



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.017.01.2021

Pan

Jarosław Maroszek

Dyrektor

Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej

ul. Prusicka 53-55

55-100 Trzebnica

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Maroszek, Dyrektor Szpitala od 1 grudnia 2020 r. (dalej: Dyrektor). Od 29 grudnia 2015 r. do 1 grudnia 2020 r. obowiązki dyrektora Szpitala pełnił Mariusz Misiuna.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu pandemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. 2. Dostępność świadczeń. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (I półrocze) oraz 2019 r. w celach porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹ (dalej: ustawa o NIK).
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	Paweł Potemski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/101/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r. Anna Zielińska, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/119/2021 z dnia 23 lipca 2021 r.

(akta kontroli: str. 1-4, 184-187)

¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital, co do zasady, prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń medycznych oraz zapewnił ich dostępność w trakcie stanu epidemii COVID-19. Organizacja pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 pozwalały na zapewnienie bezpieczeństwa personelowi i pacjentom.

Szpital, pomimo trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, w związku z wykonywaniem zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 zapewnił opiekę pacjentom.

Przyjęte zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień publicznych zapewniły funkcjonowanie Szpitala w okresie epidemii. Jednakże analiza jego sytuacji ekonomicznej wykazała, że w badanym okresie prowadzona działalność była obciążona stratą. Ponadto Szpital utracił zdolność terminowego regulowania zobowiązań, co spowodowało obowiązek zapłaty odsetek za zwłokę.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W wykazie prowadzonym przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ) uwzględniono świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez:

- a) Szpitalny Oddział Ratunkowy (dalej: SOR), w zakresie wstępnej kwalifikacji typu *pretriage* od dnia 9 kwietnia 2020 r.;
- b) SOR-Covid (w ramach tak zwanego Oddziału buforowego), w zakresie leczenia/obserwacji w kierunku COVID-19 na I poziomie systemu zabezpieczenia COVID-19⁴ od dnia 15 września 2020 r. oraz na II poziomie systemu zabezpieczenia COVID-19 od 13 października 2020 r. do 15 lutego 2021 r. oraz od 22 marca do 28 maja 2021 r.;
- c) Punkt pobrań – od 1 października 2020 r.;
- d) Punkty szczepień: personelu (od 28 grudnia 2020 r.) oraz populacyjny⁵ (od 8 stycznia 2021 r.).

Wojewoda Dolnośląski na podstawie przepisów 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 kryzysowych⁶ (dalej: ustawa o COVID) polecił Szpitalowi zapewnienie w okresie od:

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Wprowadzone § 1 ust. 2 zarządzenia nr 140/2020/DSO Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r., obecnie § 1 ust. 7 zarządzenia nr 42/2021/DSOZ z 5 marca 2021 r.

⁵ Dwa zespoły.

⁶ Dz.U. poz. 1842, ze zm. Do 20 października 2020 r. na podstawie art. 11 ust. 1 i 4, a następnie w oparciu o art. 11h ust. 5 ustawy o COVID.

- 15 września 2020 r. sześciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, w tym jednego łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- 15 września 2020 r. pięciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2⁷;
- 9 października 2020 r. ośmiu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- 13 października 2020 r. pięciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz 11 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym jednego łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej⁸;
- 15 lutego 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2⁹;
- 22 marca 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz zapewnienie 13 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym jednego łóżka intensywnej opieki medycznej¹⁰;
- 26 marca 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz zapewnienie 22 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym czterech łóżek intensywnej opieki medycznej;
- 6 maja 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz zapewnienie 14 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym czterech łóżek intensywnej opieki medycznej¹¹;
- 18 maja 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz zapewnienie ośmiu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym dwóch łóżek intensywnej opieki medycznej¹²;
- 28 maja 2021 r. dwóch łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2¹³ do odwołania.

Szpital posiadał infrastrukturę potrzebną do wykonywania nałożonych na niego zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, a wraz ze zmianą sytuacji epidemiologicznej sukcesywnie dokonywano zmian i usprawnień gwarantujących przygotowanie Szpitala do zwiększającej się liczby zadań, w tym w odniesieniu do otrzymywanych decyzji Wojewody Dolnośląskiego. Utworzono oddział zajmujący się pacjentami z podejrzeniem zakażenia COVID-19 lub zakażonymi, tzw. oddział buforowy¹⁴, który zlokalizowano na parterze budynku oddziału chirurgii ogólnej¹⁵,

⁷ Pierwotna decyzja z 3 września 2020 r., zmieniona decyzją z dnia 14 września 2020 r.

⁸ Decyzjami z tego samego dnia.

⁹ Decyzją z 11 lutego 2021 r.

¹⁰ Decyzją z 19 marca 2021 r.

¹¹ Decyzjami z tego samego dnia.

¹² Decyzją z 17 maja 2021 r.

¹³ Decyzją z 21 maja 2021 r.

¹⁴ Będący również Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym obsługującym pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19.

¹⁵ Szpital nie posiadał oddziału chorób zakaźnych. Oddział mający połączenia od wewnątrz z całym szpitalem, a od zewnątrz podjazdem do transportu osób podejrzewanych o zakażenie COVID-19. Oddział składał się z części czystej (od strony wewnętrznej szpitala); śluzy (wyposażonej m.in. w umywalkę, prysznic, brudownik); oraz 11 sal (jednej jednoosobowej oraz 10 modułowych (jedno i trzy łóżkowych), do których wejście zabezpieczono namiotem foliowym.

a łóżka intensywnej opieki medycznej dla ww. pacjentów wyznaczono w sali oddziału intensywnej opieki medycznej¹⁶. W okresie objętym kontrolą m.in. na oddziale buforowym: [1] wykonano podjazd dla pacjentów; [2] rozbudowano instalację gazów medycznych; [3] zamontowano kamery monitorujące stan pacjentów. Ponadto utworzono pracownię medycyny molekularnej (wykonującą testy PCR) oraz wydzielono punkty szczepień.

W trakcie trwania epidemii nie doszło do okresowego zaprzestania udzielania świadczeń przez Szpital w wyniku konieczności wydzielenia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

(akta kontroli: str. 5-16, 40-53, 156-183, 244-271, 274-288)

Szpital przyjął łącznie 873 pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19, a udzielanie świadczeń z tego zakresu rozpoczęto w II kwartale 2020 r. Mimo braku wyznaczenia tzw. łóżek *covidowych*, Szpital przyjął w tym okresie 91 pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19, w tym 25 osób wymagających wentylacji nieinwazyjnej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej. W III kwartale 2020 r. Szpital przyjął łącznie 160 pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19, zaś liczba osób wymagających wentylacji nieinwazyjnej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej wzrosła do 71 pacjentów. Liczba pacjentów, którym udzielano omawianych świadczeń zdrowotnych wzrosła do (odpowiednio) 358 i 301 w IV kwartale 2020 r., po czym w I i II kwartale 2021 r. spadła do wartości (odpowiednio) 129 i 135 pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19, w tym 108 i 107 osób wymagających wentylacji nieinwazyjnej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej. W I kwartale 2021 r. w Szpitalu pojawił się pierwszy pacjent wymagający respiratoroterapii (łącznie dwie osoby w tym kwartale), oraz 14 pacjentów w II kwartale 2021 r.

(akta kontroli: str. 17)

Liczba tzw. łóżek *covidowych* kształtowała się odpowiednio: pięć na koniec III kwartału 2020 r., 16 na koniec IV kwartału 2020 r., 24 na koniec I kwartału 2021 r. oraz dwa na koniec II kwartału 2021 r.

Od końca 2019 r. Szpital dysponował zbliżoną liczbą łóżek (od 243 do 242). Zwiększył się udział łóżek respiratorowych (z 0 do czterech), łóżek z możliwością stosowania wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej (HFNO – z 0 do sześciu). Liczba respiratorów zwiększyła się z 11 na koniec 2019 r. do 21 na dzień 30 czerwca 2021 r. W 2020 r. odnotowano również znaczący wzrost zużycia tlenu (31,4% więcej w stosunku do 2019 r.), a tendencję tę zaobserwowano również w 2021 r. (108,8% zużycia z 2020 r. – stan na koniec czerwca 2021 r.). Szpital zwiększył zarówno obsadę lekarską, jak i obsługę pielęgniarską – na koniec 2020 r. obsadzonych było odpowiednio ok. 7,5 etatu i 9,9 etatu więcej niż na koniec 2019 r.

Nastąpiły też zmiany w średnim wykorzystaniu łóżek szpitalnych. W niemal wszystkich oddziałach (z wyjątkiem Oddziału Intensywnej Terapii¹⁷) wystąpił spadek tego wskaźnika od II kwartału 2020 r. Średnie wykorzystanie łóżek ogółem kształtowało się zaś pomiędzy 40,7% w II kwartale 2020 r. a 70,4% w I kwartale 2020 r. (przy 74,5% w 2019 r.).

(akta kontroli: str. 17-19)

1.2. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie posiadał wiedzy o uwzględnieniu Szpitala w planach zarządzania kryzysowego województwa/powiatu/gminy. Wskazał, że jako przedstawiciel Szpitala uczestniczył w cotygodniowych spotkaniach Powiatowego

¹⁶ Dla pacjentów niezakażonych COVID-19, przebywających na oddziale intensywnej opieki medycznej, wyznaczono pomieszczenie tak zwanej sali wybudzeń.

¹⁷ W 2019 r. 47,6%, a w I kwartale 2020 r. 8%, w II kwartale 2020 r. 51,9%, w III kwartale 2020 r. 56,3%, w IV kwartale 2020 r. 53,8%, w I kwartale 2021 r. 57,4%, oraz w II kwartale 2021 r. 77,6%.

