1035-1036, 1044, 1051-1052, 1076, 1325-1326, 1354-1355, 1368-1371)

2) Personel medyczny w podmiotach, które wykonywały zadania szpitali tymczasowych, ale nie były szpitalami II / III poziomu, nie otrzymywał dodatkowych świadczeń, mimo że udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), obowiązującym od 1 października 2020 r. do 31 grudnia 2021 r., szpitale tymczasowe nie zostały wskazane, jako podmioty uprawnione do otrzymania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne.

⁵⁹ Polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki wskazane powyżej (...).Bezpośredni kontakt z pacjentem (...) powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego, oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów.

⁶⁰ Dalej: SOR.

Szpital tymczasowy to część podmiotu leczniczego (tak jak szpital II / III poziomu zabezpieczenia), który realizował zadania przeciwdziałania COVID-19 w różnych okresach, w zależności od nałożonych przez wojewodę obowiązków. Szpital mógł realizować zadania szpitala II poziomu lub szpitala tymczasowego w całości, jeśli taką decyzję podjął właściwy wojewoda.

Finansowanie szpitali tymczasowych określono w odrębnych zasadach – poza finansowaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W § 3 ust. 8 zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 25 listopada 2020 r.⁶¹ określono, że należność z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych w szpitalach tymczasowych powinna być pomniejszana o równowartość środków otrzymanych na pokrycie kosztów dodatkowych świadczeń pieniężnych⁶².

W Poleceniu MZ oraz w opracowanym przez NFZ na jego podstawie wzorze umowy / aneksie dotyczącym dodatkowych świadczeń w szpitalach II / III poziomu (obowiązującym od 1 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.) – nie określono zapisów zobowiązujących kierownika podmiotu leczniczego do pomniejszenia ww. należności.

Dyrektor DEF NFZ poinformował, że sześć (z 26⁶³) podmiotów prowadzących szpitale tymczasowe wystąpiło do NFZ i otrzymało środki finansowe na dodatkowe świadczenia pieniężne w łącznej kwocie 33 950,3 tys. zł na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.)⁶⁴. Cztery podmioty dokonały pomniejszenia ww. należności z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych, jeden podmiot – odmówił wskazania kwot środków finansowych przekazanych na dodatkowe świadczenia w szpitalu tymczasowym⁶⁵, a jeden podmiot rozliczył je częściowo (do wysokości środków otrzymanych na świadczenia zdrowotne). Pozostałe 20 (z 26) podmiotów leczniczych nie wystąpiło o środki finansowe na dodatkowe świadczenia na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) dla personelu szpitali tymczasowych, mimo że część z nich w różnych okresach była jednocześnie szpitalami II poziomu.

W pismach Ministerstwa w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych⁶⁶ informowano podmioty lecznicze i NFZ, że dodatkowe świadczenia pieniężne mogły być wypłacane osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych realizujących zadania szpitala II / III poziomu⁶⁷, pod warunkiem bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”. W przypadkach, kiedy podmiot leczniczy przestawał realizować zadania szpitala II / III poziomu zabezpieczenia (na podstawie decyzji właściwego wojewody), ale nadal realizował zadania szpitala tymczasowego, nie mógł już otrzymać środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Potwierdza to przykład Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. W piśmie Centrali NFZ z 30 sierpnia

⁶¹ W sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

⁶² Wynagrodzeń sfinansowanych przez Fundusz na podstawie Polecenia MZ (§ 3 ust. 8).

⁶³ W piśmie z 1 marca 2022 r. (m.in. brak danych dotyczących województwa warmińsko-mazurskiego).

⁶⁴ Z tego: w 2020 r. – 127,7 tys. zł jeden podmiot leczniczy: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie - Szpital Tymczasowy (za grudzień 2020 r.); w 2021 r. – łącznie 33 822,6 tys. zł (sześć podmiotów leczniczych): Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (1 147,6 tys. zł); Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (7 490,1 tys. zł); Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi (893,7 tys. zł); Szpital Uniwersytecki w Krakowie (14 367,8 tys. zł); Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr J. Dietla w Krynicy Zdroju (406,3 tys. zł); Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (9 517,1 tys. zł).

⁶⁵ Oddział wojewódzki NFZ dokonywał potrąceń z bieżących należności oraz podejmował działania w celu ich ostatecznego rozliczenia z podmiotem leczniczym.

⁶⁶ Ustalonych na podstawie stanowisk DDS kierowanych m.in. do NFZ i podmiotów leczniczych, m.in. pismo: z 9 grudnia 2020 r. (DSW.682.38.2020.PJ), 30 listopada 2020 r. (DSZ.0212.523.2020.ASB), 29 grudnia 2020 r. (DSW.07.94.2020.MS), 28 kwietnia 2021 r. (DSZ.0212.476.2021.ASB), 9 sierpnia 2021 r. (DSZ.0212.972.2021.JP).

⁶⁷ Niezależnie od zatrudnienia na oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu oraz bez względu na lokalizację (adres), w której uprawnieni pracownicy rzeczywiście wykonują swoje obowiązki.

2021 r. (DEF-WSiKF.401.7.698.2021 2021.251926.BE) wskazano m.in.: w sytuacji, kiedy „szpital tymczasowy” jest jednostką organizacyjną podmiotu leczniczego, (...) i który to podmiot od dnia 7 czerwca 2021 r. nie jest już szpitalem II poziomu zabezpieczenia COVID-19, nie jest spełniony warunek dotyczący poziomu zabezpieczenia podmiotu leczniczego, któremu NFZ zobowiązany jest przekazać środki, o których mowa w decyzji Ministra Zdrowia. Zatem i pracownicy wykonujący zawód medyczny w „szpitalu tymczasowym” nie są uprawnieni do uzyskania dodatkowego świadczenia pieniężnego, o którym mowa w decyzji Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 514-521, 534-537, 1239-1297, 1443-1466)

Podkreślić należy, że stosowanie powyższej interpretacji⁶⁸ umożliwiło także wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń pacjentom⁶⁹ leczonym z innych przyczyn niż COVID-19 w oddziałach „niecovidowych” oraz w szpitalach III poziomu zabezpieczenia – personelowi medycznemu uczestniczącemu w leczeniu pacjentów⁷⁰ poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, niż te które zostały określone w decyzji właściwego wojewody (tj. w innych niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia).

(akta kontroli str. 75-76, 88-151, 514-521, 534-537, 565-566, 592-593, 1215-1283, 1329-1330, 1477)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, że określenie szpitala II poziomu odnoszące się do oddziałów, w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, zostało wprowadzone od 1 czerwca 2021 r.⁷¹

(akta kontroli str. 468-471, 633-634)

NIK nie podziela stanowiska zawartego w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu, że określenie szpitala II poziomu odnoszące się do oddziałów, w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, zostało wprowadzone od 1 czerwca 2021 r. Pojęcie szpitala II / III poziomu zabezpieczenia określone w brzmieniu Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. (obowiązującego do 31 maja 2021 r.) odnosiło się do oddziałów / komórek organizacyjnych, które realizowały decyzję właściwego wojewody o zapewnieniu łóżek covidowych. Szpital II / III poziomu zabezpieczenia nie był w całości II / III poziomem, jeśli wojewoda nie polecił mu zapewnienia wszystkich łóżek dla pacjentów z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 1537-1569)

Na podstawie ww. Polecenia MZ (i przyjętej przez Ministerstwo ww. interpretacji) – w szpitalach II / III poziomu od listopada 2020 r. do maja 2021 r.– wydatkowano na dodatkowe świadczenia – łącznie 3 588 061,2 tys. zł (tj. 40% wydatków ogółem⁷²).

(akta kontroli str. 75, 65-66, 69-70, 595, 720-721, 866-869, 1305, 1313, 1333, 1409-1410, 1477, 1573-1574)

Ponadto, w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w wyjaśnieniach i wytycznych Ministra kierowanych do różnych podmiotów, sformułowano m.in.:

⁶⁸ Uprawnienie do dodatkowego świadczenia dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca zatrudnienia (tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II / III poziomu) pod warunkiem uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”.

⁶⁹ Podejrzany i zakażony wirusem SARS-CoV-2.

⁷⁰ Z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

⁷¹ W ujednoliconej wersji Polecenia MZ z 30 listopada 2021 r. – od 1 grudnia 2021 r.

⁷² 8 979 477,3 tys. zł.

- a) warunek otrzymania dodatkowego świadczenia w szpitalach II i III poziomu, którym było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- b) warunek „nieincydentalnego udzielania świadczeń zdrowotnych” w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- c) „zasadę” odpowiedzialności kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego za przyznanie dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, zatrudnionemu za pośrednictwem innego podmiotu – podwykonawcy oraz za wypłatę przez podwykonawcę dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym;
- d) „zasadę” ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego, jako 100% kwoty wynagrodzenia brutto danej osoby oraz jego limitu w wysokości 15 tys. zł brutto, w tym wypłacanego w danym podmiocie leczniczym jednej osobie na podstawie różnych umów (tj. zasadę niez wielokrotniania dodatkowego świadczenia w danym podmiocie).

Ministerstwo w pismach potwierdzało również konieczność stosowania „zasady” proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia w przypadku wykonywania pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc (określonej w Poleceniu MZ), jednak bez wskazania sposobu dokonywania tego pomniejszenia.

Zasady i warunki określone m.in. w punkcie b, c, d nie zostały uwzględnione w treści Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) oraz we wzorach umów opracowanych przez NFZ, a następnie przez dyrektorów OW NFZ w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi (w umowach nie uwzględniono także warunku bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem).

Obowiązek realizacji Polecenia MZ nałożono na NFZ. Podmiot leczniczy zobowiązany był do realizacji warunków i zasad wypłaty dodatkowych świadczeń określonych w umowach. Umowy odsyłały w sprawach nieuregulowanych do przepisów powszechnie obowiązujących, w szczególności Kodeksu cywilnego. Nie odsyłały do zapisów Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.).

Przy czym Ministerstwo niejednokrotnie wskazywało, że udzielane wyjaśnienia i informacje dotyczące ww. Polecenia MZ nie miały charakteru wiążącego.

(akta kontroli str. 75-81, 628, 630, 651-675)

Ad. a) W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia określono, że podstawowym warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia w szpitalach II i III poziomu było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Podstawowe znaczenie dla kwalifikacji do uprawnienia do otrzymania świadczenia dodatkowego ma spełnienie warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wyrażenie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oznacza, że faktycznie zachodzić muszą łącznie obie przesłanki tj. bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia oraz z pacjentem ze zdiagnozowanym zakażeniem wirusem.

(akta kontroli str. 75, 101-151)

W informacjach / wyjaśnieniach udzielanych przez Dyrektora DDS w sprawie zasad przyznawania dodatkowego świadczenia pieniężnego na podstawie punktu 1a lit. a) w związku z punktem 1 ppk1 Polecenia MZ⁷³ również wskazywano, że uprawnienie do otrzymania świadczenia dodatkowego posiadają osoby wykonujące zawód medyczny, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „lub” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w szpitalach

⁷³ W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

II i III poziomu zabezpieczenia⁷⁴, zamiast z pacjentami z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Na przykład w piśmie z 30 listopada 2020 r. (DSZ.0212.12.523.2020.ASB) wskazano, że: *W ocenie DDS, w przypadku szpitala II i III poziomu w pierwszej kolejności należy zweryfikować warunek dla personelu medycznego, którym jest warunek bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, przy czym kontakt ten nie może być incydentalny, a powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów.*

(akta kontroli str. 565-566, 606-607, 628, 630, 1304-1305, 1317-1319)

Piotr Bromber - Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: (...) *Nieuprawnione było twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługiwało osobom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu (w okresie od 1 października 2020 r. do 31 maja 2021 r. również w szpitalu III poziomu zabezpieczenia), którzy uczestniczyli w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mieli bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Ponadto podkreślić należy, że udzielane interpretacje / wyjaśnienia Polecenia nie miały charakteru wiążącego.*

(akta kontroli str. 629-630)

Działania takie wprowadziły niejednoznaczne warunki i zasady przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń na podstawie ww. Polecenia MZ, w szczególności w kontekście zawartych umów przez dyrektorów 13 OW NFZ⁷⁵, którzy również zastosowali zapis z użyciem spójnika „lub” zamiast „i”. Umowy oraz wydawane interpretacje dopuściły możliwość przyznania dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, który uczestniczył w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in. w bezpośrednim kontakcie z pacjentem tylko podejrzanym o zakażenie wirusem.

Minister nie monitorował realizacji zadania zleconego Funduszowi, m.in. w zakresie przygotowania umów w sprawie dodatkowych świadczeń, chociaż uzależnił przekazanie środków finansowych od zawarcia przez NFZ umowy lub porozumienia.

(akta kontroli str. 624-625, 676-677, 717-718)

Ad. b) W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia określono, że warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia było „nieincydentalne” uczestniczenie w udzielaniu świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Bezpośredni kontakt z pacjentem, powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 75, 90-151)

Warunek uczestniczenia w udzielaniu świadczeń w sposób „nieincydentalny” nie został wprowadzony ani zdefiniowany w ww. Poleceniu MZ. W udzielanych wielokrotnie przez Ministerstwo wyjaśnieniach i informacjach kierowanych do NFZ, podmiotów leczniczych, ich pracowników oraz innych podmiotów (np. organizacji zawodowych) podnoszono kwestię dotyczącą konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób „nieincydentalny”.

Na przykład w piśmie z 28 kwietnia 2021 r. Dyrektor DDS (DSZ.0212.476.2021.ASB) uznał, że „wydaje się”, iż nie było incydentalnym sprawowanie opieki nad maksymalnie pięcioma takimi pacjentami w okresie miesiąca.

⁷⁴ M.in. w pismach: DZS.0212.523.2020.ASB z 30 listopada 2020 r., DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r., DSZ.012.695.2021.ASB z 10 czerwca 2021 r., DSZ.0212.101.2020.ASB z 4 lutego 2021 r., DSZ.0212.1235.2021.AD z 28 października 2021 r.

⁷⁵ Dyrektorzy trzech OW NFZ (Łódzkiego, Świętokrzyskiego i Wielkopolskiego) poprawnie użyli spójnika „i” do określenia warunku otrzymania dodatkowego świadczenia w umowie dotyczącej przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych w związku z uczestniczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu.

W piśmie z 15 grudnia 2020 r. (DSZ.0212.620.2020.ASB), skierowanym do podmiotu leczniczego Dyrektor DDS wyjaśnił m.in.: *W ocenie DDS, 12 godzinny dyżur medyczny na SOR nie powinien być uznany za incydentalny. Incydentalnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w ocenie Departamentu, może być udzielenie świadczenia zdrowotnego tylko jednemu pacjentowi z zakażeniem SARS-CoV-2 w skali miesiąca.*

Z kolei w piśmie z 23 lutego 2021 r. (DSW.054.160.2021.PJ) określono, że: *Intencją takiego rozwiązania było nieobejmowanie dodatkami osób wykonujących zawód medyczny, których kontakt z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 jest jedynie potencjalny lub nie znajduje potwierdzenia w faktycznie wykonywanych zadaniach / udzielanych świadczeniach zdrowotnych na rzecz pacjentów.*

Brak określenia pojęcia „incydentalności” oraz jego definicji w ww. Poleceniu MZ (tym samym w umowach), uniemożliwił kierownikom podmiotów leczniczych dokonanie obiektywnej oceny, czy udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, do którego zadań i obowiązków należało udzielanie świadczeń zdrowotnych, było „incydentalne” w przypadkach udzielenia np. jednej konsultacji, porady lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego pacjentowi z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w danym miesiącu, rozumianym jako okres rozliczeniowy dodatkowego świadczenia.

(akta kontroli str. 75, 88-151, 565, 576, 579-580, 582-583, 586, 589-599, 601, 684)

Na pytanie, czy „incydentalne” były przypadki⁷⁶ otrzymania dodatkowego świadczenia za jednorazowe czynności wykonywane tylko przy jednym pacjencie zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w trakcie miesiąca, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Uprawnienie do objęcia świadczeniem dodatkowym zależało więc od zaistnienia w danym przypadku określonego stanu faktycznego, o którym wiedzę mógł mieć wyłącznie dany podmiot leczniczy odpowiedzialny za organizację pracy w danej placówce. Przyjęcie takiej konstrukcji warunku uprawniającego do świadczenia dodatkowego wynikało ze specyfiki sytuacji, w której organizacja pracy podlegała ciągłym zmianom powodowanym niemożliwymi do przewidzenia czynnikami takimi jak dopływ do danego podmiotu pacjentów z podejrzeniem i zakażeniem SARS-CoV-2 z drugiej dostępnością personelu medycznego. W warunkach pandemii dochodzić mogło oczywiście do przypadkowych – nieplanowanych kontaktów poszczególnych osób wykonujących zawód medyczny z pacjentami z zakażeniem i podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, ale celem polecenia nie było nigdy przyznawanie w takich przypadkach prawa do świadczenia dodatkowego. Polecenie zakładało bowiem od początku zaistnienie po stronie podmiotu leczniczego określonych działań zarządczych zakładających świadome kierowanie pracą personelu medycznego przy zachowaniu określonych, właściwych dla stanu epidemii reżimów sanitarnych. Właśnie w celu uniknięcia sytuacji, w których dochodzić mogłoby do przypadkowych kontaktów z pacjentami zakażonymi i z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 w celu zgłoszenia roszczeń o wypłatę świadczenia dodatkowego na etapie informowania podmiotów leczniczych oraz personelu o zakresie polecenia używane było pojęcie „nieincydentalności”. Używane było ono w celu wskazania, że np. sporadyczne wejście do tzw. strefy brudnej, nie było podstawą do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia.*

⁷⁶ Za: nakłucie podskórne zbiornika płynowego i ewakuowanie płynu mózgowo-rdzeniowego (kwota otrzymanego dodatkowego świadczenia 15 000 zł); wykonanie badania przedmiotowego i podmiotowego pacjenta przed planowym zabiegiem operacyjnym – z powodu zakażenia odstąpiono od wykonania zabiegu (12 120 zł); asystowanie podczas zabiegu operacyjnego, w tym założenie cewnika Arrow do żyły obwodowej (11 633 zł); asystowanie podczas zabiegu operacyjnego (13 111 zł); przetoczenie preparatów krwiopochodnych (13 329 zł); asystowanie przy zabiegu bronchoskopii (11 755 zł); zakwalifikowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego (15 000 zł); zbadanie pacjenta i wydanie wynikających z tego zleceń lekarskich (15 000 zł); badania USG jamy brzusznej (trzy osoby otrzymały odpowiednio: 14 143 zł, 15 000 zł, 15 000 zł); zbadanie zakażonego pacjenta w dniu przyjęcia (waga, tętno, ciśnienie krwi, temperatura) – 5 085 zł; za wykonanie pomiaru temperatury i podanie leków (6 018 zł).

Powyższe stanowisko zostało zawarte w komunikacie Centrali NFZ z 2 grudnia 2020 r., opublikowanym na stronie internetowej Centrali NFZ⁷⁷. Jednocześnie należy wskazać, że ostatecznej oceny czy dana osoba spełniała kryteria określone w poleceniu powinien dokonywać kierownik podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 707-708, 865)

Warunek uczestniczenia w udzielaniu świadczeń i udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób „incydentalny” został określony w wykładniach Ministerstwa (pismach DDS⁷⁸ i w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia) oraz komunikacie NFZ (z 2 grudnia 2020 r.), ale nie w ww. Poleceniu MZ oraz w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ (obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.)⁷⁹.

