



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.411.003.04.2021

**Pan
Łukasz Sendecki
Dyrektor
Dolnośląskiego Oddziału
Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Narodowy Fundusz Zdrowia
Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu
ul. Joannitów 6
50-525 Wrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ , ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Sendecki, Dyrektor DOW NFZ od 1 listopada 2020 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (do 30 września), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Violetta Matuszewska-Potempska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LWR/212/2021 z 6 grudnia 2021 r.

(akta kontroli: t. I str. 1, 334-344)

¹ Dalej: DOW NFZ lub Oddział.

² Dalej: Dyrektor. W okresie objętym kontrolą funkcję tę pełnili również: od 4 listopada 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r. Zbigniew Terek, a od 1 września 2020 r. do 31 października 2020 r. Łukasz Sendecki (p.o.).

³ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Oddział zrealizował Polecenia Ministra Zdrowia w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń i na podstawie stosownych umów przekazał 55 pomiotom leczniczym łącznie 614 015 674,69 zł⁵ na ich wypłatę, co odpowiadało 15,5% poniesionych przez DOW NFZ kosztów leczenia⁶. Przedmiotowe umowy zostały zawarte według wzorów przekazanych przez Centralę NFZ i niezmodyfikowanych przez Oddział. Niemniej NIK zwraca uwagę, że w 42 umowach (100%) zawartych przez DOW NFZ⁷, według wzoru przekazanego przez Centralę NFZ pismem z 6 listopada 2020 r.⁸, dotyczących przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatków covidowych, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach z II i III poziomem zabezpieczenia, użyto sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”. Cytowany zapis mógł stanowić podstawę do wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu udzielającemu świadczeń zdrowotnych pacjentom nie tylko z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także jedynie z podejrzeniem zakażenia tym wirusem. Tymczasem w pkt 1 ppkt 1a lit. a zmienionego Polecenia Ministra Zdrowia z mocą obowiązującą od dnia 1 listopada 2020 r. określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania dodatkowego świadczenia były osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹, które uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiotach z II i III poziomem zabezpieczenia i miały bezpośredni kontakt „z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”.

Objęta badaniem dokumentacja dotycząca rozliczeń pięciu podmiotów¹⁰ wykazała, że otrzymały one łącznie 241 116 410,95 zł¹¹, co stanowiło 37,6% przekazanych na ten cel środków finansowych ogółem. Cztery z tych podmiotów¹² złożyły korekty dokumentów dotyczących wypłat dodatków, skutkujące wzrostem wypłaconych kwot o 186% do 28 770 852,11 zł dla łącznie 4 986 osób (wzrost o 175%). Środki te przekazane zostały w terminach wynikających z zawartych umów, po przeprowadzeniu weryfikacji w zakresie wymaganym Poleceniem Ministra Zdrowia.

Najwięcej środków finansowych w województwie dolnośląskim na dodatkowe świadczenia w kwocie 121 606 965,73 zł otrzymał Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu¹³ (19,0% środków przekazanych na ten cel) oraz 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu¹⁴, tj. 59 653 741,75 zł (9,0%).

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszej kontroli zastosowano opisową ocenę ogólną.

⁵ W okresie od 1 maja 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. (według stanu na 31 października 2021 r.).

⁶ Koszty świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w tym pacjentów leczonych z podejrzeniem/zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

⁷ Obowiązujących w okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.

⁸ Oraz we wzorze informacji o wysokości łącznej kwoty do zapewnienia dodatkowych świadczeń.

⁹ Dz.U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁰ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu dalej: DSZS, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego dalej: WSZSG, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego dalej: WSZSK, Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu dalej: Pogotowie.

¹¹ W okresie od 1 maja 2020 r. do 30 września 2021 r. (według stanu na 31 października 2021 r.).

¹² W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r.

¹³ Dalej: USZK.

¹⁴ Dalej: 4 WSK.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja Poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Opis stanu faktycznego

1. Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.) Oddział zawarł umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, dodatkowego świadczenia, określonego w Poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r.¹⁵ (zmienionego m.in. z dniem 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r.) z:

- 37 podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne oraz jednym podmiotem – w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (określonymi w pkt 1 ppkt 1 Polecenia MZ);
- 54 podmiotami leczniczymi, w których skład wchodziły jednostki Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego¹⁶ (20) oraz izby przyjęć (34), (określonymi w pkt 1 ppkt 2 Polecenia MZ);
- 14 podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku badania SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria zamieszczone w wykazie prowadzonym przez NFZ (określonymi w pkt 1 ppkt 3 Polecenia MZ).

(akta kontroli: t. II str. 174-186)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że po otrzymaniu z Centrali NFZ stosownych Poleceń MZ oraz wzorów umów dotyczących wypłacania dodatkowego świadczenia pieniężnego¹⁷, wytypowane zostały podmioty lecznicze spełniające warunki określone dla „podmiotu uprawnionego”. Następnie drogą e-mailową, kierowane były umowy z informacją o sposobie przekazywania wymaganych danych. Informacje o przekazywaniu dokumentów księgowych zostały zamieszczone w komunikacie na stronie internetowej DOW NFZ. Zarówno w przypadku informowania o Poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r., jak i o zmianach do tego dokumentu - do przekazywania informacji podmiotom uprawnionym DOW NFZ korzystał z platform komunikacyjnych - Portal Świadczeniodawcy, korespondencji, w tym także poczty elektronicznej, strony internetowej www.nfz-wroclaw.pl.

(akta kontroli: t. I str. 146-152)

NIK zwraca uwagę, że w 42 umowach (100%) zawartych przez DOW NFZ obowiązujących w okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., dotyczących przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach z II i III poziomem zabezpieczenia, użyto sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”. Przedmiotowe umowy zostały zawarte wg wzoru przekazanego przez Centralę NFZ pismem z dnia 6 listopada 2020 r.¹⁸, w którym określono ten wymóg. Tymczasem w pkt 1 ppkt 1a

¹⁵ Dalej: Polecenie MZ.

¹⁶ Dalej: jednostki PRM.

¹⁷ Dotyczy pisma z 11 września 2020 r. przekazującego Polecenie MZ z dnia 4 września 2020 r. wraz ze wzorami umów pisma z dnia 6 listopada 2020 r. przekazującego zmianę Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r.

¹⁸ Oraz we wzorze informacji o wysokości łącznej kwoty do zapewnienia dodatkowych świadczeń.

lit. a zmienionego Polecenia MZ z mocą obowiązującą od 1 listopada 2020 r. określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania dodatkowego świadczenia były osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, które uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiotach II i III poziomu zabezpieczenia i miały „bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”.