Sztabu Zarządzania Kryzysowego, gdzie analizowano bieżącą sytuację epidemiologiczną w powiecie. Przyjęte i obowiązujące w Szpitalu procedury na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy, przewidywały w przypadku stwierdzenia przypadku zakażenia chorobą zakaźną obowiązek poinformowania powiatowego inspektora sanitarnego.

(akta kontroli: str. 240, 381-387)

Kierownictwo Szpitala prowadziło regularną komunikację z pracownikami w sprawach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Szpitalu (m.in. wiadomości e-mail, zmiany w dedykowanym folderze na komputerach pracowniczych, pisemne informowanie komórek organizacyjnych o wprowadzanych modyfikacjach obowiązujących zasad działania).

Zmiany przepisów dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19, a także wytycznych oraz zaleceń w tym zakresie monitorowane były przez Zespół Zarządzania Kryzysowego¹⁸ oraz Zespół do spraw Zakażeń Szpitalnych¹⁹. Zespoły te monitorowały także sytuację epidemiczną w Szpitalu i regionie oraz zapewniały komunikację pomiędzy personelem Szpitala na stanowiskach kierowniczych, np. poprzez powołanie w skład Zespołu Zarządzania Kryzysowego Zastępcy Dyrektora ds. medycznych (osoba odpowiedzialna za monitorowanie zmian przepisów funkcjonowania służby zdrowia i koordynująca działania w zakresie COVID-19), oraz pielęgniarki epidemiologicznej i przełożonej pielęgniarek.

W ramach podejmowanych działań związanych z zapobieganiem epidemii Szpital podjął także współpracę z samorządem lokalnym (m.in. w zakresie wsparcia pieniężnego i rzeczowego z organu założycielskiego i gmin Powiatu Trzebnickiego). Przed stworzeniem w Szpitalu pracowni badań molekularnych testy RT-PCR w kierunku wykrywania wirusa SARS-CoV-2 wykonywane były we współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym we Wrocławiu oraz z laboratorium we Wrocławiu.

Prowadzone w Szpitalu działania adaptacyjne, mające na celu dostosowanie placówki do opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2, uwzględniały możliwości podniesienia standardu opieki nad pacjentami również po ustaniu stanu epidemii (w tym zwiększone możliwości poboru tlenu medycznego). Dyrektor Szpitala poinformował, że w nowoutworzonej pracowni badań molekularnych przy wykorzystaniu metody PCR w przyszłości będzie można przeprowadzać diagnostykę chorób wirusowych (grypa, RSV), chorób nowotworowych oraz monitorować postęp leczenia pacjentów.

Ciągłość funkcjonowania Szpitala zapewniono także poprzez działania w zakresie weryfikacji wewnętrznych procedur postępowania, ich zmian oraz przyjęcia nowych zasad mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa personelowi i pacjentom, a także działania w zakresie wydzielenia stref, wykonania dostosowań pomieszczeń, identyfikacji ścieżek przemieszczania się pacjentów.

(akta kontroli: str. 5-16, 69-103, 244, 256-271, 380)

1.3. Pierwsze zasady postępowania w SOR z pacjentem podejrzanym o zakażenie SARS-CoV-2 wprowadzono w Szpitalu w dniu 17 lutego 2020 r. W przyjętych procedurach określono m.in. kryteria kwalifikacji pacjenta do dalszego postępowania, ogólne zasady postępowania medycznego; zasady postępowania wobec osób po kontakcie z pacjentem z podejrzeniem SARS-CoV-2. Z dniem

¹⁸ Powołany zarządzeniem nr 4/2020 Dyrektora z dnia 4 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu Zarządzania Kryzysowego w Szpitalu im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy; zmieniony zarządzeniem nr 20/2020 Dyrektora z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany składu Zespołu Zarządzania Kryzysowego w Szpitalu im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy.

¹⁹ Powołany zarządzeniem Dyrektora z dnia 18 marca 2014 r.

17 kwietnia 2020 r. wprowadzono kompleksowy zbiór procedur dotyczących postępowania z pacjentem w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2, tak zwana procedura KORONAWIRUS²⁰. Określono tam m.in.: [a] procedury wejścia do Szpitala; [b] organizację pracy na: izolatkach, salach oddziału buforowego i bloku operacyjnego; [c] zasady testowania pacjentów; [d] procedury izolacji, sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń; [e] zasady dezynfekcji i zamglawiania; [f] procedury higieny (mycia i dezynfekcji) rąk; [g] stosowanie środków ochrony osobistej; [h] postępowanie przy nagłym zatrzymaniu krążenia; jak i [i] ogólne zasady leczenia pacjenta z COVID-19. W okresie objętym kontrolą ww. procedury wielokrotnie uaktualniano w odniesieniu do istniejącej sytuacji epidemiologicznej, bazując na dostępnej wiedzy medycznej oraz wprowadzonej możliwości stosowania szczepień profilaktycznych. W opracowaniu omawianych dokumentów wykorzystywano dostępne wytyczne i źródła, w szczególności zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, Głównego Inspektora Sanitarnego, zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Ministerstwa Zdrowia, NFZ, wytycznych Agencji Oceny i Taryfikacji Procedur Medycznych oraz *Profilaktyki zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2 w zakładach opieki zdrowotnej* pod redakcją W. Hryniewicz i G. Dubiela.

Pracownicy Szpitala byli zapoznawani z wprowadzanymi regulacjami i ich modyfikacjami poprzez komunikaty na komputerach służbowych, z wykorzystaniem wewnętrznego systemu informatycznego Szpitala. Udostępniono dedykowany folder, w którym umieszczano zasady postępowania, wytyczne, zalecenia, instrukcje, filmy itp. Przy wprowadzaniu nowych treści wyświetlany był komunikat o takim zdarzeniu. Osobami odpowiedzialnymi za monitorowanie realizacji wprowadzonych zasad byli przełożona pielęgniarek i pielęgniarka epidemiologiczna, jak i kierownicy komórek organizacyjnych²¹. Dyrektor poinformował, że w trakcie ich wizyt na oddziałach szpitalnych dodatkowo prowadzono instruktaż oraz na bieżąco wyjaśniano wątpliwości w zakresie realizacji procedur.

(akta kontroli: str. 66-103, 256-271)

1.4. Po ogłoszeniu stanu epidemii wprowadzono szereg zmian dotyczących organizacji pracy (m.in. pomiar temperatury ciała, dyżury, praca zdalna dla pracowników administracyjnych, obowiązki informacyjne związane z powrotem z obszarów zwiększonego ryzyka lub kontaktem z osobą zakażoną, zasady powrotu pracowników po zakażeniu lub po kontakcie z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2), kontaktów personelu (np. zmiana organizacji wejść do budynku, kontakty zdalne) oraz realizacji świadczeń (w tym m.in. wprowadzenie teleporad i przekazywania paczek dla chorych; zmiany organizacji przyjęć planowych, wprowadzenie zakazu odwiedzin; częsta dezynfekcja miejsc dotykowych; na każdym oddziale umieszczono lampy bakteriologiczne, a na oddziale buforowym urządzenie dezaktywujące i likwidujące do 99% mikroorganizmów²²). Wskazane wyżej zmiany wprowadzane były zarówno poprzez przyjęcie (zmianę) formalnych procedur, jak i komunikaty kierownictwa Szpitala skierowane do personelu. Pielęgniarka epidemiologiczna poinformowała, że początkowo wprowadzono pracę

²⁰ Udostępniony na dysku wspólnym i przekazany poprzez e-mail. Elementy składowe to następujące procedury: [1] Wejście; [2] Izolatka; [3] Izolacja; [4] Test; [5] SOR; [6] BLOK; [7] ANEST; [8] GIN; [9] NOW-0; [10] NOW-1; [11] NZK-BLS; [12] NZK-ALS; [13] RTG/EKG; [14] Dezynfekcja; [15] Zamglawianie; [16] ŚOI; [17] Zgon; [18] Mycie i dezynfekcja Sali; [19] TK; [20] EWS; [21] ABCDE; [22] COVID-19; [23] MET; [24] Przyjęcie planowe; [25] SARS-Oddz.; [26] REH.STAC; [27] REH.dzien; [28] Informacja dla pacjenta; [29] NOW-NLS; [30] SEPSA; [31] SARI, ARDS; [32] Schemat leczenia pacjenta; [33] Schemat leczenia na oddziale.

²¹ Na podstawie Zarządzenia nr 12/2020 z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie obiegu informacji dotyczącej COVID-19.

²² Tj. bakterii, wirusów, grzyby.

zmianową, lecz z uwagi na nieliczny zasób kadrowy wśród pracowników medycznych oraz zwolnienia z świadczenia pracy, zrezygnowano z tego trybu organizacji pracy.