(akta kontroli str. 505-559, 565, 576, 579-580, 582-583, 586, 589-599, 601, 628, 630, 684-685, 865, 1136-1149, 1304-1305, 1332)

Ad. c) *W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia przyjęto „zasadę” przyznania dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, zatrudnionemu za pośrednictwem innego podmiotu – podwykonawcy.*

W przypadku, gdy dany podmiot leczniczy będzie realizował procedurę określoną w załączniku do Polecenia MZ, w stosunku do osób zatrudnianych za pośrednictwem innego podmiotu (podwykonawców), to wówczas – jeżeli osoby te będą w podmiotach leczniczych określonych w pkt 1 ppkt 1 lub 2⁸⁰ polecenia wykonywały czynności określone w pkt 1a lit a)-b) polecenia – dla takich osób można wystąpić o środki na świadczenie dodatkowe. Polecenie Ministra Zdrowia nie wprowadza bowiem wymogu pozostawiania w zatrudnieniu w podmiocie leczniczym dokonującym zgłoszenia tych osób. Jednocześnie to kierownik podmiotu leczniczego dokonujący zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców będzie musiał zapewnić, że informacje o ich wynagrodzeniu są prawidłowe, oświadczenia osób uprawnionych są zgodne ze stanem faktycznym, a pozyskane środki są przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe. Dodatkowe świadczenia pieniężne nie mogą jednocześnie stanowić przychodu podwykonawcy, ponieważ nie są to środki za zapewnienie realizowania świadczeń przez określony podmiot, lecz są to środki przeznaczone na przyznanie osobom wykonującym zawód spełniającym warunki z pkt 1a dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie.

(akta kontroli str. 78, 97-151)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: to podmiot leczniczy dokonujący zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców musiał zapewnić, że informacje o ich wynagrodzeniu były prawidłowe, oświadczenia osób uprawnionych były zgodne ze stanem faktycznym, a pozyskane środki były przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe. (...) Polecenie ma charakter ogólny, a ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ. Ponadto, pracodawca (będący podwykonawcą) nie mógł samodzielnie zgłosić do NFZ swoich pracowników z powodu niespełnienia warunków określonych w Poleceniu. Zgłoszenia osób uprawnionych (w tym przypadku pracowników podwykonawców) dokonywał podmiot leczniczy objęty zakresem Polecenia, jednocześnie dokonując

⁷⁷ (...) udzielanie świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie może być incydentalne. Oznacza to na przykład, że sporadyczne wejście do tzw. strefy brudnej, nie jest podstawą do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia.

⁷⁸ M.in. pismo: DSZ.0212.523.2020.ASB z 30 listopada 2020 r., DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r., DSW.054.74.2021.PJ z 26 stycznia 2021 r., DSZ.0212.50.2021.JP z 16 lutego 2021 r., DSW.054.116.2021.PJ z 18 lutego 2021 r., DSW.054.117.2021.PJ z 18 lutego 2021 r., DSZ.0212.193.2021.ASB z 25 lutego 2021 r., DSZ.0212.476.2021.ASB z 28 kwietnia 2021 r., DWS.054.321.2021.PJ z 29 kwietnia 2021 r.

⁷⁹ Do wprowadzenia od 1 listopada 2021 r. – dodatkowego świadczenia w wysokości 100% wynagrodzenia danej osoby należnego za każdą godzinę pracy (nie wyższa niż 15 tys. zł).

⁸⁰ Szpital II i III poziomu zabezpieczenia, jednostki PRM i izby przyjęć.

kontroli następczej składanych wniosków, przekazywanych informacji czy też oświadczeń (...). Odpowiedzialność za sporządzenie informacji o środkach finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń i przeznaczenie ich zgodnie z zasadami określonymi w Poleceniu, w przypadku udzielenia świadczeń (w warunkach określonych w ppkt 1a lit. a) i b) polecenia) przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudniony / wykonujący czynności zawodowe na podstawie umowy o pracę / cywilnej zawartej z podwykonawcą ponosiła osoba zgłaszająca uprawnionych (potencjalnie uprawnionych) do otrzymania dodatkowego świadczenia z uwagi na fakt, iż osoba ta była zobowiązana do przekazania prawdziwej informacji.

(akta kontroli str. 630-632, 711, 869-870)

W ww. Poleceniu MZ (ze zm.) nie wprowadzono wymogu zatrudnienia w podmiocie leczniczym osób zgłoszonych jako uprawnione do dodatkowego świadczenia. Wskazane w wyjaśnieniach Podsekretarza Stanu obowiązki podmiotu leczniczego dokonującego zgłoszenia do dodatkowego świadczenia osób zatrudnionych przez podwykonawcę dotyczące zapewnienia, że:

- informacje o ich wynagrodzeniu były prawidłowe;
- oświadczenia osób uprawnionych były zgodne ze stanem faktycznym;
- pozyskane środki były przez podwykonawców rzeczywiście przekazywane na świadczenia dodatkowe

nie zostały określone w Poleceniu MZ i jego załączniku (ze zm.) oraz w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ (obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.).

Zarówno w Poleceniu MZ (jak i we wzorach umów) nie określono zasad:

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

Obowiązki kierownika podmiotu leczniczego dotyczące zgłoszenia osób zatrudnionych przez podwykonawców zostały określone wyłącznie w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w pismach DDS Ministerstwa, kierowanych do różnych podmiotów w sprawie interpretacji ww. Polecenia MZ⁸¹.

Na przykład w piśmie z 16 sierpnia 2021 r. Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu skierowanym do Marszałka Sejmu RP (DSW.050.118.2021.PJ) wskazano, m.in.: *jedynym podmiotem mogącym dokonać weryfikacji zgodności stanu faktycznego z wymogami określonymi w Poleceniu jest podmiot leczniczy zatrudniający dane osoby lub podmiot leczniczy i podwykonawca podmiotu leczniczego w przypadku, gdy prace w warunkach określonych w Poleceniu realizują osoby zatrudnione za pośrednictwem podwykonawcy.*

Argumentacja, że *ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ*, nie znajduje potwierdzenia w określonych w ww. Poleceniu MZ zasadach przekazywania przez NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne.

(akta kontroli str. 78, 97-151, 505-559, 628, 630, 869, 1304-1305, 1308-1309, 1351-1352)

⁸¹ M.in. pismo: DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r., DSZ.0212.685.2020.JP z 29 grudnia 2020 r., DSW.050.118.2021.PJ z 16 sierpnia 2021 r.

Ad. d) W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia przyjęto „zasadę” ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego jako 100% kwoty wynagrodzenia *brutto* danej osoby oraz jego limitu w wysokości 15 tys. zł *brutto* wypłacanego w danym podmiocie leczniczym („niezwielokrotnianie dodatkowego świadczenia w danym podmiocie”).

Sformułowanie „wynagrodzenie” należy rozumieć, jako wynagrodzenie brutto należne pracownikowi z tytułu wykonywania przez niego pracy na dzień udostępnienia informacji⁸². Świadczenie dodatkowe obliczane jest, jako pochodna od kwoty wynagrodzenia brutto danej osoby uprawnionej, dlatego też limit również dotyczy kwoty brutto. Określony w poleceniu limit 15 tys. zł dodatku odnosi się do wysokości świadczenia dodatkowego brutto wypłacanego danej osobie w danym podmiocie leczniczym. W przypadku uprawnienia do świadczenia dodatkowego wynikającego z więcej niż jednego stosunku prawnego łączącego osobę uprawnioną z danym podmiotem leczniczym limit wysokości świadczenia dodatkowego nie ulega podwyższeniu (zwielokrotnieniu). Przyjęcie odmiennej wykładni treści polecenia prowadziłoby do nierówności podmiotów – osoby wykonujące pracę w oparciu tylko o jedną umowę byłyby w gorszej sytuacji niż osoby udzielające świadczeń w oparciu o kilka umów.

(akta kontroli str. 77, 97-151)

W trakcie roboczego opiniowania (w grudniu 2020 r.) Materiału dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia przez pracowników Ministerstwa zwrócono uwagę, iż zasada ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz jego limitu, jako kwoty *brutto* nie wynikała z treści ww. Polecenia MZ.

W punkcie 3 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. (oraz w § 1 ust. 5 wzoru umów opracowanych przez NFZ) określono, że wysokość świadczenia dodatkowego powinna być równa 100% wynagrodzenia danej osoby oraz nie wyższa niż 15 tys. zł. Tylko w punkcie 2 lit. a) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. określono, że oświadczenie osób uprawnionych (objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów) powinno obejmować informację o wynagrodzeniu *brutto* osoby uprawnionej. W punkcie 2 lit. b) załącznika do ww. Polecenia MZ (w tym po zmianie z 1 listopada 2020 r. odnoszącej się do nowych osób uprawnionych) nie było zapisu o wynagrodzeniu brutto. „Zasady” ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia w kwocie 100% wynagrodzenia *brutto* i limitu wysokości tego świadczenia w przypadku więcej niż jednego stosunku prawnego łączącego osobę uprawnioną z danym podmiotem leczniczym (15 tys. zł *brutto*) nie zostały określone w ww. Poleceniu MZ oraz w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ (obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.)⁸³. Mogło to skutkować „zwielokrotnieniem” (podwyższaniem) wypłat przez podmiot leczniczy dodatkowego świadczenia danej osobie, których łączna wartość przekraczała maksymalną kwotę 15 tys. zł (np. za pracę w SOR i pracę w ramach II / III poziomu).

⁸² W skład, którego wchodzi elementy o charakterze stałym, związanym z wykonywaniem przez daną osobę pracy / udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. m.in. wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów medycznych, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów pod telefonem, za godziny nadliczbowe, dodatki za pracę w porze nocnej i dni świąteczne, tzw. „dodatki ministerialne z OWU”. Przy ustalaniu wysokości świadczenia dodatkowego nie uwzględnia się świadczeń pieniężnych mających charakter świadczeń emerytalno-rentowych, incydentalnych oraz niemających związku z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych, tj. m.in. nagrody jubileuszowe. Przy obliczaniu wysokości świadczenia dodatkowego nie uwzględnia się również wynagrodzenia za urlop (w tym wypoczynkowy) czy wypłaconych zasiłków chorobowych.

⁸³ Do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (obowiązującego od 1 listopada 2021 r.).

Ww. zasady zostały określone wyłącznie w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w pismach DDS Ministerstwa kierowanych m.in. do NFZ i różnych podmiotów w sprawie interpretacji ww. Polecenia MZ⁸⁴.

Na przykład w piśmie z 12 stycznia 2021 r. Dyrektora DDS (DSW.054.25.2021.PJ) określono m.in., że jeżeli w ramach realizacji zadań wynikających z umowy o pracę, jak i zadań wynikających z umowy cywilnoprawnej dana osoba wykonuje w podmiocie leczniczym czynności określone w Poleceniu MZ, to do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ należy wskazać zarówno wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę jak i umowy cywilnoprawnej. Ustalone w taki sposób świadczenie nie będzie oczywiście mogło przekraczać limitu 15 tys. zł.

W piśmie z 30 listopada 2020 r. (DSZ.0212.523.2020.ASB) określono m.in.: *W ocenie DDS, sformułowanie „wynagrodzenie” należy rozumieć, jako wynagrodzenie brutto, tj. wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów medycznych, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe czy tzw. „dodatki ministerialne” wynikające z OWU.*

(akta kontroli str. 77, 97-151, 505-559, 562-564, 572-573, 590-592, 601, 628, 630, 684-686, 687, 713-414, 864, 1131-1132, 1342-1343, 1408)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in. (...) w odniesieniu do dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego zastosowano zasady funkcjonujące na gruncie prawa pracy. Jak powszechnie wiadomo, w umowie o pracę należy wpisywać należne pracownikowi wynagrodzenie za pracę w kwocie brutto. Ochrona wynagrodzenia za pracę odnosi się również do kwoty brutto. Sąd Najwyższy w wyroku z 9 lipca 2014 r. (sygn. akt I PK 250/13) orzekł, że umowa o pracę powinna wskazywać wynagrodzenie w kwocie brutto. Zatem wynagrodzenie za pracę powinno być określone w umowie o pracę w kwocie brutto. Skoro pracownikowi przysługuje wynagrodzenie w kwocie brutto, to ochrona wynagrodzenia za pracę odnosi się do całej tak rozumianej zapłaty. Takie wnioski można również wywieść z przepisów i wyroków sądowych. (...) wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego, o którym mowa w Poleceniu, ustalana była na poziomie danego podmiotu leczniczego, a nie na poziomie ilości umów w ramach której osoba wykonująca zawód medyczny udzielała świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w Poleceniu. Powyższe prowadzi do wniosku, że nie było konieczności wprowadzanie bardziej szczegółowych zapisów regulujących ww. kwestię.

(akta kontroli str. 1416-1417)

W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia wskazano, że celem ww. Polecenia MZ (wg stanu po zmianach z 1 listopada 2020 r.) było podwojenie wysokości wynagrodzenia danej osoby, które przysługiwało jej z tytułu udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych. Takiego celu „podwojenia wysokości wynagrodzenia” Minister nie określił wprost w treści Polecenia MZ⁸⁵. W uzasadnieniu Polecenia MZ z 4 września 2020 r. określono, że *ma ono na celu uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, co przyczyni się do utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19 oraz ma ograniczyć różnice w warunkach wynagradzania osób zatrudnionych na stałe w podmiocie leczniczym z osobami skierowanymi do niego decyzją wojewody w trybie art. 47 ustawy o zwalczaniu zakażeń.*

⁸⁴ M.in. pisma: DSZ.0212.523.2020.ASB z 30 listopada 2020 r., DSZ.0212.604.2020.ASB z 7 grudnia 2020 r., DSZ.0212.12.193.2021.ASB z 25 lutego 2021 r., DSZ.0212.476.2021.ASB z 28 kwietnia 2021 r., DSZ.0054.321.2021.PJ z 29 kwietnia 2021 r., DSZ.0212.864.2021.ASB z 19 lipca 2021 r.

⁸⁵ Celu wypłat dodatkowych świadczeń pieniężnych nie określono we wzorach umów opracowanych przez NFZ, tym samym w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ (obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.).

Cel „podwojenia wysokości wynagrodzenia” został określony wyłącznie w ww. Materiale oraz pismach DDS Ministerstwa kierowanych m.in. do podmiotów leczniczych⁸⁶.

(akta kontroli str. 77, 95-96, 505-559, 562-563)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ z 4 września 2020 r. korespondowało z procesem legislacyjnym dotyczącym nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, jak również z wydarzeniami, które miały miejsce w Parlamencie w październiku 2020 r. W kontekście informacji, które znalazły się wówczas w przestrzeni publicznej dotyczące „podwojenia wysokości wynagrodzenia” zasadnym była zmiana warunków określonych w Poleceniu.*

(akta kontroli str. 708-709, 866, 1150-1157)

Warunki otrzymania dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz zasady ich przyznawania w podmiotach leczniczych, umożliwiały nie tylko podwojenie, ale zwielokrotnianie wysokości wynagrodzenia danej osoby, które przysługiwało jej z tytułu udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych. Polecenie MZ w brzmieniu wprowadzonym 4 września 2020 r. miało ograniczyć różnice w warunkach wynagradzania z osobami skierowanymi do pracy przy zwalczaniu epidemii decyzją wojewody w trybie art. 47 ustawy o zwalczaniu zakażeń (otrzymujących 200% wynagrodzenia⁸⁷). Nieprecyzyjnie określone warunki wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych w podmiotach skutkowały przypadkami wielokrotnych wypłat tych świadczeń dla uprawnionych osób, z tytułu udzielania świadczeń w różnych podmiotach leczniczych, w łącznej kwocie przekraczającej w danym miesiącu maksymalny limit 15 tys. zł dla jednej osoby⁸⁸.

W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia potwierdzono także konieczność stosowania „zasady” proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia w przypadku świadczenia pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc, bez wskazania sposobu jego proporcjonalnego obniżenia.

Polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te są udzielane w sposób ciągły czy nie). Zgodnie bowiem z punktem 3 lit. b) załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r., w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w Poleceniu MZ.

(akta kontroli str. 78, 97-151)

⁸⁶ M.in. pismo DSZ.0212.604.2020.ASB z 7 grudnia 2020 r.

⁸⁷ Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii (art. 42 ust. 10 ustawy o zwalczaniu zakażeń).

⁸⁸ W trakcie kontroli NIK, w Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Szczecinie (na podstawie informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych za listopad i grudzień 2020 r. oraz styczeń i luty 2021 r.) ustalono, że środki finansowe na dodatkowe świadczenie, w łącznej kwocie przekraczającej w danym miesiącu 15 tys. zł z tytułu udzielania świadczeń w różnych podmiotach leczniczych, przekazano: 66 osobom w listopadzie 2020 r. od 15 010 zł do 38 640 zł (w tym 63 osobom – dwukrotnie i trzem osobom – trzykrotnie); 75 osobom w grudniu 2020 r. od 15 101 zł do 33 458 zł (w tym 72 osobom – dwukrotnie i trzem osobom – trzykrotnie); 79 osobom w styczniu 2021 r. od 15 100 zł do 38 640 zł (w tym 75 osobom – dwukrotnie i czterem osobom – trzykrotnie); 64 osobom w lutym 2021 r. od 15 007 zł do 41 520 zł (w tym 58 osobom – dwukrotnie i sześciu osobom – trzykrotnie).

W punkcie 3 lit. b) załącznika do ww. Polecenia MZ zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r. (oraz w § 1 ust. 5 wzoru umów opracowanych przez NFZ) określono, że w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. W ww. Poleceniu MZ, w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w pismach DDS Ministerstwa, kierowanych do różnych podmiotów⁸⁹ (oraz umowach zawartych z podmiotami leczniczymi przez dyrektorów OW NFZ – obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.⁹⁰) – nie określono, w jaki sposób należy proporcjonalnie obniżyć dodatkowe świadczenie. W szczególności nie określono jak pomniejszyć dodatkowe świadczenie, którego podstawa obliczenia (wynagrodzenie brutto), była wyższa od maksymalnej kwoty dodatkowego świadczenia i mimo proporcjonalnego obniżenia nadal przekraczała 15 tys. zł.

Wątpliwości dotyczące prawidłowego ustalania miesięcznej wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego miały również OW NFZ. W piśmie z 1 marca 2021 r. Dyrektora DDS skierowanym do NFZ (DSZ.0212.204.2021.JP) określono m.in.: *W przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu – co oznacza, że nie przysługuje podczas pobierania zasiłku chorobowego (tj. pracownik nie zachowuje do niego prawa w okresie pobierania zasiłku na podstawie przepisów płacowych). W Poleceniu MZ wskazano, że proporcjonalne obniżenie wysokości świadczenia dodatkowego dokonywane będzie w przypadku świadczenia pracy przez uprawnione osoby przez niepełny miesiąc. Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. Weryfikacja stanu faktycznego spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego. Departament informuje również, że Ministerstwo Zdrowia nie jest właściwe do dokonywania prawidłowości wyliczeń wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego w danym podmiocie leczniczym. W takiej sytuacji właściwa jest odpowiednia komórka organizacyjna w danym podmiocie leczniczym zajmująca się w jego strukturze kwestiami rozliczeń wynagrodzeń, czasu pracy, praw pracowniczych (również w kontekście wysokości i składników przysługującego wynagrodzenia na danym stanowisku zgodnie z jego opisem), która winna udzielić autorowi pisma stosownych informacji i wyjaśnień w tym zakresie, gdyż to pracodawca odpowiada za prawidłowość wypłaty wynagrodzenia i jego składników w danym podmiocie leczniczym.*

(akta kontroli str. 78, 88-151, 505-559, 579, 591, 597, 687, 1331-133, 1334-1336, 1365-1367)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Kwota 15 tys. zł była więc kwotą sztywną (maksymalną), której nie można było przekroczyć. Polecenie MZ nie uzależniało wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęciła na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te były udzielane w sposób ciągły czy nie). Zgodnie bowiem z załącznikiem do Polecenia w brzmieniu obowiązującym od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r. w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno*

⁸⁹ M.in. pisma: DSZ.0212.620.2020.ASB(2) z 28 grudnia 2020 r., DSZ.054.116.2021.PJ z 18 lutego 2021 r., DSZ.0212.50.2021.JP z 16 lutego 2021 r., DSZ.0212.12.193.2021.ASB z 25 lutego 2021 r., DSZ.0212.204.2021.JP z 1 marca 2021, DSZ.0212.476.2021.ASB z 28 kwietnia 2021 r., DSZ.0054.321.2021.PJ z 29 kwietnia 2021 r., DSZ.0212.1344.2021.ASB z 2 grudnia 2021 r.

