



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.017.04.2021

Pani

Anna Płotnicka-Mieloch

**Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Legnicy**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5
59-220 Legnica

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	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, , ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica (dalej: Szpital lub WSS)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Płotnicka-Mieloch, Dyrektor Szpitala od dnia 27 sierpnia 2019 r. (dalej: Dyrektor Szpitala)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu epidemii 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 w celach porównawczych
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	1. Jakub Mucha, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/106/2021 z 28 czerwca 2021 r., 2. Edward Klatka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/112/2021 z 5 lipca 2021 r., 3. Anna Zielińska, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/135/2021 z dnia 20 sierpnia 2021 r.

(akta kontroli t. I str.1-4,17-19, t. III str. 713)

¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Dalej: ustawa o NIK.

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 Szpitala przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 przyczyniały się do zapewnienia bezpieczeństwa personelowi i pacjentom.

Pomimo podejmowanych działań adaptacyjnych i przystosowawczych infrastruktury Szpitala nie udało się jednak uniknąć wystąpienia ognisk epidemicznych i zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu, co miało wpływ na okresowe zmniejszenie dostępności do świadczeń.

W związku z pandemią koronawirusa nie zrealizowano w pełni zawartych z DOW NFZ³ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej oceniono, że przyjęte zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ułatwiały funkcjonowanie Szpitala w okresie epidemii. Jednakże prowadzona działalność była w całym kontrolowanym okresie obciążona stratą. Ponadto Szpital nieterminowo regulował swoje zobowiązania, co spowodowało obowiązek zapłaty odsetek za zwłokę w wysokości odpowiednio – 512,4 tys. zł w 2020 r. oraz 53,7 tys. zł w I półroczu 2021 r.

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości dotyczyły: [1] niezapewnienia co najmniej 11 godzinnego odpoczynku lekarzom zatrudnionym w ramach stosunku pracy w związku z wykonywanymi dyżurami (w tym dyżurami wykonywanymi w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych), tj. niezgodnie z przepisami art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴; [2] niesporządzenia wykazu osób objętych ograniczeniami, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów), wykonujących pracę w Oddziale buforowym i w konsekwencji nieustalenia osób uprawnionych za okres od maja do września 2020 r. do dodatkowego świadczenia pieniężnego wypłacanego w związku z poleceniem Ministra Zdrowia z 29 kwietnia 2020 r.; [3] nie w pełni rzetelnego ustalenia osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego za październik 2020 r. oraz wypłacenia w nieprawidłowych wysokościach świadczenia za ten okres dla części osób i nie podjęcia działań w celu dokonania stosownej korekty; [4] udzielenia w 2021 r. zamówienia na półmasek ochronne FFP3 za cenę od 43% do 100% wyższą niż cena, za którą było możliwe nabycie półmasek od ich producenta.

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

³ Dołnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁴ Dz.U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 775, ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital został wpisany do wykazu⁷ podmiotów prowadzących działalność leczniczą w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w dniu 18 marca 2020 r.

(akta kontroli t. I str. 22-30)

a) Począwszy od 16 marca 2020 r. na Szpital nakładane były zadania na podstawie 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 kryzysowych⁸ (dalej: ustawa o zwalczaniu COVID-19).

Wydane na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 ustawy o zwalczaniu COVID polecenia Wojewody Dolnośląskiego obejmowały m.in.:

– z 16 marca 2020 r.⁹ – polecenie realizacji usług opieki zdrowotnej wobec pacjentów – u których stwierdzono zakażenia koronawirusem lub zachodziło podejrzenie zakażenia koronawirusem – w dziedzinach kardiologii, neurologii, neurochirurgii i okulistyki;

– z 21 kwietnia 2020 r.¹⁰ – polecenie utworzenia oddziału buforowego przeznaczonego do przeciwdziałania oraz leczenia w przypadku braku możliwości przekazania pacjenta do szpitala jednoimiennego COVID-19;

– z 30 czerwca 2020 r.¹¹ – polecenie realizacji świadczeń zdrowotnych: [1] zakontraktowanych przez DOW NFZ dla pacjentów innych niż z podejrzeniem bądź zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w komórkach organizacyjnych innych niż wymienione w pkt 2; [2] wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w oddziałach: 1) kardiologicznym; 2) neurologicznym; 3) neurochirurgicznym oraz 4) okulistycznym (w poleceniu wskazano także, że łączna liczba łóżek przewidzianych dla osób podejrzewanych o zakażenie SARS-CoV-2 oraz dla pacjentów z COVID-19 wynosi 38 sztuk). Decyzją Wojewody Dolnośląskiego z 20 lipca 2020 r.¹² polecenie to zostało uchylone;

– z 3 września 2020 r.¹³ – polecenie realizacji od 15 września 2020 r. świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie 11 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, w tym jednego łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Wojewoda Dolnośląski zmienił przywołaną decyzję 14 września 2020 r. (obowiązek zapewnienia 10 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia), a następnie decyzją z 2 października 2020 r. (polecenie zapewnienia pięciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz zapewnienia 10 łóżek dla pacjentów

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Wykaz opracowywany przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą.

⁸ Dz. U. poz. 1842, ze zm.

⁹ BZ-RM.6310.77.2020.LS.

¹⁰ BZ-RM.6310.163.2020.MB.

¹¹ BZ-RM.6310.234.2020.MB(2).

¹² BZ-RM.6310.248.2020.MB.

¹³ ZP-PSM.966.348.2020.UK.

z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym dwóch łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej). Wojewoda Dolnośląski wydał następnie trzynaście decyzji zmieniających przywołane polecenie – decyzje z 12 października 2020 r. (dwie decyzje)¹⁴; 19 października 2020 r.; 26 października 2020 r.; 30 października 2020 r.; 20 listopada 2020 r.; 8 grudnia 2020 r.; 25 stycznia 2021 r.; 10 lutego 2021 r.; 19 marca 2021 r.; 26 marca 2021 r.; 10 maja 2021 r.; 18 czerwca 2021 r.

Maksymalna liczba łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, do której zapewnienia zobowiązany został Szpital na podstawie przywołanych poleceń, to 10 (polecenia z 14 września, 20 listopada oraz 8 grudnia 2020 r.), maksymalna liczba łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, to 85 (polecenie z 20 listopada 2020 r.), w tym w odniesieniu do liczby łóżek intensywnej terapii liczba ta wynosiła 10 (polecenie z 8 grudnia 2020 r. oraz 25 stycznia 2021 r.). Według stanu na 30 czerwca 2021 r. Szpital zobowiązany był do zapewnienia pięciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz sześciu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym sześciu łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Wojewoda Dolnośląski decyzją wydaną 13 listopada 2020 r. na podstawie art. 11h ust. 1 i 4 ustawy o zwalczaniu COVID polecił Szpitalowi, od daty wydania decyzji do odwołania, udzielić wsparcia merytorycznego (jako szpitalowi patronackiemu) spółce KGHM Polska Miedź Spółka Akcyjna przy realizacji polecenia Prezesa Rady Ministrów, polegającego na zorganizowaniu i utworzeniu szpitala tymczasowego mającego zapewnić realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W dniu 10 lutego 2021 r. Wojewoda Dolnośląski wydał Szpitalowi na podstawie art. 11h ust. 5 ustawy o zwalczaniu COVID polecenie zapewnienia w Szpitalu tymczasowym 59 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym trzech łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Polecenie dotyczące Szpitala tymczasowego było następnie zmieniane 5 marca 2021 r.; 8 marca 2021 r.; 30 marca 2021 r. (w tym poleceniu Wojewoda Dolnośląski określił także liczbę łóżek z możliwością wentylacji mechanicznej z lokalizacją poza oddziałem intensywnej terapii – sześć łóżek); 2 kwietnia 2021 r.; 25 maja 2021 r. oraz 10 czerwca 2021 r. Maksymalna liczba łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, do której zapewnienia zobowiązany został Szpital w Szpitalu tymczasowym na podstawie przywołanych poleceń to 96 (polecenia z 8 i 30 marca 2021 r. oraz z 2 kwietnia 2021 r.), w tym maksymalnie sześć łóżek intensywnej terapii (polecenie z 2 kwietnia 2021 r.). Według stanu na 30 czerwca 2021 r. Szpital zobowiązany był do zapewnienia w Szpitalu tymczasowym 31 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym trzech łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Ponadto Wojewoda Dolnośląski na podstawie art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹⁵ oraz art. 30 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁶ nałożył na

¹⁴ Druga decyzja z 12 października 2020 r. oraz kolejne decyzje zmieniające były wydawane na podstawie art. 11h ust. 1 lub ust. 4 lub ust. 5 ustawy o zwalczaniu COVID.

¹⁵ Dz.U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.

¹⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 882, ze zm.

Szpital decyzją z dnia 15 marca 2020 r. obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości od dnia 15 marca 2020 r. w celu przyjęcia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W decyzji tej wskazano również, że: „(...) nie będą kierowani pacjenci do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, którzy mieliby trafić na oddział chirurgii onkologicznej, hematologii, medycyny paliatywnej oraz psychiatrii”. Na podstawie decyzji z 30 czerwca 2020 r.¹⁷ Wojewoda Dolnośląski zniósł obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości, który nałożono na Szpital w celu przyjęcia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w zakresie oddziału chirurgii onkologicznej, hematologii, medycyny paliatywnej oraz psychiatrii.

Decyzją z 9 listopada 2020 r., wydaną na podstawie art. 11h ust. 1 i ust. 4 ustawy o zwalczaniu COVID, Wojewoda Dolnośląski polecił Szpitalowi utworzenie i prowadzenie w jednej z nieruchomości położonej w Legnicy (hotel) izolatorium w celu realizacji opieki sprawowanej w związku z przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w tym opieki medycznej, poprzez zapewnienie dla pacjentów 58 łóżek. Decyzją z 8 grudnia 2020 r. obowiązek w tym względzie został uchylony z mocą obowiązującą od 15 grudnia 2020 r. W uzasadnieniu decyzji z 8 grudnia 2020 r. Wojewoda Dolnośląski wskazał m.in., że została ona wydana wobec znikomego stopnia wykorzystania łóżek w tym izolatorium (stan na 30 listopada 2020 r. – zero pacjentów na dostępne 58 miejsc).

(akta kontroli t. I str. 31-109, t. IX str. 1-8)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pandemia i związany z nią reżim sanitarno-epidemiologiczny wymusiły reorganizację pracy Szpitala. Wskazała przy tym, że: „Obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości wydany decyzją Wojewody (...) oznacza konieczność zabezpieczenia bazy łóżek zakaźnych i wdrożenia takiej organizacji udzielania świadczeń, która pozwoliła zapewnić miejsca do leczenia pacjentów z COVID-19 jak również dla pacjentów z innymi schorzeniami”. Budynek Pawilon II Szpitala przeznaczono na działalność wyłącznie „zakaźną” i w związku z tym relokowano oddziały (Hematologii, Chirurgii Onkologicznej, Medycyny Paliatywnej oraz trzy oddziały psychiatryczne) funkcjonujące uprzednio w tym budynku, które następnie włączono w struktury innych oddziałów. W związku z powyższym i wobec ograniczonych możliwości lokalowych w Szpitalu zawieszono działalność usług rehabilitacyjnych w oddziałach: Rehabilitacji Neurologicznej oraz Rehabilitacji Kardiologicznej, przy czym działalność w tym zakresie prowadzona była w trybie ambulatoryjnym. Dyrektor wskazała przy tym, że rehabilitacja pacjentów prowadzona była w oddziałach macierzystych, na których byli oni leczeni. Ponadto zawieszono działalność Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego, z którego (jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala) pacjentów przekazano do Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi. Dyrektor wyjaśnił ponadto, że „Bezwzględna potrzeba zwiększenia przepustowości Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) dla karettek pogotowia nałożona mocą decyzji administracyjnej i MZ skutkowałą koniecznością wydzielenia dodatkowych łóżek buforowych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID kosztem ograniczenia łóżek w Oddziale chirurgii dla dzieci”.

(akta kontroli t. I str. 120)

Wstrzymanie udzielania świadczeń lub ograniczanie ich udzielania wystąpiło w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala 16 razy i dotyczyło łącznie 10 komórek organizacyjnych Szpitala – Oddziałów: [1] Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych (czterokrotnie); [2] Chirurgii Ogólnej (trzy razy); [3] Otolaryngologicznym; [4] Neurologicznym z Pododdziałem Urazowym;

¹⁷ BZ-RM.6310.234.2020.MB.

[5] Położniczo-Ginekologicznym (odcinek Ginekologii i Patologii Ciąży); [6] Psychiatrycznym Ogólnym; [7] Rehabilitacji Neurologicznej; [8] Rehabilitacji Kardiologicznej (tryb stacjonarny) oraz Poradni; [9] Chirurgii Ogólnej oraz [10] Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Zaprzestanie lub ograniczenie udzielenia świadczeń 11 razy spowodowane było wystąpieniem ognisk SARS-CoV-2 lub prowadzeniem dochodzeń epidemicznych w komórkach organizacyjnych Szpitala (dotyczy to siedmiu komórek organizacyjnych). Pięć razy realizacja świadczeń została ograniczona (wyłączona) z powodu wprowadzonych zmian organizacyjnych wynikających z konieczności realizacji nałożonych na Szpital zadań związanych z przeciwdziałaniem i zapobieganiem COVID-19. Ograniczenia w funkcjonowaniu Szpitala występowały od września 2020 r. do maja 2021 r.

(akta kontroli t. I str. 121-150)

W związku z ryzykiem epidemicznym w Szpitalu wstrzymano także przyjęcia planowe pacjentów do leczenia szpitalnego (poza pacjentami, których stan zdrowia nie pozwalał na przesunięcie przyjęcia do placówki) – od 9 marca do 30 kwietnia 2020 r. oraz od 29 marca do 7 czerwca 2021 r. (drugi z przypadków nie dotyczył planowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz porodów).

(akta kontroli t. III str. 550, 841-846)

b) W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. w Szpitalu hospitalizowanych było 2 873 pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19, z tego łącznie 166 pacjentów wymagało respiratoroterapii. W 2020 r. liczba osób hospitalizowanych wynosiła 1 606 (w poszczególnych kwartałach: 27, 416, 308 i 854), a wymagających respiratoroterapii 38 (w tym w II kw. – dwie osoby i w IV kw. – 36 osób), natomiast w I półroczu 2021 r. liczba osób hospitalizowanych wynosiła 1 268 (615 oraz 653 w I i II kwartale) natomiast liczba osób wymagających respiratoroterapii 128 (50 i 78).

(akta kontroli t. I str. 536)

c) Według stanu na koniec 2019 r. liczba łóżek ogółem, którą dysponował Szpital wynosiła 647, według stanu na koniec 2020 r. – 635, natomiast według stanu na 30 czerwca 2021 r. liczba ta wzrosła do 686. Wśród łóżek szpitalnych ogółem było odpowiednio 51, 51 i 53 łóżek intensywnej terapii i intensywnej opieki medycznej, a także wzrosła z 14 do 28, a następnie do 35, liczba łóżek respiratorowych oraz z czterech do 19, a następnie do 31, łóżek z możliwością wysokoprzepływowej terapii donosowej (HFNO). Wzrost liczby łóżek respiratorowych oraz łóżek z możliwością pełnej izolacji oddechowej wynikał z sytuacji epidemicznej spowodowanej rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Szpital dysponował jednym urządzeniem do ciągłego pozaustrojowego natleniania krwi (ECMO), które było użytkowane w Oddziale Neonatologii. Natomiast Szpital nie dysponował komorami izolacyjnymi typu Biobox jak również łózkami z możliwością pełnej izolacji oddechowej (izolatki/boksy Maltzera).

Zużycie tlenu w Szpitalu w kolejnych latach wzrastało i wyniosło 236,6 ton w 2019 r., 382,8 ton w 2020 r. oraz 497,8 ton w I połowie 2021 r.

Szpital według stanu na koniec 2019 r. zatrudniał 216,8 lekarzy (w przeliczeniu na pełny etat), według stanu na koniec 2020 r. – 222,2 lekarzy, a według stanu na koniec I półrocza 2021 r. – 230,3 lekarzy. W przywołanym okresie na stałym poziomie utrzymywało się zatrudnienie lekarzy chorób zakaźnych (jeden lekarz), natomiast zwiększyło się zatrudnienie lekarzy specjalności anestezjologii i intensywnej terapii, które przeciętnie wynosiło odpowiednio 16,0, 16,1 oraz 19,5 etatu. W przypadku pielęgniarek poziom zatrudnienia ogółem w przeliczeniu na pełne etaty wynosił odpowiednio 629,5; 626,0 oraz 627,0 etatów. W przypadku

pielęgniarek zatrudnionych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii poziom zatrudnienia wynosił, 83,9, 84,2 oraz 85 etatu, natomiast w przypadku pielęgniarek zatrudnionych na oddziale obserwacyjno-zakaźnym wynosił odpowiednio 44 etaty na koniec 2020 r. i 19 etatów według stanu na 30 czerwca 2021 r.