(akta kontroli: str. 66-100)

1.5. Stosowane w Szpitalu zasady wykrywania zakażeń i ognisk epidemicznych obejmowały zarówno procedury wewnętrzne, jak i dokumenty wydane przez inne podmioty. Przy opracowaniu procedur wewnętrznych posilkowano się m.in. zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dotyczącymi postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2, które wskazywały zasady i kryteria wstępnej kwalifikacji przypadków zakażenia dla celów dochodzenia epidemiologicznego. Od 16 kwietnia 2020 r. obowiązywały wewnętrzne procedury KORONAWIRUS, w których określono m.in. zasady postępowania z personelem po ekspozycji na COVID-19, a także zasady wykonywania testów przeprowadzonych: na oddziale buforowym, na SOR i w laboratorium. Dyrektor wyjaśnił, że każdy pracownik Szpitala z podejrzeniem SARS-CoV-2 był kwalifikowany jako pacjent i tak jak pacjent testowany. Z tego powodu nie zostały opracowane odrębne procedury w tym zakresie. Testy wykonywano u pracowników w przypadku: występowania objawów zakażenia; wystąpienia ogniska epidemiologicznego; kontaktu poza miejscem pracy z osobą zakażoną SARS-CoV-2. Dyrektor poinformował, że test antygenowy stosowano wobec osób wykazujących objawy zakażenia, a w przypadku uzyskania ujemnego wyniku wykonywano dodatkowo test RT-PCR (również stosowany u osób z podejrzeniem zakażenia oraz z ognisk epidemiologicznych). Dyrektor wskazał, że w początkowym etapie pandemii czas oczekiwania na wynik testu (PCR) wynosił od jednego do dwóch dni, a na przełomie października i listopada 2020 r. od trzech do pięciu dni, zaś po uruchomieniu pracowni badań molekularnych w Szpitalu z dniem 1 grudnia 2020 r., wyniki testów otrzymywano w ciągu 24 godzin od pobrania materiału do badania.

Diagnostyka pracowników (personelu medycznego oraz administracyjnego) Szpitala w kierunku zakażenia opierała się w głównej mierze o testy metodą RT-PCR (od lipca 2020 r. do końca czerwca 2021 r. łącznie 290), a testy antygenowe wykonywano w mniejszej skali (łącznie 51). Średnia liczba zatrudnionego personelu medycznego wynosiła 359 pracowników, co daje średnio 0,9 testu na osobę. Dyrektor poinformował, że nie ma wiedzy na temat wszystkich testów u personelu jakie zostały zlecone poza szpitalem. Testy na obecność wirusa SARS-CoV-2 wśród pracowników Szpitala przeprowadzano po pojawieniu się ogniska epidemiologicznego, przez co największą ich liczbę przeprowadzono w miesiącach lipcu i sierpniu 2020 r. (odpowiednio: 43 i 69), październiku, listopadzie i grudniu 2020 r. (odpowiednio 41, 66, 44) oraz maju 2021 r. (46).

Analiza zapisów systemu informatycznego Szpitala pod kątem testowania 30 pracowników Szpitala²³, którzy mieli potwierdzony kontakt z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w listopadzie 2020 r., potwierdziła cztery przypadki (13,3%) ich przetestowania²⁴.

NIK zwraca uwagę, że mimo uruchomienia z dniem 1 grudnia 2020 r. pracowni badań molekularnych umożliwiającej wykonywanie zakontraktowanych przez DOW NFZ testów RT-PCR w Szpitalu nie zmieniono strategii testowania i nie wprowadzono losowego testowania wśród personelu medycznego w zakresie wykrywania zakażeń SARS-CoV-2. Dyrektor poinformował, że nabyta podczas pandemii wiedza i doświadczenie (m.in. według obserwacji osoby bez objawów chorobowych, mimo obecności wirusa w organizmie, nie zakażały), przy

²³ Po 10 z oddziału: buforowego, pediatrii, SOR.

²⁴ Testem antygenowym oraz RT-PCR.

zwiększającej się liczbie ozdowieńców (u których wynik testów mógł być fałszywie dodatni), jak i zaszczepionych wśród personelu medycznego (pierwsze szczepienia rozpoczęto 4 stycznia 2021 r.), skutkowało niepodjęciem decyzji o profilaktycznym testowaniu pracowników co 14 dni. NIK podkreśla, że mimo wskazanego występowania ozdowieńców i zaszczepionych wśród personelu medycznego, od grudnia 2020 r. wystąpiły w Szpitalu trzy ogniska epidemiologiczne SARS-CoV-2, a dodatkowo w dwóch przypadkach na oddziałach Szpitala prowadzono badania przesiewowe w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2.

(akta kontroli: str. 66-100, 104-146, 256-271, 381-387, 404)

1.6. W dniu 16 kwietnia 2020 r. przyjęto w Szpitalu procedurę KOR-16 ŚOI, w której zawarto instruktaż w zakresie sposobu zakładania i zdejmowania poszczególnych wymaganych środków ochrony indywidualnej (rękawiczek, fartuchów, kombinezonów, masek, gogli, przyłbic, czepków). Przedmiotowe procedury opracowane zostały w oparciu o oryginalne i aktualizowane zalecenia (m.in. WHO).

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły braki dostępności niezbędnych środków ochrony indywidualnej. Kierownictwo Szpitala na bieżąco monitorowało stany magazynowe w tym zakresie i w razie braków odpowiedniej ilości zapasów z różnych źródeł pozyskiwało środki ochrony indywidualnej, m.in. od Wojewody Dolnośląskiego.

Najwyższe średnie dzienne zużycie rękawic odnotowano w Szpitalu w II kwartale 2020 r. (3 162) przy średnim zużyciu w 2019 r. na poziomie 2 365 rękawic. Kombinezonów ochronnych w 2019 r. nie wykorzystywano, a średnie dzienne ich zużycie wynosiło od 0,1 w I kwartale 2020 r. do 18 w II kwartale 2021 r. W każdym z kwartałów 2020 r. i I półrocza 2021 r. zużycie fartuchów plastikowych i fartuchów wodoodpornych z długimi rękawami było wyższe od zanotowanego w 2019 r. (odpowiednio 25 i 5), gdyż stanowiło odpowiednio od 32 (w I kwartale 2020 r.) do 50 (II kwartał 2021 r.) oraz od 5 (II kwartał 2021 r.) do 39 (w II kwartale 2020 r.). Największe dzienne zużycie masek chirurgicznych odnotowano w Szpitalu w IV kwartale 2020 r. (819), gdy w 2019 r. średnie zużycie wynosiło 39 masek. W 2019 r. nie wykorzystywano także masek FFP3 oraz gogli i przyłbic, zaś średnie dzienne ich zużycie wynosiło odpowiednio od 6 (I kwartał 2021 r.) do 10 (IV kwartał 2020 r.) oraz od 3 (w IV kwartale 2020 r.). Średnie dzienne zużycie masek FFP2 było w każdym z kwartałów 2020 r. i półrocza 2021 r. wyższe niż w 2019 r. (0,18) i wynosiło od ponad 0,22 (w I kwartale 2020 r.) do 29 masek (w IV kwartale 2020 r.).

Analiza zużycia środków ochrony indywidualnej w poszczególnych oddziałach Szpitala wskazuje na wyższe ich zużycie w okresach, w których dana komórka organizacyjna przyjmowała zwiększoną liczbę pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zarażenia SARS-CoV-2.

Dane dotyczące zużycia środków dezynfekujących zbierane i analizowane przez pielęgniarkę epidemiologiczną wskazują na wzrost ich zużycia o 444% porównując wartości z 2017 r. i z 2020 r.

W Szpitalu prowadzono jedynie ewidencję rozliczeniową z magazynu Szpitala na poszczególne oddziały, którą prowadziła i nadzorowała przełożona pielęgniarek. Dzielne zużycie środków ochrony indywidualnej oraz cotygodniowy stan na magazynie, raportowane elektronicznie²⁵, odpowiadały odpowiednio pobranym z magazynu środkom i przekazanym na poszczególne oddziały oraz stanie według ewidencji ilościowej szpitalnego magazynu. Pielęgniarka przełożona poinformowała, że wielkości wskazane w dziennych raportach odpowiadają faktycznemu zużyciu

²⁵ Na adres: soi@cez.gov.pl.

w Szpitalu, z uwagi m.in. na ograniczoną powierzchnię magazynów oddziałowych. W badanym okresie nie stwierdzono braków środków ochrony indywidualnej.

(akta kontroli: str. 147-155, 272-273)

1.7. W Szpitalu przeprowadzano szkolenia teoretyczne i praktyczne personelu medycznego w zakresie zarówno wykorzystania środków ochrony indywidualnej, jak i zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, dotyczących postępowania z pacjentami zakażonymi lub z podejrzeniem COVID-19. Pracownicy Szpitala byli również zapoznawani z publikowanymi zaleceniami i innymi materiałami w tym zakresie. Szkolenia i materiały informacyjne udostępnianie były również zdalnie, przez wewnętrzną sieć komputerową.

Odbycie szkoleń praktycznych w zakresie wykorzystania środków ochrony indywidualnej oraz zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych dotyczących postępowania z pacjentami zakażonymi lub z podejrzeniem COVID-19 potwierdził każdy z 20 wybranych losowo pracowników Szpitala. Wszyscy objęci próbą pracownicy wskazali, że przedmiotowe szkolenia były wystarczające i odpowiednie do zakresu wykonywanych obowiązków związanych z zajmowaniem się pacjentami z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19.

(akta kontroli: str. 5-16, 66-100, 308-327, 380)

1.8. W celu zapewnienia skutecznej izolacji osób podejrzanych o zachorowanie lub ze zdiagnozowanym COVID-19, a co za tym idzie – bezpieczeństwa personelu i pacjentów, opracowane zostały zasady postępowania, także dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, zajmujących się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Powyższe obejmowało m.in.: [1] wydzielenie strefy wstępnej oceny stanu pacjenta pod kątem ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, [2] wytyczenie dróg ruchu chorych, [3] wydzielenie sal buforowych na oddziałach nieprzeznaczonych dla pacjentów z COVID-19, w których pacjenci przebywali do momentu potwierdzenia braku zakażenia, [4] organizację służ przed oddziałem buforowym.

Wytyczone drogi komunikacji przewidywały (z uwzględnieniem uwarunkowań architektonicznych) minimalizowanie krzyżowania się dróg pacjentów: 1) zgłaszających się samodzielnie do Izby Przyjęć, 2) zgłaszających się do poradni specjalistycznych, 3) przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 oraz 4) przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego pozostałych pacjentów. Wskazane wyżej rozwiązania organizacyjne przyjęte zostały w wewnętrznych procedurach KORONAWIRUS²⁶.