⁹⁰ Do zmiany umów na podstawie Polecenia MZ z 29 października 2021 r. (obowiązującego od 1 listopada 2021 r.).

proporcjonalnemu obniżeniu. Była to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w Poleceniu.

(akta kontroli str. 713-714, 871-872)

Wskazanie konieczności zastosowania „zasady” proporcjonalnego obniżania dodatkowego świadczenia przy jednoczesnym braku określenia sposobu / reguły obliczenia jego obniżenia, skutkowało odmiennością przyjętej metody jego wyliczenia w podmiotach leczniczych. Niektóre podmioty lecznicze mogły nie pomniejszać dodatkowego świadczenia proporcjonalnie o czas świadczenia pracy przez niepełny miesiąc (gdyż pomniejszona została podstawa jego naliczenia i wciąż przekraczała 15 tys. zł, jako 100% wynagrodzenia), a inne podmioty lecznicze – nawet w przypadku pomniejszenia wynagrodzenia o czas świadczenia pracy przez niepełny miesiąc (tj. absencji), które nadal przekraczało 15 tys. zł – mogły obniżać dodatkowe świadczenie, proporcjonalnie o ten czas.

Brak ustalenia regulacji sposobu obniżania maksymalnej kwoty dodatkowego świadczenia w przypadku pracy przez niepełny miesiąc, mogło skutkować wypłatą dodatkowego świadczenia w wysokości maksymalnej kwoty 15 tys. zł, mimo świadczenia pracy przez niepełny miesiąc.

(akta kontroli str. 78, 88-151, 505-559, 579, 591, 597, 687, 1331-133, 1334-1336, 1365-1367)

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

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

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

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

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

Minister zapewnił środki na czerwiec i lipiec 2021 r. w skorygowanym planie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na 2021 r.⁹¹, ale nie zachował terminu 30 dni na przekazanie NFZ środków finansowych w łącznej wysokości 2 071 844,2 tys. zł (tj. 23,1% wydatków ogółem) za dwa ww. miesięczne okresy sprawozdawcze.

(akta kontroli str. 714-715, 1487, 1491, 1500-1501, 1579-1598)

Z dniem 1 września 2020 r. zmieniono art. 10a ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, którą rozszerzono zakres źródeł finansowania (o środki pochodzące z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) działań podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 10a ust. 1 ww. ustawy (m.in. Polecenia MZ z 4 września 2020 r.).

W okresie od 4 września 2020 r. do 31 maja 2021 r. w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (do zmiany z 28 maja 2021 r.) określano w punkcie 2 załącznika, że działania objęte Poleceniem MZ są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. W latach 2020-2021 środki finansowe na te działania pochodziły z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Nowe brzmienie punktu 2 i punktu 3 załącznika do ww. Polecenia MZ wprowadzone zmianą z 28 maja 2021 r. uwzględniło finansowanie przedmiotowych świadczeń z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz stosowanie, do rozliczania oraz sprawozdawania kosztów, zasad określonych w punktach od 4 do 15 załącznika do ww. Polecenia MZ. Usunięto również zapis o stosowaniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19⁹², w związku z jego uchycieniem.

(akta kontroli str. 88-129)

2.5. W punkcie 1 Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.)⁹³ zobowiązano NFZ do przekazania określonym podmiotom leczniczym środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uprawnionych. Zasady przekazywania przez NFZ tych środków określono w załączniku do ww. Polecenia MZ (Zasady przekazania środków finansowych). Środki finansowe na dodatkowe świadczenia powinny być ustalane i rozliczane:

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

Informacja o łącznej wysokości środków finansowych powinna:

- obejmować informację (wykaz) osób uprawnionych z danymi dotyczącymi imienia i nazwiska każdej osoby uprawnionej, nr PESEL i nr prawa wykonywania zawodu, jeśli posiadała;
- być sporządzona przez kierownika podmiotu leczniczego na podstawie oświadczeń osób uprawnionych obejmujących zgodę na udostępnienie NFZ i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia

⁹¹ Pisma Ministerstwa Zdrowia z: 15 kwietnia 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG); 5 maja 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG); 1 lipca 2021 r. (BFC.320.83(2).2021.MG); z 29 lipca 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG).

⁹² Dz. U. poz. 422; uchylone z dniem 8 marca 2021 r.

⁹³ Badaniem objęto zasady przekazywania przez NFZ środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych – obowiązujące od 4 września 2020 r. do 30 września 2021 r., określone w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. ze zm. z 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r. (z uwzględnieniem niektórych zmian wprowadzonych w okresie późniejszym).

w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków na jego wypłatę⁹⁴;

- być przekazana przez kierowników podmiotów leczniczych w formie elektronicznej w sposób zapewniający ochronę danych osobowych;
- być przekazana raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca – do dyrektora właściwego terytorialnie OW NFZ⁹⁵.

Zasady te zostały ujęte odpowiednio we wzorach umów opracowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 93, 104, 123-125, 88-151, 505-559)

W sprawie terminu przekazywania informacji Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in., że: *Przyjęta w Poleceniu konstrukcja przedmiotowego zapisu wynika z faktu dużej zmienności stanów faktycznych, od których zaistnienia Polecenie uzależnia prawo do świadczenia dodatkowego, mających wystąpić zarówno po stronie podmiotów leczniczych jak i osób potencjalnie uprawnionych do otrzymania świadczenia dodatkowego.*

(akta kontroli str. 69-70)

W ww. Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. i jego załączniku (ze zm.) oraz we wzorach umów opracowanych przez NFZ nie określono⁹⁶:

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

Określone przez Ministra zasady przekazywania środków finansowych nie zobowiązywały kierowników podmiotów leczniczych do wypłaty dodatkowych świadczeń, w inny sposób niż na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej (od 4 września do 31 października 2020 r.) / oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnienie Ministrowi lub NFZ informacji o wynagrodzeniu osoby uprawnionej⁹⁷ oraz przedstawienia NFZ danych dotyczących wyłącznie jej imienia i nazwiska, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu. Zarówno ww. Polecenie MZ, jak i wzory umów nie określały także obowiązków potwierdzenia i dokumentowania przez kierowników podmiotów leczniczych:

- spełnienia przez osoby uprawnione warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „i” z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM lub izbach przyjęć (punkt 1a Polecenia MZ),
- ustalenia dodatkowego świadczenia każdej osoby uprawnionej (odpowiadającego 100% wynagrodzenia, nie więcej niż 15 tys. zł⁹⁸), w tym pomniejszenia go w przypadku świadczenia pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc (punkt 3 lit. b) załącznika do Polecenia MZ).

⁹⁴ W okresie od 4 września do 31 października 2020 r. - na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej.

⁹⁵ Termin obowiązywał do 31 października 2021 r. i nie dotyczył jednorazowych dodatkowych świadczeń.

⁹⁶ Od 4 września 2020 r. do 31 maja 2021 r.

⁹⁷ W przypadku innej podstawy zatrudnienia niż stosunek pracy – na podstawie informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia (obowiązującej od 4 września 2020 r. do 31 października 2021 r.). Od 1 listopada 2021 r. - na podstawie informacji o wysokości wynagrodzenia za każdą godzinę pracy.

⁹⁸ Obowiązujący od 1 listopada 2020 r.

W odniesieniu do personelu medycznego nie wprowadzono wymogu złożenia oświadczenia o spełnieniu warunku:

- uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu II / III⁹⁹ poziomu zabezpieczenia w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (od 1 października 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.);
- udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM / izbach przyjęć (od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.);

określonego w punkcie 1a lit. a) i b) załącznika do Polecenia MZ¹⁰⁰.

Natomiast w zmianie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. w regulacjach dotyczących jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych personelowi niemedycznemu w szpitalach II / III poziomu określono warunek „wykonywania czynności zawodowych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.”, a także wymóg złożenia oświadczenia (informacji) przez osoby uprawnione o spełnieniu ww. warunku.

(akta kontroli str. 88-151, 90-93, 103-104, 123-124, 505-559)

Na pytanie, dlaczego w Poleceniu MZ nie określono obowiązku zamieszczenia dodatkowych danych przez kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych w wykazach osób uprawnionych¹⁰¹, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in., że: *Polecenie ma charakter ogólny, a ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ.*

(akta kontroli str. 711-712, 869-870)

Na podstawie zasad określonych w ww. Poleceniu MZ i jego załączniku, do wyłącznych uprawnień kierownika podmiotu leczniczego pozostawiono ustalenie:

- osób uprawnionych oraz uznanie czy został spełniony warunek określony w punkcie 1a w zw. z punktem 1 Polecenia MZ, umożliwiający wypłatę dodatkowych świadczeń;
- wysokości dodatkowego świadczenia (w tym pomniejszania go o czas świadczenia pracy przez niepełny miesiąc).

Wyłącznym uprawnieniem kierownika podmiotu leczniczego była także decyzja o wypłacie dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym.

(akta kontroli str. 90-93, 103-104, 124-123, 864-865)

Dyrektor DDS w piśmie z 28 kwietnia 2021 r. skierowanym do NFZ (DSZ.0212.476.2021.ASB) w sprawie ustalenia spełnienia warunku określonego w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ (uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wyjaśnił m.in., że w przypadku personelu szpitala III poziomu) *decyzje w tej sprawie podejmuje kierownik podmiotu leczniczego i przy podejmowaniu decyzji może posiłkować się informacjami wytwarzanymi w podmiocie leczniczym odzwierciedlającym faktycznie wykonywane przez poszczególne osoby zatrudnione czynności zawodowe.*

(akta kontroli str. 589-599)

Zapisy m.in. punktu 1 i 2 załącznika do ww. Polecenia MZ (ze zm.) nie określały zasad przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia opisanych w ww. piśmie Ministerstwa. Wypłatę przez kierownika podmiotu leczniczego

⁹⁹ III poziom zabezpieczenia obowiązywał do 31 maja 2021 r.

¹⁰⁰ Od 1 grudnia 2021 r. na podstawie punktu 2 Polecenia MZ zmienionego 30 listopada 2021 r.

¹⁰¹ Dotyczących np. podstawy naliczenia dodatkowego świadczenia (100% wynagrodzenia brutto), kosztów pracodawcy od ww. wynagrodzenia oraz zawodu osoby uprawnionej, a także miejsce udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

dotychczasowych świadczeń uzależniono od 1 listopada 2020 r. wyłącznie od uzyskania oświadczeń osób uprawnionych obejmujących zgodę na udostępnienie NFZ i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia¹⁰². Uprawnienie do uznania, czy został spełniony warunek określony w punkcie 1a lit. a) ww. Polecenia MZ pozostawiono wyłącznie kierownikom podmiotów leczniczych, bez możliwości ich późniejszej weryfikacji przez Ministra Zdrowia i NFZ w inny sposób niż na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy w podmiocie leczniczym.

(akta kontroli str. 101-110, 589-599)

2.6. Minister nie określił ani w Poleceniu, ani w innym dokumencie, a także nie zobowiązał Funduszu do wdrożenia mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację prawidłowości przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze, przed przekazaniem środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych), m.in. w zakresie.:

- czy osoba uprawniona spełniała warunek wykonywania zawodu medycznego (w przypadku wskazania wyłącznie jej nr PESEL);
- prawidłowego ustalenia osób uprawnionych (czy spełniały wymóg udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych m.in. w punkcie 1a w związku z punktem 1 Polecenia MZ z 4 września 2020 r., po zmianie z: 30 września 2020 r. i 1 listopada 2020 r.)¹⁰³;
- prawidłowego ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia przyznanego danej osobie uprawnionej (czy odpowiadała 100% miesięcznego wynagrodzenia danej osoby), nie wyższej niż 15 tys. zł;
- kwoty przyznanego dodatkowego świadczenia poszczególnym osobom uprawnionym wraz z należnymi od nich kosztami pracodawcy – w celu ustalenia czy kwota dodatkowych świadczeń z kosztami pracodawcy odpowiadała sumie łącznej kwoty wnioskowanej przez podmiot leczniczy na dodatkowe świadczenia wraz z ww. kosztami w danym miesiącu;
- prawidłowości zwrotu niewykorzystanych środków.

W oparciu o miesięczne informacje kierownika o łącznej kwocie środków finansowych do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych¹⁰⁴, OW NFZ miały możliwość zweryfikowania wyłącznie, czy dana osoba o nr PESEL / prawa wykonywania zawodu została kilkakrotnie wykazana w informacji przez podmiot leczniczy, ale nie mogły zweryfikować, czy przekraczały maksymalną wysokość 15 tys. zł. Przedstawiane informacje umożliwiały OW NFZ sprawdzenie, czy kwota wskazana w miesięcznej informacji o wysokości łącznej kwoty na wypłatę dodatkowych świadczeń i liczba zgłoszonych osób do dodatkowego świadczenia jest taka sama jak na dokumencie księgowym (np. nocie księgowej).

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

(akta kontroli str. 66, 88-151, 505-559)

O negatywnych skutkach braku procedur i narzędzi umożliwiających przeprowadzenie przez OW NFZ weryfikacji informacji kierowników podmiotów leczniczych świadczą

¹⁰² W przypadku innej podstawy zatrudnienia niż stosunek pracy – na podstawie informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia.

¹⁰³ Punkt 2 Polecenia MZ zmienionego 30 listopada 2021 r. (obowiązującego od 1 grudnia 2021 r.).

¹⁰⁴ Obejmującej imię i nazwisko osoby uprawnionej, jej nr PESEL / prawa wykonywania zawodu.

m.in. problemy Funduszu z rozliczeniem dodatkowych świadczeń pieniężnych w szpitalach tymczasowych w sytuacji, kiedy:

- podmiot odmówił wskazania kwot środków finansowych przekazanych na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego w celu ich potrącenia z należności za świadczenia zdrowotne wypłacane szpitalom tymczasowym¹⁰⁵;
- podmiot rozliczył częściowo środki finansowe przekazane na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego, do wysokości środków otrzymanych z tytułu świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 1237, 1239-1299)

W sprawie braku procedur umożliwiających NFZ weryfikację prawidłowości informacji przedkładanych przez kierowników podmiotów leczniczych, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *kwestie związane z kontrolą i obowiązkiem zobowiązania się podmiotu leczniczego do poddania się jej, określone miały być zgodnie z pkt 6 załącznika do Polecenia (obecnie pkt 11 załącznika do Polecenia) w umowie zawieranej pomiędzy podmiotem leczniczym a OW NFZ.*

(akta kontroli str. 66)

2.7. Od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r. (zmiana Polecenia MZ z 29 października 2021 r.¹⁰⁶) Minister nie wprowadził w ww. Poleceniu MZ regulacji ograniczających przyznawanie dodatkowego świadczenia przekraczającego w danym miesiącu maksymalny limit 15 tys. zł (oraz kwotę 5 tys. zł w przypadku jednorazowego dodatku) z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych (wykonywania czynności zawodowych) w kilku podmiotach leczniczych¹⁰⁷.

Brak obowiązku wskazywania przez podmioty lecznicze w miesięcznej informacji wysokości dodatkowego świadczenia każdej zgłoszonej osoby uniemożliwił ustalenie liczby osób w skali kraju, które otrzymały dodatkowe świadczenie wielokrotnie za dany miesiąc, w tym wielokrotnie w kwocie 15 tys. zł (także świadczenie jednorazowe w kwocie 5 tys. zł) z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych (wykonywania czynności zawodowych) w kilku podmiotach leczniczych oraz na obszarze różnych województw.

W piśmie z 19 lipca 2021 r. skierowanym do NFZ (DSZ.0212.864.2021.ASB), DDS potwierdził *uprawnienie do jednorazowego dodatkowego świadczenia osoby uprawnionej, w każdym miejscu wykonywania czynności zawodowych, w którym spełniała kryteria określone w Poleceniu MZ.*

(akta kontroli str. 60, 67-69, 77, 88-195, 505-559, 562-564, 572-573, 874-880, 1341-1343)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Przyjęcie określonego w Poleceniu MZ zakresu ograniczenia maksymalnej wysokości świadczenia dodatkowego powodowane było potrzebą maksymalnego zwiększenia zainteresowania personelu medycznego udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w miejscach specjalnie dedykowanych dla udzielania takich świadczeń. Od momentu odejścia w przyjętym modelu opieki nad pacjentem z COVID-19 od rozwiązania opartego na dedykowanej pracy tylko w jednym podmiocie (rozporządzenie wydawane na mocy art. 7d ustawy covidowej) dążono do maksymalnego wykorzystania i zwiększenia mobilności personelu, w szczególności lekarzy, nawet w przypadkach, gdy świadczyliby oni pracę w kilku podmiotach leczniczych. Jednocześnie, należy wyjaśnić, że ze względów*

¹⁰⁵ Na podstawie § 1 ust. 8 i 9 zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (i jego kolejnych zmianach).

¹⁰⁶ Wprowadzono stawkę godzinową za udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach uprawniających do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

¹⁰⁷ Wprowadzony dwukrotnie w 2021 r., tj. za okres od 4 września 2020 r. do 31 maja 2021 r. (zmiana Polecenia z 28 maja 2021 r.) oraz od 1 czerwca do 30 listopada 2021 r. (zmiana Polecenia z 30 listopada 2021 r.).

organizacyjnych, utrudnione byłoby zapewnienie sprawnego wykonania Polecenia w sytuacji, gdyby od pewnego momentu wysokość świadczenia dodatkowego przestawała być powiązana z wysokością wynagrodzenia za pracę w warunkach określonych w Poleceniu. Chodzi przede wszystkim o sytuację, w której dana osoba w dwóch lub więcej podmiotach leczniczych wykonywałaby w danym okresie pracę w warunkach określonych w Poleceniu uzyskując za tę pracę wynagrodzenie w wysokości przekraczającej w sumie kwotę 15 tys. zł za miesiąc i w związku z tym powstawałoby pytanie, który podmiot powinien wykazać daną osobę, jako uprawnioną do świadczenia dodatkowego. W opisaney wyżej sytuacji niezbędny byłby system wzajemnej wymiany aktualizowanej na bieżąco w skali kraju informacji o osobach zatrudnionych przy udzielaniu świadczeń w warunkach określonych w Poleceniu pomiędzy podmiotami leczniczymi lub też agregowanie na poziomie ogólnopolskim danych o wszystkich osobach uprawnionych do świadczeń, a następnie dokonywanie proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego, do którego dana osoba byłaby uprawniona w danym podmiocie leczniczym. Wydaje się również, że szczególnie w przypadku najwyższej wynagradzanej grupy zawodowej lekarzy proporcjonalne ograniczanie wysokości świadczenia dodatkowego powodowałoby brak zainteresowania świadczeniem pracy w warunkach określonych w Poleceniu ponad wymiar uprawniający do świadczenia dodatkowego w wysokości 15 tys. zł miesięcznie. Powyższe przełożyć by się mogło na zmniejszenie dostępności personelu medycznego dedykowanego pacjentom z zakażeniem i podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Należy również wskazać, że określony przez ustawodawcę w art. 47 ustawy o zwalczaniu zakażeń, sposób obliczania wynagrodzenia osób kierowanych do pracy przy pandemii, powodowałby uprzywilejowanie tych osób względem osób, które pracują przy zwalczaniu epidemii w warunkach określonych w Poleceniu, a nie zostały skierowane do pracy na mocy art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. Z powyższych względów osoby wykonujące zawód medyczny, które w danym miesiącu udzielały świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych i tym samym spełniały wszystkie określone w Poleceniu przesłanki uzyskania świadczenia dodatkowego, miały do niego prawo z tytułu każdej z umów łączących te osoby z różnymi podmiotami leczniczymi. W Poleceniu został określony mechanizm proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego, który mógł być zastosowany w sytuacji świadczenia pracy przez niepełny miesiąc. (...) w Poleceniu nie wprowadzono ograniczeń w stosunku do osób, które pracując na podstawie umów zawartych z więcej niż jednym podmiotem leczniczym, spełniały wszystkie określone w Poleceniu warunki otrzymania jednorazowego świadczenia dodatkowego.