(akta kontroli t. I str. 153)

Średnie wykorzystanie łóżek w Szpitalu¹⁸ w 2019 r. wyniosło 98,6%. W poszczególnych kwartałach lat 2020-2021 (do II kwartału) poziom średniego wykorzystania łóżek szpitalnych był niższy niż w 2019 r. i wynosił odpowiednio: 76,2%, 55,7%, 79,3%, 69,7%, 64,4% oraz 53,9%.

Od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. wyższy od przeciętnego poziom wykorzystania łóżek szpitalnych w każdym kwartale odnotowano¹⁹ na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIiT) (od 86,9% w II kw. 2020 r. do 98,4% w I kw. 2020 r., w 2019 r. średnie wykorzystanie łóżek kształtowało się na poziomie 96,3%). W przypadku Oddziału Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych poziom wykorzystania łóżek szpitalnych wynosił od 69,9% w III kw. 2020 r. do 90,2% w IV kw. 2020 r. (w 2019 r. poziom wykorzystania łóżek w tym oddziale kształtował się na poziomie 84,2%).

Znacznym zróżnicowaniem w poszczególnych kwartałach charakteryzował się poziom wykorzystania łóżek szpitalnych m.in. na oddziałach: [1] Hematologicznym (od 19,3% w II kw. 2020 r. do 99,6% w II kw. 2021 r., w 2019 r. 95,9%); [2] Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (od 33,2% w II kw. 2020 r. do 76,7% w II kw. 2021 r., w 2019 r. 64,2%); [3] Rehabilitacji Kardiologicznej (od 0,0% w II kw. 2020 r. i II kw. 2021 r. do 68,5% w I kw. 2020 r., w 2019 r. 67,2%); [4] Rehabilitacji Kardiologicznej w warunkach Oddziału/Ośrodka Dziennego (od 0,0% w II kw. 2020 r. i 18,1% w III kw. 2020 r. do 297,7% w II kw. 2021 r., w 2019 r. 145,5%); [5] Oddziale Psychiatrycznym (Ogólnym) (0,0% w II kw. 2020 r. i 8,5% w IV kw. 2020 r. do 82,8 % w II kw. 2021 r.); [6] Chirurgii Onkologicznej – chemioterapii w trybie jednodniowym (od 43,7% w II kw. 2021 r. do 92,2% w II kw. 2020 r., w 2019 r. 131,1%); [7] Chirurgicznym Ogólnym (od 40,5% w IV kw. 2020 r. do 81,1 % w I kw. 2020 r., w 2019 r. 84,9%); [8] Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym (od 45,3% w III kw. 2020 r. do 102,9% w II kw. 2021 r., w 2019 r. 90,7%).

Na niższym poziomie niż ogólne średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych kształtował się ten wskaźnik w oddziałach: [1] Okulistycznym (od 6,7% w I kw. 2021 r. do 37,6% w II kw. 2021 r., w 2019 r. 16,7%) oraz [2] Otolaryngologicznym (od 7,7% w IV kw. 2020 r. do 53,4% w I kw. 2020 r., w 2019 r. 62,7%).

(akta kontroli t. I str. 169-172)

d) Szpital do 3 sierpnia 2020 r. dysponował certyfikatem akredytacyjnym²⁰, potwierdzającym spełnienie przez Szpital standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. W *Raporcie z przeglądu akredytacyjnego* z 9 czerwca 2017 r., przeprowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: CMJ), wskazano m.in. na następujące standardy, które nie były w pełni spełnione:

– Szpital nie spełniał standardu CO 8: *W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji. W uzasadnieniu wskazano, że: „W Szpitalu nie prowadzi się analiz przyczyn odmów hospitalizacji. Przedstawiono statystykę*

¹⁸ Wskaźnik określa przez ile przeciętnie dni w ciągu okresu łóżko było zajęte przez chorych. Wskaźnik wyrażony w % jest liczony jako iloraz średniej liczby dni, przez które łóżko było zajęte i liczby dni okresu sprawozdawczego (średnio w miesiącu 30, w roku 365 dni), którą przyjmuje się za 100.

¹⁹ Z wyłączeniem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w których poziom wykorzystania łóżek szpitalnych wynosił od 485,6% w II kw. 2021 r. do 613,2% w I kw. 2020 r.

²⁰ Certyfikat nr 2017/16 z 4 sierpnia 2017 r.

odmów, dane uzyskane z programu Infomedica. Nie poddano analizie takich przypadków jak: brak możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala, brak wolnych łóżek”;

– Szpital częściowo spełniał standardy: KZ 1.1: efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń, KZ 1.2: mycie i dezynfekcja rąk, KZ 1.6: postępowanie z bielizną szpitalną, KZ 1.10: izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia. W odniesieniu do powyższych standardów wskazano m.in. na brak wiedzy personelu oddziałów na temat higieny rąk na oddziale oraz niskie zużycie środka do dezynfekcji rąk, nie w każdym przypadku przekazywanie pacjentowi czystego mikrobiologicznie koca i poduszki, a także brak możliwości izolacji pacjentów w części oddziałów (Dermatologia).

W związku z upływającą ważnością certyfikatu akredytacyjnego Szpital we wrześniu 2019 r. złożył do CMJ wniosek o odnowę ważności tego certyfikatu. W październiku 2020 r. Szpital został poinformowany przez CMJ, że: „znajduje się na liście podmiotów oczekujących na wizytę akredytacyjną, a planowany termin wizyty akredytacyjnej przypada na II kwartał 2021 r. Zaplanowana na kwiecień 2021 r. wizyta akredytacyjna została w marcu 2021 r. odwołana przez CMJ z powołaniem się m.in. na rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii²¹ z jednoczesną realizacją wizyty w Szpitalu po zniesieniu ograniczeń. W czerwcu 2021 r. wyznaczono termin wizyty akredytacyjnej na wrzesień 2021 r.

(akta kontroli t. III str. 156-188)

1.2. W lutym 2020 r. zmieniono procedurę PE-13 Postępowanie personelu w przypadku zachorowania lub zagrożenia wystąpienia choroby zakaźnej szczególnie niebezpiecznej, w której zawarto regulacje mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zachorowań na COVID-19 w Szpitalu, a tym samym zapewnienie ciągłości działania jednostki. W celu organizacji niezbędnej pomocy medycznej w jak najkrótszym czasie, jak największej liczbie osób potrzebujących, przyjęto w Szpitalu procedurę Postępowania w stanach nagłych z udziałem większej liczby poszkodowanych. Przedmiotem tej procedury było postępowanie w sytuacji nadzwyczajnej, w której normalne funkcjonowanie Szpitala nie zapewnia opieki nad dużą liczbą osób potrzebujących, i stanowi element Zabezpieczenia Kryzysowego Powiatu Legnickiego i Województwa Dolnośląskiego. W Szpitalu przyjęto również procedurę określającą zasady systemu zastępstw oraz wzywania personelu w sytuacjach nagłych (aktualizowaną w trakcie okresu objętego kontrolą). Procedura ta miała na celu zapewnienie ciągłości pracy, działalności leczniczej oraz umożliwienie szybkiej mobilizacji zasobów ludzkich Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w sytuacji nagłej.

Wykonywanie przez Szpital nałożonych na niego zadań obronnych było poddane kontroli ze strony pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości z badanym zakresie.

(akta kontroli t. II str. 235-253; t. III str. 30-141, 515-544, 694-712)

Kierownictwo Szpitala prowadziło komunikację z pracownikami w sprawach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Szpitalu (m.in. komunikaty publikowane na stronie intranetowej Szpitala, informowanie komórek organizacyjnych o wprowadzanych zmianach, zachowanie zasady wprowadzania procedur w formie zarządzeń Dyrektora i związanych z tym norm dotyczących zapoznawania się personelu z obowiązującymi regulacjami).

²¹ Dz.U. poz. 512, ze zm. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 8 maja 2021 r.

Zgodnie z postanowieniami § 54 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, w strukturze jednostki funkcjonował Zespół ds. epidemiologii, do którego zadań należało: 1) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala oraz pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach szpitalnych; 2) współuczestnictwo w wypracowywaniu strategii działań Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń; 3) określanie czynnika ryzyka zakażeń wśród pacjentów Szpitala oraz personelu; 4) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu; 5) organizowanie szkoleń z zakresu zwalczania zakażeń szpitalnych; 6) uczestnictwo w pracach Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych; 7) wykonywanie innych zadań wynikających z wewnętrznych zarządzeń Dyrektora Szpitala. W związku z wystąpieniem stanu epidemii powołano także Zespół ds. monitorowania sytuacji epidemiologicznej dotyczącej koronawirusa, odpowiedzialny za bieżące monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Szpitalu i przekazywanie do Dyrektora ds. Lecznictwa cyklicznych raportów wraz z propozycją ewentualnych działań. Powyższe miało na celu zapewnienie odpowiedniej komunikacji pomiędzy personelem na stanowiskach kierowniczych w Szpitalu.

Wskazane wyżej zespoły, w celu prawidłowej realizacji powierzonych im zadań, na bieżąco monitorowały zmiany przepisów dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19, wytycznych oraz zaleceń dotyczących opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2. Osobami odpowiedzialnymi za działania w tym zakresie byli także – z racji zajmowanych stanowisk – pracownicy stanowiący kadrę kierowniczą Szpitala, posiadający dostęp do systemu informacji prawnej w zakresie ochrony zdrowia.

W ramach podjętej przez Szpital współpracy z samorządem lokalnym Szpital otrzymał od jednostek samorządu terytorialnego oraz należących do nich przedsiębiorstw darowizny rzeczowe (siedem termometrów bezdotykowych) i finansowe, a także dotacje celowe na zakup sprzętu i aparatury medycznej (o łącznej wartości 266 tys. zł).

Szpital utrzymywał także kontakty z innymi placówkami medycznymi, a współpraca polegała między innymi na wymianie informacji i wsparciu w procesie leczenia chorych.

Ciągłość funkcjonowania Szpitala w okresie obowiązywania stanu epidemii zapewniono także poprzez działania w zakresie wydzielenia stref, wykonania dostosowań pomieszczeń, wytyczenia ścieżek przemieszczania się pacjentów oraz wprowadzania szczegółowych zasad stosowania środków ochrony indywidualnej. Podjęcie działań w celu wyodrębnienia Oddziału Chorób Zakaźnych stanowi zaś przykład uwzględnienia wprowadzonych działań adaptacyjnych w przyszłej działalności Szpitala.

(akta kontroli: t. I str. 122-150; t. II str. 235-253; t. III str. 6-7, 31, 215-218, 450, 515-712, 818-824)

1.3. W Szpitalu przyjęto wspomnianą wyżej procedurę PE-13 *Postępowanie personelu w przypadku zachorowania lub zagrożenia wystąpienia choroby zakaźnej szczególnie niebezpiecznej*. Uregulowano w niej między innymi kwestie dotyczące: [1] przyjmowania pacjentów podejrzewanych o zachorowanie na chorobę wysoce zakaźną (SOR), [2] zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej, [3] sprzątnięcia, dezynfekcji i usuwania odpadów z pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów podejrzewanych o zakażenie lub z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Wprowadzono także zasady przyjmowania pacjentów do tzw. Oddziału buforowego²², a z czasem również do Oddziału Anestezjologii

²² Zarządzenie nr 96 Dyrektora z dnia 23 kwietnia 2020 r., ze zm.

i Intensywnej Terapii²³ oraz do innych oddziałów Szpitala²⁴ (z SOR). Przyjęto także procedurę dotyczącą przyjęcia pacjentów w trybie planowym²⁵. Do bezpośredniego stosowania przyjęto w Szpitalu ponadto m.in. *Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*. Dokument ten uzupełniał przyjęte przez kierownictwo Szpitala procedury wewnętrznej w zakresie zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym. Zapoznavanie pracowników z przyjętymi zasadami postępowania oraz monitorowanie przestrzegania ww. norm odbywało się zgodnie z opisanymi wyżej zasadami.

(akta kontroli t. II str. 235-253; t. III str. 31, 515-712)

1.4. Po ogłoszeniu stanu epidemii Dyrektor Szpitala wydał 12 marca 2020 r. zarządzenie w sprawie wprowadzenia rozwiązań mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się koronawirusa wśród osób zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy²⁶. W postanowieniach tego zarządzenia wskazano m.in., że: [1] wstrzymuje się do odwołania zagraniczne wyjazdy służbowe pracowników Szpitala; [2] osoby zatrudnione w Szpitalu – powracające z wyjazdów zagranicznych z krajów objętych zagrożeniem – zobowiązane są do zdalnego zgłoszenia tego faktu pracodawcy za pośrednictwem Sekcji Kadr; [3] w sytuacji świadczenia pracy, która może być wykonywana zdalnie (poza miejscem jej stałego wykonywania), pracownik składa stosowny wniosek do Dyrektora Szpitala za pośrednictwem Sekcji Kadr; [4] zaleca się, aby wszelkie wydarzenia o charakterze grupowym, zbiorowym, szkolenia itp. zostały odwołane, ograniczone co do liczby uczestników lub przeniesione na inny termin; [5] ogranicza się do niezbędnego minimum kontakt osobisty wśród pracowników; [6] wszelkie sprawy należy załatwiać wykorzystując środki zdalnego porozumiewania się, tj. kontakt telefoniczny, e-mail, komunikatory internetowe itp.; [7] w celu zapobiegania ogniska epidemiologicznego Kancelaria Ogólna Szpitala będzie obsługiwana przez okienko w drzwiach; [8] wejście pracowników do budynku Szpitala następuje wyłącznie głównym wejściem – za okazaniem identyfikatora. Z dniem 2 kwietnia 2020 r. przywołane zarządzenie zostało zmienione²⁷ poprzez dodanie obowiązku stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej (rękawiczki jednorazowe, maseczki oraz płyny dezynfekcyjne) oraz przestrzegania zasad higieny osobistej, zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Ponadto 31 marca 2020 r. Dyrektor Szpitala wydał zarządzenie w sprawie zmiany zasad organizacji pracy w komórkach organizacyjnych działalności medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym²⁸, na mocy którego począwszy od 2 kwietnia 2020 r., w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala, wprowadzono system pracy zmianowej. Ponadto polecono pracownikom Szpitala przestrzeganie następujących zasad: [1] zachowanie 1,5 do 2 m odległości od współpracowników; [2] ograniczenie przemieszczania się personelu poza rzeczywistym miejscem wykonywania pracy; [3] załatwianie spraw służbowych z wykorzystaniem środków łączności e-mail, telefon itp.; [4] ograniczenie załatwiania spraw prywatnych do niezbędnego minimum; [5] ograniczenie liczby pracowników przebywających w jednym pomieszczeniu. Zarządzenie z 31 marca 2020 r. zostało uchylone Zarządzeniem nr 174 Dyrektora z dnia 4 maja 2021 r. w sprawie zasad organizacji

²³ Zarządzenie nr 123 Dyrektora z dnia 22 marca 2021 r., ze zm.

²⁴ Zarządzenie nr 112 Dyrektora z dnia 21 stycznia 2021 r.

²⁵ Zarządzenie nr 153 Dyrektora z dnia 30 czerwca 2020 r.

²⁶ Zarządzenie nr 53.

²⁷ Zarządzenie nr 83 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 2 kwietnia 2020 r. o zmianie zarządzenia nr 53 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie wprowadzenia rozwiązań mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się koronawirusa wśród osób zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

²⁸ Zarządzenie nr 78.

pracy w komórkach organizacyjnych działalności medycznej lub innej dedykowanej na rzecz działalności medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. W Zarządzeniu tym wskazano, że w związku z ustaniem sytuacji kryzysowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy związanej z koronawirusem od 5 maja 2021 r. organizacja pracy w komórkach organizacyjnych odbywa się na zasadach określonych w Regulaminie Pracy.

W obowiązujących w Szpitalu zarządzeniach Dyrektora w sprawie podjęcia działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wskazano także m.in., że kwalifikacji pacjentów do konsultacji anestezyjologicznej należy dokonywać zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych²⁹ stanowiącymi załącznik do tych zarządzeń.