(akta kontroli: str. 101-103, 244)

Obiekty i urządzenia Szpitala zostały pozytywnie zaopiniowane przez powiatowego inspektora sanitarnego w dniu 18 września 2000 r. Pozytywne opinie wydano również wobec: SOR (13 listopada 2003 r.); poradni: urazowo-ortopedycznej; chirurgii ogólnej (20 kwietnia 2012 r.); oddziału neonatologii (4 lutego 2013 r.); oddział intensywnej terapii (24 czerwca 2015 r.).

(akta kontroli: str. 328-379)

1.9. W Szpitalu przyjęto formalne procedury dotyczące postępowania z przechowywaniem zwłok osób zmarłych, przy zachowaniu godności należynej zmarłemu. W badanym okresie obowiązywały umowy z firmą transportową, obligujące do przetransportowania zwłok w ciągu trzech godzin od przekazania stosownej informacji (bez limitu zgłoszeń, pod rygorem obciążenia karami umownymi).

²⁶ KOR-1 Wejście.

W siedzibie Szpitala znajdowało się pomieszczenie *pro morte*, do którego – przed przekazaniem do chłodni poza Szpitalem – transportowane były zwłoki osób zmarłych. Wprowadzone z dniem 20 kwietnia 2020 r. procedury określały szczegółowe postępowanie ze zwłokami osób uprzednio zakażonymi SARS-CoV-2. Od ogłoszenia stanu epidemii monitorowano liczbę zgonów pacjentów oraz spełniania przez wykonawców wymogów prawa powszechnie obowiązującego w zakresie postępowania ze zwłokami osób zmarłych i ich przewożenia. W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi ani wnioski w omawianym zakresie.

(akta kontroli: str. 101-103, 243, 256-271, 328-379)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital, co do zasady, prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń medycznych oraz zapewnił ich dostępność w trakcie stanu epidemii COVID-19. Organizacja pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 pozwalały na zapewnienie bezpieczeństwa personelowi i pacjentom.

OBSZAR

2. Dostępność świadczeń

Opis stanu
faktycznego

2.1. W trakcie trwania epidemii nie doszło do zaprzestania udzielania świadczeń przez Szpital, lecz wystąpiły przypadki ograniczenia działalności poszczególnych oddziałów²⁷, w tym z uwagi na występujące na oddziałach ogniska zakażeń COVID-19. Skutkowało to ograniczeniem w przyjmowaniu pacjentów planowych na oddziale: chorób wewnętrznych (w okresie od 23 października do 17 listopada 2020 r. oraz od 4 do 21 maja 2021 r.); urazowo-ortopedycznym (od 8 do 19 marca 2021 r.); ginekologiczno-położniczym (od 24 grudnia 2020 r. do 12 stycznia 2021 r.). W dniach od 30 lipca do 10 sierpnia 2020 r. całkowicie zamknięto oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej. Na podstawie wytycznych NFZ oddział rehabilitacji dziennej (dziecięcej) zamknięto w dniach od 11 marca do 8 maja 2020 r. Nie stwierdzono przypadków nieterminowego podjęcia wyznaczonych zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Szpital raportował do DOW NFZ przerwy w działalności zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w tym zakresie.

(akta kontroli: str. 5-16, 66-100, 104-146)

2.2. Wskaźnik absencji z powodu zwolnień lekarskich personelu medycznego Szpitala zatrudnionego na umowy o pracę w 2019 r. wyniósł 11,37%, zaś w pierwszym kwartale 2020 r. – 23,39%, po czym spadł do 11% w II kwartale 2020 r. oraz 5,81% w III kwartale 2020 r. W IV kwartale 2020 r. wskaźnik absencji z powodu zwolnień lekarskich wzrósł do poziomu 17,7%, zaś w I i II kwartale 2021 r. wyniósł (odpowiednio) 17,2% oraz 0,5%. Absencje z powodu izolacji personelu medycznego Szpitala po raz pierwszy wystąpiły w IV kwartale 2020 r. (wskaźnik na poziomie 6,9%, najwyższy w okresie objętym kontrolą), zaś z powodu kwarantanny – w I kwartale 2020 r., osiągając najwyższy poziom w IV kwartale 2020 r. (wskaźnik absencji z tego powodu na poziomie 0,8%).

Częstość absencji zatrudnionego na umowy o pracę personelu medycznego Szpitala spowodowana zwolnieniami lekarskimi w 2019 r. kształtowała się na poziomie 44,5%. W 2020 r. najwyższa częstość absencji z tego powodu wystąpiła w IV kwartale 2020 r. (46,0%). Był to również okres z najwyższą częstością absencji personelu z powodu izolacji (38,6%). Najwyższa częstość absencji spowodowana kwarantanną wystąpiła zaś w III kwartale 2020 r. (3,0%).

²⁷ M.in. na oddziale urazowo-ortopedycznym w okresie od 8 sierpnia do 1 września 2020 r. z uwagi na rozwiązanie umów przez personel.

Wskaźnik rotacji zatrudnienia pracowników zatrudnionych na umowę o pracę wzrósł w 2020 r. względem roku poprzedzającego (4,9% w 2020 r. względem 3% w 2019 r.). W pierwszej połowie 2021 r. wskaźnik ten wyniósł 1,4%.

Kierownik Działu Kadr Szpitala wyjaśniła, że Szpital nie prowadził odpowiednich statystyk dotyczących absencji dla personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych (w tym kontraktów), zaś wskazanie danych dotyczących liczby zawartych i rozwiązanych (wygasłych) umów z tego zakresu nie odzwierciedla rzeczywistych zmian kadrowych personelu Szpitala w danym okresie (obowiązywanie umowy nie oznacza wykonywania obowiązków). W konsekwencji, przedstawienie omówionych wyżej wskaźników dla tej grupy personelu było niemożliwe.

Pierwsze szczepienia rozpoczęto w Szpitalu 4 stycznia 2021 r. Zgodnie z informacją przekazaną przez Dyrektora, z uwagi na dobrowolność szczepień Szpital nie prowadzi statystyk dotyczących liczby przeprowadzonych szczepień wśród pracowników.

(akta kontroli: str. 30-31, 241-242, 256-271, 381-387)

2.3. Badanie harmonogramów czasu pracy personelu medycznego Szpitala zatrudnionego na SOR, oddziale buforowym oraz oddziale chirurgii ogólnej we wrześniu i listopadzie 2020 r. oraz w kwietniu 2021 r. wykazało, że personel medyczny świadczył pracę w podstawowym dobowym wymiarze czasu pracy lub w formie dyżurów (przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy lub dyżuru medycznego). Dla pracowników, których wypracowany miesięczny wymiar czasu pracy nie odpowiadał miesięcznej normie wynikającej z przepisów prawa w tym zakresie, rozliczano czas pracy w ramach obowiązującego w Szpitalu czteromiesięcznego okresu rozliczeniowego, zaś pozostali pracownicy wypracowali (rozliczone) nadgodziny. Pracownicy zachowywali z reguły prawo do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Stwierdzono brak 11-godzinnej przerwy w przypadku jednej pielęgniarki zatrudnionej na umowę o pracę na oddziale buforowym, która świadczyła pracę w dniu 15 listopada od godz. 7:00 do 24:00, a w dniu 16 listopada 2020 r. od godz. 7:00 do 17:00, tj. z naruszeniem art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁸. Dyrektor wyjaśnił, że planowo pracownik miał świadczyć pracę w godzinach od 7:00 do 19:00 (15 listopada) oraz od 7:00 do 15:00 (16 listopada), lecz z uwagi na zwolnienia lekarskie trzech osób, za zgodą pracownika dyżur przedłużono do godz. 24:00 (15 listopada) oraz do 17:00 (16 listopada), z powodu konieczności intubacji pacjenta i podłączenia do respiratora. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli działanie to mieściło się w granicach dyspozycji art. 133 § 2 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy²⁹, który wprowadza wyjątek od ww. reguły w przypadku konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii.

(akta kontroli: str. 188-235, 328-379)

Dyrektor wskazał, że w Szpitalu w czasie stanu epidemii: [1] w przypadku zwolnień lekarskich/urlopów bądź nieplanowanej nieobecności w pracy zmieniano harmonogramy czasu pracy dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania Szpitala bądź zlecano pracę w godzinach nadliczbowych (na oddziale: chorób wewnętrznych, SOR, chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznym, anestezjologii i intensywnej terapii, buforowym); [2] zobowiązano pracowników Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej do pozostawiania – poza normalnymi godzinami pracy – w gotowości w okresie Świąt Bożego Narodzenia; [3] wykorzystywano szerszą

²⁸ Dz.U. z 2021 r., poz. 711, ze zm.

²⁹ Dz. U. z 2020 r., poz. 1320, ze zm.

instytucję dyżuru medycznego (art. 47a z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁰) dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania Szpitala (na oddziale: chorób wewnętrznych, SOR, chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznym, anestezjologii i intensywnej terapii, buforowym).