(akta kontroli str. 67-69)

Polecenie MZ w brzmieniu wprowadzonym 4 września 2020 r. miało ograniczyć różnice w warunkach wynagradzania z osobami skierowanymi do pracy przy zwalczaniu epidemii decyzją wojewody w trybie art. 47 ustawy o zwalczaniu zakażeń (otrzymujących 200% wynagrodzenia¹⁰⁸). Sposób obliczania wynagrodzenia osób kierowanych do pracy przy epidemii na podstawie art. 47 pkt 10 ww. ustawy nie powodował, jak stwierdził w ww. wyjaśnieniach Podsekretarz Stanu, uprzywilejowania względem personelu medycznego, który otrzymywał dodatkowe świadczenie w wysokości 100% wynagrodzenia, nie więcej niż 15 tys. zł, na podstawie ww. Polecenia MZ. Zmianą Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. (obowiązującą do

¹⁰⁸ Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii (art. 42 ust. 10 ustawy o zwalczaniu zakażeń).

31 października 2021 r.) wprowadzono zasady, które umożliwiały otrzymanie dodatkowych świadczeń w danym miesiącu kilkakrotnie.

Ponadto, osoby wykonujące czynności zawodowe na podstawie punktu 1d Polecenia MZ (zmiana z 28 maja 2021 r.) / punktu 4 Polecenia MZ (zmiana z 30 listopada 2021 r.) – w wymiarze, co najmniej 21 dni w wymaganym okresie – w kilku podmiotach leczniczych z tytułu zatrudnienia u kilku pracodawców / zleceniodawców mogły otrzymać dodatkowe świadczenie w wysokości 5 tys. zł kilkakrotnie w sytuacji, gdy inna osoba wykonująca ww. czynności u jednego pracodawcy / zleceniodawcy w tym samym okresie otrzymała je jeden raz, mimo świadczenia pracy w wymiarze większym niż 21 dni.

(akta kontroli str. 88-151, 1150-1157)

2.8. W latach 2020-2021 Minister nie przeprowadził kontroli w zakresie realizacji przez NFZ zadania określonego w punkcie 1 Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), tj. przekazywania przez NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne.

(akta kontroli str. 1505-1506)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *we wskazanym okresie nie były prowadzone kontrole wykonania przez NFZ obowiązku określonego w Poleceniach MZ z 29 kwietnia 2020 r. oraz 4 września 2020 r. dotyczącego przekazania przez NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Przedmiotowe kontrole leżą w kompetencji Prezesa NFZ, jako dysponenta tych środków. Ponadto wskazuję, że podstawą systemu planowania kontroli w Ministerstwie Zdrowia są: priorytety działalności kontrolnej ustalone przez Prezesa Rady Ministrów, wyniki wcześniejszych kontroli, skargi i wnioski oraz inne sygnały o nieprawidłowościach, a także propozycje zgłaszane przez komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż do Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia wpłynęły trzy sygnały w sprawie przyznawania i rozliczania dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz odmowy ich przyznania, na podstawie Poleceń MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) oraz 16 listopada 2020 r. (ze zm.).*

(akta kontroli str. 1505-1506)

W latach 2020-2021 Minister nie przeprowadził kontroli w zakresie przyznawania i rozliczania dodatkowego świadczenia pieniężnego przez kierowników podmiotów leczniczych, na podstawie uprawnienia określonego w punkcie 6 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) oraz umowach.

(akta kontroli str. 62-63,199)

W załączniku do ww. Poleceń MZ (ze zm.) określono, że uprawniony podmiot leczniczy powinien zostać zobowiązany do poddania się kontroli w zakresie realizacji zobowiązania, o którym mowa w pkt 5, przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektora właściwego OW NFZ oraz udostępnienia tym osobom oświadczeń, o których mowa w pkt 2. W opracowanych przez NFZ (na podstawie punktu 6 załącznika do ww. Poleceń MZ) wzorach umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych (§ 1 ust. 2 pkt 4¹⁰⁹, § 1 ust. 6¹¹⁰ / § 1 ust. 7¹¹¹) oraz jednorazowych dodatkowych świadczeń (§ 1 ust. 10¹¹²) określono, że podmiot zobowiązuje się do poddania kontroli w zakresie realizacji umów.

(akta kontroli str. 505-559)

¹⁰⁹ Na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r.

¹¹⁰ Na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r.

¹¹¹ Na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (zm. 1 listopada 2020 r.).

¹¹² Na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 (zm. 28 maja 2021 r.).

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

(akta kontroli str. 62-63)

Dyrektor Departamentu Kontroli NFZ¹¹³ wyjaśnił m.in.: regulacja pkt 6 załącznika do przedmiotowego Polecenia stanowi zatem samoistną podstawę do przeprowadzania kontroli świadczeniodawców w zakresie dodatkowego świadczenia, przy czym upoważnionymi do przeprowadzenia czynności kontrolnych realizacji zobowiązań nałożonych Poleceniem, a w jego wyniku zawartymi ze świadczeniodawcami umowami, pozostają wyłącznie podmioty wskazane w przedmiotowym Poleceniu, tj. minister właściwy do spraw zdrowia oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Należy podkreślić, że użyte w Poleceniu słowo „kontrola” nie oznaczające kontroli w rozumieniu Działu IIIa ustawy o świadczeniach należy rozumieć, jako dokonywaną przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich weryfikację merytoryczną przekazywanych przez świadczeniodawców dokumentów polegającą na sprawdzaniu czy osoby wykazane w tych dokumentach, stanowią personel uprawniony do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Dodatkowo podnieść należy, że zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, kontrolę określonych w art. 3 obowiązków związanych z dokonywaniem przez podmiot leczniczy podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz innych pracowników działalności podstawowej, ustawodawca powierzył wyłącznie podmiotowi tworzącemu dany podmiot leczniczy oraz Państwowej Inspekcji Pracy. Tym samym wyłączona została w tym względzie możliwość wykonywania przez NFZ zadań z zakresu kontroli rozumianej jako wykonywanej w trybie działu IIIa ustawy o świadczeniach. Nadmienić także należy, że w myśl art. 21 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, kontrola wykonywania przepisów art. 19 i art. 20 ww. ustawy nakładających na podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami obowiązki związane z ustalaniem, na zasadach w nich określonych, do dnia 1 lipca 2021 r. wynagrodzenia zasadniczego dla osób wykonujących określone w tych przepisach zawody medyczne, została przyznana wyłącznie Państwowej Inspekcji Pracy. Powołane powyżej regulacje, odnoszące się do kształtowania wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy o świadczeniach, wprost pomijają NFZ jako podmiot uprawniony do kontrolowania realizacji obowiązków pracodawców w ww. dziedzinie. Wobec powyższego wskazać należy, że kwestia wynagrodzenia personelu medycznego nie wpisuje się w zakres przedmiotowy kontroli realizowanych przez Prezesa NFZ w trybie art. 61a ustawy o świadczeniach, a jedynie, jako merytoryczna weryfikacja przedstawionych dokumentów rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 471-472, 635-636, 1439-1441)

Zgodnie z punktem 7 załącznika do Poleceń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm. (a także zapisami umów zawartych przez NFZ) podmiot leczniczy powinien zostać zobowiązany do zwrotu środków finansowych, które zostały wykorzystane niezgodnie z zasadami określonymi w ww. Poleceniach MZ. Wyegzekwowanie tego zobowiązania wymagało przeprowadzenia czynności kontrolnych bezpośrednio w podmiocie leczniczym.

¹¹³ Dalej: DK NFZ.

Zgodnie z punktem 6 załącznika do ww. Poleceń MZ (oraz umowami) osobom upoważnionym do wykonania czynności kontrolnych (przez Ministra lub dyrektora OW NFZ) należało udostępnić oświadczenia, o których mowa w punkcie 2 załącznika, tj. informacje o wynagrodzeniach, których podmioty lecznicze nie były zobowiązane przekazywać do NFZ (pozostały one w dokumentacji podmiotu leczniczego). Kontrola przewidziana w punkcie 6 załącznika ww. Polecenia MZ nie mogła stanowić jedynie weryfikacji merytorycznej przekazywanych przez świadczeniodawców dokumentów.

Polecenia MZ stanowiły zatem samoistną podstawę prawną do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych w zakresie dodatkowego świadczenia pieniężnego.

(akta kontroli str. 88-133, 505-559, 874-880, 889-897)

W piśmie z 4 lutego 2021 r. skierowanym do Marszałka Sejmu RP (znak DSW.050.4.2021.PJ), Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu wskazał, m.in.: *Polecenie zawiera regulacje w obszarze relacji pomiędzy NFZ i podmiotami leczniczymi, zatem kwestie dotyczące prawidłowości wykonywania postanowień Polecenia w podmiotach leczniczych podlegają kompetencją NFZ. W piśmie z 16 sierpnia 2021 r. skierowanym do Marszałka Sejmu RP (DSW.050.118.2021.PJ) Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu wskazał, m.in.: *prawidłowość wydatkowania przez podmioty środków na podstawie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. może zostać zweryfikowana w drodze kontroli.**

(akta kontroli str. 628, 630, 1323, 1351)

Na pytanie, czy i w jaki sposób NFZ powinien weryfikować miesięczne informacje o środkach finansowych niezbędnych do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych¹¹⁴, Piotra Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *NFZ wykonuje Polecenie poprzez działanie w granicach i na podstawie przepisów prawa, w szczególności w sposób określony w ustawie o świadczeniach.*

(akta kontroli str. 713, 871)

Zadania dotyczące przyznawania i wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych zostały określone w Poleceniu MZ, wydanym na podstawie art. 10a ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19 oraz art. 42 ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z epidemią COVID-19. Przepisy ustawy o świadczeniach, poza art. 97 ust. 3 pkt 5 dotyczącym realizacji przez NFZ zadań zleconych finansowanych przez ministra właściwego ds. zdrowia, nie odnosiły się do realizacji przedmiotowych Poleceń MZ i nie regulowały zasad ich wykonania. Zatem jego realizacja nie podlegała wykonaniu poprzez działanie w granicach ustawy o świadczeniach.

2.9. W okresie od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. do Ministra wpłynęły trzy skargi dotyczące przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych, na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Dwie skargi przekazano do DK NFZ, a jedną (anonimową) – do Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w Bydgoszczy w celu rozpatrzenia w zakresie posiadanej właściwości merytorycznej. Podmioty skarżące poinformowano o przekazaniu sprawy do NFZ.

(akta kontroli str. 59, 63, 199-224)

W sprawie skargi na Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Lubuski OW NFZ w Zielonej Górze podjął czynności sprawdzające, które były w toku.

W sprawie anonimowej skargi na Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu (dotyczącej przyznania jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych sekretarkom medycznym, które nie miały kontaktu z pacjentem „covidowym”) nie podjęto działań i *uznano sprawę za niebyłą*, na podstawie rozporządzenia Rady

¹¹⁴ Na podstawie danych dotyczących kwoty tych środków, imienia i nazwiska osoby uprawnionej i jej nr PESEL / prawa wykonywania zawodu.

Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania rozpatrywania skarg i wniosków¹¹⁵.

W sprawie skargi dotyczącej Szpitala Dziecięcego w Warszawie, Mazowiecki OW NFZ w Warszawie przeprowadził czynności sprawdzające. Nie stwierdził nieprawidłowości dotyczących przekazywanych przez podmiot leczniczy informacji o osobach uprawnionych, uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Centrala NFZ poinformowała skarżącego o braku podstaw do kontroli podmiotów leczniczych czy *dodatek wypłacany był osobom uprawnionym*. Dyrektor DEF NFZ w piśmie z 3 marca 2022 r.¹¹⁶ wyjaśnił, m.in. *Podkreślić należy, że minister właściwy do spraw zdrowia w wydanym Poleceniu określił zasady przyznawania dodatkowego świadczenia, pozostawiając Funduszowi jedynie funkcje niejako techniczne przy realizacji tego zadania, m.in. zawarcie umowy i przekazanie środków finansowych w ustalonej wysokości zgodnie z zasadami wynikającymi z polecenia. Fundusz nie został uprawniony do ingerowania w obszar zastrzeżony dla Świadczeniodawcy, w tym dotyczący wykazu osób uprawnionych do otrzymania dodatku, terminów i wysokości wypłat dodatków należnych poszczególnym pracownikom lub innym osobom udzielającym świadczeń u Świadczeniodawcy na podstawie zawartej z nim umowy. Przedstawiając powyższe wyjaśnienia, uprzejmie informuję, że Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ nie zidentyfikował podstaw do wnioskowania o kontrolę w tym zakresie, a rozstrzygnięcie kwestii spornych dotyczących sfery wynagrodzeń pracowniczych leży poza naszymi kompetencjami.*

(akta kontroli str. 1084-1086)

Na pytanie, czy Ministerstwo oszacowało ryzyko finansowe dotyczące zwrotu środków finansowych przeznaczonych (wypłaconych) niezgodnie z zasadami określonymi w Poleceniu MZ, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *z uwagi na przyjęty sposób działania, kwoty ewentualnych zwrotów środków finansowych z powodów wskazanych w pytaniu oraz w zapisach Polecenia (załącznika do Polecenia) znane są dopiero w momencie dokonania ostatecznych rozliczeń, po potwierdzeniu zaistnienia okoliczności faktycznych stanowiących podstawę takich zwrotów.*

(akta kontroli str. 636-637)

2.10. Od maja 2020 r. do grudnia 2021 r. na dodatkowe świadczenia pieniężne przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 na podstawie Poleceń MZ (z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. ze zm.) wydatkowano (z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) ogółem 8 924 121,1 tys. zł¹¹⁷, z tego:

- 8 681 582 tys. zł (97,3%)¹¹⁸ na dodatkowe świadczenia pieniężne (w 2020 r. – 684 592,1 tys. zł i w 2021 r. – 7 996 989,9 tys. zł);
- 242 539,1 tys. zł (2,7%) w 2021 r. na jednorazowe dodatkowe świadczenia pieniężne.

Na podstawie nw. Poleceń MZ z:

- 1) 29 kwietnia 2020 r. (dla osób objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów) wydatkowano łącznie 128 554,3 tys. zł (1,5%)¹¹⁹.
- 2) 4 września 2020 r. (dla osób objętych wg stanu na 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie

¹¹⁵ Dz. U. Nr 5, poz. 46.

¹¹⁶ DEF-WSiKF.401.7.429.2021 2022.39105.BE.

¹¹⁷ Dane wg informacji Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 11 lutego 2022 r.

¹¹⁸ Kwoty 8 924 121,1 tys. zł.

¹¹⁹ Kwoty 8 924 121,1 tys. zł.

standardów oraz osób nieobjętych ograniczeniem¹²⁰) wydatkowano łącznie 94 813,0 tys. zł (1,1%).

- 3) 4 września 2020 r. (po zmianach z 30 września 2020 r., 1 listopada 2020 r., 28 maja 2021 r. 29 października 2021 r. i 30 listopada 2021 r.) wydatkowano łącznie 8 458 214,7 tys. zł ogółem (97,4%), z tego:
- dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia – 5 936 540,5 tys. zł (70,2%)¹²¹;
 - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć – 2 342 560,4 tys. zł (27,7%);
 - dla osób uprawnionych w laboratoriach – 179 113,8 tys. zł (2,1%).

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

- 1) 28 maja 2021 r. – 225 216,2 tys. zł (92,9%)¹²², z tego:
- dla osób uprawnionych w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia – 165 164,4 tys. zł (68,1%);
 - dla osób uprawnionych w jednostkach PRM / izbach przyjęć – 44 377 tys. zł (18,3%);
 - dla osób uprawnionych w laboratoriach – 4 049,1 tys. zł (1,7%);
 - dla osób uprawnionych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego – 11 625,7 tys. zł (4,8%);
- 2) 30 listopada 2021 r. – 17 322,9 tys. zł (7,1%), tj. dla osób uprawnionych w szpitalach II poziomu zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 841-844, 1164-1175, 1405, 1424)

Dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych.

3. Minister Zdrowia przyznał dodatkowe świadczenia pieniężne dyspozytorom medycznym w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, na podstawie:

- Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (obowiązującego od 16 listopada do 31 grudnia 2020 r.) – wydanego na podstawie art. 10d ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. Minister polecił podmiotom leczniczym, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹²³ (dysponentom jednostek PRM – stacjom pogotowia ratunkowego) wypłatę dyspozytorom medycznym¹²⁴ zatrudnionym w tych podmiotach, dodatkowego świadczenia pieniężnego.
- Polecenia MZ z 23 marca 2021 r. (obowiązującego z mocą wsteczną od 1 stycznia do 31 maja 2021 r.) – wydanego na podstawie art. 8a ust. 9 ustawy o PIS¹²⁵. Minister polecił wojewodom wypłatę dyspozytorom medycznym dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Działania podejmowane na podstawie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. miały zostać sfinansowane ze środków z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister

¹²⁰ Na podstawie pkt 2 lit. a) i b) załącznika do Polecenia MZ.

¹²¹ Kwoty 8 458 214,7 tys. zł.

¹²² Kwoty 242 539,1 tys. zł.

¹²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, ze zm.; dalej: ustawa o PRM.

¹²⁴ Art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM.