(akta kontroli: t. I str. 2-39, t. II str. 176, 187-190)

W przywołanym piśmie Centrali NFZ z dnia 6 listopada 2020 r. wskazano również, że powyższe wzory umów i aneksów do umów mogą być przez Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ modyfikowane w zakresie w jakim nie będzie to sprzeczne ze zmianą Polecenia MZ obowiązującą od dnia 1 listopada 2020 r., przy czym należy wskazać, że sam wzór umowy przekazany przez Centralę NFZ był sprzeczny z przywołanym dokumentem.

Oddział nie dokonał modyfikacji i nie zmienił treści § 1 ust. 2 wzoru umowy dotyczącej przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia pieniężne w szpitalach z II i III poziomem zabezpieczenia.

Zapis określony w 42 ww. umowach (100%), obowiązujących od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., umożliwiał wypłatę dodatkowego świadczenia pieniężnego personelowi medycznemu uczestniczącemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z pacjentami m.in. jedynie z podejrzeniem zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli: t. I str. 2-39, 286-293, t. II str. 176, 187-190)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że: przedmiotowe umowy/aneksy zostały zawarte z uprawnionymi świadczeniodawcami z wykorzystaniem wzorów przekazanych przez Centralę NFZ pismem z dnia 6 listopada 2020 r. Pismo to zostało wysłane do wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ z informacją: „do wykorzystania w toku realizacji przedmiotowego Polecenia MZ z dnia 1 listopada 2020 r., znak: DSZ.2245954”. Brak zmian w treści dokumentów wynikał przede wszystkim z faktu, że Polecenia MZ ulegały zmianom (od września do listopada 2020 r. trzykrotnie). Zmieniono krąg osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz zmieniała się jego wysokość. Zmiany te wzbudzały wątpliwości podmiotów leczniczych, których liczba w okresie od września do listopada 2020 r. znacząco wzrosła, a także DOW NFZ, w zakresie prawidłowego zakwalifikowania osób uprawnionych do wypłaty dodatkowego świadczenia. W związku z tymi niejasnościami Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie przekazywało nowe interpretacje, w których doprecyzowane były wytyczne dotyczące wypłaty dodatkowego wynagrodzenia. Powyższe okoliczności sprawiły, że DOW NFZ nie zdecydował się na indywidualną zmianę treści otrzymanych wzorów umów i aneksu w tak istotnym zakresie. Podkreślił również, że 1 grudnia 2020 r. w Portalu Świadczeniodawcy, DOW NFZ umieścił komunikat dla świadczeniodawców, w którym podmioty lecznicze zostały poinformowane, że dodatkowe świadczenie przysługuje osobom, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS CoV-2. Ponadto w przypadku wątpliwości podmiotów leczniczych, co do zapisów zawartych w umowie lub aneksie, dotyczących warunków jakie musi spełniać personel uprawniony do dodatkowego świadczenia pieniężnego przyznawanego w oparciu o Polecenia Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. ze zm., DOW NFZ każdorazowo informował, że w odniesieniu do szpitali z II i III poziomem zabezpieczenia jednym z warunków przyznania dodatkowego świadczenia jest udzielanie świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Podmiotom uprawnionym zostało także przekazane stanowisko Ministra Zdrowia przedstawione członkom Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 9 grudnia 2020 r.¹⁹ oraz jego uzupełnienie z dnia 11 grudnia 2020 r.

(akta kontroli: t. I str. 286-293)

Ponadto Dyrektor DOW NFZ podkreślił, że opinie i interpretacje w sprawie wypłacania pieniężnego dodatku „covidowego” DOW NFZ otrzymywał z Ministerstwa Zdrowia, za pośrednictwem Centrali NFZ. W związku ze zgłaszanymi przez świadczeniodawców, pracowników medycznych i niemedycznych (dodatki jednorazowe), radców prawnych, związki zawodowe, licznymi wątpliwościami i zapytaniami odnośnie do wypłacania przedmiotowego dodatku, Oddział prowadził i prowadzi nadal korespondencję w powyższej sprawie, przy czym odpowiedzi opierają się na ww. opiniach i interpretacjach z Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli: t. I str. 146-152)

Od 1 czerwca 2021 r. (po zmianie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r.) Oddział rozwiązał wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w skład, których wchodziły jednostki PRM, izby przyjęć oraz z podmiotami, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria ujęte na liście prowadzonej przez MZ. Od 1 czerwca do 30 września 2021 r. obowiązywały umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia zawarte z siedmioma podmiotami leczniczymi, udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ramach II poziomu zabezpieczenia.

Dyrektor DOW NFZ był upoważniony do zawierania, rozliczania i rozwiązywania umów w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia, na podstawie stosownych pełnomocnictw Prezesa NFZ.

(akta kontroli: t. II str. 174-190)

Badanie umów zawartych z pięcioma podmiotami leczniczymi na wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (obowiązujących w okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r.), wykazało, że podmioty te spełniały warunek określony w pkt 1 ppkt 3 Polecenia MZ zmienionego z dniem 1 listopada 2020 r., tj. były umieszczone na stosownej liście prowadzonej przez MZ.

(akta kontroli: t. I str. 442-530, t. II str. 1-59)

2. W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.) Oddział zawarł umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie innym osobom niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, jednorazowego dodatkowego świadczenia, określonego w Poleceniu MZ (zmienionego z dniem 1 listopada 2020 r.) z:

- 36 podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne oraz jednym podmiotem – w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (określonymi w pkt 1 ppkt 1 Polecenia MZ);
- 47 podmiotami leczniczymi, w których w skład wchodziły jednostki PRM (18) oraz izby przyjęć (29), (określonymi w pkt 1 ppkt 2 Polecenia MZ);
- 14 podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria zamieszczone w wykazie prowadzonym przez NFZ (określonymi w pkt 1 ppkt 3 Polecenia MZ);

¹⁹ W którym potwierdzono warunek dodatkowego świadczenia za udzielanie świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

– 13 podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia w zakresie transportu sanitarnego (określonymi w pkt 1c Polecenia MZ).

(akta kontroli: t. I str. 174-186)

W umowach zawartych przez Oddział, dotyczących przekazania środków finansowych na zapewnienie jednorazowego świadczenia dodatkowego dla podmiotów leczniczych, w których w skład wchodziły jednostki PRM oraz izby przyjęć, jak również dla podmiotów leczniczych udzielającymi świadczenia w zakresie transportu sanitarnego, w sposób prawidłowy użyto sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”. Wymóg ten został określony we wzorze umów ustalonym przez Centralę NFZ.