(akta kontroli: str. 328-379)

2.4. Z możliwości udzielania świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w formie teleporad Szpital korzystał w okresie od 8 maja 2020 r. do 31 maja 2021 r. w zakresie świadczeń realizowanych jedynie przez oddział rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

(akta kontroli: str. 20-21, 388-394)

Szpital nie przyjął szczegółowych rozwiązań w zakresie sposobu realizacji i przygotowania teleporad, przyjęto jednak określoną praktykę działania. W celu umożliwienia korzystania ze świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych udostępniono dedykowane numery telefonów (oddzielnie dla teleporady internistycznej, pediatrycznej, chirurgiczno-ortopedycznej i neonatologicznej). Teleporady, co do zasady, nie dotyczyły świadczeń, dla realizacji których niezbędna była wizyta bezpośrednia. W trakcie kontaktu telefonicznego lekarz zbierał wywiad z pacjentem i na tej podstawie podejmował decyzję o dalszych działaniach diagnostycznych (z uwzględnieniem możliwości zakażenia SARS-CoV-2 u pacjenta). Teleporad udzielano w pomieszczeniach Szpitala.

(akta kontroli: str. 5-16, 23)

Analiza liczby realizowanych teleporad w poszczególnych okresach wskazuje na największą skalę realizacji świadczeń w tej formie w II kwartale 2020 r. (70 udzielonych teleporad, co stanowiło ok. 21,1% wszystkich zrealizowanych świadczeń). W pozostałych okresach objętych kontrolą wskaźnik ten nie przekraczał 5% i najwyższy był w IV kwartale 2020 r. (4,9%) oraz w III kwartale 2020 r. (4,4%). Najniższy udział teleporad odnotowano zaś w II kwartale 2021 r. (1,2%) oraz w I kwartale 2021 r. (3,4%).

Badanie wybranej w drodze próby dokumentacji medycznej pięciu pacjentów Szpitala³¹ nie wykazało różnic co do danych odnotowywanych w ramach teleporad oraz świadczeń udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Dokumentacja medyczna uzupełniana była w pełnym zakresie i na bieżąco, w tym w zakresie odnotowywania przedmiotu teleporady, opisu stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych świadczeń. Teleporad udzielali ci sami lekarze, którzy przyjmowali również pacjentów w kontakcie bezpośrednim.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi powszechne dotyczące realizacji teleporad.

(akta kontroli: str. 20-22, 243)

Analiza dokumentacji dotyczącej realizacji teleporad wykazała także, że przekazując do DOW NFZ rozliczenia 97 teleporad przeprowadzonych w 2020 r. na oddziale rehabilitacji dziennej dla dzieci, wykazano do rozliczenia kwotę 9,0 tys. zł, zamiast 6,2 tys. zł, przez co Szpital otrzymał nienależne środki w wysokości 2,8 tys. zł. Dyrektor Szpitala wyjaśniając przyczyny niewłaściwego rozliczenia teleporad stwierdził, że dostawca oprogramowania firma A. ze znacznym opóźnieniem

³⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 1845, ze zm. Dalej: ustawa o zwalczaniu zakażeń.

³¹ Badanie przeprowadzono na podstawie losowo wybranych pięciu pacjentów przyjętych w trybie teleporady, których przyjęto również w trybie bezpośredniego kontaktu z pacjentem, z uwzględnieniem świadczeń zrealizowanych przez tego samego lekarza w formie tradycyjnej i w formie teleporady (łącznie 10 udzielonych świadczeń).

dostosowała – poprzez aktualizację – szpitalny system informatyczny, uwzględniając wprowadzone zmiany warunków rozliczenia teleporad fizjoterapeutycznych określonych zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

(akta kontroli: str. 388-392)

2.5. W sytuacji nieplanowanej przerwy w udzielaniu świadczeń przyjęto w Szpitalu praktykę telefonicznego informowania pacjentów o zaistniałej sytuacji i wspólnego z pacjentem wyznaczania nowego terminu wizyty w już istniejących harmonogramach przyjęć.

Badanie losowo wybranych 20 pacjentów Szpitala, wpisanych na listę oczekujących, których termin udzielenia świadczenia był przesunięty, potwierdziło wyznaczenie nowego terminu w harmonogramach przyjęć (pierwszy i następny wolny termin odpowiadający pacjentowi), z czego w przypadku pięciu pacjentów wyznaczono ponownie dodatkowy termin, a innych pięciu pacjentów zrezygnowało ze świadczenia medycznego przed nowo wyznaczonym terminem.

(akta kontroli: str. 245, 256-271)

Liczba pacjentów Szpitala, którym zmieniono termin wizyty w zakresie świadczeń leczenia szpitalnego w 2020 r., wzrosła o 93,4% w porównaniu do 2019 r. (do 280 pacjentów ze 145), a na koniec I półrocza 2021 r. osiągnęła 106,2% wartości z 2019 r., co potwierdza dalszy wzrost liczby pacjentów ze zmienionym terminem wizyty względem 2020 r. Jako główną przyczynę zmiany terminu wizyty wskazano powody organizacyjne świadczeniodawcy, stanowiące 100% zmian w 2020 r. i 70,8% zmian w I półroczu 2021 r. (przy 88,3% w 2019 r.). Niewykonanie świadczenia przez Szpital (m.in. z uwagi na rezygnację pacjentów) rosło w badanym okresie z 39,3% w 2020 r. do 45% w I półroczu 2021 r., przy 4,1% w 2019 r.

W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2020 r. doszło do wzrostu o 296% liczby pacjentów, którym zmieniono termin wizyty w porównaniu do 2019 r., stwierdzono bowiem 50 takich przypadków, w 2020 r. – 148, a zgodnie ze stanem na 30 czerwca 2021 r. – 37, co stanowiło ok. 25% wartości z 2020 r. oraz 74,0% liczby pacjentów z 2019 r. Wykonanie świadczenia ambulatoryjnego przez Szpital stanowiło główny powód skreślenia z listy oczekujących i stanowiło od 74,0% przypadków w 2019 r., przez 87,8% w 2020 r. do 97,3% w I półroczu 2021 r. W 2019 r. odnotowano 13 przypadków skreślenia z listy oczekujących z powodów leżących po stronie pacjenta, przy 25 takich przypadkach w 2020 r. oraz jeden w pierwszej połowie 2021 r.

(akta kontroli: str. 24)

W I połowie 2020 r. Szpital nie prowadził statystyk dotyczących liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, średniego czasu oczekiwania oraz pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia. W pozostałych okresach odnotowano zmiany w wartościach ww. wskaźników.

Względem wartości na koniec 2019 r. (brak oczekiwania) wzrosła liczba pacjentów i średni czas oczekiwania na przyjęcie do Poradni neonatologicznej pacjentów w stanie stabilnym (dwie osoby i średnio 21 dni na koniec czerwca 2021 r.). Pacjenci pilni przyjmowani byli bez oczekiwania.

Mimo wzrostu liczby oczekujących pacjentów na udzielenie świadczenia w Poradni chirurgii ogólnej (jeden pacjent w połowie 2019 r. do 54 osób w połowie 2021 r.), spadł średni czas oczekiwania na przyjęcie do tej komórki organizacyjnej Szpitala (z 17 do 14 dni). Podobnie, odnotowano spadek średniego czasu oczekiwania na

przyjęcie do Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej (odnotowano znaczący spadek średniego czasu oczekiwania – z 391 do 64 dni – po wznowieniu przyjęć w II półroczu 2020 r.), mimo iż do II połowy 2020 r. wzrastała liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w tym Oddziale.

Odnótowano także spadek liczby pacjentów i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w Oddziale ginekologiczno-położniczym i Oddziale chirurgii ogólnej (dot. przypadków stabilnych – pacjenci pilni przyjmowani byli bez oczekiwania). Względem wartości na koniec 2019 r. spadła również liczba pacjentów i średni czas oczekiwania na przyjęcie do Poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej (z 373 osób i 62 dni na koniec 2019 r. do 183 pacjentów i 32 dni na koniec I połowy 2021 r.). Pacjenci Oddziału chorób wewnętrznych, Oddziału neonatologicznego oraz Oddziału pediatrycznego co do zasady nie oczekiwali na przyjęcie do Szpitala.

(akta kontroli: str. 32-38)

2.6. W 2020 r. w SOR przyjęto o 33,3% mniej pacjentów niż w 2019 r., gdzie w kolejnych kwartałach tego roku zanotowano spadek liczby przyjętych pacjentów (odpowiednio 2 404, 1887, 1815 do 1 569 pacjentów). Tendencja ta odwróciła się w I półroczu 2021 r., gdy w I kwartale przyjęto 2 065 pacjentów, a w II kwartale 2021 r. 2 607. W każdym z kwartałów 2020 r. i I półrocza 2021 r. zanotowano zwiększoną liczbę odmów w porównaniu do 2019 r. (56), gdyż wystąpiło odpowiednio 27, 19, 29, 29, 19 i 27 odmów. Nie odnotowano żadnych odmów przyjęcia wynikających z braku miejsc w Szpitalu. Przyczyną odmowy przyjęcia do Szpitala był brak zgody pacjenta na leczenie w Szpitalu.

(akta kontroli: str. 39)

2.7. Zgodnie z przyjętymi procedurami wewnętrznymi (KORONAWIRUS), w Szpitalu przyjęto zasadę wyjaśniania statusu epidemicznego wszystkich pacjentów przyjmowanych do leczenia szpitalnego, na podstawie przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego potwierdzonego pomiarami: temperatury ciała (termometrem bezdotykowym); liczby oddechów na minutę (obserwacja wzrokowa); saturacji przezskórnej (pulsyksomemrem), a od 1 grudnia 2020 r. każdego pacjenta traktowano jako osobę o niewyjaśnionym statusie epidemiologicznym, oczekującego na wynik testu na obecność w organizmie SARS-CoV-2, zleconego przez Szpital do wykonania w laboratorium/pracowni badań molekularnych.