¹²⁵ Który uprawniał Ministra do wydawania wiążących poleceń organom administracji rządowej w zakresie działań prowadzonych w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach ustawy o zwalczaniu zakażeń.

właściwy do spraw zdrowia lub Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a na podstawie Polecenia MZ z 23 marca 2021 r. – z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 152-163,186-195)

Na pytanie, dlaczego Polecenie MZ z 16 listopada 2020 r. wydano na podstawie art. 10d ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, a Polecenie MZ z 23 marca 2021 r. na podstawie art. 8a ust. 9 ustawy o PIS, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in. *dnia 1 stycznia 2021 r. nastąpiła istotna systemowa zmiana w organizacji dyspozytorni medycznych (DM), w wyniku której część dyspozytorni nadal funkcjonowała w ramach podmiotów leczniczych, a pozostałe wraz z pracownikami, zostały włączone do struktur organizacyjnych właściwych urzędów wojewódzkich. Po wprowadzeniu przedmiotowych zmian, dyspozytorzy medyczni w 11 województwach, zatrudnieni zostali w oparciu o przepisy ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów administracji rządowej i pracownikach innych jednostek¹²⁶. W 2020 r. podstawą nałożenia obowiązku wypłaty DM dodatkowego świadczenia pieniężnego był art. 10d ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. Wskazane w nim uprawnienie MZ do nakładania obowiązku określonego w art. 10d ust. 1 ww. ustawy, dotyczy jednak podmiotu leczniczego, którym urząd wojewódzki nie jest. Zatem na podstawie poleceń wydawanych w ww. trybie, nie byłoby możliwości kontynuacji w 2021 r. wypłacania dodatków dla pracowników DM, którzy stali się pracownikami urzędów wojewódzkich.*

(akta kontroli str. 637-638)

Przed wydaniem Polecenia MZ z 23 marca 2021 r., tj. od 1 stycznia do 22 marca 2021 r. wypłata dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym była realizowana na podstawie wytycznych pracowników Ministerstwa, z tego:

1) W piśmie z 30 grudnia 2020 r.¹²⁷; skierowanym do wojewodów poinformowano, m.in. że:

- środki na sfinansowanie zadania wypłaty dyspozytorom medycznym dodatkowego świadczenia pieniężnego (kontynuowanego od 1 stycznia 2021 r.) zostaną zabezpieczone w planie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach części Funduszu, którą dysponuje Minister lub w ramach części, która miała być wyodrębniona do dyspozycji wojewodów;
- wypłata dodatkowego świadczenia miała dotyczyć dyspozytorów medycznych w dyspozytorniach prowadzonych przez wojewodę oraz dyspozytorniach, których prowadzenie wojewoda powierzył dysponentowi¹²⁸ (w tym przypadku, podstawą przekazania środków powinno być wydane przez wojewodów polecenie, o którym mowa w art. 11h ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, nie później niż do 1 stycznia 2021 r.).

2) W piśmie z 8 stycznia 2021 r.¹²⁹ określono m.in., że:

- podstawą przekazania środków było złożenie przez urzędy wojewódzkie pisemnego wniosku¹³⁰ na dodatkowe wynagrodzenia;

¹²⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 537, ze zm.

¹²⁷ DBR.522.9.2020.MS.

¹²⁸ Według art. 9 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, ze zm.) „do 31 grudnia 2020 r. dyspozytornia medyczna jest komórką organizacyjną dysponenta zespołów ratownictwa medycznego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu”. W art. 9a ww. ustawy określono, że „do 31 grudnia 2021 r. dyspozytornia medyczna może być komórką organizacyjną dysponenta zespołów ratownictwa medycznego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu”. W art. 9 ust. 2 i art.9a ust. 3 ww. ustawy określono, że do 31 grudnia 2021 r. dyspozytorzy medyczni, dyspozytorzy główni i ich zastępcy oraz kierownicy dyspozytorni i ich zastępcy są zatrudniani na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego posiadających w swoich strukturach dyspozytornię medyczną.

¹²⁹ IK.2341513.JB.

¹³⁰ Każdy wniosek powinien zawierać informacje o: liczbie dyspozytorów medycznych objętych dodatkowym świadczeniem w miesiącu składania wniosku; kwocie łącznej wniosku w pełnych zł; oświadczenie

- w każdym wniosku należało zamieścić oświadczenie o nieprzekroczeniu 100% wynagrodzenia i 15 tys. zł brutto miesięcznie na osobę.

3) W piśmie z 16 lutego 2021 r.¹³¹ określono m.in.:

- limit 15 tys. zł (w tym wszelkie składki i podatki wraz z kosztami pracodawcy) to kwota „brutto/brutto”;
- dodatkowe świadczenie pieniężne dla dyspozytorów medycznych za udzielanie świadczeń zdrowotnych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, jest wypłacane za realne wykonywanie dyżurów, za dodatkowe – ponadwymiarowe zadania (ze świadczeniami o charakterze stałym), a nie za czas niezdolności do pracy czy świadczenia pracy przez niepełny miesiąc z powodu np. choroby, urlopu itp.;
- dopuszcza się korekty wypłat należności.

Ww. wzór wniosku o wypłatę w 2021 r. dodatkowego świadczenia dla dyspozytorów medycznych¹³² zawierał oświadczenie kierownika jednostki o następującej treści: *oświadczam, że wskazana we wniosku wysokość środków na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych (...) stanowi nie więcej niż 100% kwoty wynagrodzenia danego dyspozytora medycznego za miesiąc, za który wypłacone będzie dodatkowe świadczenie pieniężne, i jest nie wyższa niż 15 tys. zł na jedną osobę (w tym wszelkie składki i podatki wraz z kosztami pracodawcy, bez względu na formę zatrudnienia).*

W 2021 r. w czterech objętych analizą województwach wnioski złożone przez Wojewodów (Dolnośląskiego, Mazowieckiego, Podlaskiego i Zachodniopomorskiego) zostały pozytywnie zweryfikowane przez Ministra. Urzędom wojewódzkim przekazano pisemne zawiadomienia o zabezpieczeniu środków.

(akta kontroli str. 152-192, 196-198)

Od 1 stycznia do 22 marca 2021 r. (tj. przed wydaniem Polecenia MZ z 23 marca 2021 r.) w dwóch z czterech objętych analizą województwach (podlaskim i mazowieckim) wojewodowie przejęli prowadzenie dyspozytorni od 1 stycznia 2021 r., a w dwóch (dolnośląskim i zachodniopomorskim¹³³) wojewodowie powierzyli ich prowadzenie dysponentom, wydając stosowne polecenia (na podstawie art. 11h ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19). Spośród pozostałych 12 województw dyspozytornie zostały przejęte przez wojewodów: od 1 stycznia 2021 r. w dziewięciu województwach, w dwóch województwach (pomorskim i wielkopolskim) – w trakcie roku 2021, w jednym województwie (lubelskim) – od 1 stycznia 2022 r. Za okres od stycznia do marca 2021 r. środki zawnioskowane przez 11 wojewodów¹³⁴ i przekazane przez Ministra na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym wyniosły łącznie 28 790,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 188, 225-444, 735-784a, 1167, 1416, 1467)

3.1. Uzasadnieniem wprowadzenia dodatkowych świadczeń pieniężnych dla dyspozytorów medycznych Poleceniem MZ z 16 listopada 2020 r. było:

- *zabezpieczenie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz konieczność podjęcia adekwatnych działań celem efektywnego zapobiegania oraz zwalczania epidemii wirusa SARS-CoV-2;*

o nieprzekroczeniu 100% wynagrodzenia i 15 tys. zł brutto miesięcznie na osobę; numerze konta bankowego do przelewu. Brak danych powodować miał zwrot wniosku przez Ministra z prośbą o korektę.

¹³¹ DBR.527.1.42.2021.JB.

¹³² Załącznik nr 1 do pisma z 16 lutego 2021 r.

¹³³ Przejęcie dyspozytorni w województwach dolnośląskim i zachodniopomorskim nastąpiło odpowiednio 1 stycznia 2022 r. i 1 października 2021 r.

¹³⁴ Wojewodów: Kujawsko-Pomorskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Małopolskiego, Mazowieckiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Podlaskiego, Śląskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego.

- realizacja zaktualizowanych schematów postępowania dla dyspozytorów medycznych z pacjentem z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 (na podstawie wzoru umowy w sprawie przekazania środków finansowych)¹³⁵.
(akta kontroli str. 152-163, 186-195, 726-734, 1512-1519)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in. *Celem ww. procedury było ustalenie zasad postępowania z pacjentem zakażonym oraz potencjalnie zakażonym na COVID-19, natomiast zakres stosowania procedury dotyczył wszystkich dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Zarówno dyspozytorzy medyczni jak i zespoły ratownictwa medycznego, zobowiązani są w swojej pracy do działania w sposób zgodny z wytycznymi Ministra Zdrowia, a przede wszystkim zgodnie ustawą o PRM, dlatego też zapisem: „w tym w szczególności poprzez zapewnienie realizacji aktualizowanych schematów postępowania dla dyspozytorów medycznych z pacjentem z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2”, jedynie doprecyzowano wg jakiego schematu powinni działać dyspozytorzy w zakresie COVID. Takie rozwiązanie zostało wprowadzone na wniosek Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia i mogło być przyjęte w umowie, ze względu na jej bardziej rozbudowaną formę w stosunku do decyzji. Dlatego też podczas tworzenia projektu umowy, uzgodniono za obopólną zgodą Departamentu Prawnego, Departamentu Budżetu i Finansów, DDS oraz Departamentu Bezpieczeństwa, aby taki zapis doprecyzowujący znalazł się z umowie.*

(akta kontroli str. 678, 719-720)

Uzasadnieniem wprowadzenia dodatkowych świadczeń dla dyspozytorów medycznych Poleceniem MZ z 23 marca 2021 r. było *zabezpieczenie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. konieczność podjęcia adekwatnych działań celem efektywnego zapobiegania oraz zwalczania epidemii wirusa SARS-CoV-2.*

Minister Zdrowia w latach 2020-2021 postanowił, że wypłata dodatkowego świadczenia pieniężnego dyspozytorom medycznym jest *konieczna, celowa i uzasadniona.*

(akta kontroli str. 152-163, 186-195, 726-734, 1512-1519)

3.2. Minister przygotował realizację:

- Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. – poprzez określenie zasad przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym (bez względu na formę zatrudnienia), zmianę 8 grudnia 2020 r. ww. Polecenia MZ wprowadzającą wymóg zawarcia umowy w celu przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia (od 16 listopada do 31 grudnia 2020 r.) oraz opracowanie wzoru umowy i wytycznych dotyczących dodatkowych świadczeń dla dyspozytorów medycznych¹³⁶;
- Polecenia MZ z 23 marca 2021 r. – poprzez określenie zasad i warunków otrzymania dodatkowego świadczenia oraz zasad przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia dyspozytorom medycznym (od 1 stycznia 2021 r.) oraz zmianę 30 kwietnia 2021 r. tego Polecenia MZ wprowadzającą nowy sposób rozliczenia środków finansowych wypłacanych dyspozytorom medycznym.

W Poleceniu MZ z 16 listopada 2020 r. w zasadach wypłaty dodatkowych świadczeń przez dysponentów jednostek PRM określono m.in.:

- świadczenie pieniężne miało być wypłacane miesięcznie w wysokości równej 100% wynagrodzenia danego dyspozytora medycznego za miesiąc, za który wypłacane jest dodatkowe świadczenie, nie wyższej jednak niż 15 tys. zł brutto. W przypadku świadczenia pracy przez dyspozytora medycznego przez niepełny

¹³⁵ Wprowadzony pismem z 8 grudnia 2020 r. (DBR.522.9.2020.MS).

¹³⁶ Pismem DBR.522.9.2020.MS z 8 grudnia 2020 r.

miesiąc, dodatkowe świadczenie za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu,

- do sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym miały zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19¹³⁷ oraz regulacje dotyczące Funduszu Przeciwdziałania COVID-19¹³⁸.

Minister 8 grudnia 2020 r. zmienił Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r.¹³⁹ i wprowadził regulację określającą sposób dystrybucji środków pomiędzy Ministrem a podmiotami leczniczymi¹⁴⁰. Wypłata dodatkowych świadczeń pieniężnych dla dyspozytorów medycznych miała zostać sfinansowana na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministrem a podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy o PRM, posiadającym w swojej strukturze dyspozytornię medyczną¹⁴¹.

(akta kontroli str. 152-155, 160-163)

Od 16 listopada do 7 grudnia 2020 r. Minister nie określił w Poleceniu MZ z 16 listopada 2020 r. sposobu dystrybucji środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych, który wprowadzono 8 grudnia 2020 r. i określono, że nastąpi to w umowie zawartej pomiędzy każdą stacją pogotowia ratunkowego a Ministrem.

W Poleceniu MZ z 16 listopada 2020 r. i jego zmianie z 8 grudnia 2020 r. nie określono szczegółowo zasad wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych oraz nie wyjaśniono użytych w Poleceniu MZ pojęć „wynagrodzenia” i „świadczenia pracy przez niepełny miesiąc”). Określono je w odrębnym piśmie z 8 grudnia 2020 r.¹⁴² (przekazanym 37 dysponentom jednostek PRM, wojewodom i Prezesowi NFZ), w którym poinformowano m.in. o wzorze umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych w 2020 r.

W 2020 r. na podstawie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) Minister zawarł 37 umów z dysponentami jednostek PRM w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym (w tym 11 umów ze stacjami pogotowia ratunkowego w województwach dolnośląskim, mazowieckim, podlaskim i zachodniopomorskim).

(akta kontroli str. 152-163, 196-198, 225-346, 1513-1519)

W Poleceniu MZ z 23 marca 2021 r. w zasadach wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym przez wojewodów określono m.in., że:

- świadczenie pieniężne miało być wypłacane miesięcznie w wysokości równej 100% wynagrodzenia danego dyspozytora medycznego za miesiąc, za który wypłacane jest dodatkowe świadczenie, nie wyższej niż 15 tys. zł brutto, w tym wszelkie pochodne od wynagrodzenia wraz z kosztami pracodawcy;
- w przypadku świadczenia pracy przez dyspozytora medycznego przez niepełny miesiąc, dodatkowe świadczenie pieniężne za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu;

¹³⁷ Dz. U. poz. 422; uchylone od 8 marca 2021 r.

¹³⁸ Art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

¹³⁹ Pismo DBR.522.9.2020.WK (wydane na podstawie art. 161 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego – Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 ze zm.).

¹⁴⁰ W uzasadnieniu zmiany Polecenia MZ z 8 grudnia 2020 r. określono, że dokonano jej mając na uwadze potrzebę usprawnienia sposobu finansowania dodatkowego świadczenia pieniężnego ze środków Funduszu COVID-19 oraz usprawnienia realizacji zadań służących zapobieganiu szkodom z punktu widzenia ważnych interesów państwa.

¹⁴¹ Uchylono również ust. 3 Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. dotyczący obowiązku stosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 422); w mocy pozostał obowiązek stosowania regulacji dotyczących Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

¹⁴² DBR.522.9.2020.MS (podpisane przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia - Waldemara Krasnę).

– niewykorzystane środki należało zwrócić niezwłocznie.

Wyplata dodatkowych świadczeń pieniężnych dla dyspozytorów medycznych miała zostać sfinansowana na podstawie wniosku wojewody o zabezpieczenie środków na dany miesiąc skierowanego do Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 186-188)

Uprawnienie do wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym obowiązywało do 31 maja 2021 r. (na podstawie zmiany z 27 maja 2021 r. Polecenia MZ z 23 marca 2021 r.). Wprowadzono także okres rozliczeniowy z wykorzystania środków finansowych na dodatkowe świadczenia (nie później niż do 9 lipca 2021 r.).

Uzasadnieniem zakończenia wypłaty dodatkowego świadczenia dyspozytorom medycznym od 1 czerwca 2021 r. było wdrożenie w stosunku do osób wykonujących zawód medyczny Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, co powoduje znaczące ograniczenie ryzyka związanego z wykonywaniem czynności zawodowych w bezpośrednim kontakcie z osobami z podejrzeniem albo zakażeniem wirusem oraz ze stopniowego przywracania normalnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

(akta kontroli str. 189-195)

W sprawie przyznania uprawnienia do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego dyspozytorom medycznym, którzy nie realizowali czynności zawodowych w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, m.in.: *Ze względu na specyfikę pracy dyspozytorów medycznych warunek taki jest niemożliwy do spełnienia. Podkreślić jednak należy, że w okresie zwyczajnej liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 gwałtownie wzrasta zarówno liczba zgłoszeń obsługiwanych przez dyspozytorów, jak i liczba wyjazdów do zdarzeń. Dla przykładu, analiza liczby zgłoszeń alarmowych wykazała, że w październiku 2020 r. dyspozytorzy odebrali o ponad 100 tys. więcej zgłoszeń, niż we wrześniu 2020 r., co stanowi wzrost o prawie 20%. Wielu dyspozytorów przebywało na zwolnieniach lekarskich z tytułu choroby, kwarantanny lub opieki nad dziećmi w związku z pracą zdalną w placówkach oświatowych. Osoby, które pracowały na stanowiskach dyspozytorskich oprócz obsługi zwiększonej liczby zgłoszeń musiały także przejąć obowiązki nieobecnych kolegów. Ponadto wydane przez Ministerstwo Zdrowia Schematy postępowania dla dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 nakładały na dyspozytorów dodatkowe obowiązki związane z przekazywaniem informacji o zakażeniach do Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz poszukiwania i rezerwowania łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19. Należy więc stanowczo stwierdzić, że zwiększona liczba zakażeń SARS-CoV-2 wpłynęła na wzrost obciążenia zadaniami dyspozytorów medycznych i z tego tytułu domagali się oni takich samych dodatków, jakie zostały przyznane innym pracownikom walczącym ze skutkami pandemii.*

(akta kontroli str. 639-641)

W sprawie niepodjęcia działań ograniczających pracę dyspozytorów medycznych wyłącznie do dyspozytorni, Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, m.in. *Przed wszystkim dyspozytorzy medyczni otrzymywali dodatkowe świadczenie pieniężne wyłącznie za pracę w dyspozytorni medycznej i wyłącznie za faktycznie przepracowany czas. Nie było więc mowy o wypłacaniu podwójnych dodatków za tę samą pracę. Jeżeli ktokolwiek z nich pracował poza dyspozytornią (np. w zespole ratownictwa medycznego) to odbywało się to poza godzinami pracy w dyspozytorni. Jeśli jednocześnie dodatek covidowy przysługiwał członkom ZRM, a miało to miejsce do końca maja 2021 r., to dana osoba pracująca w dwóch miejscach zachowywała prawo do takiego dodatku proporcjonalnie do liczby przepracowanych godzin w każdym z tych miejsc. Przyjęcie odmiennego stanowiska skutkowałoby tym, że osoby wykonujące tę samą pracę np. w ZRM czy na dyspozytorni byłyby inaczej wynagradzane tylko z tego*

tytułu, że mają więcej niż jedno miejsce zatrudnienia. Poza wszelką wątpliwością pozostaje fakt, że wprowadzenie dodatków covidowych w dyspozytorniach medycznych (i w ZRM) pozwoliło uniknąć dramatycznych braków w obsadzie poszczególnych stanowisk w sytuacji, gdy rosła liczba pacjentów potrzebujących pilnej pomocy.

(akta kontroli str. 640-641)

3.3. Minister w ramach realizacji i nadzoru nad realizacją ww. Poleceń MZ:

- udzielał m.in. wyjaśnień / wytycznych (interpretacji) dotyczących warunków i zasad wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym¹⁴³;
- przekazywał środki finansowe na ich realizację;
- przyjmował sprawozdania z realizacji oraz rozliczania środków finansowych.

W piśmie Ministerstwa z 8 grudnia 2020 r.¹⁴⁴ dotyczącym Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. określono m.in.:

- a) wynagrodzenie należy rozumieć, jako wynagrodzenia „brutto” – zapis w punkcie 1 ww. Polecenia MZ odnoszący się do kwoty „brutto” dotyczył wyłącznie limitu dodatkowego świadczenia (15 tys. zł);
- b) limit wysokości świadczenia nie ulega podwyższeniu (zwielokrotnieniu) w przypadku uprawnienia do świadczenia dodatkowego wynikającego z więcej niż jednego stosunku prawnego z danym podmiotem leczniczym;
- c) przy ustalaniu wysokości świadczenia dodatkowego nie należało uwzględniać świadczeń pieniężnych mających charakter świadczeń emerytalno-rentowych, incydentalnych oraz niemających związku z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych;
- d) cel Polecenia, którym miało być przyznanie dyspozytorom medycznym gratyfikacji finansowej porównywalnej z wynikającej z art. 47 ust. 10 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Powyższe zasady nie zostały uwzględnione w treści Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) oraz w umowach zawartych przez Ministra Zdrowia ze stacjami pogotowia ratunkowego.