W dniu 6 listopada 2020 r. zostało wydane Zarządzenie nr 285 Dyrektora w sprawie ustalenia zasad powrotu do pracy pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy po izolacji z powodu zakażenia SARS-CoV-2. W zarządzeniu tym ustalono odrębne zasady powrotu do pracy dla: [1] pracowników medycznych – pracujących z pacjentami z grupy ryzyka ciężkiego przechorowania COVID-19; [2] pracowników medycznych – pracowników pracujących z pacjentami ogólnie zdrowymi (spoza grupy ryzyka); [3] pracowników administracji (pracownikami niemającymi kontaktu ani z pacjentami, ani z personelem zajmującym się pacjentami). Zasady te rozróżniały także postępowanie wobec pracowników z pozytywnym wynikiem testu i objawami chorobowymi oraz pracowników z objawami lecz negatywnym wynikiem testu. Ponadto w zarządzeniu tym wskazano, że: „Po izolacji wykonywany jest w miarę możliwości test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2. Przy wyniku dodatnim – kolejny test jest wykonywany w 3. dobie (cykl co 3 dni), wynik ujemny – powrót do pracy”, a także „Wprowadza się bezwzględny nakaz noszenia maseczek w trakcie wykonywanej pracy, podczas przemieszczania się, w pokojach biurowych, socjalnych itp. oraz dezynfekcji rąk i przedmiotów używanych wspólnie”.

(akta kontroli t. II str. 235-253; t. III str. 187-198, 545-712)

1.5. W celu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród pacjentów i personelu podjęto w Szpitalu następujące działania: a) zarządzeniem nr 85 z dnia 3 kwietnia 2020 r. Dyrektor Szpitala Specjalistycznego ustalił, że pacjenci z podejrzeniem zakażenia koronawirusem powinni być poddani izolacji zgodnie z procedurą epidemiologiczną PE-13; b) dokonywano pomiaru temperatury ciała przy wejściu do Szpitala wszystkim osobom wchodzącym (pracownikom i pacjentom - pretriage); c) rozstawiono bezkontaktowe dozowniki do dezynfekcji rąk w strategicznych miejscach³⁰; d) wyposażono oddziały w piktogramy przedstawiające instrukcje mycia i dezynfekcji rąk; e) w aplikacji szpitalnej stworzono stronę internetową w celu szybkiego przekazania informacji dotyczących postępowania z pacjentem podejrzanym/zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (aplikacja dostępna na każdym komputerze funkcjonującym w Szpitalu); na stronie internetowej zamieszczano komunikaty dotyczące bezwzględnego stosowania zasady DDM, zakazu odwiedzin dla rodzin pacjentów, wymagań dotyczących zachowania pacjentów hospitalizowanych (zakaz opuszczania oddziałów, stosowanie zasad DDM); f) szkolono cyklicznie personel medyczny i pomocniczy w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej, w tym podczas procedur związanych z wytwarzaniem aerozolu, zasad dekontaminacji powierzchni i sprzętu, postępowania z ciałem zmarłego; g) monitorowano stan epidemiologiczny oddziałów

²⁹ Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

³⁰ Wejście do Szpitala, SOR, Nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (POZ), w holach między oddziałami, przy wejściu do Poradni Specjalistycznych, wejściu na oddziały i w oddziałach, wejściach do pomieszczeń administracyjnych.

(codziennie z oddziałów wysyłano dobowy raport do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: ZKZSZ), z informacją o m.in. pacjentach gorączkujących, od września 2020 r. do raportu dołączono kolumny informujące o liczbie pacjentów zakażonych COVID-19, liczbie zgonów z powodu SARS-CoV-2); h) pracownia mikrobiologii szpitalnej natychmiast e-mailem wysyłała do członków ZKSSZ wyniki dodatnich testów w kierunku zakażenia ww. wirusem; i) prowadzono kontrole w zakresie prawidłowego stosowania środków ochrony indywidualnej przez personel medyczny i pomocniczy; j) monitorowano stan realizacji zaleceń wydawanych przez ZKZSZ; k) prowadzono dochodzenia epidemiczne zarówno wśród pacjentów, jak i personelu; l) kwalifikowano personel oraz pacjentów z kontaktów z osobami zakażonymi do wykonania wymazów w kierunku zakażenia; m) zgłaszano pocztą elektroniczną do Państwowej Inspekcji Sanitarnej personel z prośbą o objęcie kwarantanną lub izolacją domową. Wprowadzono posiłki w jednorazowych naczyniach na wszystkich oddziałach. Dyrektor Szpitala i Przewodniczący ZKZSZ wydali zalecenia dotyczące funkcjonowania komercyjnej stołówki: zakaz spożywania posiłków na miejscu, w późniejszym etapie posiłki dla pracowników wyłącznie na wynos w jednorazowych pojemnikach. Stosowano pościel jednorazową dla pacjentów podejrzewanych/zakażonych SARS-CoV-2 hospitalizowanych w Szpitalu.

W Szpitalu nie prowadzono badań przesiewowych personelu medycznego w kierunku zakażenia koronawirusem. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„nie wprowadzono badań przesiewowych personelu ze względu na fakt, iż personel przebywa w różnych środowiskach i nie można wykluczyć zachorowania w okresie pomiędzy pobraniem wymazu PCR, a uzyskaniem wyniku. W takiej sytuacji wynik może być fałszywie „ujemny”, co skutkuje tzw. uśpieniem czujności. Ponadto pracownicy musieliby przebywać w warunkach izolowanych pomiędzy pobraniem materiału do badań, a otrzymaniem wyniku. Badania przesiewowe nie ograniczają rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wśród personelu”*.

Pomimo podejmowanych działań nie zdołano w pełni wyeliminować zakażeń szpitalnych wirusem SARS-CoV-2 (w tym zakażeń wśród personelu) oraz występowania ognisk epidemicznych.

ZKZSZ zlecił wykonanie u pracowników Szpitala: w I półroczu 2020 r. 869 testów PCR, z których 25 było dodatnich, w II półroczu 2020 r. 757 testów (w tym 36 antygenowych i 721 PCR) z których 245 było dodatnich oraz w 13 testów (w tym pięć antygenowych) w I półroczu 2021 r., z których 2 były dodatnie. W 2020 r. 280 osób spośród personelu Szpitala uległo zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, a w 2021 r. zakażone zostały 23 osoby (w liczbie tej ujęte są również zakażenia, które nastąpiły poza szpitalem). W ramach badania ognisk epidemicznych oraz dochodzeń epidemicznych stwierdzono zakażenie łącznie u 112 osób z personelu Szpitala.

(akta kontroli t. I str. 120-150, 186-188, t. II str. 228-292, 446-455, t. III str.1-17, 215-353, 417-712, t. IV str. 278-323, t. V str. 230-241, t. VIII str. 1-282, t. XI str. 289-377, t. XII str.77-89)

1.6. W okresie objętym kontrolą zapewniono pracownikom środki ochrony indywidualnej niezbędne do udzielania świadczeń pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Poza własnymi zakupami, środki ochrony indywidualnej Szpital otrzymywał również nieodpłatnie (między innymi od Ministerstwa Zdrowia, Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, Agencji Rezerw Materiałowych).

W latach 2020-2021³¹ najwyższe średnie dzienne zużycie odnotowano w przypadku: a) rękawic w II kwartale 2021 r. - 30 165 szt., b) kombinezonów ochronnych

³¹ Do II kwartału 2021 r.

w IV kwartale 2020 r. - 131 szt., c) fartuchów plastikowych w II kwartale 2021 r. - 179 szt., d) fartuchów wodoodpornych z długimi rękawami w II kwartale 2021 r. - 235 szt., e) półmasek chirurgicznych w II kwartale 2021 r. - 1327 szt., f) półmasek FFP2 w IV kwartale 2020 r. - 195 szt., g) półmasek FFP3 w II kwartale 2021 r. - 77 szt., h) gogli i przyłbic w IV kwartale 2020 r. - 45 szt.

Na podstawie ewidencji magazynowej za okres od 5 do 11 października 2020 r., od 26 października do 1 listopada 2020 r., od 1 do 7 marca 2021 r. oraz od 22 do 28 marca 2021 r. nie stwierdzono braków środków ochrony indywidualnej.

(akta kontroli t. I str. 189-202, 209-215, t. VIII str. 392-444, t. XI str. 216-288, t. XII str. 1-33)

1.7. Personel medyczny został przeszkolony w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej w związku z opieką nad pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (w tym zakresie szkoleń praktycznych obejmujących zakładanie i zdejmowanie środków ochrony indywidualnej). Personel szkolono również w zakresie zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych dotyczących postępowania z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz udostępniano wytyczne w tym zakresie. Szkolenia we wskazanych obszarach były ponawiane (o zasadach stosowania środków ochrony informowano na odprawach personelu), a wytyczne diagnostyczno-terapeutyczny podlegały aktualizacji. Publikacje w tym zakresie były umieszczane również w intranecie (na dedykowanej stronie).

(akta kontroli t. II str. 61-83, 228-292, t. III str. 1-17, 187-198, 215-318, t. VIII str. 392-444, t. XI str. 289-299)

1.8. W 2020 r., przed rozpoczęciem epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, w zakresie leczenia szpitalnego, nie działała komórka organizacyjna, której przedmiotem działalności byłoby wyłącznie leczenie chorób zakaźnych. W związku z poleceniami i decyzjami Wojewody Dolnośląskiego dokonano w marcu 2020 r. zmian organizacyjnych w Szpitalu, polegających w szczególności na relokacji komórek organizacyjnych funkcjonujących dotychczas w wyodrębnionym kompleksie budynków, tzw. Pawilonie II (w którym według założeń projektowych, na etapie budowy obiektu, miał znajdować się szpital zakaźny) do budynku głównego Szpitala (dotyczyło to, między innymi, oddziałów chirurgii onkologicznej, oddziału hematologicznego, oddziału medycyny paliatywnej). W miejsce relokowanych komórek organizacyjnych wydzielono w tzw. Pawilonie II części zakaźne oddziałów: kardiologicznego, neurologicznego, neurochirurgicznego oraz okulistycznego, w związku z tym, że w takich zakresach świadczeń, zgodnie z poleceniem Wojewody Dolnośląskiego z dnia 16 marca 2020 r., Szpital był zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. W Pawilonie II umieszczono również część zakaźną oddziału wewnętrznego. W kwietniu 2020 r., w sąsiedztwie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - w miejscu części pomieszczeń Oddziału Chirurgii dla Dzieci - zlokalizowano tzw. Oddział buforowy³² (przeznaczony do przeciwdziałania oraz leczenia w przypadku braku możliwości przekazania pacjenta do szpitala jednoimiennej COVID-19), który został utworzony na podstawie decyzji Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 kwietnia 2020 r. W późniejszym czasie (od 22 lipca 2020 r.) oddział ten również został relokowany do tzw. Pawilonu II.

Pomieszczenia Szpitala, w których leczono pacjentów zakażonych lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie

³² Łóżka dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2, którzy byli hospitalizowani z innych powodów niż zakażenie koronawirusem, znajdowały się w późniejszym czasie również w innych oddziałach (pacjenci tacy byli izolowani).

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³³, z wyjątkami określonymi w decyzji nr 91/20 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 stycznia 2020 r., zmienionej następnie decyzją nr 828/20 dnia 15 grudnia 2020 r. W zakresie tzw. Pawilonu II, w ww. decyzjach wskazano na: a) konieczność dostosowania pomieszczeń higienicznosanitarnych w oddziale hematologicznym i oddziale medycyny paliatywnej dla osób niepełnosprawnych (termin realizacji wyznaczony na dzień 31 grudnia 2021 r.), b) wyposażenia oddziału psychiatrycznego ogólnego w gabinet przyjęć dla pacjentów pobudzeniem ruchowym (termin realizacji wyznaczony na dzień 30 czerwca 2022 r.), c) zapewnienia przy Sali operacyjnej śluzy szatniowej (termin realizacji wyznaczony do dnia 31 grudnia 2021 r.).

W oddziałach, w których leczono pacjentów zakażonych lub podejrzewanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w tym również w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR) oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wydzielono strefy lub sale dla takich pacjentów. Od początku organizacji oddziałów w Pawilonie II dla pacjentów z podejrzeniem i zakażonych SARS-CoV-2 (wewnętrzny zakaźny, kardiologiczny, okulistyczny, neurologiczny, neurochirurgiczny) wydzielone były trzy strefy dla hospitalizowanych pacjentów w ww. oddziałach. Były to: a) strefa I - zakaźna dla pacjentów z potwierdzoną infekcją SARS-CoV-2 - sale 1 i 2 osobowe, spełniające wymogi sanitarno-epidemiologiczne, z wydzieloną windą, b) strefa II - buforowa spełniająca wymogi sanitarno-epidemiologiczne. Strefa ta była przeznaczona dla pacjentów podejrzewanych o zakażenie SARS-CoV-2 (przejawiających objawy kliniczne i oczekujących na wynik badania PCR; sale tylko i wyłącznie 1-osobowe) i c) strefa III - czysta, przeznaczona dla tzw. ozdrowieńców po przebytej chorobie COVID-19, oczekujących na transport do domu lub przekazania na inne oddziały szpitalne. Pacjenci do stref zakaźnych, zlokalizowanych w jednym skrzydle Pawilonu II, przyjmowani byli na parterze budynku (bezpośrednie wejście na sale chorych z zewnątrz budynku) oraz na pozostałych kondygnacjach (wydzielona winda). Taka organizacja oddziałów zapobiegała i uniemożliwiała jakikolwiek kontakt pacjentów między poszczególnymi strefami, zapewniając izolację hospitalizowanych. Personel oddziałów w Pawilonie II przemieszczał się w ściśle określonych strefach. Na terenie oddziałów wydzielono: a) strefę czystą: szatnia dla personelu, szatnia czysta, służąca do zakładania środków ochrony osobistej, pomieszczenia socjalne, magazyny (leków, materiałów medycznych, b) strefę skażoną: pomieszczenia do dekontaminacji sprzętu, środków ochrony osobistej (śluzy, brudownik).

W związku z uwarunkowaniami architektonicznymi istniejącej infrastruktury nie wyeliminowano w pełni krzyżowania się dróg pacjentów zakażonych lub podejrzewanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 z pacjentami niezakażonymi. Dotyczyło to w szczególności SOR-u i OAiT. W przypadku transportu pacjentów zakażonych ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do innych lokalizacji, podejmowano działania organizacyjne dotyczące opróżniania ciągów komunikacyjnych, ich przewietrzania i dekontaminacji.

(akta kontroli t. I str. 1-119, t. II str. 228-445, t. III str. 1-17, 417-712, t. VIII str. 283-404, 437-438, t. XI str. 1-182, 379-383)

1.9. W listopadzie 2020 r. oraz kwietniu 2021 r. odnotowano w Szpitalu odpowiednio 187 zgonów (w tym 99 z powodu COVID-19) oraz 201 zgonów (w tym 102 z powodu COVID-19).

W listopadzie 2020 r. Szpital dysponował trzema pomieszczeniami *pro morte* do przechowywania zwłok przed przewiezieniem ich do prosektorium, a łączna ich

³³ Dz.U. poz. 595, ze zm.

powierzchnia użytkowa wynosiła 30,2 m². W związku z uruchomieniem Szpitala tymczasowego, Szpital dysponował w kwietniu 2021 r. dodatkowym pomieszczeniem *pro morte* o powierzchni 19,5 m².

Szpital dysponował chłodnią umożliwiającą przechowywania zwłok 20 zmarłych osób. Ponadto w związku zawartą 19 kwietnia 2021 r. z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych umową³⁴, 22 kwietnia 2021 r. Szpital otrzymał kontener (chłodnię), umożliwiający przechowywanie 18 ciał zmarłych osób.

Jak wyjaśnił Kierownik Zakładu Patomorfologii Szpitala w okresie objętym kontrolą występowały przypadki braku miejsc w chłodni (w dni wolne od pracy). Wskazał ponadto, że w takich sytuacjach: „*Zwłoki były przechowywane na sali sekcyjnej (stoły sekcyjne oraz specjalnie sprowadzone łóżka szpitalne), temperatura w pomieszczeniach odpowiadała temperaturze w chłodniach. Ciała przechowywane były z należytą godnością i zachowaniem szacunku*”.

Szpital 22 grudnia 2020 r. zawarł na okres trzech miesięcy z Legnickim Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. w Legnicy umowę obejmującą swym zakresem usługi polegające na odbiorze ze Szpitala zwłok osób zmarłych (od poniedziałku do piątku), a także transporcie i przechowywaniu zwłok w chłodni. Zgodnie z oświadczeniem Kierownika Zakładu Patomorfologii, nie doszło do realizacji usług przewidzianych w tej umowie.

W Szpitalu od 15 marca 2021 r. obowiązywała *Instrukcja postępowania z ciałem człowieka zmarłego z powodu choroby COVID-19* (Załącznik nr 11 do procedury epidemiologicznej PE-13 *Postępowanie personelu w przypadku zachorowania lub zagrożenia wystąpienia choroby zakaźnej szczególnie niebezpiecznej*). W procedurze tej ujęto *postępowanie w trakcie sekcji zwłok chorego zmarłego na chorobę wysoce zakaźną*, a także wskazano jako akt powiązany rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi*³⁵. W pozostałym okresie objętym kontrolą postępowanie ze zwłokami osoby zmarłej ujęte było bezpośrednio w treści poprzednich wydań ww. procedury epidemiologicznej PE-13.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące postępowania ze zwłokami osób zmarłych.