(akta kontroli: t. I str. 442-530, t. II str. 1-59)

Badanie umów zawartych z pięcioma podmiotami leczniczymi na wykonywanie transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, wykazało, że podmioty te były umieszczone w stosownym wykazie prowadzonym przez NFZ.

(akta kontroli: t. I str. 356)

Dyrektor DOW NFZ był upoważniony do zawierania, rozliczania i rozwiązywania umów w sprawie przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenia, na podstawie stosownych pełnomocnictw Prezesa NFZ.

(akta kontroli: t. I str. 326-333)

W trzech aneksach do umów²⁰ (13%), zawartych na przekazanie dodatkowych środków finansowych, nie wykazano daty ich zawarcia. Przyczyną tego stanu była omyłka pisarska.

(akta kontroli: t. I str. 442-531, t. II str. 1-80)

3. Od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. (wg stanu na dzień 31 października 2021 r.) Oddział przekazał 55 uprawnionym podmiotom leczniczym środki finansowe na wypłatę dodatkowych świadczeń w kwocie ogółem 640 074 589,07 zł (łącznie w 103 386 przypadkach), z tego: 625 719 112,03 zł personelowi medycznemu oraz 14 355 477,04 zł osobom innym niż personel medyczny.

a) W 2020 r. przekazano 192 282 611,74 zł (w 35 843 przypadkach) – najwięcej w ostatnich dwóch miesiącach 2020 r. (po zmianie Polecenia MZ obowiązującego od 1 listopada 2020 r.) – 168 431 899,93 zł (tj. 26%), z tego: za grudzień – 82 547 853,87 zł (87,5%) na wypłatę dodatkowego świadczenia w 12 438 przypadkach (personel medyczny) oraz za listopad – 85 894 046,06 zł (44,6%) w 13 072 przypadkach (personel medyczny).

Od 1 stycznia do 30 września 2021 r. przekazano 447 791 977,33 zł (w 67 543 przypadkach) – najwięcej za marzec – 83 930 009,76 zł (18,7%) na wypłatę dodatkowego świadczenia w 12 833 przypadkach (personel medyczny) oraz za kwiecień – 92 424 139,51 zł (20,6%) w 13 630 przypadkach (personel medyczny).

b) Najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenie w województwie otrzymał USZK w łącznej kwocie 121 606 965,73 zł (co odpowiadało 19% środków finansowych przekazanych ogółem). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 17 142 przypadków osób uprawnionych (tj. 16,5% przypadków ogółem). Następnym w kolejności był 4 WSZK, który otrzymał łącznie środki w wysokości 59 653 741,75 zł (co odpowiadało 9% środków finansowych przekazanych ogółem).

²⁰ Aneksy: nr 1 do umowy z dnia 28 października 2020 r. zawartej z USZK (dla II i III poziomu zabezpieczenia), nr 2 do umowy nr 19/MED/3101109/2020 (dla II poziomu zabezpieczenia), nr 2 do umowy nr 19/MED/3101059/2020 (dla II poziomu zabezpieczenia). Spośród 22 objętych badaniem umów/aneksów.

Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 9 581 przypadków osób uprawnionych (tj. 9% łącznej liczby świadczeń).

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

4. Szczegółową analizą objęto dokumentację pięciu podmiotów leczniczych (tj. USZK, DSZS, WSZSG, WSZSK, Pogotowie), które od 1 maja 2020 r. do 30 września 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.), otrzymały łącznie 241 116 410,95 zł (co odpowiadało 37,6% przekazanych na ten cel środków finansowych ogółem) w 36 003 przypadkach (tj. 35 339 przypadków personelu medycznego i 664 innych osób), co odpowiadało 34,8% przypadków ogółem.

4.1. W wyniku przeprowadzonego badania ustalono, że:

a) Od maja 2020 r. do 30 września 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.) najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenie z objętych analizą pięciu podmiotów otrzymał USZK w łącznej kwocie 121 606 965,73 zł (co odpowiadało 19% środków finansowych przekazanych ogółem). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 17 142 przypadków osób uprawnionych (tj. 16,5% ogółem). Drugie pod względem wartości środki finansowe otrzymał DSZS łącznie 35 262 452,61 zł (co odpowiadało 5,5% środków). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 4 507 przypadków osób uprawnionych (tj. 4,3% ogółem). Trzecie pod względem wartości środki finansowe otrzymał WSZSG w łącznej kwocie 33 644 245,84 zł (co odpowiadało 5,2% środków). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 5 761 przypadków osób uprawnionych (tj. 5,57% ogółem). Następny w kolejności był WSZSK, który otrzymał kwotę w wysokości 30 817 780,33 zł (4,8% środków ogółem). Świadczeniem tym objęto 5 520 przypadków osób uprawnionych (tj. 5,3% ogółem). Najmniej środków z objętych analizą pięciu podmiotów otrzymało Pogotowie, tj. 19 784 966,44 zł (3% ogółem) i kwota ta dotyczyła 3 073 przypadków osób uprawnionych (tj. 2,9% ogółem). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 36 003 przypadków osób uprawnionych (tj. 34,8% ogółem).

b) Od listopada 2020 r. do maja 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.) – po rozszerzeniu zakresu podmiotowego i przedmiotowego Polecenia MZ (zmianą z dnia 1 listopada 2020 r.), m.in. w zakresie wysokości dodatku w kwocie 100% wynagrodzenia oraz maksymalnej jego wartości (15 000 zł) – objęte analizą podmioty lecznicze zgłosiły do otrzymania dodatkowego świadczenia łącznie 29 257 przypadków – osób uprawnionych (28 905 przypadków personelu medycznego i 352 innych osób), co odpowiadało 28,2% zgłoszonych przypadków ogółem, na łączną kwotę 218 038 220,02 zł (tj. 34% środków ogółem), z tego o:

- 106 763 645,84 zł (co odpowiadało 86,7% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do września 2021 r.) wystąpił USZK, który zgłaszał najczęściej osób miesięcznie, tj. 2 083 osoby (w listopadzie 2020 r.) na kwotę 15 074 734,82 zł i 1 639 osób (w styczniu 2021 r.) na kwotę 14 573 204,23 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 13 024 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 76% przypadków od maja 2020 r. do września 2021 r.);
- 34 499 476,74 zł (co odpowiadało 97,8% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do września 2021 r.) wystąpił DSZS, który zgłaszał od 659 osób (w listopadzie 2020 r.) na kwotę 5 279 958,91 zł do 645 osób (w kwietniu 2021 r.) na kwotę 5 809 885,59 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 4 131 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 91,6% przypadków od maja 2020 r. do września 2021 r.);
- 26 225 207,17 zł (co odpowiadało 77,9% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do września 2021 r.) wystąpił WSZSG, który zgłaszał od 473 osób (w listopadzie

2020 r.) na kwotę 3 603 167,18 zł do 593 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 3 796 582,51 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 3 518 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 61% przypadków od maja 2020 r. do września 2021 r.);

- 30 764 923,83 zł (co odpowiadało 99,8% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do września 2021 r.) wystąpił WSZSK, który zgłaszał od 871 osób (w listopadzie 2020 r.) na kwotę 4 776 571,33 zł do 1163 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 3 796 582,51 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 5 511 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 99,8% przypadków od maja 2020 r. do września 2021 r.);
- 19 784 966,44 zł (co odpowiadało 100% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do września 2021 r.) wystąpiło Pogotowie, które zgłaszało od 424 osób (w listopadzie 2020 r.) na kwotę 2 665 821,54 zł do 481 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 3 000 594,06 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 3073 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 100% przypadków od maja 2020 r. do września 2021 r.).

(akta kontroli: t. I str. 378-385, t. II str. 187-190)

4.2. Od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r. Wojewoda Dolnośląski stosownymi decyzjami zlecił objętym analizą podmiotom leczniczym realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w ramach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia²¹), tj. zapewniono w²²:

– USZK w ramach:

- I poziomu zabezpieczenia: 10-15 łóżek w styczniu 2021 r., po 10 w listopadzie i grudniu 2020 r., lutym, marcu i osiem w sierpniu 2021 r., 8-10 w maju 2021 r., po osiem łóżek w czerwcu, lipcu, wrześniu 2021 r.;
- II poziomu zabezpieczenia: po 10 łóżek od sierpnia do września 2021 r., 10-15 łóżek w czerwcu 2021 r., 86-181 w listopadzie i 152-173 w grudniu 2020 r., 110-149 w styczniu 2021 r., 80 w lutym 2021 r., 82-156 w marcu 2021 r., 88-105 w kwietniu 2021 r., 23-88 łóżek w maju 2021 r.;
- III poziomu zabezpieczenia: 107 łóżek w listopadzie 2020 r., po 51 łóżek od lutego do maja 2021 r. w następujących zakresach świadczeń: neonatologia, ginekologia i położnictwo;

- WSZSK w ramach:

- I poziomu zabezpieczenia: po pięć od lutego do czerwca 2021 r., 5-12 w styczniu 2021 r. oraz po 12 w listopadzie-grudniu 2020 r.;
- II poziomu zabezpieczenia: w listopadzie i grudniu 2020 r. odpowiednio 29-31 i 31 łóżek, natomiast od stycznia do maja 2021 r. odpowiednio: 22-31, 22, 22-50, 29-50, 29;

²¹ Od listopada 2020 r. do maja 2021 r. 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 (lecz głównym powodem ich hospitalizacji nie był COVID-19); IV poziom: to szpitale hybrydowe, które łączyły w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie.

²² Wyliczeń liczby łóżek dokonano dla podmiotu leczniczego przyjmując zasadę: najmniejsza i największa liczba łóżek w miesiącu dla każdej lokalizacji. W przypadku USZS liczba łóżek w 2020 r. dotyczy trzech lokalizacji, a w 2021 r. czterech lokalizacji tego podmiotu.

- III poziomu zabezpieczenia: w maju i czerwcu 2021 r. odpowiednio: 76 i 58-76 łóżek w następujących zakresach świadczeń: neonatologia, ginekologia i położnictwo;
- DSZS w ramach:
 - I poziomu zabezpieczenia: po pięć łóżek od grudnia 2020 r. do kwietnia 2021 r., po sześć łóżek od czerwca do września 2021 r., 5-30 w listopadzie 2020 r. oraz 2-6 w maju 2021 r.;
 - II poziomu zabezpieczenia: w listopadzie i grudniu 2020 r. odpowiednio: 28-61 i 10-61 łóżek, od stycznia do maja 2021 r. odpowiednio: 10-20, 16-22, 22-88, 47-105, 24-47 łóżek;
- WSZSG w ramach:
 - II poziomu zabezpieczenia: w czerwcu 2021 r. 30-150 łóżek, w lipcu i sierpniu 2021 r. po 30 łóżek, we wrześniu 2021 r. 30-40 łóżek;
 - IV poziomu zabezpieczenia: w listopadzie i grudniu 2020 r. odpowiednio: 200 i 180-200 łóżek, od stycznia do maja 2021 r. odpowiednio: 160-180, 160, 160-257, 200, 175-200 łóżek.

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

4.3. W przedmiocie przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia personelowi medycznemu, Dyrektor DOW NFZ zawarł następujące umowy (obowiązujące w okresie od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r.) z:

- USZK – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją: świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia,
 - osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej,
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i izbach przyjęć,
- DSZS – dwa rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją: świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia,
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i izbach przyjęć,
- WSZSG – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją: świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia,
 - osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej,

- osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i izbach przyjęć;
- WSZSK – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia,
 - osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej,
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i izbach przyjęć,
- Pogotowiem - jeden rodzaj umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i izbach przyjęć.

W przedmiocie przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej (personelowi niemedycznemu), na podstawie zmiany Polecenia MZ z dnia 28 maja 2021 r. Dyrektor DOW NFZ zawarł następujące rodzaje umów (obowiązujące w okresie od 1 listopada 2020 r. do 30 września 2021 r.):

- USZK – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym, w podmiotach z II i III poziomem zabezpieczenia, czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w jednostkach PRM i izbach przyjęć,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w laboratoriach diagnostycznych (podmiotów z I, II i III poziomem zabezpieczenia) wykonujących testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2,
- DSZS – dwa rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym, w podmiotach z II i III poziomem zabezpieczenia, czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w jednostkach PRM i izbach przyjęć;
- WSZSG – trzy rodzaje umów, z tego o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym, w podmiotach z II, III i IV poziomem zabezpieczenia, czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
 - osobom wykonującym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w jednostkach PRM i izbach przyjęć,