(akta kontroli str. 116-169, 152-164, 176-185, 1468-1476)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, m.in. *W piśmie z 8 grudnia 2020 r. doprecyzowano co należało przyjąć jako wynagrodzenie, od którego miało być naliczane dodatkowe świadczenie pieniężne dla dyspozytorów medycznych do wysokości nie przekraczającej 15 tys. zł z pochodnymi. Wyjaśniono też sposób naliczania dodatkowego świadczenia w przypadku, gdy dyspozytora medycznego łączył z pracodawcą więcej niż jeden stosunek prawny (np. umowa o pracę i umowa cywilnoprawna).*

(akta kontroli str. 1509-1511)

3.4. Minister, w latach 2020-2021, nie przeprowadzał kontroli w zakresie wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym (w tym ich przyznawania i rozliczania), na podstawie Poleceń MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) i 23 marca 2021 r. (ze zm.).

W Poleceniu MZ z 16 listopada 2020 r. i Poleceniu MZ z 23 marca 2020 r. (oraz w zasadach przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych, które obowiązywać miały od 1 stycznia do 22 marca 2021 r.¹⁴⁵) brak było zapisów odnoszących się do kontroli sposobu wydatkowania przekazanych przez Ministerstwo środków finansowych na dodatkowe świadczenia dla

¹⁴³ M.in. DBR.522.9.2020.MZ z 30 grudnia 2020 r., IK.234513.JB z 8 stycznia 2021 r., DBR.527.1.42.2021.JB z 16 lutego 2021 r.

¹⁴⁴ DBR.522.9.2020.MS.

¹⁴⁵ Na podstawie pism: DBR.522.9.2020.MS z 30 grudnia 2020 r., IK.234513.JB z 8 stycznia 2021 r. i DBR.527.1.42.2021.JB z 16 lutego 2021 r.

dyspozytorów medycznych (np. przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia).

Zapis dotyczący kontroli określono w § 3 ust. 5 umów zawartych w 2020 r. w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych (na podstawie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. ze zm.) – *Minister Zdrowia może przeprowadzić kontrolę wykonywania zadań określonych umową na zasadach określonych w ustawie o kontroli w administracji rządowej, a w § 9 pkt 4 – w sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności ustawy o kontroli w administracji rządowej.*

W zasadach wnioskowania, przekazywania i rozliczania środków na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych w 2021 r., określonych przez Ministra, nie wprowadzono zapisów dotyczących możliwości kontrolowania przez Ministra (a także wojewodów¹⁴⁶) sposobu wykonania zadania określonego w Poleceniu MZ z 23 marca 2021 r. (ze zm.) lub poleceniach wojewodów wydanych w trybie art. 11h ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, m.in. w zakresie:

- proporcjonalnego obniżania dodatkowego świadczenia pieniężnego w przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc lub
- prawidłowego naliczenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego.

W 2022 r. Minister przeprowadził kontrolę w Dyspozytorni Medycznej w Poznaniu w zakresie prawidłowości funkcjonowania dyspozytorni medycznej¹⁴⁷. Kontrola nie dotyczyła przyznawania i rozliczania dodatkowych świadczeń pieniężnych.

(akta kontroli str. 164-169, 176-198, 1412-1415, 1507)

3.5. Minister nie wprowadził regulacji ograniczających przyznawanie wielokrotnie dyspozytorom medycznym za dany miesiąc dodatkowego świadczenia pieniężnego przekraczającego w danym miesiącu maksymalny limit 15 tys. zł, z tytułu wykonywania pracy w kilku podmiotach (prowadzących dyspozytornie medyczne), tj. realizacji zadań określonych w Poleceniach MZ z 16 listopada 2020 r. i 23 marca 2021 r.

(akta kontroli str. 1508-1509)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, m.in.: *Część dyspozytorów medycznych poza godzinami pracy w dyspozytorni medycznej, pracuje również w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych i w innych miejscach. Jeśli jednocześnie dodatek covidowy przysługiwał członkom ZRM, a miało to miejsce do końca maja 2021 r., to dana osoba pracująca w kilku miejscach zachowywała prawo do takiego dodatku proporcjonalnie do liczby przepracowanych godzin w każdym z tych miejsc. Nie dochodziło tym samym do podwójnego wypłacania dodatków covidowych za ten sam czas pracy. Poza wszelką wątpliwością pozostaje fakt, że wprowadzenie dodatków covidowych w dyspozytorniach medycznych (i w ZRM) pozwoliło uniknąć dramatycznych braków w obsadzie poszczególnych stanowisk w sytuacji, gdy rosła liczba pacjentów z COVID-19, a malała liczba dostępnego personelu medycznego. Biorąc pod uwagę braki kadrowe, z jakimi mieliśmy do czynienia w pandemii (zwolnienia lekarskie z powodu choroby, kwarantanny, opieka nad dziećmi w okresie nauki zdalnej), premiować finansowo należało tych, którzy przejęli na siebie obowiązki nieobecnych pracowników. Biorąc pod uwagę powyższe, nie było zasadności w ograniczaniu liczby miejsc pracy dla dyspozytorów medycznych, w których należało się im dodatkowe wynagrodzenie, a warunek jaki postawiono – dotyczył wyłącznie ustanowienia limitu*

¹⁴⁶ W szczególności tym, którzy powierzyli prowadzenie dyspozytorni medycznych dysponentom.

¹⁴⁷ W zakresie m.in.: organizacji stanowisk pracy, sposobu funkcjonowania, obsady dyspozytorskiej oraz jej zgodności z Wojewódzkim Planem Działania Systemu, elementów technicznych dyspozytorni, wyposażenia stanowisk pracy oraz stosowania ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, algorytmu zbierania wywiadu przez dyspozytora medycznego. Kontrola była ujęta w Planie Kontroli na 2022 r. i została zgłoszona przez DB Ministerstwa.

wysokości dodatkowego świadczenia u jednego pracodawcy do 15 tys. zł brutto wraz z pochodnymi na osobę.

(akta kontroli str. 1508-1509)

3.6. W latach 2020-2021 do Ministra nie wpłynęły skargi dotyczące przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym, na podstawie Poleceń MZ z 16 listopada 2020 r. i 23 marca 2021 r.

(akta kontroli str. 59, 63, 199, 1508)

3.7. W latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych, przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 na podstawie Poleceń MZ (z 16 listopada 2020 r. i 23 marca 2021 r. ze zm.) oraz wytycznych Ministerstwa (w okresie od 1 stycznia do 22 marca 2021 r.) wydatkowano (z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) ogółem 55 356,2 tys. zł, z tego: w 2020 r. – 12 182,2 tys. zł (37 stacjom pogotowia ratunkowego) oraz w 2021 r. – 43 174 tys. zł¹⁴⁸.

(akta kontroli str. 156-163, 196-198, 785a-786a, 788a, 1416, 1424)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Minister nieprawidłowo przygotował Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.)¹⁴⁹, poprzez niejednoznaczne określenie w treści ww. Polecenia MZ i jego załączniku warunku uprawniającego do otrzymania dodatkowego świadczenia w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia. Od 1 października 2020 r. (tj. po zmianie Polecenia MZ z 30 września 2020 r.) do 31 grudnia 2021 r. na podstawie ww. Polecenia MZ – warunkiem otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia¹⁵⁰ – było uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem „i” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2¹⁵¹, natomiast w załączniku do Polecenia funkcjonowało określenie – w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem „lub” zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, gdyż nie dokonano odpowiednich zmian w załączniku do Polecenia MZ¹⁵². Spójnikiem „lub” zamiast „i” również nieprawidłowo posługiwał się DDS Ministerstwa w interpretacjach Polecenia MZ¹⁵³, kierowanych do podmiotów leczniczych, ich pracowników oraz innych podmiotów (np. organizacji zrzeszających grupy zawodowe personelu medycznego)¹⁵⁴. Działania takie wprowadziły niejednoznaczne warunki otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 88-151, 1520-1532)

W wyjaśnieniach Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu potwierdził, że: *niezależnie od treści załącznika do Polecenia, każdorazowo osoba wykonująca zawód medyczny, aby mogła być uznana za spełniającą warunki określone w Poleceniu musiała udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.*

(akta kontroli str. 65-68, 97-107, 677-678, 718-719, 1520-1532)

¹⁴⁸ Dane wg informacji Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 10 lutego 2022 r.

¹⁴⁹ Polecenie MZ obowiązywało do 31 marca 2022 r.

¹⁵⁰ III poziom zabezpieczenia obowiązywał do 31 maja 2021 r.

¹⁵¹ W punkcie 1 Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r.; w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. (w związku z punktem 1 pkt 1); punkcie 1a Polecenia MZ zmienionego 28 maja 2021 r. (w związku z punktem 1); punkcie 2 Polecenia MZ zmienionego 30 listopada 2021 r. (w związku z punktem 1).

¹⁵² W punkcie 2 załącznika do Polecenia MZ zmienionego 30 września 2020 r.; w punkcie 4 lit. b) tiret trzeci załącznika do Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r. i w punkcie 5 lit. b) załącznika do Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. oraz w punkcie 5 po ujednoczeniu tekstu Polecenia MZ zmianą z 30 listopada 2021 r.

¹⁵³ Informacjach, wyjaśnieniach, stanowiskach.

¹⁵⁴ M.in. w pismach: DZS.0212.523.2020.ASB z 30 listopada 2020 r., DSZ.0212.101.2020.ASB z 4 lutego 2021 r., DSZ.0212.1235.2021.AD z 28 października 2021 r., DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r.

Nieprawidłowe przygotowanie treści zapisów Polecenia MZ i jego załącznika poprzez dopuszczenie do określenia sprzecznych ze sobą warunków przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych w treści Polecenia i jego załączniku, a także niepodejmowanie przez Ministra adekwatnych działań mających na celu zmianę niejednoznacznych zapisów określających warunek wypłaty dodatkowych świadczeń w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia, świadczy o słabości mechanizmów kontroli zarządczej w Ministerstwie.

2. Minister nierzetelnie przygotował Polecenie MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), poprzez nieprecyzyjne określenie pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia. W zmianie Polecenia MZ z 30 września 2020 r. oraz z 1 listopada 2020 r. nie doprecyzowano, że w szpitalach III poziomu zabezpieczenia – realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 – powinna być wykonywana w zakresach świadczeń zdrowotnych określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody¹⁵⁵.

Zapisy ww. Poleceń MZ nie odpowiadały pojęciu szpitala III poziomu zabezpieczenia, określonego w punkcie 4 ppkt 2 części III załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacji opieki zdrowotnej oraz w § 1 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania (ze zm.). Ww. zarządzenie Prezesa NFZ zostało wydane przed zmianą przez Ministra Polecenia z 30 września 2020 r.¹⁵⁶, a rozporządzenie w sprawie standardu organizacji opieki zdrowotnej – przed kolejną zmianą ww. Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. Oznacza to, że Minister mógł, ale nie podjął działań w celu jednolitego określenia pojęcia szpitala III poziomu i jego właściwego stosowania, m.in. na potrzeby realizacji Polecenia MZ.

Na podstawie ww. zapisu Polecenia MZ (oraz na podstawie umów zawartych przez dyrektorów OW NFZ), dodatkowe świadczenia mogły otrzymać osoby za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 leczonym poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia.

W wyjaśnieniach Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu potwierdził, że: *realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach III poziomu – musiała odbywać się w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w decyzji lub poleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody.*

(akta kontroli str. 65-68, 97-107, 677-678, 720-721, 1520-1532)

Nierzetelne przygotowanie ww. Polecenia MZ (ze zm.) poprzez zastosowanie pojęć w sposób nieodpowiadający pojęciom zdefiniowanym zarówno przez Ministra, jak i Prezesa NFZ, a także niepodejmowanie przez Ministra adekwatnych działań mających na celu zmianę nieprecyzyjnych zapisów określających zasady wypłaty dodatkowych świadczeń, świadczy o słabości mechanizmów kontroli zarządczej w Ministerstwie.

3. Minister nie sprawował skutecznego nadzoru nad realizacją swojej decyzji wydanej w formie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Minister nie monitorował realizacji zadania zleconego Funduszowi, w zakresie prawidłowości umów w sprawie dodatkowych świadczeń, które były podstawą przekazania środków finansowych, w tym nie uczestniczył w opiniowaniu i akceptowaniu, jak również nie objął kontrolą wzorów umów, wskutek czego zarówno na etapie ich przygotowań, jak również w trakcie realizacji nie wyeliminowano nieprawidłowo zastosowanego we wzorach umowy / aneksu opracowanych przez NFZ spójnika „lub” w określeniu warunku uprawniającego do otrzymania dodatkowego świadczenia. W konsekwencji od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. rozliczanie dodatkowych świadczeń pieniężnych w 13 województwach

¹⁵⁵ Wydanych na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b) albo art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11h ust. 1, 2 i 4 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19.

¹⁵⁶ Wprowadzającego po raz pierwszy do Polecenia MZ, jako uprawnione podmioty do wypłaty dodatkowych świadczeń podmioty realizujące zadania: szpitala II i III poziomu.

następowało na podstawie umów, które nie odpowiadały warunkowi określone w treści Polecenia MZ zmienionego 1 listopada 2020 r. W okresie tym na podstawie ww. umów, Minister przekazał NFZ łącznie 2 930 058,1 tys. zł¹⁵⁷ (32,6% wydatków ogółem¹⁵⁸). Nie można wykluczyć, że w kwocie ww. wydatków część środków otrzymały osoby m.in. za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem jedynie podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. (akta kontroli str. 88-151, 514-521, 624-625, 676-677, 717-718, 842-852, 922-969, 1015-1016, 1024-1025, 1028-1029, 1036-1038, 1044-1045, 1164-1173, 1405, 1520-1532, 1571-1572)

W wyjaśnieniach Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Polecenie MZ nie zawierało postanowień nakładających na Prezesa NFZ obowiązku przedkładania Ministrowi Zdrowia informacji z zakresu sposobu realizacji przez niego kolejnych czynności związanych z wykonywaniem Polecenia. (...) przy konstruowaniu Polecenia przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym Minister Zdrowia wydaje Prezesowi NFZ Polecenie realizowane następnie przez Prezesa NFZ w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. W kwestii nadzoru Ministerstwa Zdrowia nad działalnością NFZ, pragnę wyjaśnić, że zgodnie z treścią art. 162 i nast. ustawy o świadczeniach, Minister sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości. W ramach nadzoru, bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy uchwała lub decyzja narusza prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. (...) Usunięcie z obrotu dokumentu, zarządzenia czy decyzji wydanej przez Prezesa NFZ możliwe jest więc jedynie w przypadku zaistnienia przesłanek stwierdzenia nieważności określonych art. 163 ust. 2, tj. stwierdzenia naruszenia prawa lub doprowadzenia do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. Badanie w ramach nadzoru ma charakter następczy, co oznacza, że Minister Zdrowia nie jest uprawniony do badania i nie ma obowiązku opiniowania projektów dokumentów tworzonych przez Fundusz, ale do badania w trybie art. 163 ustawy funkcjonujących już dokumentów związanych z jego działalnością, przesłanych do zbadania. Nie istnieje także ustawowy obowiązek przedkładania przez Fundusz projektów decyzji czy uchwał do badania przez Ministra Zdrowia ani też zatwierdzania takich dokumentów przez Ministra.*

(akta kontroli str. 64-65, 466, 624-625, 676, 718)

Ustawa o świadczeniach nie regulowała i nie miała zastosowania do żadnego obszaru związanego z dodatkowymi świadczeniami pieniężnymi. Polecenia MZ zostały wydane w trybie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. Obowiązek nadzoru nad wykonywaniem zadań Funduszu wynikał z ogólnych zasad kontroli zarządczej odnoszących się do kierowanego przez Ministra działu administracji rządowej.

W Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) nie sformułowano zapisów odnoszących się do wymogów, jakie regulacje powinna zwierać umowa w sprawie przekazania środków finansowych przeznaczonych na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych. Polecenie określało zasady przekazania środków na dodatkowe świadczenia oraz warunki i zasady jego przyznania, a także zobowiązania: podmiotu leczniczego do przeznaczenia środków na wypłatę dodatkowych świadczeń i poddania się przez podmiot leczniczy kontroli przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektora właściwego OW NFZ.

(akta kontroli str. 88-151, 1520-1531)

¹⁵⁷ Tj, 2 930 058 106,30 zł.

¹⁵⁸ 8 979 477,3 tys. zł.

Niepodejmowanie przez Ministra adekwatnych działań mających na celu zapewnienie zastosowania prawidłowego zapisu we wzorze umowy opracowanego przez Prezesa NFZ (dotyczącego warunku wypłaty dodatków w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia) świadczy o słabości mechanizmów kontroli zarządczej w kierowanym przez Ministra dziale administracji rządowej i Ministerstwie.

4. Minister nierzetelnie przygotował realizację Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.), gdyż nie określił, a także nie zobowiązał Funduszu do wdrożenia mechanizmów kontroli umożliwiających OW NFZ weryfikację prawidłowości przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze, przed przekazaniem środków finansowych na ich wypłatę (np. procedur / systemów informatycznych). Ustalone w ww. Poleceniu MZ (oraz w umowach) zasady:

- zobowiązywały kierowników podmiotów leczniczych do wypłaty dodatkowych świadczeń na podstawie oświadczenia o miesięcznym wynagrodzeniu osoby uprawnionej (od 4 września do 31 października 2020 r.) / oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnienie Ministrowi lub NFZ informacji o wynagrodzeniu osoby uprawnionej¹⁵⁹ oraz przedstawienia Funduszowi danych dotyczących wyłącznie jej imienia i nazwiska, nr PESEL / prawa wykonywania zawodu;
- uprawniały wyłącznie kierowników podmiotów leczniczych do przyznania dodatkowych świadczeń pieniężnych, gdyż wypłatę przez kierownika podmiotu leczniczego dodatkowych świadczeń uzależniono jedynie od uzyskania ww. oświadczeń osób uprawnionych. Nie wprowadzono wymogu przedstawiania przez kierowników podmiotów leczniczych szczegółowych danych, które umożliwiłyby NFZ weryfikację prawidłowości przyznania dodatkowego świadczenia na etapie ubiegania się o potrzebne środki finansowe (np. kwoty dodatkowego świadczenia oraz kosztów pracodawcy czy wykonywanego zawodu medycznego). Weryfikacja taka mogła nastąpić dopiero na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy podmiotu leczniczego.

Oznaczało to, że NFZ nie mógł weryfikować przestrzegania warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze przed przekazaniem środków finansowych na ich wypłatę, a przede wszystkim sprawdzić, czy suma dodatkowych świadczeń wszystkich wykazanych osób (i należnych od nich kosztów pracodawcy) jest zgodna z łączną kwotą potrzebną na zapewnienie dodatkowych świadczeń, określonych przez dyrektorów podmiotów leczniczych (ponieważ nie ustalono wymogu przedkładania danych o kwocie dodatku każdej osoby zgłoszonej). Minister w latach 2020-2021 przekazał NFZ na realizację ww. Polecenia MZ kwotę 8 795 566,8 tys. zł¹⁶⁰, której podstawą wypłaty były informacje od podmiotów leczniczych nie dające się zweryfikować ani pod kątem formalno-rachunkowym, ani merytorycznej oceny przestrzegania warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń.

(akta kontroli str. 66, 88-151, 90-93, 103-104, 123-124, 505-559, 864-865, 1167, 1173, 1520-1532)

NIK nie podziela argumentacji Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu, który wielokrotnie wyjaśniał, że Polecenie MZ ma charakter ogólny, a ostateczna weryfikacja poszczególnych stanów faktycznych dokonywana jest przez NFZ.