(akta kontroli t. II str. 84-102, 235-253, t. III str. 150-154, 515-544, 694-713, 776)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital, uwzględniając istniejące uwarunkowania infrastrukturalne i utrudnienia wynikające z obowiązku zapewnienia świadczeń pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, podjął działania w celu reorganizacji udzielania świadczeń zdrowotnych po ogłoszeniu epidemii.

OBSZAR

2. Dostępność świadczeń

Opis stanu
faktycznego

2.1. W Szpitalu wystąpiły ograniczenia w działalności poszczególnych oddziałów, opisane w punkcie 1.1. wystąpienia pokontrolnego, o czym informowano DOW NFZ.

(akta kontroli t. I str. 120-150)

Liczba udzielonych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2019 r. wynosiła 90 547, a świadczeń leczenia szpitalnego 63 738. W 2020 r. odpowiednio: 78 416 (spadek o 12 131 świadczeń; ok. 87% wartości z 2019 r.) oraz 46 608 (spadek o 17 130 świadczeń; ok. 73% wartości z 2019 r.). W I połowie 2021 r. zrealizowano odpowiednio: 44 373 oraz 22 796 świadczeń.

³⁴ BZ-BL 121/2021.

³⁵ Dz.U. poz. 585.

W zakresie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2020 r. wzrosła (względem 2019 r.) liczba świadczeń zrealizowanych w zakresie: [1] hematologii (diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym), [2] kardiologii (świadczenia pierwszorazowe), [3] kardiologii dziecięcej (świadczenia pierwszorazowe), [4] onkologii (diagnostyka onkologiczna), [5] onkologii (diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym), [6] chirurgii ogólnej (diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym), [7] chirurgii dziecięcej; [8] neurochirurgii, [9] neurochirurgii (diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym), [10] ortopedii i traumatologii narządu ruchu – ze wskazań nagłych, [11] okulistyki (diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym), [12] leczenia zęza – świadczenia pierwszorazowe, [13] urologii, [14] urologii (diagnostyka onkologiczna).

W zakresie świadczeń leczenia szpitalnego w 2020 r. wzrosła (względem 2019 r.) liczba zrealizowanych świadczeń w zakresie: [1] kardiologii (hospitalizacja E10, E11, E12G, E15), [2] chirurgii ogólnej (hospitalizacja – pakiet onkologiczny), [3] chirurgii onkologicznej (hospitalizacja – pakiet onkologiczny), [4] chirurgii onkologicznej (hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym), [5] urologii – hospitalizacja, [6] urologii (hospitalizacja – pakiet onkologiczny), [7] otorynolaryngologii dziecięcej (hospitalizacja) oraz [8] świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”.

(akta kontroli t. III str. 800-807)

2.2. Personel medyczny zatrudniony na podstawie umów o pracę przebywał w 2019 r. na zwolnieniach lekarskich łącznie 21 537 dni. W 2020 r., w porównaniu do roku poprzedzającego, nastąpił wzrost liczby dni zwolnień lekarskich do 30 644 (wzrost o 42,3%). Uwzględniając liczbę dni wynikającą z izolacji personelu medycznego (2 509 dni) oraz kwarantanny (673 dni) łączna liczba dni absencji w 2020 r. wynosiła 33 826 dni (w porównaniu do 2019 r. wystąpił wzrost o 57,1%). W I półroczu 2021 r. liczba dni zwolnień lekarskich personelu medycznego wyniosła 10 482, a ponadto absencje personelu medycznego wynikały z izolacji (347 dni) oraz kwarantanny (286 dni). Tym samym łączną liczbą dni absencji personelu medycznego w I półroczu 2021 r. wyniosła 11 115 dni.

W przypadku personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów o pracę w kontrolowanym okresie:

- wskaźnik absencji³⁶ w 2019 r. wynikający ze zwolnień lekarskich wynosił 5,1%, w I kw. 2020 r. – 6,2%, w II kw. 2020 r. – 6,4%, w III kw. 2020 r. – 4,9%, IV kw. – 11,1%, oraz w I i II kw. 2021 r. po 4,9%. Z uwzględnieniem izolacji i kwarantanny wartości te za okres od IV kw. 2020 r. do II kw. 2021 r. kształtowały się na wyższym poziomie i wynosiły odpowiednio: 14,0%, oraz po 5,2%;

- częstość absencji³⁷ w przypadku zwolnień lekarskich wyniosła ogółem w całym 2019 r. 54,2%. Natomiast w poszczególnych kwartałach okresu od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2020 r. wskaźnik ten kształtował się następująco: w I kw. 2020 r. – 31,6%, w II kw. 2020 r. – 22,2%, w III kw. 2020 r. – 20,9%, w IV kw. 2020 r. – 45,1%, w I kw. 2021 r. – 21,7% oraz w II kw. 2021 r. – 21,5%;

- częstość absencji w przypadku izolacji wynosiła w IV kw. 2020 r. – 28,1%, w I kw. 2021 r. – 2,2% oraz w II kw. 2021 r. – 1,9%, natomiast w przypadku kwarantanny wynosiła odpowiednio: 8,5%; 1,9% oraz 1,6%.

W przypadku personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów zlecenia w kontrolowanym okresie:

³⁶ Wskaźnik absencji = liczba opuszczonych dni pracy/(liczba wszystkich dni pracy w kwartale lub roku x liczba pracowników).

³⁷ Częstość absencji = liczba absencji/liczba pracowników w organizacji.

– wskaźnik absencji³⁸ w 2019 r. wynikający ze zwolnień lekarskich wynosił 0,1%, w I kw. i w II kw. 2020 r. – 0,0%, w III kw. 2020 r. – 0,9%, w IV kw. – 2,1%, oraz w I i II kw. 2021 r. po 1,2%. Z uwzględnieniem izolacji i kwarantanny wartości te za okres od IV kw. 2020 r. do II kw. 2021 r. kształtowały się na wyższym poziomie i wynosiły odpowiednio: 3,3%, oraz po 1,2%;

– częstość absencji³⁹ w przypadku zwolnień lekarskich wyniosła ogółem w całym 2019 r. 1,7%. Natomiast w poszczególnych kwartałach okresu od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. wskaźnik ten kształtował się następująco: w I kw. i II kw. 2020 r. – 0,0%, w III kw. 2020 r. – 3,8%, w IV kw. 2020 r. – 9,6%, w I kw. 2021 r. – 5,6% oraz w II kw. 2021 r. – 6,7%;

– częstość absencji w przypadku izolacji wynosiła w IV kw. 2020 r. 14,6%, w I kw. 2021 r. – 3,3% oraz w II kw. 2021 r. – 0,0%, natomiast w przypadku kwarantanny wynosiła odpowiednio: 1,0%; 0,0% oraz 1,0%.

Według stanu na 30 czerwca 2021 r. w pełni zaszczepionych przeciwko COVID-19 było 880 spośród 1 514 pracowników Szpitala (58,0%), natomiast zaszczepionych pierwszą dawką (w przypadku szczepionek dwudawkowych) było 40 osób (2,6%).

(akta kontroli t. II str. 103-110)

2.3. Na podstawie analizy czasu pracy pracowników SOR, Oddziału Otolaryngologicznego, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych, Oddziału Chorób Wewnętrznych – Zakaźny⁴⁰ oraz w Szpitalu tymczasowym⁴¹ w miesiącach: wrzesień i listopad 2020 r. oraz kwiecień 2021 r. nie stwierdzono naruszeń przepisów o czasie pracy, za wyjątkiem niezapewnienia prawa do 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku lekarzom zatrudnionym w Szpitalu, co stanowiło naruszenie art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dotyczyło to dwóch lekarzy z Oddziału Otolaryngologicznego (pracownikom tym w niektórych dobach nie zapewniono co najmniej 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku lub nie udzielano odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu dyżuru). Osoby te były zatrudnione w ramach stosunku pracy w Szpitalu w Oddziale Otolaryngologicznym. Po zakończeniu pracy w danym dniu w ramach stosunku pracy, osoby te w ramach zawartych kontraktów realizowały dyżury w innym oddziale (Pododdziale Otolaryngologicznym dla Dzieci), a następnie w kolejnym dniu podejmowały pracę w ramach stosunku pracy⁴².

Niezapewnienie prawa do odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu dyżuru stwierdzono w przypadku jednego lekarza we wrześniu i listopadzie 2020 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych – Zakaźnym⁴³ oraz jednego lekarza w Szpitalu tymczasowym w kwietniu 2021 r.⁴⁴.

³⁸ Wskaźnik absencji = liczba opuszczonych dni pracy/liczba wszystkich dni pracy w kwartale lub roku x liczba pracowników.

³⁹ Częstość absencji = liczba absencji/liczba pracowników w organizacji.

⁴⁰ W przypadku tego oddziału badano czas pracy w wrześniu i listopadzie 2020 r. w związku z utworzeniem od lutego 2021 r. Szpitala Tymczasowego.

⁴¹ W przypadku Szpitala Tymczasowego badaniem objęto kwiecień 2021 r.

⁴² W kwietniu 2021 r. jeden z ww. lekarzy wykonywał pracę w dniu 20 kwietnia w ramach stosunku pracy od godziny 7.25 do 15.00, a następnie, w ramach kontraktu - pełnił dyżur w oddziale od godziny 15.00 do 7.00, po czym w dniu 21 kwietnia pracował w ramach stosunku pracy od godziny 7.25 do 15.00. Analogiczne sytuacje miały miejsce w dniach 22 i 23 kwietnia oraz 27 i 28 kwietnia. W przypadku drugiego z lekarzy sytuacje takie miały miejsce w dniach 1 i 2 kwietnia oraz 8 i 9 kwietnia. Ponadto w przypadku dyżurów rozpoczynanych w niedzielę o godzinie 8.00 (w przypadku pierwszego z lekarzy w dniu 18 kwietnia, a drugiego w dniu 25 kwietnia) lekarze ci, bezpośrednio po zakończeniu pełnionego 24 godzinnego dyżuru rozpoczynali pracę w ramach stosunku pracy w poniedziałki i wykonywali ją do godziny 15.00.

Tego samego rodzaju sytuacje odnotowano w przypadku tych lekarzy innych badanych miesiącach: we wrześniu 2020 r. (w przypadku pierwszego z lekarzy w dniach 15 i 16, 22 i 23 oraz 29 i 30 września, a także w związku z dyżurem w niedzielę - 20 września, a w przypadku drugiego z lekarzy w dniach 3 i 4 oraz 24 i 25 września, a także w związku z dyżurem w niedzielę - 27 września) oraz w listopadzie 2020 r. (w przypadku pierwszego z lekarzy w dniach 3 i 4 oraz 10 listopada, a także w związku z dyżurami w niedzielę - 1 i 8 listopada, a w przypadku drugiego z lekarzy w dniach 5 i 6 oraz 12 i 13 listopada, a także w związku z dyżurem w niedzielę - 15 listopada).

⁴³ Dotyczyło to lekarza wykonującego: 1) dyżur w dniu 6 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 7.25 w dniu 7 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 7 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 2) dyżur

Ponadto w związku z analizą dyżurów realizowanych w SOR w ww. miesiącach, stwierdzono, że w przypadku pięciu kolejnych pracowników Szpitala występowały przypadki niezapewnienia prawa do co najmniej 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku. Dotyczyło to lekarzy wykonujących pracę w ramach stosunku pracy w innych oddziałach (w Oddziale Urologicznym, w Oddziale Chirurgii Ogólnej, w Oddziale Chirurgii Onkologicznej, w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz lekarza stażysty⁴⁵, którzy po zakończeniu pracy w ramach stosunku pracy realizowali w ramach kontraktów dyżury w SOR.

Dyrektor Szpitala, w odniesieniu do niezapewnienia minimalnych okresów odpoczynku lekarzom z Oddziału Otolaryngologicznego oraz SOR, wyjaśnił, między innymi, że umowy na realizację dyżurów medycznych zawierane były w trybie określonym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie działalności leczniczej w tych formach nie stanowi zatrudnienia pracowniczego. Unormowania dotyczące czasu pracy (maksymalnych dopuszczalnych wymiarów czasu pracy, konieczności zapewnienia minimalnej długości odpoczynków dobowych i tygodniowych) mają zastosowanie jedynie do pracowników wykonujących pracę w ramach stosunku pracy. Przepisów tych nie stosuje do osób zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej. Działając w ramach dozwolonej „swobody umów” zawarcie z osobami zatrudnionymi w ramach umowy o pracę dodatkowych umów cywilnoprawnych z pracownikami występującymi jako podmiot gospodarczy w ramach prowadzonej działalności na pełnienie dyżurów medycznych lub wykonywanie innych czynności w innych komórkach szpitala (niż prace wykonywane w oparciu o umowę o pracę) nie jest sprzeczne z prawem. W sytuacji braku kadry lekarskiej na rynku, zastosowane

w dniu 8 września 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 9 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 9 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 3) dyżur w dniu 10 września 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 9 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 11 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 4) dyżur w dniu 16 września 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 17 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 17 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 5) dyżur w dniu 20 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 7.25 w dniu 21 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 21 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 6) dyżur w dniu 22 września 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 23 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 23 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 7) dyżur w dniu 28 września 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 29 września 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 29 września 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 8) dyżur w dniu 8 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 7.25 w dniu 9 listopada 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 9 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 9) dyżur w dniu 18 listopada 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 19 listopada 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 19 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 10) dyżur w dniu 23 listopada 2020 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 24 listopada 2020 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 24 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00.

Ponadto w dniu 25 listopada 2020 r. lekarz pracował od godziny 7.25 do 15.00, a następnie w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych pełnił dyżur od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 26 listopada 2020 r., po czym po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 26 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00. W dniu 29 listopada 2020 r. lekarz rozpoczął dyżur w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych o godzinie 7.25 i zakończył o godzinie 7.25 w dniu 30 listopada 2020 r., a następnie w ramach stosunku pracy pracował w dniu 30 listopada 2020 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00.

⁴⁴ Dotyczyło to lekarza wykonującego: 1) dyżur w dniu 7 kwietnia 2021 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 8 kwietnia 2021 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 8 kwietnia 2021 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 2) dyżur w dniu 12 kwietnia 2021 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 13 kwietnia 2021 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 13 kwietnia 2021 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00, 3) dyżur w dniu 26 kwietnia 2021 r. od godziny 15.00 do godziny 7.25 w dniu 27 kwietnia 2021 r., który po zakończeniu tego dyżuru pracował w dniu 27 kwietnia 2021 r. od godziny 7.25 do godziny 15.00.

⁴⁵ W kwietniu 2021 r. lekarz wykonywał staż w Oddziale Pediatrycznym.

przez Szpital rozwiązanie umożliwia zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych hospitalizowanym pacjentom oraz należyte funkcjonowanie Szpitala. W przeciwnym razie niezapewnienie kadry lekarskiej spowodowałoby likwidację większości oddziałów w Szpitalu, a co za tym idzie nastąpiłoby ograniczenie dostępności do opieki medycznej dla lokalnej społeczności (w Legnicy jest jeden wieloprofilowy szpitala specjalistyczny). Analogiczne wyjaśnienia w tej sprawie złożył Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, zatwierdzający harmonogramy dyżurów, który wskazał ponadto, że wszelkie podejmowane działania pracowników były nakierowane na ratowanie życia i zdrowia przy zachowaniu maksimum bezpieczeństwa własnego i chorych.

W odniesieniu do niezapewnienia minimalnych okresów odpoczynku lekarzom z Oddziału Chorób Wewnętrznych – Zakaźnego, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, między innymi, że osobą odpowiedzialną za sporządzenie harmonogramu pracy Oddziału oraz za prowadzenie ewidencji czasu pracy była osoba kierująca pracownikami (w tym przypadku lekarz kierujący oddziałem) i to w jej kompetencjach leżało właściwe przestrzeganie przepisów wynikających z kodeksu pracy, ustawy o działalności leczniczej i innych przepisów w tym zakresie. W czasie obowiązującej w kraju pandemii związanej z wirusem SARS-CoV-2 oraz brakiem na rynku pracy lekarzy w tym lekarzy chętnych do pracy z chorymi na COVID-19 wystąpiły sytuacje z niezapewnieniem lekarzom odpoczynku po dyżurze medycznym. Najważniejszą wartością jest życie ludzkie i żeby ratować życie pacjentów lekarze sami decydowali się na pozostanie w pracy po dyżurze w celu zapewnienia ciągłości pracy oddziału.