Badanie szczegółowe wykonane na próbie losowo wybranych 40 pacjentów przyjętych do Szpitala na zabieg w celu wykonania procedury generującej aerozol (20 przyjętych w trybie nagłym i 20 przyjętych w trybie planowym), w IV kwartale 2020 r. oraz I półroczu 2021 r., potwierdziło rutynowe testowanie 38 pacjentów testem RT-PCR/antygenowym w celu wykluczenia zakażenia SARS-CoV-2³². Nie stwierdzono przypadków uzależnienia przyjęcia planowego do Szpitala od przedstawienia negatywnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 wykonanego na koszt pacjenta. Pacjenci nagli co do zasady poddawani byli testom po przyjęciu do Szpitala, a zabieg przeprowadzano po uzyskaniu wyniku testu. Nie podejmowano w Szpitalu wobec pacjentów diagnostyki w celu wykrywania zmian charakterystycznych dla zakażonych COVID-19, tj. badań RTG/USG/tomografii klatki piersiowej.

(akta kontroli: str. 246-254, 328-379)

³² U dwóch pacjentów planowych z negatywnym wywiadem epidemiologicznym oraz bezobjawowych nie przeprowadzono testu (zabieg wykonano w listopadzie 2020 r.).

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

Przekazując do DOW NFZ rozliczenia 97 teleporad przeprowadzonych w 2020 r. na oddziale rehabilitacji dziennej dla dzieci wykazano do rozliczenia kwotę 9,0 tys. zł, zamiast 6,2 tys. zł, przez co Szpital otrzymał nienależne środki w wysokości 2,8 tys. zł. Zgodnie ze wskazaniem Dyrektora, wynikało to z opóźnienia w aktualizacji szpitalnego systemu informatycznego przez dostawcę oprogramowania.

(akta kontroli: str. 388-392)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital, pomimo trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, w związku z wykonywaniem zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 zapewnił opiekę pacjentom. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała zasadniczego charakteru w kontekście ocenianego obszaru.

3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala

Opis stanu
faktycznego

3.1. Strata netto Szpitala w 2020 r. wyniosła 539,3 tys. zł i była o 432,9 tys. zł niższa niż strata odnotowana w 2019 r. (972,2 tys. zł). Szpital osiągnął w 2020 r. przychody netto ze sprzedaży (i zrównane z nimi) w wysokości 47 050,4 tys. zł oraz poniósł koszty działalności operacyjnej na poziomie 50 588,8 tys. zł. Na koniec pierwszego półrocza 2021 r. Szpital odnotował stratę netto w wysokości 1 616,8 tys. zł (przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi wyniosły 32 665,5 tys. zł, zaś koszty działalności operacyjnej – 35 322,0 tys. zł).

Zobowiązania finansowe Szpitala kształtowały się na poziomie 45 363,9 tys. zł w 2019 r. (w tym zobowiązania długoterminowe w wysokości 15 530 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe w wysokości 10 894,5 tys. zł), 47 001,7 tys. zł w 2020 r. (w tym zobowiązania długoterminowe w wysokości 13 780,0 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe w wysokości 11 582,0 tys. zł) oraz 31 054,0 tys. zł według stanu na 30 czerwca 2021 r. (w tym zobowiązania długoterminowe w wysokości 14 580,0 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe w wysokości 11 879,4 tys. zł).

Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej Szpitala kształtował się na poziomie 0,52% w 2019 r. oraz 0,34% w 2020 r. (niski poziom wskaźnika), zaś w połowie 2021 r. wyniósł -4,03% (zły poziom wskaźnika). Wskaźnik bieżącej płynności wyniósł w 2019 r. 0,57 (zły poziom wskaźnika), zaś w 2020 r. oraz w połowie 2021 r. – odpowiednio 0,71 i 0,67 (niski poziom wskaźnika).

Na koniec 2020 r. w Szpitalu wystąpiły zobowiązania wymagalne w kwocie 1 400,8 tys. zł, a na 30 czerwca 2021 r. w kwocie 2 009,1 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkowało zapłatą w 2020 r. i w I półroczu 2021 r. odsetek za opóźnione płatności odpowiednio w kwocie 19,4 tys. zł i 2,5 tys. zł. Dyrektor wyjaśnił, że nieterminowe płatności wynikały z braku wystarczających środków finansowych. Kontrakt Szpitala na lata 2020-2021 nie uległ znaczącej zmianie (poza środkami przekazanymi na obowiązkowe podwyżki dla personelu medycznego), przy jednoczesnym zmniejszeniu wpływów za świadczenia pediatryczne z uwagi na czas pandemii. Dodatkowo nie zmieniono wyceny świadczeń, mimo wzrostu kosztów funkcjonowania Szpitala [np. stawki dziennej żywieniowej o 20,8% (w 2021 r. w porównaniu do 2020 r.); stawki za jeden kilogram odebranych, transportowanych i unieszkodliwianych odpadów medycznych o 277%, a następnie o 22,5% (według stawki obowiązującej za styczeń i maj 2020 r. oraz maj 2021 r.) oraz

znaczącego wzrostu kosztów zakupu materiałów oraz usług], co skutkowało nieregulowaniem spłat zobowiązań w terminie.

(akta kontroli: str. 54-68, 289-307)

Analiza przychodów netto ze sprzedaży oraz kosztów działalności operacyjnej poszczególnych oddziałów i poradni Szpitala wskazuje, że osiem z nich osiągnęło w 2020 r. zysk ze sprzedaży: Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej (169,5 tys. zł), Poradnia chirurgii ogólnej (79,4 tys. zł), Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej (262,6 tys. zł), Ośrodek rehabilitacji dziennej (195 tys. zł), Oddział chorób wewnętrznych (4 661 tys. zł), Oddział rehabilitacyjny (702,3 tys. zł), Oddział chirurgii ogólnej (1 241,4 tys. zł) oraz Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej (1 008,1 tys. zł). Pozostałe sześć komórek organizacyjnych odnotowało w 2020 r. stratę ze sprzedaży (najwyższą stratę odnotowano dla Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii: 2 442,7 tys. zł).

(akta kontroli: str. 54-68)

Szpital otrzymał także szereg darowizn rzeczowych o łącznej szacunkowej wartości 1 925,6 tys. zł. Przedmiotowe darowizny obejmowały zarówno środki ochrony indywidualnej (rękawice, gogle, przyłbice i inne), jak i sprzęt i aparaturę medyczną (m.in. respiratory, kardiomonitor, wyposażenie pracowni badań molekularnych).

(akta kontroli: str. 274-288)

3.2. Szpital nie zrealizował w całości zawartych z DOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rehabilitacja. W 2019 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła 34 166,6 tys. zł (w tym ryczałt podstawowego szpitalnego zabezpieczenia³³ 24 220,6 tys. zł), zaś wykonanie wyniosło 33 142,1 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 23 287,0 tys. zł). W 2020 r. było to odpowiednio 34 729,6 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 24 216,5 tys. zł) i 26 763,4 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 18 978,4 tys.). Wykonanie w pierwszej połowie 2021 r. wyniosło zaś 16 156,1 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 9 452,7 tys. zł) przy zakontraktowanych świadczeniach na ten okres na kwotę 16 754,1 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 9 881,4 tys. zł).

Na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających³⁴ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁵, w 2020 r. Szpital pięciokrotnie³⁶ złożył wnioski o wypłatę tzw. 1/12 wartości umowy o udzielanie świadczeń. Dotyczyło to wszystkich realizowanych zakresów świadczeń. Dyrektor wskazał, że umożliwiło to zachowanie poziomu przychodów (przy ograniczonej działalności poprzez zmniejszenie liczby planowo udzielanych świadczeń) i poprawę sytuacji finansowej Szpitala.

Dyrektor poinformował także, że w zakresie lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zrealizowane w roku 2020/2021 świadczenia pozwoliły na pokrycie otrzymanych zaliczek. Natomiast w zakresie rehabilitacji leczniczej nie ma możliwości „nadrobienia świadczeń”, które NFZ finansuje w ramach zrealizowanych osobodni. Ze względu na czas epidemii podmioty

³³ Dalej: PSZ.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 437) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 547).

³⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

³⁶ Za: marzec 2020 r. w kwocie 809,2 tys. zł (zaakceptowane decyzją DOW NFZ z 1 kwietnia 2020 r.), maj 2020 r. w kwocie 809,2 tys. zł (decyzja DOW NFZ z 3 czerwca 2020 r.); czerwiec 2020 r. w kwocie 781,6 tys. zł (decyzja DOW NFZ z 2 lipca 2020 r.); lipiec 2020 r. w kwocie 806,9 tys. zł (decyzja DOW NFZ z 4 sierpnia 2020 r.); sierpień 2020 r. w kwocie 718,5 tys. zł (decyzja DOW NFZ z 2 września 2020 r.).

lecnicze zostały zobowiązane do „nadrobienia” otrzymanych środków w 2020 r. do końca 2021 r. (zawarto stosowny aneks). Wielkość niezrealizowanych świadczeń medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej to 2 301,1 tys. zł. Dyrektor wskazał również, że wobec dynamicznie zmieniających się zasad rozliczania/sprawozdawania świadczeń medycznych, jak i metodyki wyliczenia wartości kontraktów, trudno aktualnie określić jakie skutki finansowe poniosą podmioty lecznicze, które finansowały w 2020 r. bieżącą działalność z tzw. 1/12.

W 2020 r. w Szpitalu wykonano 78,4% świadczeń ryczałtowych (przy wykonaniu w 2019 r. na poziomie 96,1%). W okresie od stycznia do czerwca 2021 r. realizacja świadczeń finansowanych w ramach ryczału PSZ kształtowała się na poziomie 95,7%.