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

¹⁵⁹ W przypadku innej podstawy zatrudnienia niż stosunek pracy – na podstawie informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia (obowiązującej od 4 września 2020 r. do 31 października 2021 r.). Od 1 listopada 2021 r. - na podstawie informacji o wysokości wynagrodzenia za każdą godzinę pracy.

¹⁶⁰ 8 795 566 757,27 zł.

- podmiot odmówił wskazania kwot środków finansowych przekazanych na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego w celu ich potrącenia z należności za świadczenia zdrowotne wypłacane szpitalom tymczasowym¹⁶¹;
- podmiot rozliczył częściowo środki finansowe przekazane na dodatkowe świadczenia personelu medycznego szpitala tymczasowego, do wysokości środków otrzymanych z tytułu opłat ryczałtowych.

(akta kontroli str. 711-712, 869-870, 1237, 1239-1299)

5. Minister, w ramach nadzoru nad realizacją swojej decyzji w formie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) udzielał m.in. informacji, wyjaśnień i dokonywał interpretacji¹⁶² dotyczących warunków otrzymania dodatkowego świadczenia oraz zasad realizacji ww. Polecenia MZ, które nie zostały w nim określone i nie wynikały z treści postanowień w nim zawartych, m.in.:

- a) warunek „nieincydentalnego udzielania świadczeń zdrowotnych”;
- b) „zasadę” odpowiedzialności kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego za przyznanie dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, zatrudnionemu za pośrednictwem innego podmiotu – podwykonawcy i za wypłatę przez podwykonawcę dodatkowych świadczeń osobom uprawnionym;
- c) „zasadę” ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego, jako wynagrodzenia i jego limitu jako kwoty *brutto* wypłacanego w danym podmiocie leczniczym jednej osobie na podstawie różnych umów, tj. zasadę „niezwielokrotniania dodatkowego świadczenia w danym podmiocie leczniczym” (dotyczyło to przypadków świadczenia pracy / udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na podstawie kilku umów zawartych z podmiotem leczniczym).

Ponadto, w ww. informacjach, wyjaśnieniach i interpretacjach potwierdzono konieczność stosowania „zasady” proporcjonalnego obniżenia dodatkowego świadczenia w przypadku wykonywania pracy przez osobę uprawnioną przez niepełny miesiąc (określoną w Poleceniu MZ), ale nie wskazano sposobu dokonania tego pomniejszenia. Opisany powyżej warunek i zasady realizacji Polecenia określone w interpretacjach Ministra nie zostały uwzględnione w treści Polecenia MZ, a następnie w umowach zawartych przez OW NFZ z podmiotami leczniczymi. Ponadto umowy odsyłały w sprawach nieuregulowanych do przepisów powszechnie obowiązujących, w szczególności Kodeksu cywilnego. Nie odsyłały do postanowień Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.). Nie można zatem wykluczyć, że podmioty lecznicze ich nie stosowały.

(akta kontroli str. 75-81, 562-619, 651-675, 842-850, 1164-1167, 1304-1367, 1408-1423, 1520-1532)

W udzielonych wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu, odnoszących się do ww. warunku i zasad potwierdzono, że nie zostały one określone w taki sposób w Poleceniu MZ i jego załączniku.

(akta kontroli str. 467-468, 630-632, 707-708, 865, 869-870, 1159-1160, 1416-1417)

NIK negatywnie ocenia niepodjęcie przez Ministra adekwatnych działań zaradczych polegających na dokonaniu formalnych zmian doprecyzowujących warunki i zasady przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń określonych w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r., mimo kilkukrotnych jego zmian. Minister ograniczył swoje działania

¹⁶¹ Na podstawie § 1 ust. 8 i 9 Zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (i jego kolejnych zmianach).

¹⁶² W trakcie kontroli NIK udostępniono m.in. 876 pism, w których Ministerstwo udzielało informacji, wyjaśnień i interpretacji w sprawie warunków i zasad przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych przez podmioty lecznicze.

w tym zakresie do wydawania interpretacji, stanowisk oraz udzielania wyjaśnień, które – zdaniem Ministra – *nie miały charakteru wiążącego*.

(akta kontroli str. 628, 630)

6. Minister dokonał interpretacji, która miała wpływ na nieprawidłowy sposób realizacji Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (po zmianie 1 listopada 2020 r.), a w konsekwencji nieuprawnione przyznanie dodatkowych świadczeń. Minister przyjął „zasadę”, że: uprawnienie do dodatkowego świadczenia¹⁶³ w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca zatrudnienia (tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II / III poziomu), pod warunkiem udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny”¹⁶⁴.

„Zasadę” tą określono w Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz w pismach Ministerstwa (m.in. DDS)¹⁶⁵ kierowanych do różnych podmiotów (w tym szpitali). „Zasada” ta umożliwiła wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń pacjentom¹⁶⁶ leczonym z innych przyczyn niż COVID-19 w oddziałach „niecovidowych” szpitala II poziomu oraz w szpitalach III poziomu zabezpieczenia (m.in. personelowi medycznemu uczestniczącemu w leczeniu pacjentów¹⁶⁷ poza III poziomem zabezpieczenia w innych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, niż te, dla których podmiot leczniczy ustanowiono szpitalem III poziomu zabezpieczenia poleceniem właściwego wojewody). Na przykład podmiot leczniczy będący szpitalem III poziomu w zakresie psychiatrii, mógł wypłacać dodatkowe świadczenia pieniężne personelowi medycznemu uczestniczącemu w leczeniu zakażonych pacjentów¹⁶⁸ w innych zakresach niż psychiatria (np. leczonym w zakresie neurologii czy rehabilitacji), tylko dlatego, że podmiot leczniczy miał status szpitala III poziomu w zakresie psychiatrii.

Powyższa interpretacja Ministra spowodowała rozszerzenie zakresu wypłaty dodatkowych świadczeń w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia. Od listopada 2020 r. do maja 2021 r. wydatkowano na dodatkowe świadczenia w szpitalach II / III poziomu – łącznie 3 588 061,2 tys. zł¹⁶⁹ (tj. 40% wydatków ogółem¹⁷⁰).

(akta kontroli str. 75-76, 589-599, 606-607, 866-869, 1305, 1313, 1317-1319, 1333, 1409-1410, 1477, 1573-1574)

NIK nie podziela stanowiska zawartego w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu¹⁷¹, że *Polecenie w brzmieniu obowiązującym od 1 października 2020 r. do 31 maja 2021 r. nie przewidywało określonego w obecnie obowiązującym Poleceniu (brzmienie obowiązujące od dnia 1 grudnia 2021 r.) warunku – dotyczącego wypłaty dodatkowych świadczeń w szpitalu II / III poziomu*.

W Materiale dla Zespołu ds. Ochrony Zdrowia określono, że elementem wyróżniającym szpitale II i III poziomu zabezpieczenia spośród innych (nieobjętych Poleceniem)

¹⁶³ Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia z 4 września 2020 r. (ze zm.).

¹⁶⁴ *Polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki wskazane powyżej (...).Bezpośredni kontakt z pacjentem (...) powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego, oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów.*

¹⁶⁵ M.in. pismo znak: DSW.054.2252.2020.PJ z 18 grudnia 2020 r., DSZ.0212.703.2020.JP z 11 stycznia 2021 r., DSZ.0212.101.2021.ASB z 4 lutego 2021 r., DSZ.012.695.2021.ASB z 10 czerwca 2021 r.

¹⁶⁶ Podejrzany i zakażony wirusem SARS-CoV-2.

¹⁶⁷ Z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

¹⁶⁸ Z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

¹⁶⁹ 3 588 061 233 zł.

¹⁷⁰ Które wyniosły 8 979 477,3 tys. zł

¹⁷¹ Przytoczonych w opisie stanu faktycznego.

placówek przeznaczonych do walki z wirusem jest wyznaczenie ich do leczenia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Podkreślono w nim szczególne znaczenie szpitali II i III poziomu zabezpieczenia, co potwierdzono w trakcie kontroli NIK w wyjaśnieniach Podsekretarza Stanu:

- w sprawie zmiany Polecenia MZ 30 września 2020 r. – *działanie takie miało związek ze zmianą w organizacji systemu zabezpieczenia miejsc w podmiotach leczniczych dedykowanych leczeniu pacjentów z podejrzeniem i z zakażeniem SARS-CoV-2;*
- w sprawie określenia pojęcia szpitala III poziomu zabezpieczenia – *określenie szpital II lub III poziomu odnosiło się do stopnia zabezpieczenia covidowego danego podmiotu leczniczego (jego komórek organizacyjnych);*
- w sprawie terminu przekazywania informacji – *Podmioty lecznicze w różnych dniach kolejnych miesięcy były bowiem obejmowane decyzjami nakazującymi organizację określonych poziomów zabezpieczenia COVID-19, uprawniających do objęcia zakresem Polecenia.*

(akta kontroli str. 65-66, 69-70, 75, 468-471, 633-634, 720-721)

Pojęcia „szpital II i III poziomu zabezpieczenia” nie występują w żadnym akcie rangi ustawowej, w szczególności w ustawach, na które powołuje się Minister w podstawach prawnych wydanego Polecenia MZ z 4 września 2020 r., po zmianach z 30 września 2020 r. Pojęcia „szpitala II i III poziomu zabezpieczenia” zarówno w Poleceniu MZ, wzorach umów i „Strategii walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020” kształtowane były opisowo i przypisano im odpowiednie znaczenie funkcjonalne, bądź z perspektywy świadczeń zdrowotnych, które mają realizować, bądź też z uwzględnieniem warunków organizacyjnych, poprzez zapewnienie łóżek szpitalnych, służących do realizowania świadczeń dla określonej kategorii pacjentów lub ich udzielania przy wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu medycznego.

Jedną z podstawowych przesłanek pozwalających zaliczyć podmiot leczniczy do kręgu adresatów Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (po zmianie z 1 listopada 2020 r.) było wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju świadczenia szpitalne¹⁷² oraz świadczenia stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Koleją przesłanką było umieszczenie podmiotu w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19¹⁷³, w którym umieszczano podmioty wykonujące działalność leczniczą uwzględniając potrzeby wynikające z zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, a także strukturę organizacyjną tych podmiotów, rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zasoby kadrowe i sprzętowe. Wykazy te określały rodzaj realizowanych świadczeń, wskazywały miejsce udzielania takich świadczeń oraz w większości przypadków nazwę komórki organizacyjnej realizującej te świadczenia. Dodatkowe świadczenia pieniężne przysługiwały za uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (realizowanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19) pacjentom leczonym we wskazanych komórkach organizacyjnych, a nie w całym podmiocie leczniczym.

Elementem definiującym pojęcia „szpitala II i III stopnia” była konieczność objęcia ww. podmiotów leczniczych poleceniem albo decyzją ministra właściwego do spraw zdrowia bądź wojewody wydanych na podstawie odpowiednich przepisów ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19. W decyzjach wojewody, o których mowa wyżej, precyzowano liczbę łóżek szpitalnych dedykowanych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz wskazywano oddziały (komórki

¹⁷² Leczenie szpitalne (art. 2 pkt 11 ustawy o działalności leczniczej) to rodzaj świadczeń obejmujący wykonywanie całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

¹⁷³ Następnie w wykazie prowadzonym przez NFZ na podstawie Polecenia MZ z dnia 8 marca 2021 r.

organizacyjne) przeznaczone do realizacji świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W dalszej części Polecenia MZ doprecyzowano, że wspomniane polecenia lub decyzje miały zawierać dyspozycję realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w odniesieniu do szpitali III poziomu. W stosunku do szpitali II poziomu polecono natomiast realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W tym miejscu Polecenia MZ doszło do rozróżnienia obydwu kategorii szpitali. Merytoryczna różnica obydwu kategorii szpitali odnosi się do dwóch elementów:

- zapewnienia łóżek szpitalnych;
- realizowania świadczeń zdrowotnych dla dwóch grup pacjentów (w II poziomie – podejrzanym o zakażenie oraz zakażonym wirusem SARS-CoV-2, a w III poziomie – wyłącznie zakażonym wirusem SARS-CoV-2).

Oznaczało to, że II / III poziom zabezpieczenia nie odnosił się do całego podmiotu leczniczego, jeśli wojewoda nie polecił mu zapewnienia wszystkich łóżek dla pacjentów z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale wyłącznie do tych oddziałów / komórek organizacyjnych, które realizowały decyzję właściwego wojewody.

NIK nie podziela stanowiska zawartego w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu, że określenie szpitala II poziomu odnoszące się do oddziałów, w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, zostało wprowadzone od 1 czerwca 2021 r. Zmiana zapisu była uszczegółowieniem regulacji w Poleceniu MZ obowiązującej od listopada 2020 r. do maja 2021 r. dotyczącej szpitala II poziomu. Została ona wprowadzona po siedmiu miesiącach¹⁷⁴ obowiązywania interpretacji Ministra Zdrowia, umożliwiającej wypłatę dodatkowych świadczeń również za udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach „niecovidowych” (nieobjętych decyzją właściwego wojewody) pod warunkiem „nieincydentalnego” udzielania świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 1537-1569)

Ponadto, przyjęcie, że uprawnienie do dodatkowego świadczenia¹⁷⁵ dotyczyło personelu medycznego niezależnie od miejsca zatrudnienia – tj. na oddziałach nieobjętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpitala II / III poziomu, pod warunkiem uczestniczenia w udzielaniu świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób „nieincydentalny” – skutkowało odmiennym traktowaniem osób udzielających świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w podmiotach, które realizowały takie same zadania, ale nie miały statusu szpitala II / III poziomu zabezpieczenia. Dotyczyło to w szczególności personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w punktach wymazowych (stacjonarnych i mobilnych) w celu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, a także w szpitalach tymczasowych. Wprowadzone w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) zasady ustalenia osób uprawnionych do otrzymania dodatkowych świadczeń w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia nie były precyzyjne i jednoznaczne nie tylko dla kierowników podmiotów leczniczych, ale także dyrektorów OW NFZ. Do odmiennego traktowania personelu medycznego przyczynił się

¹⁷⁴ Od grudnia 2020 r. do czerwca 2021 r.

¹⁷⁵ Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. na podstawie punktu 1a lit. a) Polecenia z 4 września 2020 r. (ze zm.).

także brak zdefiniowania pojęcia „nieincydentalnego uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”.

(akta kontroli str. 75-76, 88-151, 514-521, 534-537, 565-566, 592-593, 1215-1283, 1329-1330, 1477)

7. Ustalone przez Ministra warunki przyznawania i wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych w podmiotach leczniczych dopuściły do możliwości wielokrotnych wypłat tych świadczeń dla danej osoby, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych, w łącznej kwocie przekraczającej w danym miesiącu maksymalny limit 15 tys. zł.

Wprowadzone przez Ministra zasady umożliwiające wielokrotne przyznawanie dodatkowych świadczeń, dopuściły również do odmiennego traktowania osób realizujących takie same zadania w jednym podmiocie, z osobami pracującymi w kilku podmiotach.

(akta kontroli str. 60, 67-69, 77, 88-195, 505-559, 562-564, 572-573, 874-880, 1341-1343, 1508-1509, 1520-1532)

W udzielonych wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu potwierdzono, że nie wprowadzono regulacji ograniczających przyznawanie wielokrotnie za dany miesiąc dodatkowego świadczenia pieniężnego. Celem Poleczeń MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) i 16 listopada 2020 r. (ze zm.) była wypłata wynagrodzenia maksymalnie w podwójnej wysokości (tj. podwojenie wysokości wynagrodzenia). Ten cel nie został prawidłowo zrealizowany ponieważ wypłacano wynagrodzenia wielokrotnie wyższe niż w podwójnej wysokości.

(akta kontroli str. 67-69, 157, 1342-1343, 1508-1509)

W ocenie NIK Minister nie zapewnił, by środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, przeznaczone na dodatkowe świadczenia pieniężne, były wydatkowane w sposób zasadny.

8. Minister nie skorzystał z uprawnienia kontrolnego określonego w punkcie 6 załącznika do Poleczeń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.), a także w umowach w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych (zawartych przez dyrektorów OW NFZ) i nie przeprowadził w latach 2020-2021 kontroli w podmiotach leczniczych w zakresie prawidłowości przeznaczania środków finansowych na dodatkowe świadczenia przez kierowników tych podmiotów (tj. przyznawania i rozliczania dodatkowego świadczenia pieniężnego). W ocenie NIK znacząca wysokość przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń, a także liczba pism wpływających do Ministra w sprawie interpretacji warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń, wskazujących na wysokie ryzyko nieprawidłowego ich przyznawania i wypłacania, były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli.

Skutkowało to tym, że na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie ww. Polecenia MZ, Minister przekazał łącznie 8 924 121,1 tys. zł¹⁷⁶ (99,4% wydatków ogółem), bez kontroli i sprawdzenia czy wypłacane świadczenia były należne, tj. czy:

- kierownicy podmiotów leczniczych prawidłowo ustalili osoby uprawnione i uznali, że zostały spełnione warunki, umożliwiające wypłatę dodatkowych świadczeń;
- wypłacone dodatkowe świadczenie nie przekraczało maksymalnej kwoty lub czy było obniżane, w przypadku świadczenia pracy przez niepełny miesiąc;
- faktycznie przekazano dodatkowe świadczenia osobom uprawnionym, a nierozliczone środki finansowe zwrócono do NFZ.

(akta kontroli str. 62-63, 88-151, 199, 651-675, 841-856, 874-880, 1164-1167, 1172-1173, 1376-1405, 1505-1506, 1570)

¹⁷⁶ 8 924 121 015,72 zł.

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu m.in., że przedmiotowe kontrole leżą w kompetencji tylko Prezesa NFZ, jako dysponenta tych środków oraz że, *kontrolę należy rozmieść, jako dokonywaną przez dyrektorów OW NFZ weryfikację merytoryczną przekazywanych przez świadczeniodawców dokumentów polegającą na sprawdzaniu czy osoby wykazane w tych dokumentach, stanowią personel uprawniony do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia.*

(akta kontroli str. 62-63, 471-472, 635-636, 1104, 1439-1441, 1505-1506)

Kontrola realizacji umowy nie może być jedynie merytoryczną weryfikacją przedstawionych dokumentów rozliczeniowych przez NFZ. Ustalenie osób uprawnionych i uznanie, czy został spełniony warunek określony w Poleceniach MZ (oraz m.in. w § 1 ust. 1 i 2 wzorów umów), umożliwiający wypłatę dodatkowych świadczeń, pozostawiono w kompetencji kierownika podmiotu leczniczego. Natomiast sprawdzenie:

- prawidłowości ustalenia osób uprawnionych i ustalenia, czy zostały spełnione warunki, umożliwiające wypłatę dodatkowych świadczeń na podstawie Polecenia MZ¹⁷⁷;

- faktycznego przekazania środków finansowych osobom uprawnionym na podstawie warunku określonego w punkcie 5 załącznika do ww. Poleczeń MZ¹⁷⁸;

powinno być przedmiotem kontroli Ministra na podstawie punktu 2 i 6 załącznika do Poleczeń MZ (w brzmieniu obowiązującym do 31 października 2021 r.), a także umów w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych.