- osobom wykonującym czynności zawodowe w laboratoriach diagnostycznych (podmiotów z I, II i III poziomem zabezpieczenia) wykonujących testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2,
- WSZSK – jeden rodzaj umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym, w podmiotach z II i III poziomem zabezpieczenia, czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- Pogotowiec – jeden rodzaj umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia:
 - osobom wykonującym czynności zawodowe/udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego, i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli: t. I str. 442-531, t. II str. 1-121, 174-190)

4.4. Liczba zgłoszonego personelu medycznego w pięciu poddanych kontroli podmiotach (w ramach: II i III poziomu zabezpieczenia, jednostek PRM/izb przyjęć, laboratorium), w okresie objętym kontrolą²³ w odniesieniu do posiadanych łóżek covidowych (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu, w tym posiadanych na I poziomie zabezpieczenia) wyniosła:

- w USZK – siedem²⁴ i 11 osób odpowiednio w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 13 i 18 osób odpowiednio w kwietniu i czerwcu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II oraz III poziomem zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń²⁵);

- w WSZSK - 20 i 14 osób odpowiednio w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 20 i 19 osób odpowiednio w lutym i kwietniu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II i III poziomem zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń²⁶);

- w WSZSG – po dwie osoby w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz po trzy osoby odpowiednio w lutym i sierpniu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II i IV poziomem zabezpieczenia);

- w DSZS – siedem i dziewięć osób odpowiednio w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 20 i 17 osób odpowiednio w styczniu i lutym 2021 r.; (szpital z II poziomem zabezpieczenia).

Liczba zgłoszonego personelu medycznego w ramach II i III poziomu zabezpieczenia na łóżko covidowe (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu posiadanych w II i III poziomie)²⁷ wyniosła:

- w USZK – siedem i 11 osób odpowiednio w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 12 i 28 osób odpowiednio w lutym i czerwcu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II i III poziomem zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń);

- w WSZSK - 26 i 18 osób odpowiednio w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 23 i 20 osób odpowiednio w lutym i kwietniu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II i III poziomem zabezpieczenia w dwóch zakresach świadczeń);

- w WSZSG – po dwie osoby w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz dwie i trzy osoby odpowiednio w lipcu i sierpniu 2021 r., na łóżko covidowe; (szpital z II i IV poziomem zabezpieczenia);

²³ Na przykładzie listopada i grudnia 2020 r. oraz dwóch miesięcy 2021 r. o najwyższym wskaźniku z badanego okresu.

²⁴ W każdym przypadku występowania danych w układzie dziesiętnym, dokonano zaokrąglenia do pełnych liczb według obowiązujących zasad matematycznych.

²⁵ Neonatologia, ginekologia i położnictwo.

²⁶ Neonatologia, ginekologia i położnictwo.

²⁷ Na przykładzie listopada i grudnia 2020 r. oraz dwóch miesięcy 2021 r. o najwyższym wskaźniku z badanego okresu.

- w DSZS – po dziewięć osób w listopadzie i grudniu 2020 r. oraz 20 i 17 osób odpowiednio w styczniu i lutym 2021 r.; (szpital z II poziomem zabezpieczenia).

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

W przypadku jednorazowego świadczenia dodatkowego liczba zgłoszonego personelu niemedycznego w pięciu poddanych kontroli podmiotach (w ramach: II i III poziomu zabezpieczenia, jednostek PRM/izb przyjęć, laboratorium oraz transportu sanitarnego), w odniesieniu do posiadanych łóżek covidowych (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu, w tym posiadanych na I poziomie zabezpieczenia), wynosiła:

- w USZK – 13 osób w czerwcu 2021 r., na łóżko covidowe;
- w WSZSK – jedna osoba w maju 2021 r., na łóżko covidowe;
- w WSZSG – 0,3 osoby²⁸ w maju 2021 r., na łóżko covidowe;
- w DSZS – trzy osoby w maju 2021 r., na łóżko covidowe.

Natomiast liczba zgłoszonego personelu niemedycznego w ramach II i III poziomu zabezpieczenia na łóżko covidowe (wg największej liczby łóżek covidowych w miesiącu posiadanych w II i III poziomie) wyniosła:

- w USZK – 17 osób w czerwcu 2021 r., na łóżko covidowe;
- w WSZSK – jedna osoba w maju 2021 r., na łóżko covidowe;
- w WSZSG – 0,3 osoby²⁹ w maju 2021 r., na łóżko covidowe;
- w DSZS – dwie osoby w maju 2021 r., na łóżko covidowe.

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

5. Od 1 maja 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. (wg stanu na 31 października 2021 r.) poniesione przez DOW NFZ koszty świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w tym pacjentów leczonych z podejrzeniem/zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, wynosiły łącznie 3 949 817 449,17 zł, a koszty dodatków covidowych 614 015 674,69 zł (co odpowiadało 15,5% ww. kosztów leczenia) zrealizowanych w 55 podmiotach leczniczych, z którymi Oddział podpisał stosowne umowy w zakresie świadczeń dodatkowych, z tego:

- w 2020 r. (w okresie od maja do grudnia) – na leczenie poniesiono koszty w kwocie 2 194 758 649,32 zł, a na dodatkowe świadczenia (od maja do grudnia) – 192 282 611,74 zł (co odpowiadało 8,8 % ww. kosztów),
- w 2021 r. (w okresie od stycznia do czerwca) – na leczenie poniesiono koszty w kwocie 1 755 058 799,85 zł, a na dodatkowe świadczenie łącznie 421 733 062,95 zł (co odpowiadało 24% ww. kosztów).

W ww. okresie koszty leczenia pięciu objętych analizą podmiotów leczniczych wynosiły łącznie 1 344 376 673,55 zł (co odpowiadało 34% kosztów leczenia ogółem), a dodatkowych świadczeń – 232 929 406,22 zł (co odpowiadało 17,3% kosztów leczenia).

W 2020 r. (od listopada do 31 grudnia) najwięcej środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń w odniesieniu do kosztów leczenia przekazano:

- USZK – 28 697 120,38 zł, co odpowiadało 29,9% ww. kosztów leczenia (96 100 159,00 zł);
- DSZS – 10 144 623,19 zł, co odpowiadało 38,2% ww. kosztów leczenia (26 556 137,62 zł);

²⁸ Brak możliwości zaokrąglenia danych.

²⁹ Brak możliwości zaokrąglenia danych.

- WSZSK – 7 710 786,33 zł, co odpowiadało 24,3% ww. kosztów leczenia (31 732 335,82 zł);
- WSZSG – 7 341 351,29 zł, co odpowiadało 27,4% ww. kosztów leczenia (26 802 009,61 zł);
- Pogotowiu – 5 634 672,76 zł, co odpowiadało 30,3% ww. kosztów leczenia (18 617 984,81 zł).

W 2021 r. (od 1 stycznia do 30 czerwca) najwięcej środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń w odniesieniu do kosztów leczenia przekazano:

- USZK – 81 598 431,06 zł, co odpowiadało 27,4% ww. kosztów leczenia (297 529 356,39 zł);
- DSZS – 23 501 859,05 zł, co odpowiadało 30,5% ww. kosztów leczenia (77 173 180,42 zł);
- WSZSK – 22 430 500,00 zł, co odpowiadało 24,1% ww. kosztów leczenia (92 999 266,85 zł);
- WSZSG – 20 023 303,84 zł, co odpowiadało 27,6% ww. kosztów leczenia (72 489 582,53 zł);
- Pogotowiu – 13 949 363,68 zł, co odpowiadało 27,9% ww. kosztów leczenia (49 915 132,81 zł).

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

6. W Oddziale nie zostały wprowadzone dodatkowe pisemne procedury wewnętrzne w zakresie realizacji Poleceń MZ w sprawie dodatkowych świadczeń przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, niemniej na potrzeby weryfikacji dokumentów związanych z wypłaceniem dodatków „covidowych”, ustalony został wewnętrzny proces obiegu dokumentów. Ponadto w dniu 20 listopada 2020 r. na stronie internetowej DOW NFZ opublikowany został komunikat, który dotyczył rozliczenia podpisanych przez uprawnione podmioty umów w zakresie comiesięcznego wypłacania dodatkowego świadczenia pieniężnego osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Komunikatem tym DOW NFZ wprowadził praktykę składania dodatkowego załącznika do dokumentu księgowego, celem zwiększenia przejrzystości przekazywanych danych, ułatwienia ich kontroli, jak i na potrzeby przygotowywanych zestawień, analiz czy też sprawozdań.

Dodatkowo na potrzeby usprawnienia weryfikacji merytorycznej składanych przez uprawnione podmioty wniosków, od 1 listopada 2020 r. utworzony został rejestr wpływających wniosków (wykazów), w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej (dalej: WSOZ).

(akta kontroli: t. I str. 146-314)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że zapisy Poleceń/Decyzji MZ nie określały wymogu tworzenia dodatkowych procedur dotyczących realizacji określonych w nich zadań NFZ. W Oddziale wypracowany został proces weryfikacji formalnej, merytorycznej oraz rachunkowej dotyczący wykazów personelu przekazywanych przez świadczeniodawców oraz dokumentów finansowych składanych po ustaleniu pozytywnie zweryfikowanej listy osób uprawnionych do dodatków „covidowych”. Wskazał również, że informacje przekazywane w wykazach personelu przez uprawnione podmioty na podstawie zawartych z DOW NFZ umów nie obejmowały danych pozwalających na weryfikację dodatków i kosztów pracodawcy, gdyż zapisy Poleceń/Decyzji MZ nie zawierały delegacji do gromadzenia stosownych danych. Ponadto wskazał, że przekazywane do DOW NFZ stanowiska i interpretacje Ministerstwa Zdrowia w sprawie Poleceń MZ dotyczące przedmiotowego dodatku

pieniężnego zawierały m.in. następującą opinię: „(...) weryfikacja stanu faktycznego spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, który odpowiada za organizację pracy w podmiocie leczniczym i zarządzanie kadrami medycznymi.”.

(akta kontroli: t. I str. 146-314)

7. Objęte badaniem podmioty lecznicze przedkładały do DOW NFZ w różnych terminach informacje dotyczące poszczególnych umów o przekazanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń. Zgodnie z zawartymi umowami, do Oddziału przekazywane były w formie elektronicznej: wykazy osób uprawnionych do otrzymania pieniężnego dodatku obejmujące: imię i nazwisko osoby uprawnionej do dodatkowego świadczenia pieniężnego, jej numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu (zaszyfrowane hasłem). Na prośbę DOW NFZ w przypadku osoby nieposiadającej numeru prawa wykonywania zawodu świadczeniodawca wskazywał stanowisko pracy. Wykazy te były rejestrowane w systemie EZD³⁰ i dekretowane do stosownych komórek organizacyjnych WŚOZ. Jak wskazano powyżej, na potrzeby weryfikacji merytorycznej, w WŚOZ od dnia 1 listopada 2020 r. został utworzony rejestr wpływających wykazów (wniosków).

Ocena poprawności złożonego wykazu obejmowała m.in. następujące czynności:

- sprawdzenie czy podmiot leczniczy posiada zawartą z DOW NFZ umowę i jakiego typu jest to umowa;
- weryfikację numeru prawa wykonywania zawodu danej osoby np. w Ogólnopolskim Rejestrze Lekarzy, Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów, Rejestrze Diagnostów Laboratoryjnych;
- weryfikację ewentualnego wielokrotnego wykazywania danej osoby w wykazie personelu dotyczącego zawartej z DOW NFZ umowy, lub w wykazach do różnych umów z danym podmiotem;
- weryfikację czy dana osoba nie jest osobą skierowaną do pracy w podmiocie leczniczym na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³¹, na podstawie danych uzyskanych z Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu;
- weryfikację czy dana osoba, biorąc pod uwagę jej zidentyfikowany zawód, stanowisko pracy, spełnia przesłanki określone w Poleceniu MZ.

W przypadku stwierdzenia błędnych danych w ww. zakresie, prowadzono wyjaśnienia z podmiotem leczniczym (co do zasady w formie e-mailowej); w przypadku potwierdzenia wystąpienia błędów wzywano do składania korekt.

W odniesieniu do umów dotyczących jednorazowego dodatku pieniężnego, weryfikowano czy dana osoba (pracownik niemedyczny) ze względu na wskazany zawód/stanowisko wykonywała w podmiocie leczniczym czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dodatkowo weryfikowano czy dana osoba nie została objęta nakazem pracy zgodnie z listą otrzymaną od Wojewody Dolnośląskiego oraz czy nie została wykazana wielokrotnie. W przypadkach budzących wątpliwości do podmiotu leczniczego kierowane były zapytania z prośbą o przedłożenie stosownych wyjaśnień (co do zasady w formie zapytania e-mailowego z przypomnieniem przesłanek kwalifikujących daną osobę do grona osób uprawnionych do otrzymywania przedmiotowego dodatku pieniężnego).