NIK, w odniesieniu do ww. lekarzy z Oddziału Otolaryngologicznego oraz SOR wskazuje, że organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych powinna uwzględniać unormowania prawne gwarantujące pracownikom prawa do minimalnych okresów odpoczynku. Należy wskazać, że wykonywanie pracy (udzielanie świadczeń zdrowotnych) w ramach umowy o pracę oraz kontraktów na dyżury prowadziło w ww. przypadkach do obchodzenia przepisów o czasie pracy pracowników podmiotów leczniczych oraz mogło prowadzić do naruszenia przepisów o ubezpieczeniach społecznych, poprzez nieuwzględnianie przychodów z tytułu pełnienia dyżurów w ramach kontraktów w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne⁴⁶. Pracownicy nie mogli realizować prawa do odpoczynku dobowego w związku z wykonywanymi dyżurami oraz niejednokrotnie, po zakończeniu takiego dyżuru, rozpoczynali ponownie pracę w ramach stosunku pracy (odpoczynek nie był udzielany nawet po zakończeniu dyżuru). Czas pełnienia dyżuru w ramach tzw. kontraktów (umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych) nie może być jednocześnie kwalifikowany jako okres odpoczynku pracownika w ramach stosunku pracy, gdyż tego rodzaju aktywność pozostaje w sprzeczności z istotą odpoczynku dobowego jaką jest regeneracja sił pracownika. Stosowanie opisanych praktyk może w konsekwencji prowadzić do przemęczenia lekarzy, wywoływać u nich negatywne konsekwencje zdrowotne, a także wpływać na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Opisane przypadki naruszeń przepisów o czasie pracy wynikały z przyjętej organizacji pracy (uznania, że czas dyżuru w ramach kontraktu nie powoduje naruszenia prawa do odpoczynku), a nie nadzwyczajnych okoliczności, które powodowałyby konieczność wykonywania pracy w wymiarze uniemożliwiającym zachowanie prawa do odpoczynku dobowego.

W przypadku lekarzy zatrudnionych w Oddziale Chorób Wewnętrznych - Zakaźnym, należy zauważyć, w ramach stosunku pracy lekarz może wykonywać pracę

⁴⁶ Takie stanowisko prezentowane jest również w orzecznictwie Sądu Najwyższego (vide na przykład wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 października 2020 r., I UK 116/19).

w podmiocie leczniczym przez kolejne 24 godziny (łącznie z czasem dyżuru), a po tym okresie powinien mieć zapewniony odpoczynek, co w niniejszych przypadkach nie miało miejsca. Przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej są adresowane do podmiotów leczniczych, niezależnie od sytuacji, w której działają i niezależnie od rodzaju komórki organizacyjnej, przy czym apriorycznym założeniem dla tej regulacji jest stan, w którym w podmiotach leczniczych podejmowane są czynności mające na celu ratowanie życia i zdrowia ludzkiego. Koniecznym jest zatem zapewnienie takiej obsady kadrowej, aby udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się z poszanowaniem ww. przepisów ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli t. II str. 111-185, t. IV str. 324-450, t. V str. 242-376, 451-549, t. XI str. 183-215, t. XII str. 34-76, 91-93)

2.4. Zarządzeniem nr 60 Dyrektora z dnia 16 marca 2020 r.⁴⁷ wprowadzono formalną możliwość realizacji świadczeń w formie teleporady medycznej, w trakcie której pacjent mógł otrzymać zalecenia, e-zwolnienia, e-recepty lub sugestię bezpośredniej wizyty w placówce. Przewidziano także konkretne numery telefonów dedykowanych do udzielania teleporad. Zgodnie ze wskazaniem Kierownik Działu Rozliczeń, Statystyki Medycznej i Archiwum, udzielanie świadczeń w formie teleporad Szpital zaczął od 18 marca 2020 r. i do końca okresu objętego kontrolą prowadził działalność w tym zakresie. Teleporady obejmowały realizację świadczeń z zakresu zarówno ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i wybranych świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, m.in. wizyty lekarskie (w tym kontrolne), programy lekowe, hospitalizacja z zakresu okulistyki, kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym oraz nocna i świąteczna opieka zdrowotna). Teleporady w lecznictwie szpitalnym odnosiły się wyłącznie do nazw zakresów świadczeń, które realizowane były w trybie ambulatoryjnym – w poradniach specjalistycznych, w formie porad specjalistycznych kontrolnych z ustalonym planem leczenia, po pobycie szpitalnym (poradnia jest zakontraktowanym miejscem udzielania tych świadczeń). Ponadto, teleporady w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym oraz programów lekowych dotyczyły pacjentów kontynuujących leczenie i odbywały się w oparciu o komunikat NFZ z 2 kwietnia 2020 r.

W Szpitalu nie przyjęto sformalizowanych procedur dotyczących realizacji teleporad. Zgodnie z przyjętymi zasadami, teleporady realizowane były w sytuacji, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego, zgodnie z harmonogramem pracy komórki medycznej, przez personel medyczny zgłoszony do DOW NFZ, w godzinach realizacji przedmiotowych świadczeń oraz na terenie Szpitala. Równolegle konsultowano pacjentów w tradycyjny sposób. Teleporada stanowiła również jeden z elementów weryfikacji zasadności przyjęcia pacjentów do oddziałów szpitalnych zabiegowych w trybie innym niż nagły, ratujący życie w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2⁴⁸.

W Szpitalu przyjęto zasady postępowania mające na celu zachowanie bezpieczeństwa informacji medycznych w toku realizacji teleporad, zgodnie z dyrektywami DOW NFZ. Tożsamość pacjenta wnioskującego o teleporadę ustalana i potwierdzana była w oparciu o przekazywane i posiadane przez Szpital dane (w tym poprzez pytania bezpośrednie w zakresie kwestii znanych jedynie

⁴⁷ Zarządzenie o zmianie zmiany do zarządzenia nr 46 Dyrektora z dnia 9 marca 2020 r. w sprawie podjęcia działań związanych z wysokim zagrożeniem rozprzestrzeniania się koronawirusa na terenie województwa dolnośląskiego.

⁴⁸ Zarządzenie nr 104 Dyrektora z dnia 30 kwietnia 2020 r. w sprawie przyjęcia pacjentów do oddziałów szpitalnych zabiegowych w trybie innym niż nagły, ratujący życie w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2.

pacjentowi). Procedury w tym zakresie przekazane zostały w formie ustnej na spotkaniu z osobami zarządzającymi. Zawarte w komunikatach NFZ wskazówki dotyczące organizacji teleporad udostępnione zostały poprzez e-mail do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli t. II str. 186-198, 445, 455, t. III str. 777)

Organizacja udzielania świadczeń w formie teleporad nie była przedmiotem skarg i wniosków powszechnych wnoszonych do Szpitala.

(akta kontroli t. III str. 776)

Analiza liczby realizowanych teleporad w poszczególnych okresach wskazuje na największą skalę realizacji świadczeń w tej formie w II kwartale 2020 r. (2 468 udzielonych teleporad, co stanowiło ok. 9,84% wszystkich zrealizowanych świadczeń). W pozostałych okresach objętych kontrolą wskaźnik ten osiągnął 1,65% w I kwartale 2020 r. (573 teleporady), 1,45% w III kwartale 2020 r. (519 udzielonych teleporad), 2,95% w IV kwartale 2020 r. (866 udzielony teleporad), 2,48% w I kwartale 2021 r. (821 teleporad) oraz 1,91% w II kwartale 2021 r. (653 udzielone świadczenia w tej formie).

(akta kontroli t. III str. 800-807)

Badanie wybranej w drodze próby dokumentacji medycznej 10 pacjentów Szpitala⁴⁹ nie wykazało różnic co do danych odnotowywanych w ramach teleporad oraz świadczeń udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Dokumentacja medyczna uzupełniania 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.

(akta kontroli t. I str. 778-799)

2.5. Powołując się na informacje uzyskane od osób rejestrujących pacjentów do poradni oraz poszczególnych oddziałów Szpitala, Kierownik Działu Rozliczeń, Statystyki Medycznej i Archiwum wyjaśnił, że o wprowadzanych ograniczeniach w udzielaniu świadczeń pacjenci informowani byli co do zasady telefonicznie (w przypadku braku kontaktu telefonicznego – listownie). Zmiany terminu dokonywano indywidualnie, po analizie stanu zdrowia pacjenta oraz procedury, jaka miała zostać zrealizowana w trakcie wizyty. Pacjenci, którym z uwagi na ograniczenia związane ze stanem epidemii przesuwano termin realizacji świadczenia, wpisywani byli do harmonogramu według kalendarza na pierwszy wolny termin lub na koniec kolejki, jeśli pacjent wyraził taką potrzebę (pacjenci również sami telefonicznie prosili o zmianę terminu realizacji wizyty). Termin realizacji świadczenia uzależniony był od bieżącej sytuacji epidemiologicznej w kraju. W zakresie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wskazano także, iż nie było konieczności i możliwości przesunięcia całych kolejek.

(akta kontroli t. III str. 808)

Badanie losowo wybranych 20 pacjentów Szpitala, wpisanych na listę oczekujących, których termin udzielenia świadczenia był przesunięty, potwierdziło stosowanie ww. praktyki oraz wykazało, że anulując termin każdorazowo ustalano z pacjentem nowy termin wizyty (pierwszy wolny termin potwierdzony przez pacjenta). Świadczenia zostały zrealizowane średnio po 87 dniach od pierwotnego terminu (od 1 do 382 dni).

(akta kontroli t. III str. 811-817)

⁴⁹ Badanie przeprowadzono na podstawie losowo wybranych pięciu pacjentów przyjętych w trybie teleporady i pięciu pacjentów przyjętych w trybie bezpośredniego kontaktu z pacjentem, z uwzględnieniem świadczeń zrealizowanych przez tego samego lekarza w formie tradycyjnej i w formie teleporady.

W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2020 r. zmieniono termin wizyty (2 595 pacjentom, zaś w I półroczu 2021 r. - 2 332 pacjentom). Liczba pacjentów, których skreślono z listy oczekujących w 2020 r. wyniosła 102 468, w I półroczu 2021 r. – 55 462 pacjentów. Główną przyczyną skreślenia z listy oczekujących było wykonanie świadczenia (89 054 w 2020 r. oraz 49 807 w I połowie 2021 r.). Z powodu przyczyn leżących po stronie pacjenta skreślono z listy oczekujących w 2020 r. 10 568 osób oraz w I połowie 2021 r. – 5 421 pacjentów.

W zakresie świadczeń leczenia szpitalnego w 2020 r. zmieniono termin wizyty 595 osobom, zaś zgodnie ze stanem na 30 czerwca 2021 r. – 292 pacjentom. W zakresie liczby pacjentów, których skreślono z listy oczekujących w ramach świadczeń leczenia szpitalnego odnotowano 31 057 osób w 2020 r. oraz 15 475 osób w I półroczu 2021 r. Główną przyczyną skreślenia z listy oczekujących było wykonanie świadczenia (28 206 przypadków w 2020 r. oraz 14 148 w I połowie 2021 r.). Z powodu przyczyn leżących po stronie pacjenta w 2020 r. skreślono z listy oczekujących 1 474 osób oraz w I połowie 2021 r. – 817 pacjentów.

W okresie objętym kontrolą odnotowano wzrost liczby pacjentów oczekujących na udzielenia świadczenia m.in. w zakresie operacji przepukliny pachwinowej oraz usunięcia migdałków podniebiennych czy w Poradni Chirurgii Onkologicznej. Wystąpiły także sytuacje początkowego wzrostu, następnie spadku i ponownego wzrostu liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia, co dotyczy m.in. Poradni Dermatologicznej, Poradni Nefrologicznej, Poradni Okulistycznej oraz Poradni Urologicznej i Poradni Zdrowia Psychicznego. W zakresie m.in. Koronarografii, Oddziału Neurochirurgicznego, Poradni Chirurgii Ogólnej dla Dzieci oraz Poradni Chirurgii Ogólnej odnotowano natomiast spadek tej wartości w 2020 r. oraz jej ponowny wzrost w II półroczu 2020 r. lub w I połowie 2021 r. Wzrost liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w 2020 r., a następnie spadek w I połowie 2021 r. odnotowano natomiast m.in. dla świadczeń realizowanych przez Poradnię Neurochirurgii czy Oddział Chirurgii dla Dzieci, oraz w zakresie leczenia operacyjnego cieśni nadgarstka i zabiegów na przegrodzie nosowej.

Wzrost wskaźnika średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w 2020 r., a następnie (zgodnie ze stanem na koniec I połowy 2021 r.) ponowny spadek tego wskaźnika zaobserwowano w zakresie usług świadczonych m.in. w zakresie leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy (poradnia)⁵⁰, leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w poradni hematologicznej⁵¹, świadczeń Poradni Hematologicznej⁵², Poradni Neurochirurgii⁵³, Oddziału Chirurgicznego Ogólnego⁵⁴ czy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego⁵⁵. W zakresie m.in. Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej⁵⁶, Poradni Chirurgii dla Dzieci⁵⁷ oraz Poradni Nefrologicznej⁵⁸ odnotowano natomiast

⁵⁰ Dla przypadków stabilnych: 0 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r. i na koniec 2019 r.; 28 dni na koniec czerwca 2020 r. oraz na koniec 2020 r. oraz 0 dni w czerwcu 2021 r.

⁵¹ Dla przypadków stabilnych: 0 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r. i na koniec 2019 r.; 18 dni na koniec czerwca 2020 r. oraz 22 dni na koniec 2020 r. oraz 0 dni w czerwcu 2021 r.

⁵² Dla przypadków stabilnych: 92 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 18 dni na koniec 2019 r.; 126 dni na koniec czerwca 2020 r. oraz 192 dni na koniec 2020 r. oraz 86 dni w czerwcu 2021 r.

⁵³ Dla przypadków stabilnych: 119 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 80 dni na koniec 2019 r.; 171 dni na koniec czerwca 2020 r. oraz 129 dni na koniec 2020 r. oraz 84 dni w czerwcu 2021 r.

⁵⁴ Dla przypadków stabilnych: 79 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 102 dni na koniec 2019 r.; 148 dni na koniec czerwca 2020 r., 60 dni na koniec 2020 r. oraz 61 dni w czerwcu 2021 r.

⁵⁵ Dla przypadków stabilnych: 38 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 24 dni na koniec 2019 r.; 126 dni na koniec czerwca 2020 r., 26 dni na koniec 2020 r. oraz 16 dni w czerwcu 2021 r.

⁵⁶ Dla przypadków stabilnych: 218 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 249 dni na koniec 2019 r.; 103 dni na koniec czerwca 2020 r. i na koniec 2020 r. oraz 225 dni w czerwcu 2021 r.

⁵⁷ Dla przypadków stabilnych: 96 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 26 dni na koniec 2019 r.; 14 dni na koniec czerwca 2020 r., 11 dni na koniec 2020 r. oraz 20 dni w czerwcu 2021 r.

⁵⁸ Dla przypadków stabilnych: 50 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 36 dni na koniec 2019 r.; 39 dni na koniec czerwca 2020 r., 22 dni na koniec 2020 r. oraz 37 dni w czerwcu 2021 r.

spadek średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, a następnie jego wzrost w pierwszej połowie 2021 r. Odnotowano także sytuacje spadku średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia (np. Poradnia Chorób Zakaźnych⁵⁹, Poradnia Urologiczna⁶⁰) oraz jego stałego wzrostu (np. artroskopia lecznicza stawu kolanowego⁶¹, leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka⁶²).

W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej najbardziej odległy pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia (zgodnie ze stanem na koniec czerwca 2021 r.) odnotowano w Poradni Neurochirurgii (23.08.2022 r., tj. 419 dni przy 366 dniach według stanu na 30 czerwca 2019 r.) oraz w Poradni Hematologicznej (3.01.2022 r., tj. 187 dni przy 176 dniach oczekiwania według stanu na 30 czerwca 2019 r.). W zakresie leczenia szpitalnego najbardziej odległy pierwszy wolny termin na koniec czerwca 2021 r. odnotowano dla świadczeń: operacji przepukliny pachwinowej (12.05.2023 r., tj. 681 dni przy 149 dniach według stanu na 30 czerwca 2019 r.), operacji palucha koślawego (12.05.2022 r., tj. 316 dni przy 354 dniach według stanu na 30 czerwca 2019 r.) oraz w ramach Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (10.05.2022 r., tj. 314 dni przy 438 dniach według stanu na 30 czerwca 2019 r.).

(akta kontroli t. III str. 199-214)

2.6. W 2019 r. w Szpitalu w 400 przypadkach (w tym w dziewięciu przypadkach z powodu braku miejsc w Szpitalu) odmówiono przyjęć na 39 491 pacjentów, co stanowiło 1,0% zgłaszających się pacjentów. Z powodu braku miejsc w Szpitalu w 2020 r. i I półroczu 2021 r. udział odmów był wyższy niż w 2019 r. i wynosił odpowiednio 391 odmów na 29 275 pacjentów (1,3%) oraz 283 odmów na 14 694 pacjentów (1,9%), a liczba odmów z powodu braku miejsc wynosiła odpowiednio 13 i trzy.