Oznacza to, że zarówno na podstawie punktu 6 załącznika do Polecenia MZ (ze zm.), jak i zapisów umów dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych – prawidłowość wydatkowania przez podmioty lecznicze oraz ich podwykonawców środków finansowych na dodatkowe świadczenia mogła zostać zweryfikowana w drodze kontroli uprawnionych podmiotów, tj. Ministra (a także NFZ za pośrednictwem dyrektorów Oddziałów). W Poleceniach MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.) określono, że podmiot leczniczy powinien zostać zobowiązany do poddania się kontroli przez osoby upoważnione przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora właściwego OW NFZ. Minister Zdrowia (a także nadzorowany przez Ministra Funduszy) posiadał uprawnienie do kontroli realizacji zobowiązań określonych w punkcie 5 Poleczeń MZ.

W piśmie z 16 sierpnia 2021 r. skierowanym do Marszałka Sejmu RP (DSW.050.118.2021.PJ) Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu wskazał, m.in.: *prawidłowość wydatkowania przez podmioty środków na podstawie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. może zostać zweryfikowana w drodze kontroli.*

(akta kontroli str. 88-151, 505-559, 874-880, 889-897, 1351)

9. Minister nie skorzystał z uprawnienia kontrolnego, określonego m.in. w art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy o kontroli w administracji rządowej i nie przeprowadził w latach 2020-2021 kontroli NFZ w zakresie realizacji zadania określonego w punkcie 1 Poleczeń MZ z 29 kwietnia 2020 r. i 4 września 2020 r. (ze zm.). W ocenie NIK znacząca wysokość przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń, a także liczba pism wpływających do Ministra w sprawie interpretacji warunków i zasad przyznawania dodatkowych świadczeń, wskazujących na wysokie ryzyko nieprawidłowego ich przyznawania i wypłacania, w tym wynikających z nieprawidłowego określenia przez Prezesa NFZ we wzorze umowy warunku uprawniającego do przyznania i wypłaty

¹⁷⁷ W tym m.in. w § 1 ust. 1 i 2 umów.

¹⁷⁸ W tym w: § 1 ust. 2 pkt 2 i 3 umowy (na podstawie Polecenia MZ z 29 kwietnia 2020 r.); § 1 ust. 2 i 4 (na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r.); § 1 ust. 5 (na podstawie Polecenia MZ z 4 września 2020 r. zm. 1 listopada 2020 r.); § 1 ust. 2 i 7 (na podstawie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. – dot. jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych).

dotatkowego świadczenia w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia (poprzez użycie sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”), były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli.

(akta kontroli str. 651-675,1437, 1505-1506, 1570)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: (...) *we wskazanym okresie nie były prowadzone kontrole wykonania przez NFZ obowiązku określonego w Poleceniach MZ Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r. oraz 4 września 2020 r. dotyczącego przekazania przez NFZ środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne. Przedmiotowe kontrole leżą w kompetencji Prezesa NFZ jako dysponenta tych środków (...).*

(akta kontroli str. 1437, 1505-1506)

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu. Zgodnie z ww. przepisami, Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Funduszu oraz kontroluje podległe mu lub przez niego nadzorowane organy lub jednostki organizacyjne. Przeprowadzenie takiej kontroli mogłoby wyeliminować ryzyko nieprawidłowej realizacji Polecenia przez NFZ, w tym przygotowania wzoru umowy przez NFZ z użyciem spójnika „lub” zamiast „i”.

10. Minister, mimo zapewnionych środków na czerwiec i lipiec 2021 r. w skorygowanym planie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na 2021 r. na wypłatę dodatkowych świadczeń (w tym jednorazowych), nie zachował terminu 30 dni (określonego w punkcie 8 Polecenia MZ zmienionego 28 maja 2021 r.) na ich przekazanie NFZ, przez co nie zapewnił bieżącego finansowania wydatków związanych z realizacją wydanych przez siebie Poleczeń. Środki w łącznej wysokości 2 071 844,2 tys. zł¹⁷⁹ (tj. 23,1% wydatków ogółem¹⁸⁰) za dwa ww. okresy sprawozdawcze przekazano z opóźnieniem wynoszącym od trzech do czterech miesięcy.

(akta kontroli str. 714-715, 1487, 1491, 1500-1501, 1504, 1520-1532, 1579-1598)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, że: *kwota ww. wniosków oznaczała konieczność dokonania korekty planu Funduszu na 2021 r., celem zabezpieczenia środków na sfinansowanie kosztów poleceń w odpowiedniej wysokości. W tym celu MZ wystąpiło do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z wnioskiem o zmianę planu. Jednocześnie, po dokonaniu stosownych zmian w planie Funduszu na 2021 r. środki na podstawie powyższych wniosków NFZ za czerwiec oraz lipiec 2021 r. zostały przekazane przez MZ w dniu 19.11.2021 r., zaś za sierpień w dniu 22.12.2021 r.*

(akta kontroli str. 714-715, 872-873)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu potwierdził, że środki pieniężne na dodatkowe świadczenia nie zostały przekazane NFZ terminowo. Ustalenia NIK wskazują, że Minister podejmował działania w zakresie zmiany planu Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 od kwietnia 2021 r., które skutkowały korektą tego planu i zapewniły środki na czerwiec i lipiec 2021 r.¹⁸¹, wskutek czego powinny zostać przekazane z zachowaniem terminu 30 dni.

11. W okresie od 4 września 2020 r. do 27 maja 2021 r. w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) Minister nierzetelnie określił w punkcie 2 załącznika źródło finansowania dodatkowych świadczeń pieniężnych. Do zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. wskazywano, że środki na działania objęte Poleceniem są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Nie określono (do 28 maja 2021 r.), że środki mogły pochodzić z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Polecenie MZ obowiązywało w ww. brzemieniu do 31 maja 2021 r.

¹⁷⁹ 2 071 844 233,57 zł.

¹⁸⁰ 8 979 477,3 tys. zł.

¹⁸¹ Pisma Ministerstwa Zdrowia z: 15 kwietnia 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG); 5 maja 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG); 1 lipca 2021 r. (BFC.320.83(2).2021.MG); z 29 lipca 2021 r. (BFC.320.83.2021.MG).

Finansowanie dodatkowych świadczeń pieniężnych w tym okresie następowało z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 88-129, 1424)

Z dniem 1 września 2020 r. dokonano zmiany art. 10a ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19 w zakresie źródła finansowania działań podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 10a ust. 1 ww. ustawy, poprzez wprowadzenie zapisu dotyczącego środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (na podstawie art. 20 pkt 5 ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z epidemią COVID-19). Zmiany tej nie uwzględniono w punkcie 2 załącznika do Polecenia MZ.

Piotr Bromber - Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Wskazanie w Poleceniu jako źródła jego finansowania wydatków budżetu państwa nie oznacza braku możliwości finansowania tych zadań z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Należy zwrócić uwagę na obowiązujący równolegle (tj. od 24 czerwca 2020 r.) przepis art. 65 ust. 6a ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19 wskazujący, iż środki Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 mogą być przeznaczone na finansowanie, dofinansowanie lub zwrot wydatków poniesionych na realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, również w przypadku, gdy ustawa lub przepisy odrębne przewidują finansowanie tego rodzaju zadań z budżetu państwa, w tym w formie wpłat lub dotacji z budżetu państwa. Wskazanie w poleceniu jako źródła finansowania „budżet państwa”, w rozumieniu ww. art. 65a ustawy z 31 marca 2020 r. oznaczało więc możliwość finansowania tego Polecenia zarówno ze środków budżetu państwa jak i środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Działanie takie gwarantowało pełną elastyczność finansowania, bowiem w 2020 r. nie było wiadome jak długo potrwa pandemia i jak długo będzie istniał Fundusz Przeciwdziałania COVID-19.*

(akta kontroli str. 1419-1421)

12. Minister, w ramach nadzoru nad realizacją wydanej przez siebie decyzji w formie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) dotyczącego dodatkowych świadczeń pieniężnych dla dyspozytorów medycznych, udzielał informacji i wyjaśnień dotyczących realizacji ww. Polecenia MZ, które nie zostały określone w Poleceniu MZ i nie wynikały z treści jego postanowień¹⁸², m.in.:

- a) „zasadę”, że wynagrodzenie należy rozumieć, jako wynagrodzenie „brutto” i że świadczenie dodatkowe obliczane jest jako pochodna od kwoty wynagrodzenia brutto danej osoby uprawnionej, natomiast zapis w punkcie 1 Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. odnoszący się do kwoty „brutto” dotyczył wyłącznie limitu dodatkowego świadczenia (15 tys. zł);
- b) „zasadę” niezwiłokrotniania świadczenia dodatkowego wynikającego z więcej niż jednego stosunku prawnego;
- c) „zasadę”, że przy ustalaniu wysokości świadczenia dodatkowego nie należało uwzględniać świadczeń pieniężnych mających charakter świadczeń emerytalno-rentowych, incydentalnych oraz niemających związku z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych, tj. m.in. nagród jubileuszowych;
- d) cel Polecenia, którym miało być przyznanie dyspozytorom medycznym gratyfikacji finansowej porównywalnej z wynikającej z art. 47 ust. 10 ustawy o zwalczaniu zakażeń (art. 47 ust. 10 posługuje się pojęciem dodatki o charakterze stałym).

(akta kontroli str. 152-169, 176-185, 1468-1476)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in., że konieczność takiego doprecyzowania wynikała z zapytań poszczególnych dysponentów, u których

¹⁸² Z 8 grudnia 2020 r. (DBR.522.9.2020.MS).

praktykowane były różne formy zatrudnienia i różne systemy wynagradzania w formie dodatków stałych i okazjonalnych.

(akta kontroli str. 1509-1511)

Mimo, że Minister wiedział o *konieczności doprecyzowania zasad wypłat dodatkowych świadczeń*, nie zostały one uwzględnione w treści Polecenia MZ, a także w umowach z podmiotami leczniczymi zawartymi przez Ministra w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym. NIK negatywnie ocenia niepodjęcie przez Ministra adekwatnych działań zaradczych polegających na dokonaniu formalnych zmian, doprecyzowujących warunki i zasady przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń określonych w ww. Poleceniu MZ, mimo jego zmian (w innym zakresie). Minister ograniczył swoje działania w tym zakresie do wydawania interpretacji, stanowisk oraz udzielania wyjaśnień.

(akta kontroli str. 628, 630, 651-675, 1570)

13. Minister nieprawidłowo przygotował realizację dodatkowych świadczeń pieniężnych dla dyspozytorów medycznych, gdyż w okresie od 1 stycznia do 22 marca 2021 r., nie zapewnił podstaw prawnych do planowania i wydatkowania środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla dyspozytorów medycznych zatrudnionych w dyspozytoriach, których prowadzenie zostało przejęte przez 11 wojewodów¹⁸³ (od 1 stycznia 2021 r.). Przekazane w okresie od 1 stycznia do 22 marca 2021 r. pisma (wnioski) w sprawie wypłaty dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym¹⁸⁴, nie były działaniami podjętymi na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10a, art. 10d ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19 oraz art. 8a ust. 9 ustawy o PIS. Minister, działając na podstawie art. 8a ust. 9 ustawy o PIS, dopiero 23 marca 2021 r. polecił wojewodom z mocą wsteczną – obowiązującą od 1 stycznia 2021 r. do odwołania wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego dyspozytorom medycznym. W okresie od stycznia do marca 2021 r. środki zawnioskowane bez podstawy prawnej przez 11 wojewodów i przekazane przez Ministra na wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym wyniosły łącznie 28 790,5 tys. zł¹⁸⁵.

(akta kontroli str. 188, 225-444, 1167, 1416, 1467)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Biorąc pod uwagę (...) napływające zapytania urzędów wojewódzkich spowodowane różnorodną interpretacją przepisów, na podstawie których Minister Zdrowia opierał swoje wcześniejsze polecenia / wytyczne, decyzją kierownictwa Ministerstwa Zdrowia zostało przygotowane nowe Polecenie, na podstawie art. 8a ust. 9 ustawy o PIS, które ma jasne zastosowanie dla urzędów wojewódzkich. Należy zaznaczyć, że wszystkie cytowane powyżej przepisy stanowią wystarczającą podstawę prawną, aby wyasygnować i przekazać wojewodom środki na dodatkowe wynagrodzenie dyspozytorów medycznych w związku z walką z COVID-19 – zarówno, gdy dyspozytorzy są pracownikami urzędów wojewódzkich, jak i w sytuacji, gdy prowadzenie dyspozytorni zostało przez wojewodę powierzone dysponentowi zespołów ratownictwa medycznego i tym samym dyspozytorzy pozostają pracownikami podmiotu leczniczego.*

(akta kontroli str. 472, 639)

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu. Wyłączną podstawą przekazania środków na dodatkowe świadczenia dla dyspozytorów medycznych w 2021 r. było Polecenie MZ, wydane na podstawie ustawy o PIS, a nie pisma pracowników Ministerstwa w sprawie kontynuacji wypłat dodatkowych świadczeń.

¹⁸³ Wojewodów: Kujawsko-Pomorskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Małopolskiego, Mazowieckiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Podlaskiego, Śląskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego.

¹⁸⁴ Pisma z 8 stycznia 2021 r. i 16 lutego 2021 r.

¹⁸⁵ 28 790 448,35 zł.

14. Minister nie skorzystał z posiadanych uprawnień i nie przeprowadził w latach 2020-2021 kontroli w zakresie prawidłowości przyznawania i rozliczania dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym. W ocenie NIK znacząca wysokość przekazanych środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym, a także wydane interpretacje i udzielone wyjaśnienia w sprawie warunków i zasad przyznawania oraz wypłaty dodatkowych świadczeń na podstawie Polecenia MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.), które nie zostały w nim określone, były wystarczającymi przesłankami do przeprowadzenia kontroli.

(akta kontroli str. 651-675, 1412-1415, 1507,1570)

Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu wyjaśnił, m.in., że zapis dotyczący przeprowadzania kontroli zawarty w ww. umowach stanowił o takiej możliwości, a nie o obowiązku. Nie wpływały również żadne sygnały o nieprawidłowościach realizacji umów, a odpowiedzi na wszelkie pytania od dysponentów były udzielane na bieżąco. Ponadto umowy obejmujące wypłatę dodatkowego świadczenia pieniężnego dla dyspozytorów medycznych obowiązywały w bardzo krótkim przedziale czasu: od 16 listopada do 31 grudnia 2020 r., i był to czas pandemii, który z oczywistych przyczyn ograniczał możliwości przeprowadzania kontroli na miejscu u dysponentów. Ponadto wskazują, że podstawą systemu planowania kontroli w Ministerstwie Zdrowia są: priorytety działalności kontrolnej ustalone przez Prezesa Rady Ministrów, wyniki wcześniejszych kontroli, skargi i wnioski oraz inne sygnały o nieprawidłowościach, a także propozycje zgłaszane przez komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia. Kontrolowane były sprawozdania z wypłaty dodatkowych świadczeń pod kątem prawidłowości ich naliczania.

(akta kontroli str. 1412-1415, 1507)

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach Piotra Brombera – Podsekretarza Stanu. Nałożenie na stacje pogotowia ratunkowego obowiązku wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych, na podstawie Poleceń MZ, jako działania związanego z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, dotyczyło wydatkowania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Działania podejmowane przez Ministra powinny mieć związek z zapewnieniem realizacji celów Polecenia MZ nałożonych na podmioty zobowiązane do wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnych. W latach 2020-2021 na dodatkowe świadczenia pieniężne na podstawie Poleceń MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) i 23 marca 2021 r. wydatkowano łącznie 55 356,2 tys. zł¹⁸⁶ bez kontroli i sprawdzenia czy wypłacane świadczenia były należne, tj. czy wypłata dodatkowych świadczeń dyspozytorom medycznym była realizowana zgodnie z zasadami określonymi w Poleceniach MZ i czy faktycznie przekazano środki finansowe osobom uprawnionym, a niewykorzystane środki zwrócono.

(akta kontroli str. 156-163, 196-198, 785a-786a, 788a, 1416)

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że obowiązkiem kierownika jednostki określonym w art. 69 ust. 1 pkt 3 ufp jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej. Według art. 68 ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 7 ufp celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi; skuteczności i efektywności działania; ochrony zasobów i zarządzania ryzykiem. W związku z powyższym NIK zwraca również uwagę na konieczność:

¹⁸⁶ 55 356 235,37 zł.

- 1) Zapewnienia funkcjonowania adekwatnego systemu kontroli zarządczej, w kierowanym przez siebie dziale administracji rządowej i Ministerstwie, w szczególności poprzez prowadzenie nadzoru nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji, o czym stanowi standard 11. kontroli zarządczej określony w Komunikacie Ministra Finansów.
- 2) Adekwatnego reagowania na zidentyfikowane ryzyka w funkcjonowaniu podległych / nadzorowanych jednostek w zmienionych warunkach, o czym stanowią standardy 7. i 9. kontroli zarządczej określone w Komunikacie Ministra Finansów, w szczególności mając na uwadze zapewnienie terminowego przekazywania środków finansowych na realizowanie zleconych przez siebie zadań.
- 3) Wypracowania kompleksowych rozwiązań w zakresie przeprowadzania kontroli zadań sfinansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 celem monitorowania i oceny realizacji zadań z uwzględnieniem kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności, o czym stanowi standard 6. kontroli zarządczej określony w Komunikacie Ministra Finansów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę na ryzyko braku możliwości oszacowania niezasadnie wydatkowanych kwot dodatkowych świadczeń pieniężnych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, w związku z określeniem w niedostateczny sposób przez Ministra (jak również przez nadzorowany przez niego Fundusz) zakresu danych raportowanych przez podmioty lecznicze na etapie ubiegania się o przekazanie środków finansowych przez NFZ.

Jednocześnie w wyniku nieprawidłowego określenia, przez dyrektorów OW NFZ w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi, warunku przyznawania i wypłaty dodatkowych świadczeń w szpitalach II / III poziomu zabezpieczenia za kontakt z pacjentami jedynie podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, istnieje wysokie prawdopodobieństwo braku możliwości zwrotu tych środków i konieczności uznania za utracone aktywa pieniężne Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) Przeprowadzenie czynności kontrolnych w NFZ w zakresie realizacji zadań określonych w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) dotyczących przekazywania podmiotom leczniczym środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne w celu zidentyfikowania i oszacowania kwot nienależnie wydatkowanych – na podstawie uprawnienia kontrolnego określonego m.in. w art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy o kontroli w administracji rządowej.
- 2) Podjęcie działań w celu przeprowadzenia czynności kontrolnych przez NFZ, w zakresie realizacji zasad i warunków określonych w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (ze zm.) oraz w umowach w celu wyegzekwowania zwrotu nienależnie wydatkowanych środków na dodatkowe świadczenia pieniężne w przypadkach ustalenia nieprawidłowości w ich wypłacie – na podstawie uprawnienia kontrolnego określonego w punkcie 11 ww. Polecenia MZ oraz w umowach zawartych przez NFZ z podmiotami leczniczymi.
- 3) Przeprowadzenie kontroli wypłat dodatkowych świadczeń pieniężnych dyspozytorom medycznym, w zakresie realizacji warunków i zasad określonych w Poleceniach MZ z 16 listopada 2020 r. (ze zm.) i 23 marca 2021 r. (ze zm.) w celu wyegzekwowania zwrotu nienależnie wydatkowanych środków na dodatkowe świadczenia pieniężne w przypadkach ustalenia nieprawidłowości w ich wypłacie – na podstawie posiadanych przez Ministra uprawnień kontrolnych.
- 4) Dokonanie kompleksowej oceny działalności w zakresie realizacji Poleceń w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, celem zapewnienia warunków dla rzetelnego wykonywania zadań ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za zadania podmiotu upoważnionego przez Prezesa Rady Ministrów, na podstawie art. 65 ust 3 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu COVID-19, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 3 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 Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 4 stycznia 2023 r.

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

Z up.

.....
podpis