(akta kontroli: str. 297, 328-379, 405)

3.3. Wysokość uzyskanych przez Szpital przychodów w związku ze świadczeniami medycznymi udzielonymi pacjentom zarażonym lub z podejrzeniem COVID-19 wyniosła w 2020 r. 1 353,8 tys. zł, zaś w I połowie 2021 r. – 3 967,9 tys. zł. W 2020 r. realizowano łącznie 17 produktów rozliczeniowych, zaś w I połowie 2021 r. – 19 produktów. Dyrektor poinformował, że uzyskane przychody w ramach realizowanych umów z DOW NFZ w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 nie pokryły w pełni poniesionych nakładów. NFZ wprowadzał wielokrotnie zmiany zasad sprawozdawania i finansowania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów z podejrzeniem i zakażeniem SARS-CoV-2. Koszty osobowe personelu medycznego na oddziale buforowym były stałe bez względu na liczbę leczonych pacjentów. Jedynie przez okres od 26 marca do 6 maja 2021 r. Wojewoda Dolnośląski polecił Szpitalowi zapewnienie 24 łóżek *covidowych*, które odpowiadało możliwości oddziału buforowego.

(akta kontroli: str. 25-26, 328-379, 381-387)

3.4. W okresie trwania stanu epidemii Szpital ponosił dodatkowe koszty związane z prowadzoną działalnością leczniczą. W 2020 r. odnotowano spadek kosztów związanych ze stosowaniem leków (115,9 tys. zł względem 168,9 tys. zł w 2019 r.), poniesione w tym zakresie koszty w pierwszej połowie 2021 r. na poziomie 97,7 tys. zł stanowiły ok. 58% kosztów z 2019 r. Względem wartości z 2019 r. wzrosły koszty zużycia tlenu: o ok. 62% w 2020 r. (22,9 tys. zł) i o ok. 51% w pierwszej połowie 2021 r. (21,4 tys. zł). Koszty zużycia środków ochrony indywidualnej, prowadzenia dezynfekcji i utrzymania czystości wzrosły w porównaniu do 2019 r. o ok. 128% w 2020 r. (740,5 tys. zł) i o ok. 12% w pierwszej połowie 2021 r. (366,5 tys. zł).

Koszty testów w kierunku wykrycia SARS-CoV-2 wyniosły 333,3 tys. zł w 2020 r. oraz 560,2 tys. zł w pierwszej połowie 2021 r. Ponadto, w 2020 r. w związku z podejmowanymi działaniami związanymi z przeciwdziałaniem COVID-19 Szpital poniósł koszty dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa, w tym przekształcenia sal chorych (adaptacji pomieszczeń), strefowania budynków i wyznaczania dróg dla poszczególnych grup pacjentów, modernizacji/rozbudowy instalacji tlenowej, stworzenia punktu wymazowego/punktu szczepień oraz zakupu dodatkowej aparatury medycznej i wyposażenia na łączną kwotę 489 tys. zł. W pierwszym półroczu 2021 r. koszty w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa, w tym adaptacji pomieszczeń, strefowania budynków i wyznaczania dróg dla poszczególnych grup pacjentów, utworzenia punktu wymazowego/punktu szczepień oraz zakupu dodatkowej aparatury medycznej i wyposażenia wyniosły zaś łącznie 198,3 tys. zł.

W 2020 r. Szpital uzyskał środki finansowe dedykowane realizacji nałożonych na niego zadań związanych ze zwalczaniem i przeciwdziałaniem COVID-19 w łącznej wysokości 716,5 tys. zł (w pierwszej połowie 2021 r. nie otrzymano dodatkowego finansowania). Wskazane środki otrzymano w ramach: [a] dotacji celowej na

dofinansowanie zadania: *Dostosowanie Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy do udzielania świadczeń w stanie zagrożenia epidemicznego oraz [b] umowy o powierzenie obowiązków w ramach Grantu na realizację wsparcia dla Domów Pomocy Społecznej i Szpitali w walce z epidemią COVID-19 w ramach projektu pn. „Przeciwdziałanie wykluczeniu spowodowanemu przez COVID-29” nr RDPS.09.03.00-02.022/20.*

(akta kontroli: str. 40-53, 156-183)

3.5. Dyrektor DOW NFZ wpisał Szpital do wykazu podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w dniu 25 listopada 2020 r.³⁷. Dodatkowe wynagrodzenie na podstawie poleceń Ministra Zdrowia³⁸ otrzymało za miesiąc: listopad 2020 r. – 79 osób wykonujący zawód medyczny, w łącznej kwocie 435,3 tys. zł; grudzień 2020 r. – 78 osób, 495,3 tys. zł; styczeń 2021 r. – 90 osób, 593,9 tys. zł; luty 2021 r. – 107 osób, 833,9 tys. zł; marzec 2021 r. – 129 osób, 1 047,8 tys. zł; kwiecień 2021 r. – 170 osób, 1 449,4 tys. zł.

Listy stanowisk personelu medycznego uprawnionego do otrzymania ww. dodatkowego wynagrodzenia za każdy z ww. miesięcy przekazano do DOW NFZ po terminie określonym poleceniami Ministra Zdrowia (termin na przesłanie informacji za dany miesiąc mijał 10. dnia tego miesiąca)³⁹. Dyrektor wskazał, że: *w początkowym okresie obowiązywania umów zawartych z DOW NFZ na wypłatę tzw. dodatku covidowego był chaos informacyjny. Staraliśmy się zweryfikować kto ma być objęty dodatkiem. Były organizowane spotkania online pomiędzy szpitalami i wideokonferencje z przedstawicielami DOW NFZ, żeby móc ustalić w jaki sposób należy wypłacać/naliczać ww. dodatki. W tamtym czasie brak było jasnych zasad, dlatego też konsultowano się z innymi Szpitalami, zapoznawano się z odpowiedziami NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia kierowanymi do Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Konsorcjum Szpitali Powiatowych czy innych szpitali, które miały podobne wątpliwości jak my. Odpowiedzi te czasami wzajemnie się wykluczały, co jedynie potęgowało powstałe wątpliwości w tej sprawie. Zestawienia, sporządzane do NFZ były czasochłonne i pracochłonne. Poza tym brak było jasnych zasad komu i w jakiej wysokości należy wypłacać świadczenie, tj. czy wypłacać 100% całości wynagrodzenia w danym miesiącu (160 godzin) czy jednak zachować zasadę, ile godzin zostało przepracowanych w SOR lub SOR-COVID (np. 100 godz.) to za tyle należy zapłacić. Jakie elementy wynagrodzenia wchodzi w skład tzw. dodatku covidowego. Ponadto kolejni pracownicy przekazywali do działu kadr szpitala oświadczenia o pracy z pacjentami podejrzanymi o zarażenie oraz zarażonymi wirusem SARS-CoV-2 w różnych terminach (na początku, w środku lub pod koniec miesiąca). Weryfikacja oświadczeń, czyli czy w danym miesiącu był pacjent z rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2 i czy dany pracownik był w tym czasie w pracy, była również czasochłonna. Po weryfikacji byli dopisywani lub nie do listy wysyłanej do NFZ. Procedura ta trwała określony czas. Poza tym część wynagrodzenia stanowiąca podstawę wypłaty 100% dodatku stanowi wynagrodzenie za noce i święta, które jest wypłacane do 10. każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, więc samo wyliczenie należnego dodatku nie jest możliwe przed 10. Ponadto należy dodać, iż w jednym z pism NFZ określił, iż termin określony w umowie „do 10 następnego miesiąca jest terminem instrukcyjnym i złożenie zestawień po terminie nie będzie skutkowało brakiem wypłaty środków”.*

(akta kontroli: str. 256-271, 398-403)

³⁷<https://www.nfz.gov.pl/dolnoslaski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/>.

³⁸ Z dnia: 29 kwietnia 2020 r.; 4 września 2020 r.; 30 września 2020 r.; 1 listopada 2020 r.

³⁹ Tj. za: listopad 2020 r. w dniach 30 grudnia 2020 r. i 7 stycznia 2021 r.; grudzień 2020 r. – 25 stycznia 2021 r.; styczeń 2021 r. – 8 marca 2021 r.; luty 2021 r. – 15 kwietnia 2021 r.; marzec 2021 r. – 21 kwietnia 2021 r.; kwiecień 2021 r. – 27 maja 2021 r.

Badanie szczegółowe po 10 dodatków wypłaconych pracownikom Szpitala za listopad i grudzień 2020 r. oraz luty i marzec 2021 r. (každorazowo w wysokości 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę⁴⁰ lub umowy cywilnoprawnej, nieprzekraczającej 15 tys. zł) odpowiednio w kwocie 92,5 tys. zł; 94,0 tys. zł; 94,7 tys. zł; 111,3 tys. zł, wykazało, że wynagrodzenie wypłacono pracownikom⁴¹: wskazanym na liście przekazanej do DOW NFZ; uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2⁴²; którzy złożyli stosowne zgody na udostępnianie⁴³ i przetwarzanie⁴⁴ informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

(akta kontroli: str. 398-403)

Badanie wykazało, że 22 dodatki (w tym 13 za listopad 2020 r. i dziewięć za grudzień 2020 r.) wypłacono w wielkości proporcjonalnej do czasu pracy na oddziale buforowym/SOR do ogółu czasu pracy w danym miesiącu (tj. od 7% do 94% wynagrodzenia).