W poszczególnych kwartałach okresu od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 dane w tym zakresie prezentowały się następująco: w I kw. 2020 r. – 162 odmowy (nie wystąpiły przypadki odmów z powodu braku miejsc) na 8 192 pacjentów (2,0%), w kw. 2020 r. – 67 odmów (w tym osiem odmów ze względu na brak miejsc) na 6 571 pacjentów (1,0 %), w III kw. 2020 r. – 115 odmów (w tym cztery odmowy ze względu na brak miejsc) na 8 094 pacjentów (1,4%), w IV kw. 2020 r. – 47 odmów (w tym jedna odmowa ze względu na brak miejsc) na 6 418 pacjentów (0,7%), w I kw. 2021 r. – 157 odmów (w tym dwie odmowy ze względu na brak miejsc) na 6 570 pacjentów (2,4%) oraz 126 odmów (w tym jedna odmowa ze względu na brak miejsc) na 8 124 pacjentów (1,6%).

(akta kontroli tom II str. 61-70, 227)

2.7. W Szpitalu zapewniono poddawanie przyjmowanych pacjentów badaniom w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, zarówno w przypadkach przyjęć nagłych, jak i planowych. Przyjęcie pacjentów na zabieg planowy nie było uzależniane od przedłożenia przez pacjentów negatywnego wyniku testu. W oparciu o analizę 40 przypadków przyjęć pacjentów (20 w trybie nagłym i 20 w trybie planowym w dwóch okresach⁶³: jesień⁶⁴ 2020 r. oraz wiosna⁶⁵ 2021 r.) stwierdzono, że:

⁵⁹ Dla przypadków stabilnych: 23 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 37 dni na koniec 2019 r.; 39 dni na koniec czerwca 2020 r., 36 dni na koniec 2020 r. oraz 24 dni w czerwcu 2021 r.

⁶⁰ Dla przypadków stabilnych: 69 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 80 dni na koniec 2019 r.; 72 dni na koniec czerwca 2020 r., 52 dni na koniec 2020 r. oraz 28 dni w czerwcu 2021 r.

⁶¹ Dla przypadków stabilnych: 11 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 122 dni na koniec 2019 r.; 133 dni na koniec czerwca 2020 r., 214 dni na koniec 2020 r. oraz 265 dni w czerwcu 2021 r.

⁶² Dla przypadków stabilnych: 0 dni według stanu na 30 czerwca 2019 r.; 76 dni na koniec 2019 r.; 207 dni na koniec czerwca 2020 r., 298 dni na koniec 2020 r. oraz 390 dni w czerwcu 2021 r.

⁶³ W każdym okresie badaniem objęto 10 przypadków przyjęć planowych i 10 przypadków przyjęć w trybie nagłym.

⁶⁴ W badaniu analizowano przypadki przyjęć planowych i nagłych w październiku i listopadzie 2020 r.

⁶⁵ W badaniu analizowano przypadki przyjęć planowych i nagłych w marcu 2021 r.

- w przypadku przyjęć w trybie nagłym w październiku i listopadzie pobierano od pacjentów materiał do wykonania testów (były to testy RT-PCR), a ponadto wykonywano również badania obrazowe klatki piersiowej (TK lub RTG) co miało miejsce w dziewięciu z 10 badanych przypadków przyjęć nagłych w październiku/listopadzie 2020 r. (za wyjątkiem pacjenta o numerze historii choroby 40353, który przed przyjęciem miał wykonany test w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w innym podmiocie leczniczym⁶⁶);

- w przypadku przyjęć trybie nagłym w marcu 2021 r. pacjentom wykonywano testy antygenowe lub RT-PCR. W sześciu z 10 badanych przypadków wykonywano również badania obrazowe klatki piersiowej (TK lub RTG);

- w przypadku przyjęć planowych (w październiku i listopadzie 2020 r.) wykonywano pacjentom, przed przyjęciem do szpitala, testy RT-PCR. Pobranie materiałów do testów następowało od jednego do sześciu dni przed dniem przyjęcia do oddziału. W okresie do przyjęcia do oddziału (od chwili pobrania) pacjenci przebywali poza Szpitalem, co nie odpowiadało postanowieniom procedury PM-06 „Przyjęcie pacjenta do oddziału w trybie planowym” wprowadzonej Zarządzeniem nr 153 Dyrektora Szpitala z dnia 30 czerwca 2020 r., przewidującej pozostawanie pacjenta w izolacji w oddziale Szpitala;

- w przypadku przyjęć trybie planowym w marcu 2021 r. pacjentom wykonywano testy RT-PCR. W dwóch z 10 badanych przypadków pacjenci zostali przyjęci do Szpitala w dniu pobrania materiału do badania (wyniki badań również były dostępne w tym dniu). W pozostałych przypadkach materiały do badania były pobierane od jednego do czterech dni przed dniem przyjęcia do Szpitala. W okresie do przyjęcia do oddziału (od chwili pobrania) pacjenci przebywali poza Szpitalem, co nie odpowiadało postanowieniom ww. procedury PM-06.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że szczyt drugiej i trzeciej fali pandemii, najbardziej dotkliwej pod względem liczby zachorowań, uwidocznił bardzo dużą niewydolność badań diagnostyki molekularnej, które są kluczowe w walce z rozprzestrzenianiem się COVID-19. Problem ten objął zasięgiem również Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, który w obliczu dramatycznej sytuacji spowodowanej brakiem dostępności do testów zmuszony był skorygować schematy postępowania związane z kierowaniem pacjenta na zabieg planowy (procedura PM-06), tak aby w pierwszej kolejności zabezpieczyć testy dla pacjentów trafiających do szpitala w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Pogarszająca się wydolność i przepustowość SOR oraz brak wolnych łóżek w szpitalach powodowała, że wydolność WSS była zagrożona. W poszukiwaniu rozwiązań zmierzających do unormowania sytuacji sięgnęliśmy do literatury: „Przegląd rozwiązań i zaleceń międzynarodowych zawartych w opracowaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji- Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej” na podstawie, której dokonaliśmy korekty wytycznych w zakresie postępowania z pacjentem na zabieg planowy. Doniesienia naukowe na poziomie międzynarodowym dopuszczają warunki wykonania testu 3-7 dni przed planowanym zabiegiem, zaś zalecenia eksperckie pod kierunkiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej wskazują, że czas ten musi być jak najkrótszy. W obliczu narastającej pandemii, gdy nie ma wypracowanego konsensusu naukowego ani wystarczających wytycznych, aby stworzyć sposób postępowania adekwatny do potrzeb sytuacji kryzysowej, wprowadzone zmiany w sposobie testowania pacjentów planowych były jedynym i możliwym rozwiązaniem na ten czas, w przeciwnym wypadku szpitalowi zagrażał paraliż organizacyjny skutkujący koniecznością odroczenia w czasie zabiegów operacyjnych i pogorszeniem stanu zdrowia pacjentów oczekujących.

⁶⁶ Wynik testu był dodatni, a pacjent został przyjęty do wykonania zabiegu operacyjnego w warunkach izolacji.

(akta kontroli t. III str. 354-416, 685-693, t. XI str. 183-188)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

Niezapewnienie co najmniej 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku lekarzom zatrudnionym w Szpitalu w ramach stosunku pracy w związku z wykonywanymi dyżurami, w tym również lekarzom, którzy w niektórych dniach (we wrześniu oraz listopadzie 2020 r., a także w kwietniu 2021 r.), po zakończeniu pracy w ramach stosunku pracy, realizowali dyżury w ramach kontraktów⁶⁷. Było to działanie niezgodne z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

(akta kontroli t. II str. 111-185, t. IV str. 324-450, t. V str. 242-376, 451-549, t. XI str. 183-215, t. XII str. 34-76, 91-93)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital, uwzględniając utrudnienia wynikające z obowiązku zapewnienia świadczeń pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, podjął działania w celu zapewnienia dostępności do świadczeń dla pacjentów. Pomimo podejmowanych działań nie udało się jednak uniknąć wystąpienia ognisk epidemicznych w Szpitalu i zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu, co miało wpływ na okresowe zmniejszenie dostępności do świadczeń. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła niewłaściwej organizacji pracy lekarzy będących pracownikami Szpitala, tj. niezapewnienia im co najmniej 11 godzinnego odpoczynku, zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2019-2021 (do końca czerwca 2021 r.) przychody Szpitala wynosiły łącznie: w 2019 r. – 229 462,7 tys. zł (w tym 212 033,9 tys. zł stanowiły przychody z NFZ); w 2020 r. – 252 958,5 tys. zł (w tym 228 621,0 tys. zł stanowiły przychody z NFZ) oraz w 2021 r. – 152 292,6 tys. zł (w tym 139 633,7 tys. zł stanowiły przychody z NFZ).

W każdym z przywołanych okresów przychody były niższe od kosztów funkcjonowania Szpitala, które łącznie wynosiły w 2019 r. – 256 948,2 tys. zł, w 2020 r. – 271 555,1 tys. zł oraz w 2021 r. – 138 525,6 tys. zł. Wśród kosztów Szpitala koszty wynagrodzeń wynosiły odpowiednio 87 649,9 tys. zł, 95 282,8 tys. zł oraz 58 170,6 tys. zł, natomiast koszty usług medycznych obcych kształtowały się w kwotach 60 020,9 tys. zł, 60 303,8 tys. zł oraz 37 335,0 tys. zł.

Szpital wykazywał ujemny wynik finansowy (stratę netto): 27 486,3 tys. zł za 2019 r., 18 596,6 tys. zł za 2020 r. oraz 13 323,3 tys. zł za 2021 r. (do końca czerwca). Analiza przychodów i kosztów sprzedaży poszczególnych oddziałów i poradni Szpitala wykazała, że 18 komórek organizacyjnych osiągnęło w 2020 r. dodatni wynik finansowy (najwyższy – Oddział Neonatologiczny: 6 664,4 tys. zł; Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym: 522 tys. zł oraz Oddział Hematologiczny: 435,4 tys. zł), zaś 43 komórki odnotowały w tym okresie stratę (najwyższą – Szpitalny Oddział Ratunkowy: 7 002,5 tys. zł; Oddział Położniczo-Ginekologiczny: 6 027,5 tys. zł oraz Oddział Intensywnej Terapii: 5 827,8 tys. zł).

Wysokość zobowiązań i rezerw na zobowiązania (stan na koniec okresu) wynosiła:

- 197 885,9 tys. zł w 2019 r., w tym m.in.: zobowiązania długoterminowe – 93 486,9 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe – 67 896,7 tys. zł (w tym: zobowiązania wymagalne – 16 174,6 tys. zł);

⁶⁷ Umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

- 197 389,6 tys. zł w 2020 r., w tym m.in.: zobowiązania długoterminowe – 79 253,0 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe – 80 271,3 tys. zł (w tym: zobowiązania wymagalne – 9 272,3 tys. zł);

- 205 331,2 tys. zł w 2021 r., w tym m.in.: zobowiązania długoterminowe – 77 386,1 tys. zł oraz zobowiązania krótkoterminowe – 89 566,7 tys. zł (w tym: zobowiązania wymagalne – 17 020,6 tys. zł).

Z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań Szpital zapłacił odsetki w kwocie – odpowiednio – 512,4 tys. zł w 2020 r. oraz 53,7 tys. zł w I półroczu 2021 r. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił, że przyczyną braku terminowego regulowania zobowiązań finansowych była trudna sytuacja finansowa Szpitala. Wskazano, że udzielane przez Szpital świadczenia w większości przekraczają wartość zawartych z DOW NFZ umów, ponadto Szpital udziela także niepodlegających refundacji świadczeń zdrowotnych osobom w stanach zagrożenia życia (a takie należności są trudno egzekwowalne). Trudna sytuacja finansowa Szpitala jest – w ocenie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – także wynikiem przeszłego i obecnego sposobu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz wprowadzonego stanu epidemii. Wraz z pojawieniem się wirusa SARS-CoV-2 wzrosły koszty leków, środków ochrony osobistej oraz materiałów medycznych; kontrahenci skracali terminy płatności, żądali przedpłat i zaliczek przed realizacją zamówień, nie byli w stanie dotrzymywać zawartych wcześniej umów. Średniomiesięczne wpływy nie wystarczały na pokrycie bieżących potrzeb Szpitala (zapewnienie ciągłości funkcjonowania), a uzyskane pożyczki i kredyty były niewystarczające, by w całości pokryć zobowiązania cywilnoprawne. Zadłużenie Szpitala powstało w pierwszym roku prowadzenia działalności (1989 r.), i mimo podejmowanych działań (m.in. zaciągnięcie w 2019 r. pożyczki na 60 mln zł, zaś w 2020 r. na 9 mln zł oraz zwiększenie pożyczki o charakterze obrotowym z 5 do 20 mln zł) nie udało się go wyeliminować.

Zarówno wartości wskaźnika zyskowności operacyjnej (-9,65%; -5,58%, -7,40%), jak i wskaźnika bieżącej płynności (0,55; 0,49 oraz 0,44) kształtowały się na poziomach wskazujących na złą sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala.

Kwota pozostałych przychodów operacyjnych Szpitala za 2020 r. wyniosła 13 535,8 tys. zł i była ponad dwukrotnie wyższa od kwoty za 2019 r. wynoszącej 5 775,2 tys. zł. Wzrost w tym zakresie wynikał ze zwiększenia otrzymanych przez Szpital dotacji oraz darowizn w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W dodatkowych informacjach i objaśnieniach do sprawozdania finansowego za 2020 r. wskazano ponadto m.in., że: „Obecna, już i tak trudna, sytuacja finansowo-ekonomiczna Szpitala została pogłębiona w związku z koniecznością uruchomienia dodatkowych oddziałów zakaźnych oraz oddziału buforowego. Wiązało się to z dodatkowym zatrudnieniem personelu medycznego, zakupem niezbędnego sprzętu i materiałów medycznych oraz modernizacją i dostosowaniem pomieszczeń do wymogów sanitarnych i epidemiologicznych”. W dokumencie tym zaakcentowano również niekorzystny wpływ warunków rynkowych, wynikających z wprowadzenia stanu epidemii, na sytuację Szpitala (znaczne skrócenie terminów płatności lub żądania przedpłat, ograniczony asortyment, wzrost cen, trudności w realizacji na rzecz Szpitala umów przez kontrahentów, wnioski o obniżki i umorzenie czynszów). Podkreślono również, że: „Obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości wydany decyzją Wojewody Dolnośląskiego nr 74/2020 oraz 21/2020 (...) oznacza konieczność zabezpieczenia bazy łóżek zakaźnych i wdrożenia takiej organizacji udzielania świadczeń, wykraczającej poza bieżącą działalność leczniczą, która pozwoli zapewnić miejsca do leczenia pacjentów z COVID-19”. W kontekście ww. decyzji podjęcie skutecznych działań organizacyjnych w warunkach

narastającej epidemii spowodowało konieczność ograniczenia strumienia pacjentów i wstrzymania przyjęć planowych. W świetle powyższego WSS nie wypracował nadwykonań na poziomie lat ubiegłych, w szczególności w zakresie świadczeń nielimitowanych (100% płatnych), które stanowią istotny dochód Szpitala. W obliczu pandemii również pacjenci rezygnowali z zabiegów planowych w obawie przed ewentualnymi czynnikami zagrażającymi ich zdrowiu i życiu. Dodatkowo liczne ogniska zakażeń COVID-19 potwierdzone w oddziałach: Neurologii, Internie, Neurochirurgii, Okulistyce, OAiT, Chirurgicznym, Otolaryngologii, Hematologii, Chirurgii Onkologicznej, Rehabilitacji Neurologicznej, Kardiologii, wstrzymały działalność na okres kwarantanny ograniczając w sposób istotny przychód szpitala przy utrzymujących się kosztach stałych oddziałów. Wszystkie te czynniki wygenerowały skalę niedowykonań w umowach zawartych z NFZ pogłębiając trudną sytuację finansową Szpitala.

(akta kontroli t. I str. 203-284, t. III str. 18-22, 717-775, t. XII str. 87)

3.2. W okresie objętym kontrolą Szpital nie zrealizował w całości zawartych z DOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W 2019 r. wartość zakontraktowanych świadczeń w tych rodzajach świadczeń wynosiła 184 041 tys. zł (w tym ryczałt podstawowego szpitalnego zabezpieczenia: 84 588,4 tys. zł), zaś wykonanie wyniosło 183 632 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 84 305,8 tys. zł). W 2020 r. było to odpowiednio – 183 192 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 84 582,2 tys. zł) i 167 264 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 71 132,4 tys. zł). Wykonanie w pierwszej połowie 2021 r. wyniosło zaś 82 065,5 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 32 033,3 tys. zł) przy zakontraktowanych świadczeniach na ten okres na kwotę 84 351 tys. zł (w tym ryczałt PSZ: 32 972 tys. zł).

W 2020 r. w Szpitalu wykonano 84,1% świadczeń ryczałtowych (przy wykonaniu na poziomie 99,7% w 2019 r.). W okresie od stycznia do czerwca 2021 r. realizacja świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ kształtowała się na poziomie 97,2%. Najniższy stopień realizacji umowy odnotowano dla świadczeń z zakresu: [1] ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja – zabiegi endoprotezoplastyki (0%), [2] neurologii – hospitalizacji (27,88%) oraz [3] otorynolaryngologii – hospitalizacji (31,38%).

Decyzjami z dnia 25 czerwca 2021 r. oraz 5 lipca 2021 r. Szpital przedłużył do 31 grudnia 2021 r. okres rozliczeniowy umów zawartych na rok 2020. Szpital czterokrotnie występował również do DOW NFZ z wnioskami o ustalenie należności w wysokości 1/12 wartości umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (za marzec, kwiecień i maj 2020 r. oraz za styczeń 2021 r.). Wszystkie wnioski złożone przez Szpital w 2020 r. uzasadnione zostały wystąpieniem epidemii i brakiem możliwości świadczenia usług w pełnym wymiarze. Wniosek z 2021 r. podyktowany był zaś potrzebą zagwarantowania środków na dotychczasowym poziomie mimo zmiany sposobu rozliczania świadczeń z zakresów dedykowanych dzieciom. Dyrektor wyjaśnił, że kredyt w całości został spłacony przez Szpital po zapłacie nadwykonań przez NFZ.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak realizacji zawartych z DOW NFZ umów na poziomie z lat poprzednich wynikał z konieczności ograniczenia strumienia pacjentów i wstrzymania przyjęć planowych w związku z wystąpieniem epidemii (dodatkowe zadania, ogniska epidemiczne), a także rezygnacji z leczenia przez samych pacjentów.

Pomimo braku pełnej realizacji świadczeń nie wystąpiła konieczność zwrotu środków do DOW NFZ. Niezrealizowanie umowy w zakresie ryczałtu PSZ nie miało także wpływu na wysokość finansowania świadczeń w 2021 r. W ocenie NIK istnieje

jednakże ryzyko zmniejszenia ryczałtu w kolejnym okresie rozliczeniowym w przypadku jego niewykonania w przedłużonym terminie.

(akta kontroli t. I str. 284-320, t. III str. 825- 840)

3.3. Wysokość uzyskanych przez Szpital przychodów w związku z udzielonymi świadczeniami medycznymi pacjentom zarażonym lub z podejrzeniem COVID-19 wyniosła w 2020 r. 16 140,1 tys. zł, zaś w I połowie 2021 r. – 27 675 tys. zł. W 2020 r. realizowano łącznie 30 produktów rozliczeniowych, zaś w I połowie 2021 r. – 33 produkty (m.in. opłaty ryczałtowe za gotowość do udzielania świadczeń, pobyt i hospitalizacje, wykonywanie testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, szczepienia, wstępna kwalifikacja typu pretriage, pobieranie materiału biologicznego, świadczenia dializoterapii, rehabilitacja stacjonarna).

(akta kontroli t. I str. 321-323)

3.4. W 2020 r. odnotowano spadek kosztów związanych ze stosowaniem wybranych leków⁶⁸ (535,2 tys. zł względem 554,8 tys. zł w 2019 r.). W pierwszej połowie 2021 r. poniesiono w tym zakresie koszty na poziomie 320,4 tys. zł. Względem wartości z 2019 r. (97,6 tys. zł) wzrosły koszty zużycia tlenu: o ok. 74% w 2020 r. (169,7 tys. zł) i o ok. 155% w pierwszej połowie 2021 r. (248,9 tys. zł). Odnotowano także wzrost kosztów zużycia środków ochrony indywidualnej, prowadzenia dezynfekcji i utrzymania czystości (o ok. 512% w 2020 r. i o ok. 257% w pierwszej połowie 2021 r. – w odniesieniu do całej kwoty w 2019 r.).

Koszty testów w kierunku wykrycia SARS-CoV-2 wyniosły – odpowiednio 2 299,8 tys. zł w 2020 r. oraz 987,7 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: 1) zapewnienia bezpieczeństwa, w tym przekształcenia sal chorych (adaptacji pomieszczeń) oraz strefowania budynków i wyznaczania dróg dla poszczególnych grup pacjentów, 2) modernizacji/rozbudowy instalacji tlenowej, 3) stworzenia punktu wymazowego/punktu szczepień, 4) zakupu dodatkowej aparatury medycznej i wyposażenia, 5) zabezpieczenia OIOM, 6) materiałów i dystrybucji posiłków dla pacjentów hospitalizowanych oraz 7) zakupu bielizny pościelowej jednorazowej na łączną kwotę 5 315 tys. zł. W pierwszym półroczu 2021 r. koszty w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa, w tym strefowania budynków i wyznaczania dróg dla poszczególnych grup pacjentów oraz koszty: 1) modernizacji/rozbudowy instalacji tlenowej, 2) stworzenia punktu wymazowego/punktu szczepień, 3) zakupu dodatkowej aparatury medycznej i wyposażenia, 4) materiałów i dystrybucji posiłków dla pacjentów hospitalizowanych, 5) zakupu bielizny pościelowej jednorazowej, oraz 6) ochrony obiektów szpitalnych wyniosły zaś łącznie 3 230,6 tys. zł.

Szpital uzyskał środki finansowe dedykowane realizacji nałożonych na nie zadań związanych ze zwalczaniem i przeciwdziałaniem COVID-19 w łącznej wysokości – odpowiednio – 6 785 tys. zł w 2020 r. oraz 555,8 tys. zł w pierwszej połowie 2021 r. Wskazane środki otrzymano m.in. w formie dotacji od Ministra Zdrowia, Wojewody Dolnośląskiego i jednostek samorządu terytorialnego oraz w formie darowizn pieniężnych. Szpital otrzymał także darowizny rzeczowe o łącznej wartości 3 936,9 tys. zł w 2020 r. oraz 3 751,5 tys. zł w I półroczu 2021 r.

(akta kontroli t. I str. 324-345)

3.5. Szpital, w związku z przepisami *rozporządzenia w sprawie standardów*, przekazał w dniu 5 maja 2020 r. do DOW NFZ wykaz stanowisk i listę 73 pracowników wykonujących zawód medyczny, którzy uczestniczyli w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w wyodrębnionej komórce organizacyjnej i mieli bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem

⁶⁸ M.in. leki przeciwwirusowe, przeciwzapalne, hamujące krzepnięcie, wspomagające.

SARS-CoV-2 (w liście ujęto osoby wykonujące pracę w częściach tzw. zakaźnych oddziałów: neurologicznego, neurochirurgicznego, kardiologicznego i okulistycznego⁶⁹, a także cztery osoby wykonujące czynności związane ze wstępną selekcją pacjentów). Jednocześnie Szpital wystąpił o zwolnienie ww. osób z ograniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przewidzianych w ww. rozporządzeniu. W związku z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r. nakazującym Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenie pieniężne dla osób objętych ograniczeniem wynikającym z przepisów *rozporządzenia w sprawie standardów*, w dniu 8 maja 2020 r. Szpital zawarł z Narodowym Fundusze Zdrowia (dalej: NFZ) umowę w sprawie przekazywania środków na przedmiotowe świadczenia. W dniu 20 maja 2020 r. Dyrektor Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ złożył oświadczenie o rozwiązaniu ww. umowy z zachowaniem 3-dniowego okresu wypowiedzenia. DOW NFZ wskazał, że Szpital, w związku ze sposobem organizacji udzielania świadczeń (polegającym na udzielaniu świadczeń formalnie w ramach tych samych oddziałów zarówno pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie, jak i pacjentom niezakażonym i niepodjętym o zakażenie⁷⁰) nie był zobligowany do wprowadzania ograniczeń zatrudnienia określonych w powołanym rozporządzeniu. Na podstawie umowy z dnia 8 maja 2020 r. Szpital nie otrzymał żadnych środków finansowych. Szpital ponownie wystąpił do DOW NFZ z listą osób, które miałyby zostać objęte ograniczeniem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych 4 czerwca 2020 r. (lista obejmowała osoby z oddziału neurologicznego). DOW NFZ wskazał, że ww. listę uzna za wypełnienie obowiązku wynikającego z *rozporządzenia w sprawie standardów* o ile w księdze rejestrowej uwidoczniło nowe komórki organizacyjne, które będą udzielały świadczeń wyłącznie pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. W związku z tym, że w zakresach świadczeń wskazanych przez wojewodę Szpital nie tworzył nowych komórek organizacyjnych nie doszło do zawarcia umowy z DOW NFZ.

W Szpitalu, na mocy decyzji Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 kwietnia 2020 r. funkcjonował również tzw. Oddział buforowy. Pomimo funkcjonowania takiego oddziału Dyrektor Szpitala nie sporządził i nie przekazał do DOW NFZ wykazu stanowisk i listy osób zatrudnionych w tym oddziale, o których była mowa w §1 ust. 1 w związku z § 2 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie standardów* (oddział taki został faktycznie utworzony 23 kwietnia 2020 r. w części pomieszczeń Oddziału Chirurgii dla Dzieci, nie był jednak wykazywany w księdze rejestrowej wobec braku odpowiedniego kodu resortowego). W konsekwencji nie doszło do zawarcia umowy z DOW NFZ obejmującej przekazanie środków finansowych dla personelu medycznego udzielającego świadczeń w tym oddziale w okresie od maja do września 2020 r. Zgodnie z pisemną informacją przekazaną NIK przez Dyrektora DOW NFZ, w przypadku oddziałów buforowych, nie wymagano ujawnienia ich w księdze rejestrowej, w związku z tym, że w kodach resortowych nie przewidziano tego rodzaju oddziału.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Szpital nie był szpitalem II poziomu zabezpieczenia. W okresie maj-wrzesień 2020 r. osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom znajdującym się w strefie buforowej tzw. oddziale buforowym nie przysługiwało dodatkowe świadczenie pieniężne z uwagi na fakt, iż tzw. oddział buforowy zabezpieczał świadczenia na I poziomie zabezpieczenia zgodnie z definicją zawartą w „Strategii walki z pandemią COVID-19-jesień 2020”. Ponadto warunki, po spełnieniu których przysługiwało personelowi w tym okresie dodatkowe

⁶⁹ Były to zakresy świadczeń ujęte w poleceniu Wojewody Dolnośląskiego, nakazującym Szpitalowi udzielanie świadczeń dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

⁷⁰ Dla dwóch ww. grup pacjentów świadczenia były realizowane w różnych lokalizacjach.

świadczenie pieniężne, określało jednoznacznie polecenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r., w którym wskazano Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot dysponujący środkami finansowymi na przyznanie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, objętym ograniczeniem w zatrudnieniu wyłącznie do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. Nikt z personelu medycznego udzielającego świadczeń w Szpitalu w Legnicy nie wyraził woli ograniczenia zatrudnienia wyłącznie do Szpitala w Legnicy i nie było możliwości wydzielenia osobnego personelu ze względu na konieczność utrzymania ciągłości opieki pacjentom tzw. „niecovidowym”.

NIK zwraca uwagę, że rozporządzenie w sprawie standardów dotyczyło, między innymi, podmiotu leczniczego umieszczonego w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Szpital był umieszczony w wykazie i faktycznie utworzył, na podstawie decyzji Wojewody Dolnośląskiego, oddział buforowy. W ocenie NIK taki oddział spełniał przesłanki określone w rozporządzeniu w sprawie standardów dotyczące charakteru komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej. W związku z powyższym po stronie kierownika podmiotu leczniczego, po utworzeniu takiego oddziału, aktualizował się obowiązek ustalenia wykazu stanowisk oraz listy osób, które powinny być objęte ograniczeniem w zatrudnieniu, a z tego tytułu osoby te byłyby uprawnione do dodatkowego świadczenia pieniężnego wypłacanego ze środków przekazanych przez NFZ na podstawie polecenia Ministra Zdrowia. Należy przy tym zauważyć, że realizacja tego obowiązku nie była uzależniona od zgody zatrudnianych osób na objęcie ich ograniczeniem. Przywołana w wyjaśnieniach jesienna strategia walki z pandemią nie miała wpływu na realizację obowiązków przewidzianych ww. rozporządzeniem.

W związku ze zmianami polecenia Ministra Zdrowia dotyczącego przekazywania przez NFZ środków na dodatkowe świadczenia pieniężne (wynikającymi z utraty mocy obowiązującej rozporządzenia w sprawie standardów, w tym zmianą polecenia z dnia 30 września 2020 r.) Szpital zawarł z NFZ w dniu 26 października umowę w sprawie przekazywania tych środków. Na podstawie tej umowy otrzymano środki na dodatkowe świadczenie pieniężne za październik 2020 r. Umowa ta została aneksowana w dniu 23 listopada 2020 r., w wyniku czego objęła okres przypadający od dnia 1 listopada 2020 r.⁷¹ i dotyczyła osób wykonujących pracę w Szpitalu, mających kontakt z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 lub podejrzewanymi o takie zakażenie. W związku z kolejną zmianą polecenia Ministra Zdrowia (z dnia 1 listopada 2020 r.), zawarto 20 listopada 2020 r. dwie umowy dotyczące przekazywania środków na dodatkowe świadczenia pieniężne (dot. osób wykonujących pracę w jednostce wchodzącej w skład systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego - Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁷² oraz osób wykonujących czynności diagnostyki laboratoryjnej⁷³), dotyczące przekazywania środków finansowych za okres od dnia 1 listopada 2020 r.

Za okres od października 2020 r. do maja 2021 r.⁷⁴ wypłacono dodatkowe świadczenie pieniężne w łącznej wysokości 16 927,6 tys. zł (łącznie z kosztami pracodawcy na ww. świadczenia przeznaczono 18 829,5 tys. zł). Za ten okres świadczenia otrzymały 682 osoby (213 lekarzy, 315 pielęgniarek, 86 ratowników

⁷¹ Dalej: umowa 19/MED.

⁷² Dalej: umowa 19/RAT.

⁷³ Dalej: umowa 19/LAB.

⁷⁴ Według stanu na 12 sierpnia 2021 r.

medycznych, 36 diagnostów laboratoryjnych i 32 pracowników wykonujących inne zawody)⁷⁵. Za poszczególne miesiące wypłacono dodatkowe świadczenie pieniężne⁷⁶ następującej liczbie⁷⁷ osób: za październik 2020 r. – 110 osobom (zgłoszonych do NFZ 115 osób), za listopad 2020 r. 381 osobom⁷⁸ (zgłoszonych do NFZ – 392 osoby), za grudzień 2020 r. 389 osobom⁷⁹ (zgłoszonych do NFZ – 431 osób), za styczeń 2021 r. 389 osobom⁸⁰ (zgłoszonych do NFZ – 402 osoby), za luty 2021 r. – 321 osobom⁸¹ (zgłoszonych do NFZ – 339 osób), za marzec 2021 r. – 328 osobom⁸² (zgłoszonych do NFZ – 417 osób), za kwiecień 2021 r. – 479 osobom⁸³ (zgłoszonych do NFZ – 595 osób) i za maj 2021 r. – 481 osobom⁸⁴ (zgłoszonych do NFZ – 534 osoby). W załącznikach do faktur wystawianych NFZ wykazywano liczbę osób zgodną z liczbą osób w listach zgłoszonych do NFZ, natomiast w kwocie środków jakie miał przekazać NFZ nie uwzględniano wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego przysługującego osobom, którym faktycznie nie wypłacano takiego świadczenia. Dyrektor Szpitala oraz Kierownik Sekcji Kadr wyjaśnili, że różnice pomiędzy liczbami osób ujętych w listach osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego wysyłanymi do DOW NFZ i zatwierdzonymi przez DOW NFZ za okres od października 2020 r. do maja 2021 r., a liczbami osób, którym wypłacono dodatkowe świadczenie pieniężne za dany miesiąc spowodowane były zarówno niezłożeniem w terminie rachunków/faktur przez zainteresowane osoby lub złożeniem rachunków/faktur po terminie wypłaty, zgłoszeniem osób, które przebywały na zwolnieniach lekarskich lub innych długotrwałych nieobecnościach (cały miesiąc), rozliczeniem pracownika z jednej z zawartych umów z NFZ w związku z wyczerpaniem maksymalnej kwoty dodatku, a zgłoszeniem z obu umów (RAT, MED). Duże znaczenie miało również zgłoszenie personelu podwykonawców, dla których wypłat nie dokonywano i nie wnioskowano o środki do DOW NFZ do czasu podpisania porozumień z podwykonawcami. Odnośnie liczby osób wykazywanych w załącznikach do faktur, przekazywanych do DOW NFZ, Dyrektor wyjaśnił, że zgodnie z ustaleniami telefonicznymi z DOW NFZ liczba osób musiała być zgodna z liczbą osób zgłoszonych i zweryfikowanych pozytywnie przez NFZ.

W toku kontroli NIK trwał proces sporządzania korekt faktur kierowanych do NFZ za okres od listopada 2020 r. do maja 2021 r. i wypłaty dodatkowych świadczeń pieniężnym kolejnym osobom lub wypłaty wyrównań w związku ze zmianą sposobu ustalania wysokości świadczenia (uprzednio dla części osób wysokość świadczenia była ustalana według liczby przepracowanych godzin⁸⁵, a ramach korekt ustalano wysokość świadczeń dla tej grupy jako równowartość wynagrodzenia

⁷⁵ Przedstawiona liczba osób została ustalona w ten sposób, że określona osoba została uwzględniana jeden raz, nawet wówczas gdy we wskazanym okresie otrzymywała świadczenie za więcej niż jeden miesiąc (w wielu przypadkach te same osoby otrzymywały świadczenia za więcej niż jeden miesiąc przypadający we wskazanym okresie).

⁷⁶ Według stanu na 12 sierpnia 2021 r.

⁷⁷ Podane liczby, za okres od listopada 2020 r. do maja 2020, stanowią sumy liczb osób, którym wypłacono świadczenia z trzech umów zawartych przez Szpital z NFZ. W niektórych przypadkach ta sama osoba mogła uzyskać świadczenie finansowane w ramach z więcej niż jednej umowy zawartej z NFZ.

⁷⁸ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 205 osobom, umowy 19/RAT-142 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom.

⁷⁹ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 217 osobom, umowy 19/RAT-138 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom.

⁸⁰ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 215 osobom, umowy 19/RAT-140 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom. 15

⁸¹ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 150 osobom, umowy 19/RAT-137 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom.

⁸² Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 99 osobom, umowy 19/RAT-195 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom.

⁸³ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 219 osobom, umowy 19/RAT-225 osobom, umowy 19/LAB - 35 osobom.

⁸⁴ Ze środków uzyskanych w ramach: umowy 19/MED. – 271 osobom, umowy 19/RAT-176 osobom, umowy 19/LAB - 34 osobom.

⁸⁵ W oparciu o liczbę przepracowanych godzin ustalono wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla części personelu za okres od października 2020 r. do marca 2021 r. (za październik dotyczyło to 43 osób, za listopad- 90 osób, za grudzień - 85 osób, za styczeń - 84 osób, za luty - 16 osób, za marzec - 22 osób).

miesięcznego⁸⁶). Dyrektor Szpitala oraz Kierownik Sekcji Kadr wyjaśnili, że podstawową przyczyną konieczności dokonywania korekt była zmiana sposobu rozumienia terminu „incydentalnego kontaktu” z pacjentem zakażonym i przyjęcie, że kontakt incydentalny to kontakt poniżej 7 godzin 35 minut. Korekty spowodowane były również odejściem od ustalania wysokości dodatkowego świadczenia w oparciu o wypracowane godziny, a także uwzględnieniem w wypłatach osób zatrudnionych przez podwykonawców.

Na podstawie badanej próby 40 osób stwierdzono, że dodatkowe świadczenia pieniężne były przyznawane uprawnionym osobom.

W przypadku dodatkowego świadczenia pieniężnego wypłaconego za październik 2020 r. Szpital zawyżył wysokość świadczeń na rzecz 40 osób w związku z powiększeniem należnego im świadczenia o kwotę odpowiadającą równowartości składki ZUS opłacanej przez pracownika (kwota świadczenia została obliczona jako 50% wynagrodzenia zasadniczego powiększonego o składkę ZUS w części opłacanej przez pracownika). Wartość zawyżenia świadczeń z tego tytułu wyniosła 6,9 tys. zł. Ponadto dla grupy 43 osób wysokość świadczenia została ustalona w oparciu o liczbę przepracowanych godzin przy pacjentach zakażonych i podejrzewanych o zakażenie, a nie jako procent wynagrodzenia miesięcznego tych osób za październik 2020 r. Kwota zaniżenia świadczeń z tego tytułu wyniosła 43,7 tys. zł. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„dostrzega konieczność dokonania korekty rozliczeń finansowych za październik 2020 r., ale nie występowała dotychczas do DOW NFZ o zgodę na jej realizację. W chwili obecnej trwają prace nad rozliczeniem za okres od listopada 2020 do marca 2021 r. W następnej kolejności ponownie zostanie rozliczony październik 2020 r. Szpital skoryguje dodatki w zakresie: 1) naliczonego dodatkowo do wynagrodzenia zasadniczego ZUS pracownika, 2) w przypadku pracowników, którym naliczone dodatkowe świadczenie według liczby godzin wyrówna powstałą różnicę do 50% wynagrodzenia zasadniczego”*.

W kręgu osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego za październik 2020 r. uwzględniono wyłącznie osoby wykonujące pracę w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych – Oddział buforowy oraz w OAiT. Pacjenci zakażeni koronawirusem byli natomiast również leczeni w październiku 2020 r. również w Oddziale hematologicznym, Oddziale Kardiologicznym, Oddziale Chirurgicznym Ogólnym, Oddziale Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych, Oddziale Neurochirurgicznym, Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz w SOR.

Dyrektor wyjaśnił, że: *„Szpital nie był szpitalem II poziomu zabezpieczenia. Realizując polecenie Ministra Zdrowia z dnia 1 października 2020r. Wojewoda Dolnośląski decyzją z dnia 2 października 2020 r. polecił Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy w okresie od 2 października 2020r. do odwołania, realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym 5 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 oraz 10 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 2 łóżek intensywnej terapii z kardiomonitorem oraz możliwościami prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Łóżka, o których mowa powyżej zostały zapewnione w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Infekcyjnych oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zatem tylko te oddziały pełniły funkcję II poziomu zabezpieczenia. Nowelizacja polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. miała na celu zmianę zakresu podmiotów zobowiązanych do realizacji świadczeń*

⁸⁶ Z uwzględnieniem ewentualnego zmniejszenia wynagrodzenia w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc.

opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z uwagi na likwidację szpitali jednoimiennych. Zmiana brzmienia polecenia zmierzała do dostosowania zakresu podmiotowego polecenia do nowego kształtu „Strategii walki z pandemią COVID-19-jesień 2020”. Zmienione polecenie Ministra Zdrowia stanowiło podstawę dla Wojewody Dolnośląskiego do wydania decyzji czy też polecenia dla podmiotów leczniczych/szpitali II i III poziomu według nowego kształtu „Strategii walki z pandemią COVID-19-jesień 2020”. Dodatkowym warunkiem do uzyskania uprawnień do świadczenia dodatkowego było uczestniczenie przez osoby wykonujące zawód medyczny w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”.

NIK wskazuje, że z polecenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. nie wynika, że dodatkowe świadczenie pieniężne mogą otrzymać w danym szpitalu tylko osoby zatrudnione w oddziałach, w których znajdują się łóżka określone w decyzji wojewody. Z treści tego polecenia wynika, że podstawowym warunkiem jest uczestniczenie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i bezpośredni kontakt z pacjentami podejrzewanymi i zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Przy czym kluczowe i niezbędne do uprawnienia do dodatkowego świadczenia pieniężnego jest udzielanie świadczeń pacjentom zakażonym przez podmiot leczniczy. Szpital realizował świadczenia w ramach II poziomu zabezpieczenia, co wynika zarówno z decyzji Wojewody Dolnośląskiego jak i wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Poza dodatkowymi świadczeniami pieniężnymi wypłacanymi ze środków przekazywanych przez NFZ w ramach ww. umów Szpital wypłacał również dodatek do wynagrodzenia z własnych środków. Za okres od marca 2020 r. do maja 2021 r. dodatek do wynagrodzenia w związku z uczestniczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wypłacono taki dodatek 579 osobom, w łącznej kwocie 3 727,0 tys. zł.

(akta kontroli t. I str. 31-117, 540, t. II str. 1-58, t. III str. 354-372, t. IV str. 1-70, t. V str. 1-77, 183-229, 377-450, t. VI str. 1-382, t. VII str. 1-495, t. IX str. 9-29, t. XI str. 289-295, 378, t. XII str. 77-86)

3.6. W 2020 r. udzielono 27 zamówień na podstawie art. 6 ust. ustawy o zwalczaniu COVID-19 za kwotę 3.578,7 tys. zł. W 2021 r. udzielono jednego zamówienie na podstawie art. 6a ust. 1 ww. ustawy, za kwotę 147,9 tys. zł. Na podstawie kontroli czterech z ww. zamówień o najwyższej wartości⁸⁷ udzielonych w 2020 r. oraz jednego zamówienia udzielonego w 2021 r.⁸⁸ ustalono, że w sposób uprawniony nie zastosowano do udzielania wskazanych zamówień ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁸⁹. W zakresie udzielania zamówień na podstawie art. 6 i 6a ustawy o zwalczaniu COVID-19 nie wprowadzono w szpitalu odrębnych regulacji wewnętrznych określających tryb i zasady udzielania takich zamówień.

(akta kontroli t. II str. 59, t. IV str. 71-277, t. V str. 78-182)

3.7. W przypadku zamówień na półmasksi ochronne z filtrem FFP2/KN 95 (wniosek nr 46/2020) i półmasksi chirurgiczne jednorazowe (wniosek nr 32/2020), udzielonych w 2020 r., w notatkach dotyczących wyboru wykonawców wskazano, że: „(...)przeprowadzono rozmowy telefoniczne z potencjalnymi dostawcami, którzy

⁸⁷ Zamówienia na: 1) łóżka HR 900Accella z materacem zmiennociśnieniowym – 8 szt., za kwotę 496 913,19, 2) analizator do wykonywania oznaczeń SARS-CoV-2 techniką PCR – 1 szt., za kwotę 334 800 zł, 3) maski chirurgiczne jednorazowe- 40000 szt. - za kwotę 236 000,00 zł, 4) półmasksi filtrujące FFP2 – 10000 szt. - za kwotę 221 400 zł.

⁸⁸ Zamówienie na dostawę półmasek filtrujących X 310 SV FFP3 R D w liczbie 12 032 szt., za kwotę 147 993,60 zł.

⁸⁹ Dz.U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.

odmawiali dostaw bez dokonania przedpłaty (określono ją w wysokości od 50% do 100%). Trudna sytuacja spowodowała konieczność zakupu od jedynej dostawcy, który zaoferował dostawę z płatnością po wykonaniu dostawy(...)". W przedmiotowych notatkach nie podano nazw wykonawców, z którymi przeprowadzono rozmowy na temat dostaw ww. asortymentu i którzy mieli żądać przedpłat. W związku z powyższym udokumentowanie wyboru wykonawcy ww. zamówieniu nie zostało dokonane w sposób w pełni rzetelny. Dokonująca wyboru wykonawców Pielęgniarka Koordynująca Poradnie Specjalistyczne wyjaśniła, między innymi, że: „(...)Nie potrafię określić dokładnie z kim się wówczas się kontaktowałam. To był czas „wojny”. Były to desperackie próby poszukiwania asortymentu potrzebnego szpitalowi. Kontaktowałam się jak wspomniałam z firmą (...), a także dostawcą, z którym mieliśmy umowy na maski chirurgiczne. Dopiero w późniejszym czasie otrzymywaliśmy dostawy z Agencji Rezerw Materiałowych. W tamtym czasie, w związku z działaniem „na szybko”, koniecznością ciągłego pozyskiwania asortymentu, nawet będąc na zwolnieniu lekarskim, dzwoniłam do firm i ustalałam czy będzie możliwość zakupu potrzebnych materiałów. Z powodu działania w bardzo trudnych warunkach w notatkach nie wskazałam podmiotów, z którymi prowadziłam rozmowy (...)”.

W dniu 31 marca 2021 r. Szpital udzielił zamówienia na dostawę 12 032 szt. półmasek filtrujących FFP3 R D za łączną kwotę 148,0 tys. zł, przy cenie jednostkowej 10,00 zł (bez podatku VAT), co było działaniem niegospodarnym w związku z tym, że we wskazanym okresie ten rodzaj półmasek mógł zostać nabyty u ich producenta za cenę jednostkową od 5 zł do 7 zł (bez podatku VAT). W złożonych w tym zakresie wyjaśnieniach w dniu 12 lipca 2021 r. Pielęgniarka Koordynująca Poradnie Specjalistyczne stwierdziła, między innymi, że: „(...)od dostawcy masek FFP3 wcześniej kupowaliśmy już inne artykuły. Wydaje mi się, że na maski FFP3 pozyskałam trzy oferty. Dopiero po kontakcie z firmą (...) dowiedziałam się, że producent masek jest w Polsce. Wówczas nie pomyślałam o tym, że mogę skontaktować się bezpośrednio z producentem w celu zamówienia masek FFP3. Zwykle zakupujemy towar od firm pośredniczących w sprzedaży określonego rodzaju asortymentu, a nie bezpośrednio u producentów”. Natomiast w dniu 17 sierpnia 2021 wyjaśniła, że w zakresie ww. półmasek: „(...)zamawiający zrobił rozpoznanie rynku zarówno u producenta jak i pośredników telefonicznie lub w formie elektronicznej. Od przedstawiciela producenta otrzymałam informację cenową – asortyment, którego kupujący oczekiwał w tym czasie kosztował ok. 8-9 zł netto w zależności od zamawianej liczby. W okresie zakupu producent nie posiadał pożądanego asortymentu dlatego zweryfikowano ceny u pośredników, w wyniku czego wybrano najkorzystniejszą ofertę.”.

NIK wskazuje, że treść wyjaśnienia złożonego w dniu 17 sierpnia 2021 r. pozostaje w sprzeczności z informacją przekazaną w toku kontroli przez producenta półmasek (zarówno w zakresie cen jak i dostępności ww. półmasek) oraz dokumentacją zamówienia, w której znajdują się wyłącznie dwie oferty potencjalnych dostawców ww. półmasek, niebędących ich producentami. Ponadto należy zwrócić uwagę, że z analizy cen półmasek ochronnych (również w przypadku zamówień udzielanych przez inne podmioty lecznicze) wynika, że w aspekcie oszczędnego gospodarowania środkami finansowymi, wskazane byłoby przyjęcie zasady polegającej na tym, aby każdorazowo, w pierwszej kolejności, weryfikować możliwość zakupu takich półmasek u ich producentów, którzy z reguły oferują ceny niższe od firm pośredniczących, a zwłaszcza firm, które okazjonalnie zajmują się dostawami takiego asortymentu w związku z zaistniałymi sytuacjami kryzysowymi, wykorzystując mniejszą podaż produktów w celu zawyżenia ich ceny.

(akta kontroli t. IV str. 71-277, t. V str.78-182, t. IX str. 30-728, t. X str. 1-496)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Udzielenie w 2021 r. zamówienia na dostawę półmasek ochronnych FFP3. Dokonano zakupu 12 032 szt. półmasek ochronnych za cenę jednostkową 10,00 zł (bez podatku VAT), podczas gdy w tym czasie była możliwość zakupu takich półmasek u ich producenta za cenę jednostkową od 5 zł do 7 zł (bez podatku VAT).
2. Nieustalenie wykazu osób objętych ograniczeniami w zatrudnieniu określonymi w *rozporządzeniu w sprawie standardów* w przypadku osób wykonujących pracę w Oddziale buforowym w okresie od maja do września 2020 r.
3. Nieprawidłowe ustalenie osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego za miesiąc październik 2020 r. oraz wypłacenie świadczenia w nieprawidłowej wysokości (zawyżenie świadczeń dla części osób na kwotę 6,9 tys. zł oraz zaniżenie świadczeń dla części osób na kwotę 43,7 tys. zł) i brak działań w celu dokonania odpowiednich korekt w tym zakresie.
4. Zapłata odsetek z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań w wysokości 512,4 tys. zł w 2020 r. oraz 53,7 tys. zł w I półroczu 2021 r.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital znajdował się w badanym okresie w złej sytuacji finansowej. W związku z pandemią koronawirusa nie zrealizowano w pełni zawartych z DOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Szpital nie był w stanie regulować na bieżąco zobowiązań, co skutkowało zapłatą odsetek odpowiednio – 512,4 tys. zł w 2020 r. oraz 53,7 tys. zł w I półroczu 2021 r.

W przypadku zamówienia na półmaski ochronne FFP3 udzielonego w 2021 r. bez stosowania ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, stwierdzono, że zamówienia udzielono za cenę od 43% do 100% wyższą niż ceną, za którą było możliwe nabycie półmasek od ich producenta.

IV. Wnioski

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

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Zapewnianie lekarzom zatrudnionym w ramach stosunku pracy co najmniej 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Podjęcie, w uzgodnieniu z NFZ, działań w celu prawidłowego ustalenia osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego za październik 2020 r. w związku z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. oraz prawidłowe rozliczenie z NFZ, a także wypłacenie w prawidłowej wysokości świadczeń dla osób uprawnionych za ww. okres.
3. W sytuacji konieczności nabycia środków ochrony indywidualnej bez stosowania ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, dokonywanie wyboru wykonawcy oferującego najkorzystniejsze warunki dostawy z uwzględnieniem również ofert producentów takich środków.
4. Podjęcie działań 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Kontrolerzy
Edward Klatka

Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Anna Zielińska
Inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

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

.....
podpis