³⁰ System do elektronicznego zarządzania dokumentacją.

³¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, ze zm.

Wyniki weryfikacji zamieszczane były w ww. rejestrze i przekazywane w EZD do dalszego procedowania przez Wydział Ekonomiczno-Finansowy. Informacje o wyniku weryfikacji wykazu i ostatecznej liczbie osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego przekazywane były również do świadczeniodawcy, który następnie przedkładał stosowną fakturę. Występowały także przypadki samoistnego składowania korekt faktur przez świadczeniodawców, z uwagi m.in. na błędy w wyliczeniach, w odniesieniu do zaakceptowanych wcześniej wniosków.

Kontrola merytoryczna złożonych dokumentów rozliczeniowych przez Wydział Ekonomiczno-Finansowy odbywała się na podstawie informacji uzyskanych z WŚÓZ o pozytywnej weryfikacji wykazów przekazanych przez świadczeniodawców. Polegała ona na sprawdzeniu poprawności wystawionej faktury (tj. daty sprzedaży, daty wystawienia, nr umowy, weryfikacji podpisów osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu, przyczyn złożenia korekty) oraz porównaniu zgodności liczby osób zakwalifikowanych do określonej grupy zawodowej wyszczególnionej w stosownym zestawieniu z danymi uzyskanymi z WŚÓZ.

Następnie zweryfikowana faktura była przekazana do Wydziału Księgowości w celu dokonania kontroli formalno-rachunkowej. Po ostatecznej weryfikacji we wskazanym zakresie, faktury były zatwierdzane do wypłaty.

(akta kontroli: t. I str. 191-192)

Minister Zdrowia w Poleceniu zobowiązał NFZ do przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, jednakże nie określił obowiązku oraz zasad weryfikacji przez NFZ informacji kierowników podmiotów leczniczych o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania. Na podstawie określonych w Poleceniu MZ oraz we wzorach umów przez Centralę NFZ informacji o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz o osobach uprawnionych, nie było możliwe przeprowadzenie weryfikacji przez DOW NFZ czy m.in. osoba uprawniona spełniała warunek do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz czy przyznana wysokość dodatkowego świadczenia nie przekraczała maksymalnej kwoty 15 tys. zł (także w przypadkach udzielania świadczeń zdrowotnych przez niepełny miesiąc³²). W pkt 1 i 4 załącznika do Polecenia MZ określono, że do kompetencji dyrektora podmiotu leczniczego należy przekazanie informacji o wysokości łącznej kwoty dodatków „covidowych” oraz o osobach uprawnionych. Przy rozliczaniu zawartych umów DOW NFZ dysponował informacją dotyczącą:

- osób uprawnionych, zawierającą imię i nazwisko, nr PESEL, prawo wykonywania zawodu (jeśli posiadał),
- łącznej kwoty do wypłaty w podziale na rodzaje umów i personel.

(akta kontroli: t. I str. 187-192, 374-392)

Przeprowadzone na przykładzie listopada 2020 r.³³ badanie wykazów i dokumentów księgowych pięciu podmiotów leczniczych, rozliczonych na podstawie umów o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia osobom wykonującym zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz dokumentacji księgowej wykazało, że

³² Tj. proporcjonalnego obniżania dodatkowego świadczenia pieniężnego w przypadku wykonywania pracy przez niepełny miesiąc (punkt 3 lit. b załącznika do Polecenia MZ).

³³ Z uwzględnieniem korekt dokonanych do 31 października 2021 r.

weryfikacji danych DOW NFZ dokonywał według przyjętych powyżej zasad. Do wykazów dotyczących listopada 2020 r. poddane kontroli podmioty lecznicze złożyły:

- USZK – w okresie od 29 kwietnia 2021 r. do 28 października 2021 r.³⁴ łącznie siedem korekt wykazów osób uprawnionych oraz 12 korekt dokumentów księgowych. Różnica pomiędzy wnioskowaną pierwotnie kwotą (7 286 318,73 zł) a wartością zmian wyniosła 7 824 835,96 zł. Wartość ostatecznie zapłaconej kwoty (15 111 154,69 zł) wzrosła o 207,39% w porównaniu do pierwotnie wnioskowanych kwot. Różnica pomiędzy ostateczną liczbą zgłoszonych osób w korektach (2 089) a liczbą pierwotnie zgłoszonych (1 603) wyniosła 486 osób, co stanowiło 130,32% pierwotnie zgłoszonych osób;
- WSZSG – w okresie od 17 grudnia 2020 r. do 23 sierpnia 2021 r.³⁵ łącznie dziewięć korekt wykazów osób uprawnionych³⁶ oraz 14 korekt dokumentów księgowych. Różnica pomiędzy wnioskowaną pierwotnie kwotą (2 875 839,15 zł) a wartością zmian wyniosła 727 328,03 zł. Wartość ostatecznie zapłaconej kwoty (3 603 167,18 zł) wzrosła o 125,29% w porównaniu do pierwotnie wnioskowanych kwot. Różnica pomiędzy ostateczną liczbą zgłoszonych osób w korektach (473) a liczbą pierwotnie zgłoszonych (402) wyniosła 71 osób, co stanowiło 117,66% pierwotnie zgłoszonych osób;
- DSZS – w okresie od 8 stycznia 2021 r. do 17 sierpnia 2021 r.³⁷ łącznie 18 korekt wykazów osób uprawnionych oraz 22 korekty dokumentów księgowych. Różnica pomiędzy wnioskowaną pierwotnie kwotą (2 547 634,16 zł) a wartością zmian wyniosła 2 732 324,75 zł. Wartość ostatecznie zapłaconej kwoty (5 279 958,91 zł) wzrosła o 207,25% w porównaniu do pierwotnie wnioskowanych kwot. Różnica pomiędzy ostateczną liczbą zgłoszonych osób w korektach (659) a liczbą pierwotnie zgłoszonych (483) wyniosła 176 osób, co stanowiło 136,44% pierwotnie zgłoszonych osób;
- WSZSK – w okresie od 15 grudnia 2020 r. do 26 października 2021 r.³⁸ łącznie dziewięć korekt wykazów osób uprawnionych oraz sześć korekt dokumentów księgowych. Różnica pomiędzy wnioskowaną pierwotnie kwotą (2 718 737,64 zł) a wartością zmian wyniosła 2 057 833,69 zł. Wartość ostatecznie zapłaconej kwoty (4 776 571,33 zł) wzrosła o 175,69% w porównaniu do pierwotnie wnioskowanych kwot. Różnica pomiędzy ostateczną liczbą zgłoszonych osób w korektach (871) a liczbą pierwotnie zgłoszonych (346) wyniosła 525 osób, co stanowiło 251,73% pierwotnie zgłoszonych osób;
- Pogotowie – w dniu 15 grudnia 2020 r. złożono pierwotny wniosek z wykazem 443 osób uprawnionych. Następnie w dniu 21 grudnia 2020 r. przedłożona została faktura na kwotę 2 667 168,40 zł dla 424 osób uprawnionych. W dniu 15 stycznia 2021 r. dokonano korekty kwoty do 2 665 821,54 zł (tj. o 1 346,86 zł).

Objęte kontrolą dokumenty księgowe (faktury, rachunki, rozliczenia), zatwierdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, zostały zrealizowane (zapłacone) w terminach wynikających z zawartych umów. Przyczynami składanych korekt dokumentów księgowych przez świadczeniodawców były głównie: negatywny wynik weryfikacji, błędnie naliczone kwoty, dostarczenia brakujących dokumentów

³⁴ Pierwotne wykazy dotyczące listopada 2020 r. złożono 28 stycznia 2021 r. Pierwotne faktury wpłynęły 1 lutego 2021 r.

³⁵ Pierwotny wykaz dotyczący listopada 2020 r., złożono 1 grudnia 2020 r. Pierwotne faktury wpłynęły 23 grudnia 2020 r.

³⁶ Według stanu na dzień 31 października 2021 r., korekta ostatniej faktury przedłożona została w dniu 20 sierpnia 2021 r.

³⁷ Pierwotny wykaz dotyczący listopada 2020 r. złożono 7 stycznia 2021 r. Pierwotne faktury wpłynęły 13 stycznia 2021 r.

³⁸ Pierwotny wykaz dotyczący listopada 2020 r. złożono 12 listopada 2020 r. Pierwotne faktury wpłynęły 8 stycznia i 2 lutego 2021 r.

rozliczeniowych przez pracownika podmiotu uprawnionego, zmiana liczby osób uprawnionych.

(akta kontroli: t. II str. 138-139, 187-192)

8. Oddział nie przeprowadzał analiz przypadków wypłaty dodatkowego świadczenia tej samej osobie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych u różnych świadczeniodawców.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że podmiot uprawniony nie był zobligowany do przekazywania do Oddziału informacji dotyczącej wysokości dodatku pieniężnego dla danej osoby. Ponadto Oddział nie został wyposażony w narzędzia informatyczne pozwalające na zgromadzenie w jednym zbiorze danych informacji przekazywanych przez wszystkie podmioty uprawnione z uwzględnieniem wszystkich rodzajów umów o wypłacanie przedmiotowego dodatku, w tym danych pochodzących z wykazów personelu przekazywanych po raz pierwszy, jak i ogromnej liczby składanych korekt wykazów personelu i dokumentów formalno-rachunkowych.

(akta kontroli: t. I str. 146-314)

Na przykładzie listopada-grudnia 2020 r. oraz marca-kwietnia 2021 r., przeprowadzono analizy wielokrotnych zgłoszeń tej samej osoby w różnych podmiotach leczniczych w danym miesiącu (personelu medycznego, comiesięcznego dodatkowego świadczenia). Analiza została przeprowadzona na podstawie informacji kierowników podmiotów uprawnionych dotyczących: imienia i nazwiska osoby uprawnionej i/lub jej nr PESEL i prawa wykonywania zawodu z uwzględnieniem korekt, według stanu na dzień 31 października 2021 r. W wyniku podjętych działań ustalono, że:

w 2020 r.:

- w listopadzie – 778 osób otrzymało dodatki u dwóch świadczeniodawców;
- w listopadzie – 49 osób otrzymało dodatki u trzech świadczeniodawców;
- w grudniu – 731 osób otrzymało dodatki u dwóch świadczeniodawców;
- w grudniu – 45 osób otrzymało dodatki u trzech świadczeniodawców;

w 2021 r.:

- w marcu – 855 osób otrzymało dodatki u dwóch świadczeniodawców;
- w marcu – 61 osób otrzymało dodatki u trzech świadczeniodawców;
- w marcu – trzy osoby otrzymały dodatki u czterech świadczeniodawców;
- w kwietniu – 945 osób otrzymało dodatki u dwóch świadczeniodawców;
- w kwietniu – 67 osób otrzymało dodatki u trzech świadczeniodawców;
- w kwietniu – trzy osoby otrzymały dodatki u czterech świadczeniodawców.

(akta kontroli: t. I str. 354)

Na podstawie informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych, Oddział we wskazanych powyżej miesiącach przekazał dodatki dla personelu medycznego w wysokości³⁹ odpowiednio: w listopadzie i grudniu 2020 r. - 85 884 046,06 zł dla 13 072 osób oraz 82 547 853,87 zł dla 12 438 osób, natomiast w marcu i kwietniu 2021 r. - 83 930 009,76 zł dla 12 833 osób i 92 424 139,51 zł dla 13 630 osób.

(akta kontroli: t. II str. 187-190)

9. Realizacja Poleczeń MZ wpłynęła istotnie na bieżącą działalność Oddziału. Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że nałożenie dodatkowego zadania w zakresie wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego, spowodowało konieczność zaangażowania w jego realizację wielu pracowników z kilku wydziałów (Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydział Ekonomiczno-Finansowy, Delegatury Oddziału, Wydział

³⁹ Według stanu na 31 października 2021 r.

Księgowości). Obsługa zmiennej i dużej liczby umów dotyczących przedmiotowego dodatku pieniężnego zależnej od nasilenia epidemii SARS-CoV-2 oraz liczba przekazywanych dokumentów formalno-rachunkowych i korekt do nich, wymagała nałożenia na pracowników dużej liczby dodatkowych zadań, co w sytuacji zamrożenia potencjału pracowniczego DOW NFZ w znaczny sposób utrudniało i utrudnia realizację bieżących obowiązków. Wobec braku narzędzia informatycznego pozwalającego na przetwarzanie przekazywanych danych, ich ocenę i weryfikację, czynności związane z przedmiotowym zadaniem są czasochłonne. Dodatkowo wskazał, że zaznaczyć należy, iż poszczególne elementy realizacji tego zadania mają charakter terminowy.

(akta kontroli: t. I str. 146-314)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi i wnioski

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Wrocław, marca 2022 r.

Kontroler:
Violetta Matuszewska-Potempska
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis

.....
podpis