Dyrektor wyjaśnił: (...) w okresie kilku miesięcy obowiązywania tzw. dodatku covidowego zmieniały się interpretacje zapisów umowy. Literalne brzmienie zapisów umowy od samego początku wywoływało wiele kontrowersji wśród pracowników wykonujących zawody medyczne jak i u podmiotów leczniczych. Powszechnie w tamtym czasie uważano, że całkowicie niesprawiedliwe i niezrozumiałe jest to, aby osoba, która przepracowała 12 godz. w Oddziale Buforowym ma otrzymać 100% wynagrodzenia miesięcznego, czyli np. 8 tys. zł, gdzie przez 12 godzin pracy na tym oddziale wypracowała wynagrodzenie w wysokości kilkuset złotych. Osoba taka otrzymałaby pomimo tego taki sam dodatek jak pracownik, który przepracował cały miesiąc wyłącznie przy pacjentach covidowych. W tej sytuacji zarówno pracownicy medyczni, jak i podmioty lecznicze oczekiwały od NFZ lub Ministerstwa Zdrowia jednoznacznej interpretacji umowy w tym zakresie. Odkryło się kilka spotkań przedstawicieli szpitali z przedstawicielami DOW NFZ i doszło do obszernej wymiany korespondencji. Jednak zamiast od razu rozwiązać te wątpliwości doszło do udzielania sprzecznych wyjaśnień. Tytułem przykładu można wskazać stanowisko zajęte przez Konsorcjum Szpitali Wrocławskich skierowane do DOW NFZ, w którym wskazano, że przyjęte zostanie proporcjonalne naliczanie dodatków, w zależności od faktycznego czasu spędzonego przy udzielaniu świadczeń pacjentom covidowym. Stanowisko to zostało przyjęte przez DOW NFZ bez zastrzeżeń. Dodatkowo podkreślenia wymaga, że istniała uzasadniona obawa po stronie Szpitala, że NFZ będzie dokonywał wykładni umowy, która będzie sprzeczna z jej literalnym brzmieniem. Zarówno NFZ jak i Ministerstwo Zdrowia zaczęło bowiem wskazywać, że dodatek nie przysługuje w razie udzielania świadczeń o charakterze „incydentalnym”. W żadnym miejscu umowy pomiędzy szpitalem a DOW NFZ nie ma o tym mowy. Również NFZ nie sprecyzował co to ma oznaczać. W związku z powyższym przez okres od listopada 2020 r. do stycznia 2021 r. przyjęto, iż dodatek powinien być wypłacany tylko osobom pracującym bezpośrednio na tzw. Oddziale Buforowym w wysokości odpowiedniej do ilości godzin przepracowanych w tym oddziale. Czyli, jeśli dana pielęgniarka przykładowo w Szpitalu przepracowała 160 godz. w danym miesiącu, w tym w oddziale buforowym 120 godz., dodatek został wypłacony za 120 godzin. (...) Ostatecznie

⁴⁰ Wynagrodzenie zasadnicze wraz z dodatkami: stażowym, funkcyjnym, za pracę w godzinach nocnych i w święta i/lub innym.

⁴¹ Odpowiednio w dniach: 8 i 11 stycznia 2021 r. (za listopad 2020 r.); 9 lutego 2021 r. (za grudzień 2020 r.); 23 i 26 kwietnia 2021 r. (za luty 2021 r.); 10-12 maja 2021 r. (za marzec 2021 r.).

⁴² Bądź osobom wykonującym: [1] zawód medyczny w SOR; [2] czynności diagnostyki laboratoryjnej w Szpitalu.

⁴³ DOW NFZ.

⁴⁴ DOW NFZ oraz Ministra Zdrowia.

w piśmie z dnia 11 marca 2021 r. wystosowanym przez Ministerstwo Zdrowia do Wojewody Lubelskiego napisano co następuje: „Polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV2 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).” (...) W związku z powyższymi wyjaśnieniami, kolejnymi konsultacjami z innymi szpitalami, rozmowach i kolejnych interpretacjach z Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, została podjęta decyzja o odejściu od proporcjonalności i zaczęto wypłacać 100% wynagrodzenia wypracowanego przez danego pracownika bez względu na ilość wypracowanych godzin w Oddziale Buforowym czy SOR (lekarze konsultujący w SOR – pełniący dyżury w innych oddziałach np. chirurgia ortopedia), personel innych oddziałów na których byli leczeni pacjenci z COVID-19.

(akta kontroli: str. 256-271)

3.6. W Szpitalu dochodziło do wyłączenia stosowania ustawowej regulacji prawa zamówień publicznych⁴⁵ do zamówień na usługi i dostawy, które związane były z przeciwdziałaniem COVID-19. Łącznie dotyczyło to ośmiu zamówień na kwotę 592,3 tys. zł netto (642,3 tys. zł brutto)⁴⁶. W przypadku dwóch postępowań wartość zamówień przekraczała próg ustawowy równowartości 30 000 euro netto, tj. jeźdnego aparatu RTG (o wartości 236,8 tys. zł brutto)⁴⁷ oraz łóżka OIOM z sześcioma materacami (o wartości 207,4 tys. zł brutto)⁴⁸.

Stosowaną podstawą wyłączenia był art. 46c ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz art. 6a ustawy o zwalczaniu COVID. Analiza przedmiotów zamówień wskazała na stosowanie omawianych wyłączeń do zamówień na usługi i dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19⁴⁹. Dodatkowo Dyrektor wyjaśnił, że zakupu jeźdnego aparatu RTG dokonano po awarii uprzednio wykorzystywanego aparatu na oddziale buforowym, a posiadany drugi aparat (używany na oddziale intensywnej terapii oraz noworodkowym) nie mógł być tam wykorzystywany ze względu na zagrożenie przenoszenia COVID-19.

(akta kontroli: str. 328-379, 396)

W regulacjach obowiązujących w Szpitalu, dla wydatków nieprzekraczających równowartości 30 000 euro, wskazano by były one dokonywane: 1) w sposób oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów; 2) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań (art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych). Analiza ośmiu przeprowadzonych postępowań wykazała, że w sześciu przypadkach skorzystano z zapytania ofertowego, w tym czterech w ramach grupy zakupowej dla podmiotów leczniczych

⁴⁵ Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.).

⁴⁶ Dodatkowo zawarto dwie umowy na usługi transportu sanitarnego z dotychczasowymi wykonawcami tych usług (wybranych po przeprowadzonych postępowaniach w trybie przetargu nieograniczonego) w okresie od 16 stycznia 2020 r. do 15 stycznia 2021 r., gdzie uwzględniono jednostkowy ryczałtowy koszt ubrań ochronnych personelu oraz koszty dezynfekcji pojazdu w wysokości 300 zł (brutto) w okresie od 4/9 listopada 2020 r. do 28 lutego 2021 r.

⁴⁷ Umowa zawarta w dniu 3 grudnia 2020 r.

⁴⁸ Umowa zawarta w dniu 26 listopada 2020 r. Po unieważnionym postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego na zakup m.in. łóżka OIOM z uwagi na brak ofert i pilny charakter zakupu.

⁴⁹ Zamówienia poniżej równowartości 30 000 euro dotyczyły zakupu: [1] zestawu do trudnej intubacji (o wartości 8,0 tys. zł brutto), umowa zawarta w dniu 1 grudnia 2020 r. (również nie złożono oferty w przetargu nieograniczonego); [2] rękawic nitrylowych (o wartości 49,1 tys. zł brutto), umowa z 19 kwietnia 2021 r.; [3] półmasek ffp3, kombinezonów ochronnych (o wartości 21,7 tys. zł brutto), umowa z 19 kwietnia 2021 r.; [4] rękawic nitrylowych (o wartości 63,5 tys. zł brutto), umowa z 4 lutego 2021 r.; [5] rękawic nitrylowych (o wartości 35,5 tys. zł brutto), umowa z 21 września 2020 r.; [6] półmasek ffp3, kombinezonów ochronnych, ochraniających na obuwie (o wartości 20,4 tys. zł brutto), umowa z 4 lutego 2021 r.

Dolnego Śląska (DOLMED)⁵⁰. W dwóch pozostałych przypadkach skierowano zapytanie ofertowe bezpośrednio do producentów, którzy przedłożyli oferty na kwotę niższą niż zakładano w przeprowadzonym postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego unieważnionym z uwagi na brak złożonych ofert.

(akta kontroli: str. 328-379, 396)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

Z tytułu nieregulowania zobowiązań w terminie, na podstawie wystawionych przez dostawców not odsetkowych, Szpital zapłacił w 2020 r. odsetki za opóźnione płatności odpowiednio w kwocie 19,4 tys. zł, a w I półroczu 2021 r. w kwocie 2,5 tys. zł. Dyrektor wyjaśnił, że nieterminowe płatności wynikały z braku zmiany kontraktu pomimo zmniejszonych wpływów w czasie pandemii oraz braku zmiany wyceny świadczeń mimo wzrostu kosztów funkcjonowania Szpitala.

(akta kontroli: str. 289-307)

OCENA CZĄSTKOWA

Przyjęte zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień publicznych zapewniły funkcjonowanie Szpitala w okresie epidemii. Jednakże analiza jego sytuacji ekonomicznej wykazała, że prowadzona działalność była obciążona stratą. Ponadto Szpital utracił zdolność terminowego regulowania zobowiązań, co spowodowało obowiązek zapłaty odsetek za zwłokę.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o *NIK*, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski:

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o *NIK*, przedstawia następujące wnioski:

1. Podjęcie działań zmierzających do skorygowania nieprawidłowo rozliczonych teleporad z DOW NFZ w wysokości 2,8 tys. zł.
2. Podjęcie działań w zakresie poprawy sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala, w tym zmierzających do terminowej realizacji zobowiązań.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

⁵⁰ Oferty złożyło w każdym zapytaniu ofertowym co najmniej sześciu oferentów.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o *NIK* należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie i wykonania wniosków pokontrolnych 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.

Wrocław, września 2021 r.

Kontroler

Anna Zielińska
Inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis