



KZD.430.006.2021

Nr ewid. 154/2021/P/21/055/KZD

Informacja o wynikach kontroli

## FUNKCJONOWANIE SZPITALI W WARUNKACH PANDEMII COVID-19

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

### Informacja o wynikach kontroli

#### Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19

**DYREKTOR**

Departament Zdrowia  
p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

*P. Kozłowski*  
Paweł Kozłowski  
Wicedyrektor

Marcin Stolarczyk

#### Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

*M. Motylow*

Małgorzata Motylow

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

*M. Banaś*

Marian Banaś

Warszawa, dnia 18. 01. 2022

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA .....	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	13
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	14
5.1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 .....	14
5.2. Dostępność świadczeń .....	28
5.3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala .....	37
6. ZAŁĄCZNIKI .....	48
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	48
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	52
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności .....	57
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	60
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....	61
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra .....	64

Zdjęcie na okładce:

A doctor in a protective suit puts a respiratory mask on a patient with a coronavirus infection covid-19, who is in the intensive care unit of a modern hospital.

© Регина Иванова – <https://stock.adobe.com>

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

<b>COVID-19</b>	od ang. <i>coronavirus disease 2019</i> , ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 <sup>1</sup> ;
<b>Epidemia COVID-19</b>	epidemia zakaźnej choroby COVID-19 wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 rozpoczęła się w grudniu 2019 r. w mieście Wuhan, w środkowych Chinach <sup>2</sup> , a 11 marca 2020 r. została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pandemię. W Polsce stan epidemii wprowadzono od 20 marca 2020 r. (od 14 do 19 marca 2020 r. obowiązywał stan zagrożenia epidemicznego);
<b>SARS-CoV-2</b>	(ang. <i>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> ), koronawirus 2 (drugi koronawirus), który wywołuje ostrą chorobę układu oddechowego (COVID-19) <sup>3</sup> ;
<b>Test genetyczny (molekularny) RT-PCR</b>	badanie materiału (wymazu) pobranego z nosa lub gardła, z którego izolowany jest materiał genetyczny wirusa (RNA SARS-CoV-2) <sup>4</sup> . Największą czułość badania w kierunku SARS-CoV-2 tą metodą uzyskuje się dzień po wystąpieniu objawów klinicznych lub 7–9 dni od potencjalnego zakażenia;
<b>Test antygenowy</b>	wykrywa cząstki białkowe (antygeny) wirusa SARS-CoV-2 w materiale z wymazu z nosogardzieli pacjenta <sup>5</sup> . Testy antygenowe mogą być wykorzystywane do diagnostyki zakażeń u pacjentów objawowych w ciągu pierwszych 5–7 dni od wystąpienia objawów. Osoby objawowe z wynikiem pozytywnym testu antygenowego należy traktować jako zakażone, a w przypadku wyniku ujemnego należy wykonać badanie molekularne metodą RT-PCR. Testy antygenowe II generacji (produkowane od września 2020 r.), mają wysoką czułość (ok. 90%) oraz bardzo wysoką swoistość (99,5%). Testy te były dostępne w Polsce z początkiem listopada 2020 r. <sup>6</sup> ;
<b>Ustawa o działalności leczniczej</b>	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.);
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.);
<b>Ustawa o zwalczaniu COVID-19</b>	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. <i>o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095);
<b>Ustawa o zwalczaniu zakażeń</b>	ustawa z 5 grudnia 2008 r. <i>o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069).

<sup>1</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

<sup>2</sup> World Health Organization (2020), Origin of SARS-CoV-2, 26 March 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>

<sup>3</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/origins-of-the-virus>, <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

<sup>4</sup> <https://www.iaea.org/newscenter/news/how-is-the-covid-19-virus-detected-using-real-time-rt-pcr>

<sup>5</sup> <https://www.technologynetworks.com/diagnostics/blog/developing-antibodies-and-antigens-for-covid-19-diagnostics-333088>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32939084/>.

<sup>6</sup> <https://nil.org.pl/aktualnosci/5146-opinia-nt-testow-antygenowych> [dostęp 6 października 2021 r.]; <https://www.medexpress.pl/koronawirus-czy-szybkie-testy-antygenowe-sa-wiarygodne/79653> [dostęp 6 października 2021 r.].

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy zmiany w organizacji i finansowaniu szpitali, w warunkach pandemii COVID-19, zapewniły ich prawidłowe funkcjonowanie?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy organizacja pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 pozwalały na zapewnienie bezpieczeństwa personelowi i pacjentom?
2. Czy podmioty lecznicze zapewniły właściwą opiekę pacjentom, pomimo trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z wykonywaniem zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19?
3. Czy przyjęte zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień ułatwiły funkcjonowanie szpitali w okresie epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2?

## Jednostki kontrolowane

23 podmioty lecznicze udzielające świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (szpitale)

## Okres objęty kontrolą

2020–2021 (I półrocze) oraz 2019 r. w celach porównawczych

Epidemia SARS-CoV-2 wymusiła opracowanie nowych wzorców procedur i zachowań we wszystkich obszarach życia społecznego, a w szczególności w sektorze ochrony zdrowia. Kryzys z nią związany oraz konieczność ograniczenia zakażeń wśród osób zatrudnionych i pacjentów wymusiły na zarządzających zmianę organizacji działania szpitali, a w szczególności: zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, wydzielenie stref bezpieczeństwa (wydzielenie tzw. stref czystych i brudnych), zmianę przeznaczenia pomieszczeń np. na izolatki czy sale intensywnej terapii, budowę śluz itp. Miało to negatywny wpływ na leczenie innych chorych niż zakażeni SARS-CoV-2. Doszło do ograniczenia, a niekiedy nawet czasowego zawieszenia udzielania świadczeń.

Skala zakłóceń w funkcjonowaniu ochrony zdrowia zależna była przede wszystkim od natężenia epidemii na danym terenie, oraz podejmowanych decyzji dotyczących kształtu systemu ochrony zdrowia. Problemy, które pojawiły się na początku epidemii częściowo zmieniły charakter w późniejszym okresie. W marcu i kwietniu 2020 r. dużym problemem był przede wszystkim:

- brak środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego i pacjentów;
- dezinformacja związana ze zmianami w organizacji pracy systemu ochrony zdrowia, w tym wykluczenie tzw. szpitali jednoimiennych z listy ogólnodostępnych świadczeniodawców;
- kwarantanna personelu medycznego podmiotów leczniczych;
- zmiana organizacji pracy oddziałów i przychodni;
- ograniczenie planowego leczenia (udzielania świadczeń), odwoływanie konsultacji i badań wymagających osobistego stawiennictwa pacjenta w placówce medycznej.

Na początku 2020 r. otrzymywano niespójne informacje dotyczące nowego dla człowieka wirusa SARS-CoV-2. Brak wypracowanej ścieżki diagnostyki i leczenia COVID-19 przekładał się na zwiększoną ostrożność w postępowaniu z pacjentami. Ministerstwo Zdrowia zleciło w trybie pilnym Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji przygotowanie pierwszych wytycznych postępowania w COVID-19. Wstępną wersję *Wytycznych* opublikowano pod koniec kwietnia 2020 r. Było to szczegółowe opracowanie dostępnych w tamtym czasie danych, sporządzone przy udziale polskich specjalistów<sup>7</sup>.

Na początku września 2020 r. opracowano *Strategię walki z SARS-CoV-2*<sup>8</sup>. Za podstawę strategii przyjęto diagnostykę i nadzór nad skąpoobjawowymi pacjentami, prowadzone w warunkach izolacji domowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (wg szacunków od 80 do 90% wszystkich zachorowań).

<sup>7</sup> Zalecenia zostały opublikowane na stronie internetowej AOTMiT pod adresem: <https://www.aotm.gov.pl/covid-19/> [dostęp 6 października 2021 r.].

<sup>8</sup> *Strategia walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020*, wersja 3.0: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19> [dostęp 6 października 2021 r.].

Obserwowany jesienią 2020 r. wzrost liczby nowych zakażeń, wymusił wprowadzenie zmian w *Strategii* i określenie nowego modelu organizacji bazy łóżkowej. Zdefiniowano trzy poziomy zabezpieczenia szpitalnego<sup>9</sup>:

- poziom I – zwiększenie liczby miejsc we wszystkich szpitalach, umożliwiających przyjęcie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 do czasu otrzymania wyniku badania pod kątem COVID-19 lub w razie konieczności wdrożenia zabiegów ratujących życie; organizacyjne zwiększanie dostępu do diagnostyki COVID-19 poprzez zwiększenie liczby laboratoriów COVID-19 oraz wprowadzenie rozwiązań dotyczących standardów diagnostyki COVID-19;
- poziom II – zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z potwierdzonym COVID-19 na oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych oraz w innych oddziałach. Wydzielenie bezpiecznych stref dla pacjentów, leczonych z innych przyczyn niż COVID-19; podstawą systemu miały być szpitale, dla których organem tworzącym jest samorząd wojewódzki;
- poziom III – utworzenie w każdym województwie szpitala koordynacyjnego, na bazie szpitala poziomu II; za zgodą Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia mogli być w nich leczeni pacjenci, którzy nie chorowali na COVID-19;

Znaczny wzrost liczby zakażonych podczas drugiej fali spowodował zaangażowanie w proces diagnostyczno-leczniczy znacznych zasobów systemu oraz konieczność utworzenia ogniwa pośredniego pomiędzy lecznictwem ambulatoryjnym a szpitalami, tj. tzw. szpitali tymczasowych, organizowanych *ad hoc* w budynkach użyteczności publicznej. Wąskim gardłem okazały się zbyt małe możliwości szpitalnych izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Niniejsza kontrola jest kontrolą komplementarną w stosunku do innych kontroli prowadzonych przez NIK w tym obszarze, np.:

- P/20/062 Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych,
- D/21/505 Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19,
- I/21/002/LSZ Przyznawanie świadczenia dodatkowego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świad-

<sup>9</sup> Zgodnie z komunikatem Centrali NFZ z 16 listopada 2020 r. szpitale podzielono na cztery typy, w zależności od poziomu zabezpieczenia *covidowego*:

- I poziom: szpitale, w których utworzono tzw. łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem;
- II poziom: szpitale, które zajmują się leczeniem chorych na COVID-19, czyli pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa. Obejmują opieką także pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem;
- III poziom: szpitale, do których trafia pacjent z COVID-19 (pozytywny wynik testu na koronawirusa), lecz głównym powodem jego hospitalizacji nie jest COVID-19 (dodatkowy poziom w stosunku do wskazanych w *Strategii* walki z SARS-CoV-2),
- IV poziom: to szpitale hybrydowe, które łączą w sobie zadania szpitala II i III poziomu. Koordynują opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie.

Podział na cztery poziomy zabezpieczenia wprowadzono § 1 ust. 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r.

## WPROWADZENIE

- czeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- D/21/507 Realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

## 2. OCENA OGÓLNA

### Niezapewnienie prawidłowego funkcjonowania szpitali w warunkach epidemii

Skontrolowane szpitale, udzielające świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, były nieprzygotowane do działania w warunkach epidemii COVID-19, a zmiany w ich organizacji, nie zapewniły prawidłowego funkcjonowania. W szczególności nie pozwoliły na:

- zabezpieczenie odpowiedniego dostępu pacjentów innych niż zakażonych SARS-CoV-2 do świadczeń zdrowotnych oraz
- pełną eliminację ryzyka rozprzestrzeniania się tego patogenu wśród pacjentów i personelu medycznego.

Kierownicy wszystkich skontrolowanych podmiotów leczniczych starali się dostosować organizację pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 tak, by zapewnić bezpieczeństwo personelowi i pacjentom. Nie zawsze okazywało się to skuteczne. Z uwagi na bariery architektoniczne nie zawsze udało się rozdzielić drogi pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 i pozostałych chorych. Personel medyczny nie był regularnie testowany (przesiewowo) na obecność wirusa SARS-CoV-2. W niektórych szpitalach pacjenci przyjmowani w trybie planowym nie w każdym przypadku byli testowani na obecność tego wirusa. Nie udawało się uniknąć zakażeń wśród personelu i pacjentów, co zaburzało pracę oddziałów.

W związku z wykonywaniem zadań, nałożonych decyzjami administracyjnymi, związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w skontrolowanych podmiotach znacznie ograniczono leczenie pacjentów z innymi chorobami. Wartość sprawozdanych do NFZ w 2020 r. świadczeń leczenia szpitalnego przez podmioty objęte kontrolą była o 21,1% niższa niż w 2019 r. Podobną tendencję ograniczenia leczenia pacjentów odnotowano w 2021 r. W okresie styczeń–maj 2021 r. wykonano świadczenia o wartości 23% niższej niż w analogicznym okresie 2019 r.

W kontrolowanych szpitalach wystąpiły przypadki, kiedy łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nie były wykorzystywane w sposób optymalny; część z nich pozostawała niewykorzystana nawet w okresach zwiększonej zachorowalności na COVID-19.

Równocześnie odnotowano zwiększoną liczbę zgonów, w porównaniu do średniej z lat 2015–2019<sup>10</sup>. W 2020 r. było ich o ponad 85 tys. więcej, z tego około 56,5 tys. z innych powodów niż COVID-19.

Obowiązujące w trakcie trwania epidemii SARS-CoV-2 zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień pozwoliły na zachowanie płynności finansowej na niezmiennym poziomie. W 20 skontrolowanych podmiotach (spośród 23) zwiększyły się przychody z NFZ, a sytuacja finansowa pozostała na poziomie zbliżonym do okresu przed epidemią.

W skontrolowanych podmiotach stosowano niejednorodne zasady przyznawania dodatkowego wynagrodzenia, które wypłacano nie tylko stałemu personelowi SOR, izby przyjęć i oddziałów *covidowych*, ale również osobom, które pełniły pojedyncze dyżury w tych komórkach organizacyjnych.

<sup>10</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>



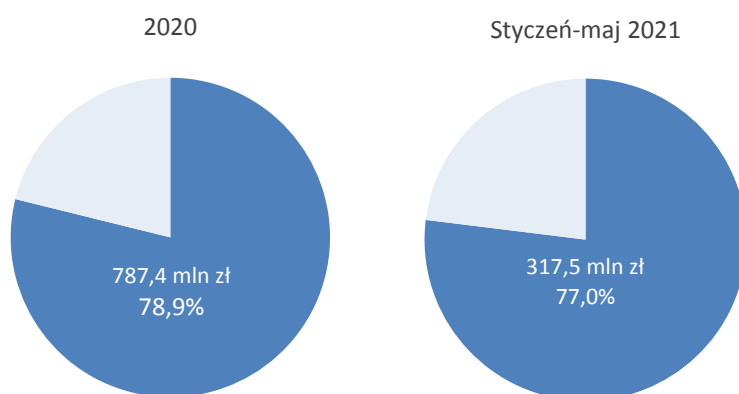
### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Epidemia SARS-CoV-2 uwidoczniała nieprzygotowanie skontrolowanych szpitali, udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia do reagowania i działania w warunkach kryzysowych. Podczas kolejnych fal epidemii zmieniało się podejście do organizacji systemu. Znaczne „przekierowanie” zasobów systemu ochrony zdrowia na walkę z epidemią spowodowało ograniczenia w dostępie do leczenia dla szerokiej grupy pacjentów, u których zdiagnozowano inne schorzenia niż COVID-19. Wartość sprawozdanych do NFZ w 2020 r. świadczeń leczenia szpitalnego<sup>11</sup> przez podmioty objęte kontrolą: stanowiła 78,9% wartości z 2019 r., a w okresie od stycznia do maja 2021 r. 77,0% wartości z analogicznego okresu 2019 r.

Ograniczenie dostępności do świadczeń dla pacjentów

Wykres nr 1

Wartość sprawozdanych hospitalizacji w 23 skontrolowanych podmiotach ogółem w 2020 r. na tle 2019 r. oraz w 2021 (styczeń–maj) na tle 2019 r. (styczeń–maj)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Wartość sprawozdanych hospitalizacji w 2019 r. przyjęto za 100%.

Jednocześnie, ustalenia niniejszej kontroli NIK wskazują na niepełne wykorzystanie potencjału niektórych, skontrolowanych szpitali. Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach *covidowych* oraz wzrost gotowości do diagnozowania i leczenia pacjentów z podejrzeniem i rozpoznaniem COVID-19 nie zawsze odpowiadały faktycznemu zapotrzebowaniu na świadczenia w danym okresie – dotyczyło to zwłaszcza II kwartału 2020 r. W jednym szpitalu stwierdzono, że w niewielkim stopniu wykorzystywano łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nawet w okresach zwiększonej zachorowalności<sup>12</sup>. Miało to miejsce w sytuacji występowania niezaspokojonych potrzeb pacjentów z innymi chorobami niż COVID-19. Takie zjawiska, w ocenie NIK, przyczyniały się do zwiększenia tzw. długu zdrowotnego ludności<sup>13</sup>. [str. 28–32]

<sup>11</sup> Dane NFZ, pochodzące z raportów cyklicznych opartych o dane dot. hospitalizacji rozliczonych przy pomocy produktów z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty> [dostęp 22 listopada 2021 r.].

<sup>12</sup> W części pozostałych szpitali niewykorzystanie łóżek dla pacjentów z COVID-19 również miało miejsce, lecz dotyczyło nie wszystkich a jedynie niektórych okresów zwiększonej zachorowalności (patrz pkt 5.2. „Dostępność do świadczeń”).

<sup>13</sup> Pod pojęciem długu zdrowotnego należy rozumieć świadczenia zdrowotne, których nieudzielenie może prowadzić do rozwoju chorób lub ich zaostrzenia.

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

### Czynniki utrudniające działalność szpitali

Na działalność skontrolowanych szpitali negatywnie wpłynął szereg zjawisk:

- znaczne zwiększenie kosztów zakupu środków ochrony osobistej, oraz kosztu dezynfekcji i utrzymania czystości;
- konieczność zabezpieczenia odpowiedniej ilości tlenu oraz modernizacji instalacji tlenowej;
- konieczność pracy w podwyższonym reżimie sanitarnym, by zapobiec powstawaniu ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 wśród personelu i pacjentów;
- zwiększona absencja pracowników medycznych, której nie udało się uniknąć mimo zastosowania różnorodnych środków bezpieczeństwa;
- konieczność reorganizacji pracy szpitala w związku z poleceniami pozostawania w stanie gotowości oraz zapewnienia lub likwidacji łóżek *covidowych*;
- duża liczba otrzymywanych decyzji administracyjnych i krótki czas na realizację poleceń z nich wynikających;
- konieczność zawieszenia normalnej działalności poszczególnych oddziałów w związku z przekształcaniem łóżek w *covidowe*, a także w związku z powstaniem ogniska epidemicznego i/lub absencją personelu;
- konieczność przenoszenia pacjentów z oddziałów przekształcanych w *covidowe* na inne oddziały i/lub do innych szpitali.

[str. 20–27, 32–36, 46]

### Nie w pełni skuteczne ograniczanie rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze wprowadziły nowe rozwiązania organizacyjne, zmierzające do zapewnienia ciągłości pracy szpitala oraz ograniczenia rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 wśród personelu szpitala i pacjentów. Stosowane rozwiązania różniły się pomiędzy placówkami i zależały od struktury organizacyjnej podmiotu, warunków lokalowych, a także od stopnia nasilenia epidemii i realizowanych zadań, związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w poszczególnych okresach. Warunki organizacyjne oraz lokalowe skontrolowanych podmiotów nie zawsze pozwalały na skuteczną izolację osób podejrzanych o zachorowanie lub ze zdiagnozowanym COVID-19. W niektórych podmiotach przeprowadzono adaptację pomieszczeń i zmodernizowano infrastrukturę (rozbudowa instalacji tlenowej, kontenery/namioty, dodatkowe chłodnie), zakupiono dodatkowe wyposażenie, a także realokowano oddziały. Pomimo tego, w większości podmiotów nie można było w pełni wyeliminować krzyżowania się dróg pacjentów.

W skontrolowanych podmiotach nie wykonywano personelowi medycznemu regularnych (przesiewowych) testów w kierunku SARS-CoV-2. Na testy były kierowane osoby, u których wystąpiły objawy chorobowe lub miały wątpliwości co do swojego stanu zdrowia i/lub miały kontakt z osobą zakażoną lub podejrzewały, że taki kontakt w ostatnim czasie miał miejsce. Ponadto wyniki kontroli wskazują, że około 20% pacjentów przyjmowanych do szpitala w okresie objętym kontrolą nie miało wykonanego testu w kierunku wykrycia SARS-CoV-2.

[str. 19–28, 46]

Najwyższa Izba Kontroli już w 2018 r. sformułowała wnioski dotyczące zakażeń szpitalnych<sup>14</sup>, których rzetelna realizacja powinna przyczynić się do ograniczenia ich skali, w tym nowym patogenem, jakim jest SARS-CoV-2. W szczególności stwierdzono w tamtej kontroli brak izolatek w części szpitali, choć zobowiązywały do tego przepisy prawa (patrz art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy o zwalczaniu zakażeń). Wskazano również na niewystarczające zasoby kadrowe, istotne dla zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Pod adresem Ministra Zdrowia sformułowano szereg wniosków, których realizacja pozwoliłaby na lepsze przygotowanie szpitali do epidemii SARS-CoV-2, i mogła ograniczyć skalę narastania tzw. „długu zdrowotnego” ludności.

Zaangażowanie szpitali w zwalczanie COVID-19 i konieczność ograniczenia przyjęć pozostałych pacjentów przełożyło się na niewykonanie kontraktów zawartych z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. Większość skontrolowanych szpitali nie zrealizowała w pełni zakontraktowanych świadczeń – w latach 2020–2021 (I półrocze) zrealizowane zostały świadczenia o wartości odpowiadającej 76,5% ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Mimo niepełnej realizacji świadczeń, szpitale otrzymywały w pełnej wysokości kwoty ryczałtu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. [str. 28–31, 41–42]

Niepełne wykonanie kontraktów z NFZ

Na wzrost przychodów złożyły się również: otrzymywanie zapłaty za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń, zapłaty za opiekę nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 oraz za wykonywanie innych zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, a także otrzymywaniem z NFZ środków na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia dla personelu medycznego. [str. 37–38, 41–45, 53]

Obowiązujące w czasie epidemii SARS-CoV-2 zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień pozwoliły na zachowanie płynności finansowej na niezmiennym poziomie, jak również nie wpłynęły znacząco na sytuację ekonomiczną skontrolowanych szpitali. Na koniec 2020 r. 16 spośród 23 skontrolowanych podmiotów osiągnęło ujemny wynik finansowy – skumulowana strata wyniosła 118,6 mln zł, zaś w 2019 r. było to odpowiednio 19 podmiotów i 121,9 mln zł. Na koniec I półrocza 2021 r. stratę osiągnęło 17 podmiotów (81,5 mln zł). [str. 38–41, 46]

Sytuacja finansowa

W blisko 3/4 skontrolowanych podmiotów wysokość przyznanego dodatkowego wynagrodzenia za pracę<sup>15</sup> nie była uzależniona od czasu przepracowanego z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, ani od liczby udzielonych świadczeń. Wypłacano je również osobom, które pełniły pojedyncze dyżury lub miały incydentalny kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19. W pozostałych

Dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego

<sup>14</sup> Patrz Informacja o wynikach kontroli pn. *Zakażenia w podmiotach leczniczych (P/17/060)*, Warszawa, czerwiec 2018 r.

<sup>15</sup> Dodatkowe wynagrodzenie za pracę dla personelu medycznego przysługiwało osobom, które wykonywały zawód medyczny oraz miały bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzewanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczyły w transporcie tych pacjentów.

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

podmiotach uzależniono wysokość dodatku od stopnia zaangażowania pracowników w opiekę nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 (proporcjonalnie do czasu pracy). Należy jednak podkreślić, że postępowanie takie było zgodne z postanowieniami umów zawartych z oddziałami wojewódzkimi NFZ. Głównym warunkiem uprawniającym do przyznania dodatkowego świadczenia był bezpośredni kontakt personelu medycznego z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem SARS-CoV-2. [str. 43–46]

## 4. WNIOSKI

Po zakończeniu niniejszej kontroli NIK wnioskuje o:

Bieżącą i stałą analizę stopnia wykorzystania łóżek przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 w celu optymalizacji ich wykorzystania i poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z innymi chorobami.

Minister Zdrowia  
i Wojewodowe

Prawidłowe klasyfikowanie personelu uprawnionego do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego w latach 2020–2021 (I półrocze), prawidłowe rozliczenie umów z NFZ, dotyczących wypłaty dodatków, a także wypłacenie za ten okres osobom uprawnionym należnej wysokości świadczeń.

Podmioty lecznicze  
(szpitale)

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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

Pomimo działań podejmowanych przez kierowników skontrolowanych podmiotów leczniczych, mających na celu zapewnienie ciągłości funkcjonowania oddziałów oraz zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego, dochodziło do powstawania ognisk SARS-CoV-2 wśród pacjentów i personelu.

Zakres działalności leczniczej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

W czasie epidemii SARS-CoV-2 dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, w porozumieniu z wojewodami, opracowywali wykazy podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Kontrola NIK objęła 23 placówki wpisane do tych rejestrów, z czego:

- jeden podmiot leczniczy realizował świadczenia na I poziomie zabezpieczenia *covidowego*, tj. prowadził wstępną kwalifikację typu pretriage<sup>16</sup>;
- 17 podmiotów leczniczych udzielało świadczeń na II poziomie zabezpieczenia *covidowego*, tj. prowadziło wstępną kwalifikację typu pretriage oraz prowadziło leczenie i/lub obserwację w kierunku COVID-19;
- pięć podmiotów leczniczych udzielało świadczeń na III poziomie zabezpieczenia *covidowego*, tj. prowadziło wstępną kwalifikację typu pretriage oraz prowadziło leczenie i/lub obserwację w kierunku COVID-19 oraz leczenie pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na SARS-CoV-2, ale których głównym powodem hospitalizacji nie był COVID-19.

Tabela nr 1

Charakterystyka podmiotów leczniczych objętych kontrolą

Podmiot leczniczy	Poziom zabezpieczenia	Maksymalna liczba łóżek covidowych, w tym:				Liczba pacjentów COVID-19
		ogółem	obserwacyjne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2	dla pacjentów z podejrzeniem lub z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2	respiratorowe oraz intensywnej terapii	
Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki SPZOZ	II poziom/ III poziom	154	5	149	12	2 393
WIML w Warszawie	II poziom	65		65	3	150
SPZOZ w Węgrowie	I poziom	4	4		1	181
SPWS Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich	II poziom	28	6	22	6	939
MZOZ w Żorach sp. z o.o.	II poziom	31		31	4	267
ZOZ w Świętochłowicach sp. z o.o.	II poziom/ III poziom	100		100	4	829

<sup>16</sup> Wstępna kwalifikacja pacjentów, prowadzona w wydzielonej strefie dla osób z podejrzeniem COVID-19 bez objawów oraz strefie dla osób z podejrzeniem COVID-19 prezentujących objawy infekcji, zorganizowanej na podstawie polecenia wojewody w podmiocie leczniczym posiadającym szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Podmiot leczniczy	Poziom zabezpieczenia	Maksymalna liczba łóżek covidowych, w tym:				Liczba pacjentów COVID-19
		ogółem	obserwacyjne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2	dla pacjentów z podejrzeniem lub z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2	respiratorowe oraz intensywnej terapii	
Szpital Miejski w Zabrze sp. z o.o.	II poziom/ III poziom	114		114	6	1 020
Szpital Murcki sp. z o.o. w Katowicach	II poziom	133		133	0	264
SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	II poziom/ III poziom	37	9	28	17	1 423
WZZOZ Centr. Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	II poziom	122	14	108	8	7 432
SPZOZ w Wieluniu	II poziom	86	21	65	5	491
Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	II poziom	40	19	21	1	763
SPZOZ w Pajęcznie	II poziom	40		40		220
Szpital Powiatowy we Wrześni sp. z o.o. w restr.	II poziom	58	6	52		414
Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o.	II poziom	114		114	10	812
Szpital Powiatowy im. prof. R. Drewna w Chodzieży	II poziom	34	7	27	2	365
Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	II poziom	94	11	83	8	1 019
SPZOZ w Turku	II poziom	56		56	3	346
Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	II poziom	24	2	22	4	873
SPZOZ MSWiA we Wrocławiu	II poziom/ III poziom	71	5	66	9	1 278
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	II poziom	186	16	170	6	2 781
WSS w Legnicy	II poziom	96		96	6	2 873
SPZOZ w Świdnicy	II poziom	101	6	95	5	1 743

Poszczególne skontrolowane szpitale dysponowały maksymalnie od czterech do 186 (średnio 77,7) łóżek ogółem, przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby COVID-19.

W okresie 2020–2021 (I półrocze) w skontrolowanych szpitalach było leczonych łącznie 28 876 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19.

Kierownicy podmiotów leczniczych otrzymywali od właściwych miejscowo wojewodów (w przypadku spółek innych niż samorządowe – od Ministra Zdrowia) liczne polecenia (w formie decyzji administracyjnych) nakazujące

Zapewnienie łóżek covidowych



zapewnienie łóżek *covidowych*. Najmniejszą liczbę decyzji otrzymał Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie (jedna decyzja), największą – Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu (22 decyzje).

Dla wielu kierowników podmiotów leczniczych wykonanie poleceń zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 była dużym wyzwaniem logistycznym. Przekształcenie łóżek wymagało reorganizacji pracy oddziałów (w tym zmiany ich lokalizacji) oraz wykonania prac adaptacyjnych i/lub modernizacyjnych. Koszty tych adaptacji przedstawiono w rozdziale 5.3 Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala (str. 46).

### Przykłady

**Wojewódzki ZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi** od 9 marca 2020 r. został wpisany do opracowywanego przez dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w porozumieniu z Wojewodą Łódzkim, *Wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*. Od 28 lutego 2020 r. Zespół realizował działalność leczniczą wykonując zadania nałożone decyzjami Wojewody Łódzkiego. Pierwszą decyzją<sup>17</sup> (28 lutego 2020 r.) nałożono na Zespół obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z kolejną decyzją, od 15 września 2020 r. w szpitalu zapewniono pierwsze 41 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Maksymalnie w Szpitalu były 122 łóżka przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

W placówce w Łodzi, Oddział Pulmonologii i Chemioterapii Nowotworów Płuc przekształcono w oddział obserwacyjno-zakaźny, natomiast Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przeznaczono dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, a także utworzono nowy Oddział dla Pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W placówce Szpitala w Tuszynie, w oddziały *covidowe* przekształcono: II Oddział Chorób Płuc, 3 Oddział Chorób Wewnętrznych oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W pozostałych oddziałach Zespołu wydzielono łóżka izolacyjne oraz łóżka dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19.

Dostosowanie Zespołu do opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2 wymagało:

- utworzenia dodatkowej służby w Oddziale Pulmonologii i Chemioterapii Nowotworów Płuc i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zespołu oraz w Szpitalu w Tuszynie w: II Oddziale Chorób Płuc i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- dobudowania łącznika windy „brudnej” dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, zapewniającego rozdzielenie strefy „żółtej” od „zielonej”;
- wykonania dodatkowego zbiornika na ciekły tlen medyczny w Szpitalu w Tuszynie;
- ustawienia kontenerów do zbierania wywiadu epidemiologicznego od pacjentów i pobierania wymazów w kierunku diagnostyki SARS-CoV-2 przed Izbami Przyjęć w Zespole oraz Szpitalu w Tuszynie.

<sup>17</sup> Decyzja Wojewody Łódzkiego, wydana na podstawie art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.) oraz art. 30 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2053), w związku z wystąpieniem zdarzenia mogącego spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób.

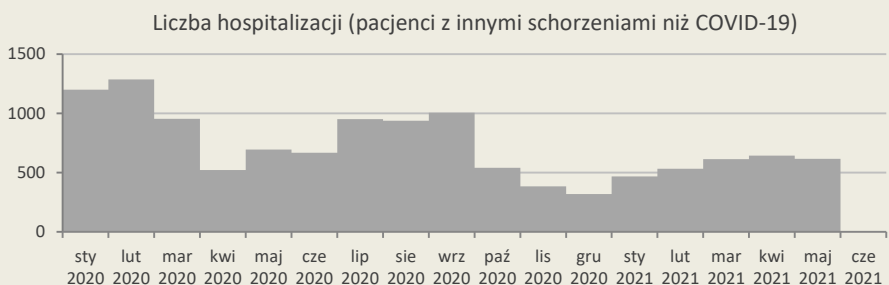
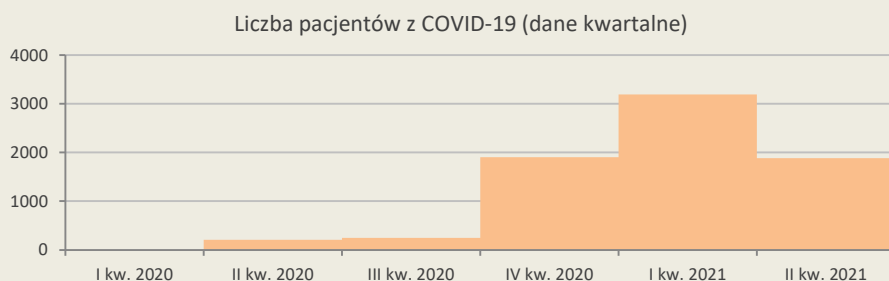
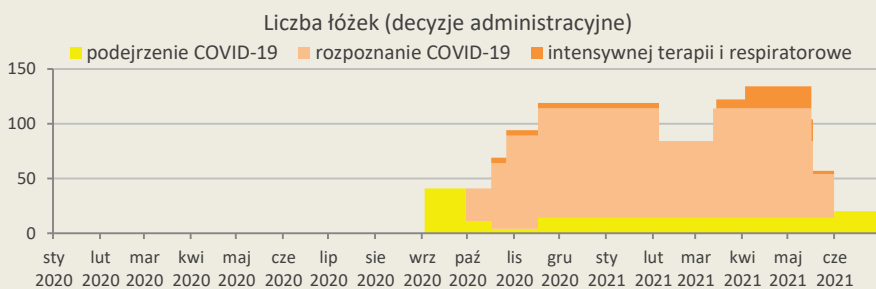
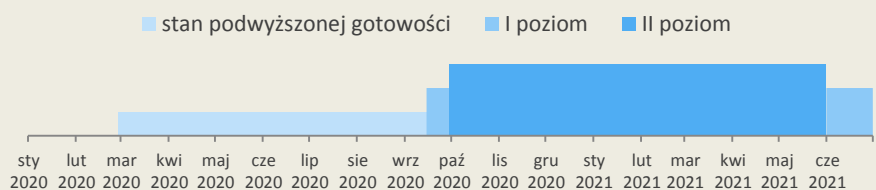


## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

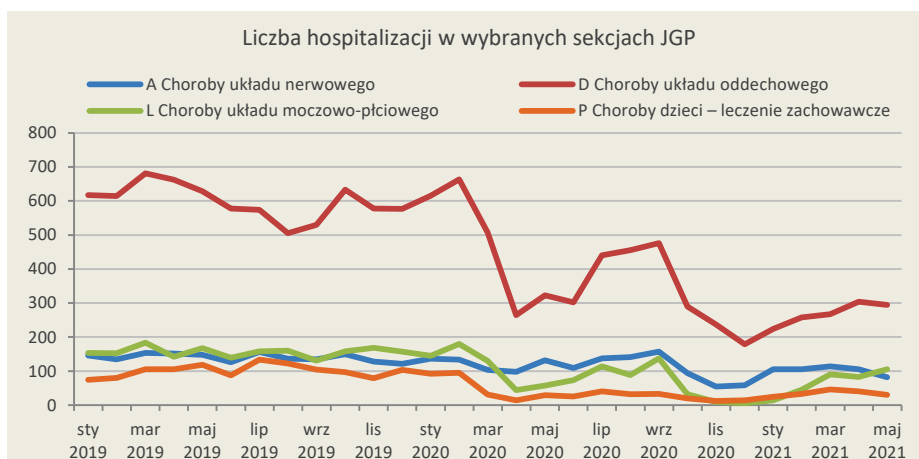
W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu hospitalizowanych było 7432 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, z czego najwięcej – 3191 w I kw. 2021 r. Spośród hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, 7730 wymagało wentylacji nieinwazyjnej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej, a 100 pacjentów respiratoroterapii.

Wykres nr 2

Zakres działalności leczniczej WZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Źródło: opracowanie NIK na podstawie wyników kontroli oraz danych NFZ dot. hospitalizacji JGP

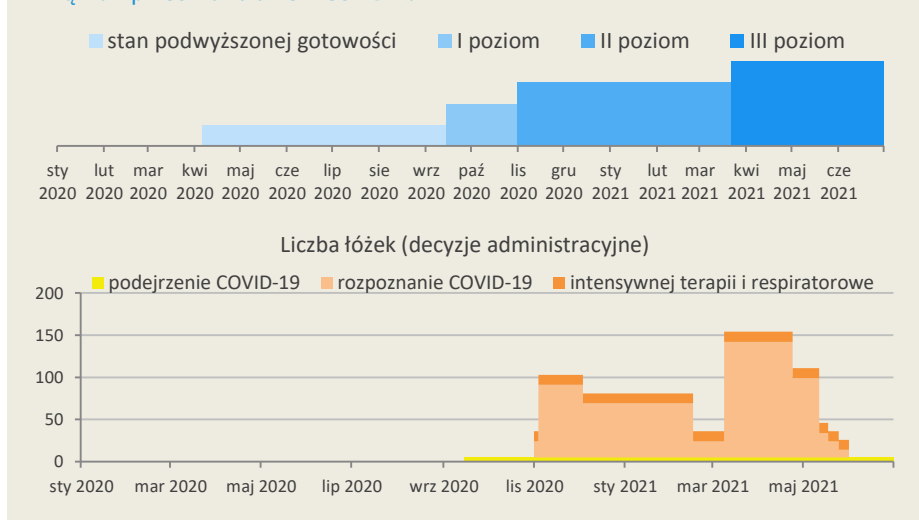
Od 20 marca 2020 r. na wszystkich oddziałach **Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ** wydzielono strefy izolacyjne, a w Oddziale Chirurgii Naczyniowej przygotowano 10 stanowisk intensywnego nadzoru, zaś od 15 kwietnia 2020 r. w II Oddziale Chorób Wewnętrznych utworzono tzw. strefę izolacyjną dysponującą 13 salami dla 45 pacjentów. Na potrzeby pacjentów wydzielono 19 miejsc na SOR do izolacji pacjentów z podejrzeniem COVID-19 i 109 miejsc na pozostałych oddziałach (według stanu na 26 marca 2021 r.).

Szpital był wyposażony w 36 respiratorów (na dzień 26 marca 2021 r.), 151 łóżek przeznaczonych dla pacjentów chorych lub z podejrzeniem COVID-19 (stan na 26 marca 2021 r.), w tym 24 łóżka z możliwością tlenoterpii i/lub wentylacji nieinwazyjnej.

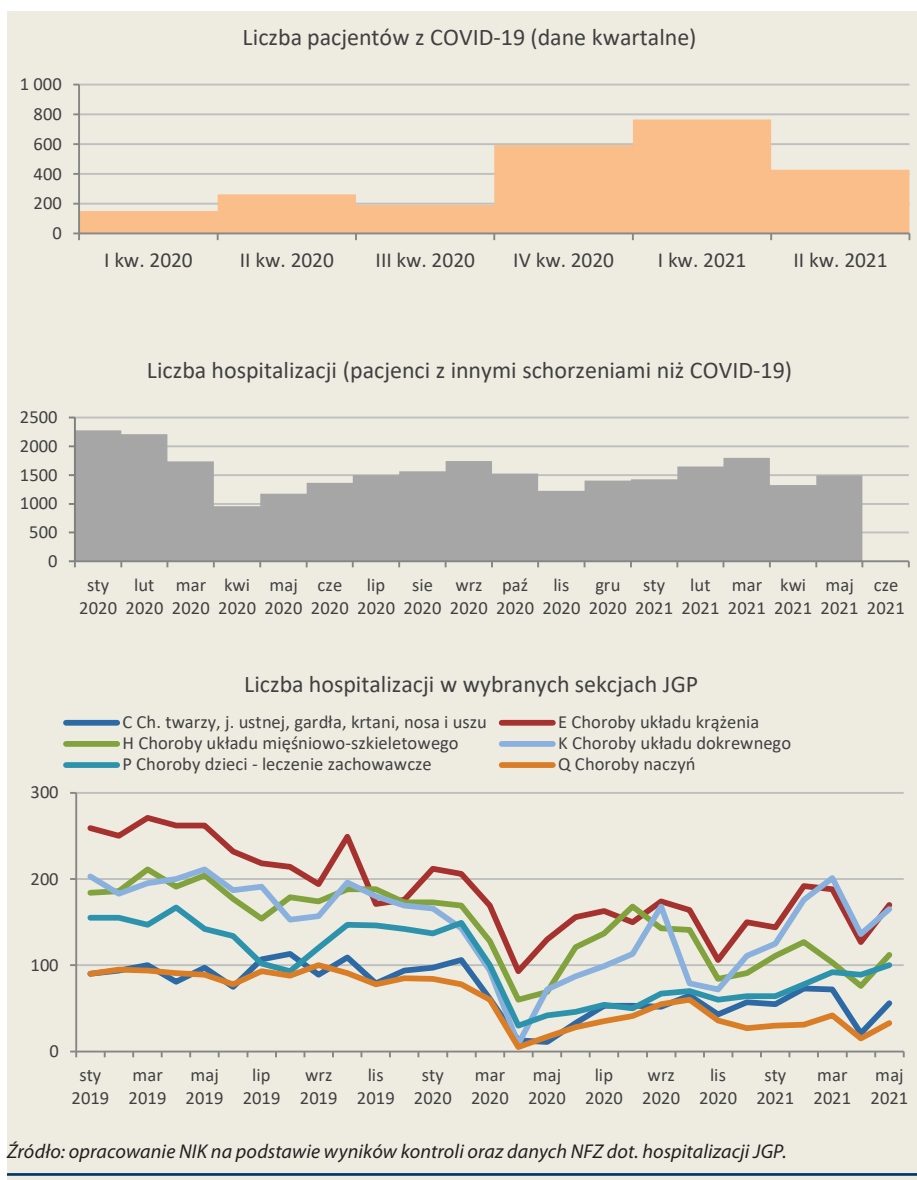
Ponadto wykonano 29 prac adaptacyjno-budowlanych o wartości ogółem 903,9 tys. zł. W ramach tych prac zakupiono kontener z przeznaczeniem dla pacjentów SOR z potencjalnym zakażeniem COVID-19, o wartości 402,1 tys. zł, zakupiono dziewięć urządzeń do dekontaminacji zimną plazmą, o wartości ogółem 49,8 tys. zł, przeprowadzono modernizację dźwigu osobowego w budynku Przychodni (pawilon H), o wartości 199,9 tys. zł, zakupiono komorę chłodniczą na 12 ciał osób zmarłych w Szpitalu, o wartości 136,0 tys. zł.

Wykres nr 3

Zakres działalności leczniczej Szpitala Bielańskiego im. ks. J. Popiełuszki SPZOZ w związku z przeciwdziałaniem COVID-19



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Kierownictwo wszystkich 23 skontrolowanych podmiotów leczniczych podjęło działania w celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala w okresie obowiązywania stanu epidemii, w tym:

- w 20 skontrolowanych podmiotach (87,0%) wyznaczono pracowników odpowiedzialnych za monitorowanie zmian 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;
- we wszystkich skontrolowanych podmiotach wyznaczono osoby odpowiedzialne za monitorowanie sytuacji epidemicznej (np. zespół ds. zakażeń, koordynatorzy ds. zakażeń, pielęgniarki epidemiologiczne, zespoły powołane w związku z epidemią);
- w 22 skontrolowanych podmiotach (95,7%) nawiązano współpracę z samorządem lokalnym oraz innymi podmiotami leczniczymi na obszarze działania szpitala (udział w zespołach zarządzania kryzysowego i innych cyklicznych spotkaniach online, koordynacja działań z innymi

Działania w celu  
zapewnienia ciągłości  
funkcjonowania szpitala

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- szpitalami w regionie, organizacja punktów szczepień, przekazywanie danych o sytuacji epidemicznej, działania dotyczące pozyskania środków na adaptację pomieszczeń zakup dodatkowej aparatury i wyposażenia, zapewnienia środków ochrony indywidualnej);
- po ogłoszeniu stanu epidemii kierownictwo wszystkich skontrolowanych szpitali przeprowadziło analizę ryzyka wystąpienia transmisji (ognisk epidemicznych) SARS-CoV-2 w szpitalu oraz zweryfikowało, zmodyfikowało i/lub wprowadziło nowe wewnętrzne procedury postępowania, mające zapewnić bezpieczeństwo personelowi i pacjentom (np. analiza możliwości wydzielenia stref, identyfikacja zakresu niezbędnych dostosowań pomieszczeń i źródeł ich sfinansowania, identyfikacja ścieżek przemieszczania się pacjentów).

Procedury  
mające na celu  
zapobieganie zakażeniom  
SARS-CoV-2

We wszystkich skontrolowanych podmiotach leczniczych wdrożono procedury postępowania, mające zapobiegać transmisji SARS-CoV-2, w tym dotyczące sposobu: postępowania z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, postępowania z pozostałymi pacjentami, postępowania z pacjentami hospitalizowanymi z innych powodów niż COVID-19, ale u których wystąpiły objawy wskazujące na potencjalne zakażenie SARS-CoV-2. Wdrożono również zasady użycia środków ochrony indywidualnej oraz dezynsekcji.

### Przykłady

W Szpitalu Miejskim w Zabrze sp. z o.o., w okresie objętym kontrolą opracowano i wdrożono łącznie 51 procedur postępowania, mających na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym, w tym SARS-CoV-2.

Dla SOR opracowano 11 procedur, które dotyczyły np. ścieżki przyjęcia pacjenta podejrzanego o zakażenie SARS-CoV-2, postępowania z pacjentami z COVID-19, zasad pobierania i preparatyki materiału biologicznego do badań analitycznych, serologicznych lub mikrobiologicznych od pacjentów z podejrzeniem COVID-19.

Dla Oddziału Położnictwa i Ginekologii opracowano dziewięć procedur, które dotyczyły np. postępowania z pacjentką ciężarną przyjmowaną do porodu w trybie nagłym z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Przygotowano także wzory ankiet dla pacjentek przyjmowanych na Oddział do zabiegów planowych.

Ponadto opracowano odrębne procedury dla oddziałów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 na II poziomie zabezpieczenia:

- schemat dróg transportu i poruszania się pracowników na tych oddziałach, dróg dojścia na poszczególne oddziały dla pracowników zakładu diagnostyki obrazowej, schemat poruszania się w obszarze SOR;
- procedurę wypisu pacjenta z oddziału *covidowego*;
- zasady pobierania i transportu materiału biologicznego do badań w kierunku SARS-CoV-2 (RT-PCR lub testu antygenowego).

W Szpitalu opracowano również procedury uwzględniające sposób postępowania w sytuacji zgłoszenia się do Szpitala pacjenta z innymi niż COVID-19 schorzeniami, u którego wystąpiły objawy wskazujące na potencjalne zakażenie SARS-CoV-2.

Przyjęte procedury uwzględniały również zasady ochrony personelu medycznego, w tym zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie diagnostyki i leczenia pacjenta izolowanego w związku z podejrzeniem

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

COVID-19, postępowania z przyłbicami i goglami używanymi przy pacjencie z podejrzeniem/potwierdzeniem zakażenia w czasie epidemii, monitoringu epidemiologicznego pracowników Szpitala, który miał zminimalizować ryzyko zakażenia COVID-19.

Za bezpośrednie monitorowanie procedur w okresie obowiązywania stanu epidemii odpowiadały pielęgniarki oddziałowe oraz kierownicy oddziałów. Pośredni monitoring odbywał się poprzez spotkania Dyrekcji z kierownikami oddziałów/komórek organizacyjnych, spotkania zespołu COVID trzy razy w tygodniu, które dotyczyły np. analizy zużytych środków ochrony indywidualnej, preparatów dezynfekcyjnych i liczby wykonanych badań u pracowników.

Dyrekcja **SPZOZ w Wieluniu** wprowadzała szereg zarządzeń dotyczących postępowania w stanie epidemii, które były zmieniane i aktualizowane z uwagi na zmieniającą się sytuację epidemiczną.

Procedura postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, obejmowała m.in. zasady postępowania ze środkami ochrony indywidualnej, transportem pacjenta, bielizną pościelową, odpadami medycznymi, materiałami biologicznymi do badania, dekontaminacją sal, zagadnienia dotyczące pomieszczeń przeznaczonych na izolację. Procedury obejmowały także zasady postępowania w przypadku przywiezienia pacjenta przez Zespół Ratownictwa Medycznego lub samodzielnego zgłoszenia się pacjenta czy opiekuna z dzieckiem do Izby Przyjęć przy SOR. Zasady dotyczyły także postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie SARS-CoV-2, który zgłosił się/został przywieziony z urazem, pacjentami hospicjum domowego czy pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Opracowano także zasady postępowania ze zwłokami oraz inne wytyczne dotyczące postępowania przy przyjęciu i wypisie pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2. Wprowadzono również Instrukcje częstotliwości wykonywania mycia i dezynfekcji w pomieszczeniach Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego COVID-19 oraz zaktualizowano wykaz preparatów dezynfekcyjnych stosowanych do powierzchni i wyposażenia.

Dodatkowo w Szpitalu funkcjonowały inne procedury, wykazy i instrukcje, wprowadzone przed 2020 r., dotyczące preparatów do dezynfekcji (skóry i błon śluzowych, narzędzi chirurgicznych, małych, dużych i trudno dostępnych powierzchni i inne), procedura dekontaminacji powierzchni i wyposażenia, procedura dezynfekcji pola operacyjnego, instrukcja dekontaminacji karetek i inne.

Przestrzeganie procedur postępowania z pacjentem podejrzanym lub zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 monitorowano poprzez wizyty Pielęgniarki Epidemiologicznej w oddziałach. Za bezpośredni nadzór nad przestrzeganiem procedur i zarządzeń przez podległy personel odpowiedzialni byli kierownicy/ordynatorzy oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe, a także Dyrektor ds. Lecznictwa oraz Pielęgniarka Naczelna.

Pomimo wprowadzenia i funkcjonowania zarządzeń i procedur nie zawsze udało się w Szpitalu zapobiec powstaniu ognisk epidemicznych. Przykładowo w listopadzie 2020 r. w jednym czasie na COVID-19 zachorowało siedmioro z dziewięciu pracowników Działu Metodyczno-Organizacyjnego i Terenowego Rejestru Usług Medycznych, a w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na zwolnieniach lekarskich przebywało 17 pracowników.

Po ogłoszeniu stanu epidemii w skontrolowanych podmiotach, w różnorodny sposób modyfikowano zasady organizacji pracy oraz funkcjonowania personelu medycznego i administracyjnego, w tym:

Organizacja pracy

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- wprowadzono wymóg użycia środków ochrony indywidualnej przez personel opiekujący się pacjentami z podejrzeniem zakażenia i/lub zakażonymi, określenie maksymalnego czasu pracy w strefie czerwonej oraz zielonej;
- wprowadzono pracę zmianową;
- wyznaczono strefy, w których przechowuje się rzeczy osobiste;
- wprowadzono regularne czyszczenie i dezynfekcję obiektów przez personel sprzątający szpitalnymi środkami dezynfekującymi o działaniu przeciwwirusowym;
- zrezygnowano ze spotkań;
- wprowadzono ograniczenie odwiedzin;
- ograniczono obieg dokumentów papierowych;
- oddzielono wejścia do budynku dla poszczególnych grup personelu i pacjentów.

### Przykłady

Po ogłoszeniu stanu epidemii, w **SPZOZ w Świdnicy** stopniowo wprowadzono zmiany organizacji pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych, w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej w kraju i w SPZOZ, oraz warunków zewnętrznych, np. decyzji Wojewody Dolnośląskiego, z zachowaniem dotychczasowej działalności Szpitala.

Zmiany obejmowały:

- zamknięcie oddziałów dla osób spoza oddziału i odwiedzających (domofony);
- wydzielenie dla zatrudnionych wejścia do szpitala, klatek schodowych i wind;
- wprowadzenie obowiązku pomiaru temperatury osób zatrudnionych przed wyjściem do pracy oraz pomiar temperatury po przyjeździe do pracy w ramach danej komórki organizacyjnej;
- wyposażenie działów niemedyceńskich w termometry bezdotykowe;
- „rozładowanie” gromadzenia się personelu w szatniach;
- wprowadzenie 24-godzinnych dyżurów (w razie potrzeby), godziny nadliczbowe w celu zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami.

Zmiany systemu pracy personelu medycznego (pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, opiekunki medyczne) oraz pomocniczego, w zależności od oddziału, obejmowały:

- oddział *covidowy* (Oddział Chorób Wewnętrznych): zwiększenie obsady dyżurowej pielęgniarskiej do 5–6 pielęgniarek na zmianie dziennej (12 godzin) i 4–5 na zmianie nocnej (12 godzin); wprowadzenie pracy zmianowej w czasie dyżuru przy pacjentach, tj. praca w pełnym zabezpieczeniu osobistym (kombinezon lub fartuch barierowy, maska FFP3, przyłbica, rękawice, ochraniacze na buty) przez 3–4 godziny po 2–3 pielęgniarki – zmiana personelu pielęgniarskiego, odpoczynek 2–3 godziny;
- inne oddziały, w których hospitalizowani byli pacjenci z COVID-19: wyznaczenie personelu pielęgniarskiego opiekującego się pacjentami z COVID-19 (w miarę możliwości kadrowych) lub konieczność zapewnienia opieki przez personel pielęgniarski dla wszystkich pacjentów;
- personel SOR (pacjenci z podejrzeniem lub zakażeni wirusem SARS-CoV-2): przestrzeganie wydzielonych stref ograniczeń przemieszczania się w oddziale oraz stosowanie środków ochrony osobistej;

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- personel administracji: opracowano i wdrożono zasady pracy w budynku administracji, opracowano i wdrożono zasady komunikowania się i wymiany korespondencji osób zatrudnionych z personelem administracji, montaż domofonu i skrzynki na korespondencję w przedsionku wejścia do budynku administracji.

Po ogłoszeniu stanu epidemii w **SPZOZ w Wieluniu** wprowadzono zmodyfikowane zasady organizacji pracy i funkcjonowania personelu medycznego oraz administracyjnego, które polegały na:

- wyznaczeniu odrębnych wejść dla określonych grup pacjentów, personelu i administracji Szpitala, dokonywaniu pomiaru temperatury ciała;
- zobowiązaniu personelu medycznego do stosowania reżimu sanitarnego oraz zobowiązaniu pracowników do noszenia maseczek ochronnych podczas przemieszczania się w budynku Szpitala;
- rozdysponowaniu środków ochrony osobistej – personelowi wydano przyłbice, rękawice sterylne i maseczki chirurgiczne;
- wyznaczeniu miejsc izolacji dla pracowników oczekujących na wyniki badania RT-PCR;
- ustaleniu czterotygodniowego harmonogramu pracy punktu pobrań wymazów;
- wprowadzeniu w Regulaminie Pracy zapisów dotyczących monitoringu wizyjnego oraz zaktualizowaniu tabel dotyczących przydziału odzieży i obuwia roboczego, jak również środków ochrony indywidualnej;
- zrezygnowaniu z organizacji spotkań.

Na odprawach szkoleniowo-roboczych kadry kierowniczej Pielęgniarek i Położnych omawiane były kwestie dotyczące: wzmożenia reżimu sanitarnego w oddziałach, poradniach specjalistycznych, zasadach izolacji, stosowania środków ochrony osobistej, higieny rąk, dezynfekcji powierzchni, segregacji odpadów medycznych, postępowania z bielizną skażoną.

Dodatkowymi działaniami, zwiększającymi bezpieczeństwo warunków pracy i ograniczającymi transmisję wirusa wśród personelu i administracji Szpitala były: większa częstotliwość przeprowadzanej dezynfekcji powierzchni dotykowych (klamki, przyciski windy, kurki kranów), zapewnienie dostępu do środków dezynfekcyjnych, zamontowanie dodatkowych 80 dozowników z preparatem dezynfekcyjnym, możliwość pracy zdalnej. Zorganizowano stołki podawcze na dokumenty, jak również zagwarantowano dostęp do testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2.

W skontrolowanych podmiotach nie stosowano regularnych testów przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania zakażeń SARS-CoV-2 i ognisk epidemicznych wśród personelu. Na testy molekularne RT-PCR (lub antygenowe), wykrywające obecność wirusa SARS-CoV-2, kierowano osoby z personelu medycznego, które: miały objawy chorobowe lub miały wątpliwości co do swojego stanu zdrowia i/lub miały kontakt z osobą zakażoną (bez właściwie stosowanych środków ochrony indywidualnej i czasem narażenia powyżej 15 min.) lub podejrzewały, że taki kontakt w ostatnim czasie miał miejsce.

W skontrolowanych podmiotach, w II kwartale 2020 r. wystąpiły braki w zaopatrzeniu personelu medycznego w środki ochrony indywidualnej. W kolejnych kwartałach nastąpiła poprawa w dostępności tych środków – od III kw. 2020 r. rosło zużycie masek chirurgicznych oraz półmasek FFP2 i FFP3, by osiągnąć największy poziom w IV kw. 2020 r., tj. w okresie zwiększonej liczby zachorowań na COVID-19.

Testy przesiewowe personelu medycznego

Dostępność środków ochrony indywidualnej



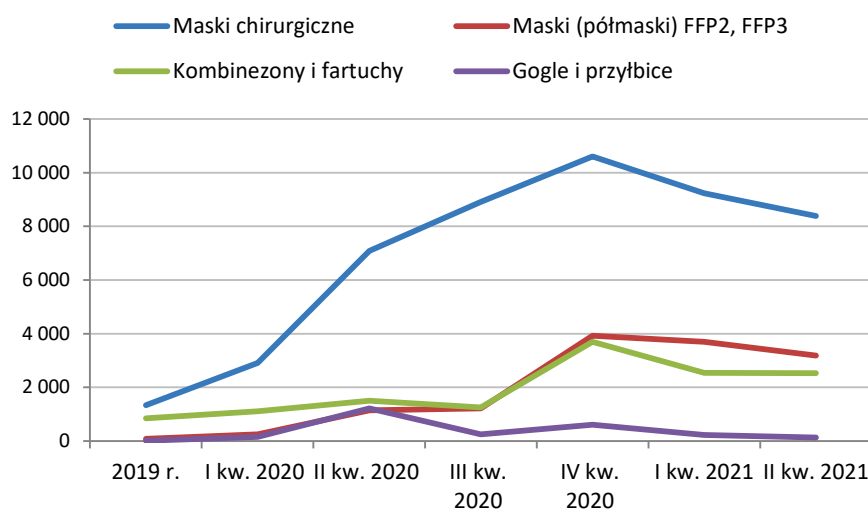
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Po wprowadzeniu stanu epidemii znacznie wzrosło średnie dzienne zużycie tych środków. W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. wzrosło zużycie:

- masek chirurgicznych – sześciokrotnie, a w I półroczu 2021 r. siedmiokrotnie;
- masek (półmasek) FFP2 oraz FFP3 – 21-krotnie, a w I półroczu 2021 r. 45-krotnie;
- kombinezonów i fartuchów – dwukrotnie, a w I półroczu 2021 r. trzykrotnie;
- gogli i przyłbice – 55-krotnie, a w I półroczu 2021 r. 18-krotnie.

Wykres nr 4

Średnie dzienne zużycie wybranych środków ochrony osobistej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

We wszystkich skontrolowanych podmiotach prowadzone były szkolenia personelu dotyczące wykorzystania środków ochrony indywidualnej, w tym szkolenia praktyczne z weryfikacją umiejętności (ćwiczenia zakładania i zdejmowania środków ochrony).

### Warunki organizacyjne, lokalowe i sanitarne

Warunki organizacyjne oraz lokalowe skontrolowanych podmiotów nie zawsze pozwalały na skuteczną izolację osób podejrzanych o zachorowanie lub ze zdiagnozowanym COVID-19. We wszystkich podmiotach podejmowano jednak działania, aby zapewnić izolację takich osób. I tak:

- wydzielono w izbach przyjęć/szpitalnych oddziałach ratunkowych miejsca do izolacji pacjentów z klinicznymi objawami COVID-19,
- wydzielono oddział/y mogące być miejscem hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19,
- wydzielono część pomieszczeń oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, mogących być miejscem hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

W oddziałach wydzielano strefy:

- czerwoną – przeznaczoną dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2; w której personel porusza się zawsze w zabezpieczeniu środkami ochrony osobistej;



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zieloną – służącą pacjentom bez zakażenia/podejrzenia choroby COVID-19.

Osoby z podejrzeniem COVID-19 kierowane były do pomieszczeń w strefie czerwonej, w których udzielano im niezbędnej pomocy medycznej i pobierano materiał do diagnostyki. Do czasu uzyskania wyniku badania pacjenci przebywali w izolacji. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pacjenta kierowano do oddziału właściwego dla danego schorzenia. W przypadku wyniku dodatniego, pacjentów kierowano do oddziału *covidowego*, przeznaczonego do leczenia osób z rozpoznaniem COVID-19.

W większości podmiotów nie można było w pełni rozdzielić dróg przemieszczania się pacjentów z podejrzeniem COVID-19, pacjentów rozpoznaniem COVID-19, a także pacjentów zgłaszających się samodzielnie do szpitala (do SOR lub izb przyjęć), przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 oraz pozostałych, przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego.

### Przykłady

W Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ pomieszczenia II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym i Geriatrycznym, składające się z trzech odcinków A, B, C (20 sal, 68 łóżek) i odcinka D (cztery sale, 12 łóżek), w całości przeznaczono na oddział *covidowy* (zakaźny). Śluza znajdowała się przy wejściu i wyjściu, a cały oddział znajdował się w strefie czerwonej. W obrębie oddziału wydzielono osobną windę dla pacjentów, którzy byli transportowani z SOR i radiologii (piętro 0-1).

W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 przeznaczono dwie izolatki w strefie czerwonej. W chwili otrzymania polecenia uruchomienia łóżek dla pacjentów z COVID-19, czysty oddział OAiT przeniesiono do Oddziału Chirurgii Dziecięcej, a dotychczasowe pomieszczenia OAiT (10 łóżek) przeznaczono dla pacjentów z COVID-19.

Na wszystkich oddziałach wydzielono strefy izolacyjne, a na Oddziale Chirurgii Naczyniowej przygotowano 10 stanowisk intensywnego nadzoru.

W SOR wydzielono dwie strefy dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 (strefa czerwona) i dla pozostałych pacjentów (strefa zielona). Przy wejściu do SOR (w strefie czerwonej) znajdowała się śluza szatniowa, przez którą trafiali pacjenci z podejrzeniem COVID-19. Przez drugie wejście (namiot) ze śluzą umywalkowo-fartuchową trafiali na SOR pacjenci z rozpoznaniem COVID-19. W tej strefie znajdował się także wyodrębniony namiot segregacyjny, w którym odbywał się triage<sup>18</sup> epidemiologiczny z możliwością hospitalizacji pięciu chorych, w tym jedno stanowisko intensywnej terapii. Trzy izolatki miały osobne wejścia z zewnątrz budynku, niekrzyżujące się z komunikacją pacjentów z innymi schorzeniami. Pacjenci wymagający doraźnej interwencji chirurgicznej z podejrzeniem zakażenia COVID-19 byli operowani w sali SOR lub w sali nr 1 Centralnego Bloku Operacyjnego.

SOR wyposażono w trzy kontenery łóżkowe wyposażone w łazienkę i cztery wózki, łącznie 12 dodatkowych miejsc. Przygotowano również jeden kontener do oceny zdrowia pacjentów, w którym znajdowało się stanowisko lekarza, pomieszczenie porządkowe i oddzielne pomieszczenie dla pacjenta z podej-

<sup>18</sup> Procedura medyczna stosowana w medycynie ratunkowej, umożliwiająca służbom medycznym segregację rannych w wypadku masowym w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowania.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

rzeniem COVID-19. W strefie pomarańczowej, służącej wkładaniu/zdejmowaniu środków ochrony osobistej były trzy pomieszczenia, w tym osobny namiot dla personelu. W strefie zielonej dla pacjentów bez zakażenia/podejrzenia choroby COVID-19 wyznaczono 18 łóżek. Dla pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego na SOR, wydzielono służę i izolatkę umożliwiającą transport i położenie pacjenta, bez narażenia na kontakt z personelem i pozostałymi pacjentami.

W Szpitalu nie było możliwości pełnego odseparowania pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 od pozostałych pacjentów, np. w trakcie transportu pacjentów ze strefy izolacyjnej z II Oddziału Chorób Wewnętrznych na badania obrazowe (tomografia komputerowa), do pilnego leczenia pacjentów *covidowych* z równoczesnym krwawieniem z przewodu pokarmowego, zawałem czy udarem. Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych wyjaśniła, że w czasie transportu pacjentów tworzone doraźnie „korytarz izolacyjny”, co polegało na poproszeniu wszystkich przebywających na drodze transportu zakażonego o czasowe opuszczenie korytarza i dopiero po tym przewiezienia chorego do pracowni.

**W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy**, w marcu 2020 r. wprowadzono zmiany organizacyjne polegające 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. W miejsce relokowanych komórek organizacyjnych wydzielono części zakaźne oddziałów: kardiologicznego, neurologicznego, neurochirurgicznego oraz okulistycznego. 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 buforowy. W późniejszym czasie (od 22 lipca 2020 r.) oddział ten również został relokowany do tzw. Pawilonu II.

W oddziałach, w których leczono pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, w tym również w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wydzielono strefy lub sale dla takich pacjentów. W Pawilonie II wydzielone były trzy strefy:

- strefa I – zakaźna – dla pacjentów z potwierdzoną infekcją SARS-CoV-2 – sale 1 i 2 osobowe, spełniające wymogi sanitarno-epidemiologiczne, z wydzieloną windą;
- strefa II – buforowa – przeznaczona dla pacjentów podejrzewanych o zakażenie SARS-CoV-2 (z objawami klinicznymi, oczekujących na wynik badania RT-PCR), sale tylko i wyłącznie 1-osobowe;
- strefa III – czysta – dla tzw. ozdowieńców 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).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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 z SOR do innych lokalizacji, podejmowano działania polegające na opróżnieniu ciągów komunikacyjnych, ich przewietrzaniu i dekontaminacji.

Aby zapewnić godny sposób przechowywania zwłok, w czterech podmiotach<sup>19</sup> zapewniono dodatkowe kontenery/chłodnie, w pięciu podmiotach<sup>20</sup> zawarto umowy z podmiotami zewnętrznymi o odbiór zwłok, a w jednym podmiocie<sup>21</sup> przeprowadzono prace adaptacyjne.

### Przechowywanie zwłok

#### Przykłady

W **Szpitalu Powiatowym we Wrześni**<sup>22</sup> funkcjonowały trzy pomieszczenia *pro morte*<sup>23</sup>, po jednej na każdej kondygnacji. Wszystkie pomieszczenia *pro morte* znajdowały się poza oddziałami i każde było wyposażone w jeden wózek transportowy do przewożenia zwłok. W chłodni znajdowało się sześć miejsc do przechowywania zwłok osoby zmarłej.

Szpital miał zawartą umowę z podmiotem zewnętrznym, na wypadek, gdyby brakowało miejsc do przechowywania zwłok w chłodni szpitalnej. Jednak zgodnie z postanowieniami umowy, chłodnia zewnętrzna nie przyjmowała zwłok osób, które zmarły na choroby zakaźne. Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w przypadku braku wolnych miejsc na zwłoki w Szpitalu, do podmiotu zewnętrznego przekazywane były zwłoki niezakażone, dzięki czemu w szpitalnej chłodni powstawały wolne miejsca na zwłoki zakażone. W okresie objętym kontrolą (do 7 lipca 2021 r.) siedem razy wystąpiła konieczność przekazania zwłok do chłodni poza Szpitalem.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy**, w listopadzie 2020 r. oraz kwietniu 2021 r. odnotowano odpowiednio 187 zgonów (w tym 99 z powodu COVID-19) oraz 201 zgonów (w tym 102 z powodu COVID-19). Szpital dysponował trzema pomieszczeniami *pro morte*, a łączna ich powierzchnia użytkowa wynosiła 30,2 m<sup>2</sup>. Ponadto w związku z uruchomieniem Szpitala tymczasowego w kwietniu 2021 r. utworzono dodatkowe pomieszczenie *pro morte* o powierzchni 19,5 m<sup>2</sup>.

Szpital dysponował chłodnią umożliwiającą przechowywanie zwłok 20 zmarłych osób. W dniu 22 kwietnia 2021 r. Szpital otrzymał od Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych kontener (chłodnię), umożliwiającą przechowywanie dodatkowych 18 ciał zmarłych osób.

<sup>19</sup> Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ, Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o., Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o., Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

<sup>20</sup> Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Szpital Powiatowy we Wrześni sp. z o.o. w restrukturyzacji, Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży, Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

<sup>21</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy.

<sup>22</sup> Pełna nazwa podmiotu brzmi: Szpital Powiatowy we Wrześni sp. z o.o. w restrukturyzacji.

<sup>23</sup> Pomieszczenie, w którym przechowuje się zwłoki pacjenta przez dwie godziny po ustaniu czynności życiowych, a przed przewiezieniem do chłodni. Po tym czasie lekarz ponownie bada zwłoki, aby ostatecznie stwierdzić zgon i wystawić kartę zgonu.

W okresie objętym kontrolą występowały przypadki braku miejsc w chłodni (w dni wolne od pracy). Jak wyjaśniono, 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”. W grudniu 2020 r. Szpital zawarł z podmiotem zewnętrznym, na okres trzech miesięcy, umowę obejmującą 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.

### 5.2. Dostępność świadczeń

Podmioty lecznicze z powodu trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń, związanych z wykonywaniem zadań z zakresu przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 nie zdołały zapewnić pacjentom opieki na dotychczasowym poziomie.

#### Ograniczenia lub brak dostępu do świadczeń

We wszystkich skontrolowanych podmiotach wystąpiły czasowe ograniczenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego. Wartość sprawozdanych do NFZ świadczeń leczenia szpitalnego w kolejnych analizowanych latach wyniosła<sup>24</sup>: 998 494,6 tys. zł w 2019 r., 787 383,4 tys. zł w 2020 r. (tj. o 21,1% mniej niż w 2019 r.), a w okresie od stycznia do maja 2021 r. – 317 455,1 tys. zł (tj. o 23,0% mniej niż w analogicznym okresie 2019 r.). W 2020 r., w stosunku do 2019 r., największe wartościowo spadki wystąpiły w sekcjach jednorodnych grup pacjentów: „H” Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (44 705,3 tys. zł, tj. 22,1%), „D” Choroby układu oddechowego (28 214,8 tys. zł, tj. 25,0%), „E” Choroby układu krążenia (20 146,6 tys. zł, tj. 16,1%) oraz „P” Choroby dzieci – leczenie zachowawcze (19 532,8 tys. zł, tj. o 46,1%). Należy podkreślić, że w okresach, kiedy notowano niski poziom zachorowań na COVID-19 nie osiągnięto wartości średnich stanów z poprzednich lat.

Ograniczenie dostępności świadczeń (leczenia) w skontrolowanych podmiotach było spowodowane przede wszystkim:

- przekształcaniem oddziałów w *covidowe* oraz zapewnieniem łóżek dla pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19;
- zaleceniami Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo<sup>25</sup>, ograniczeniem

<sup>24</sup> Dane NFZ, pochodzące z raportów cyklicznych opartych o dane dot. hospitalizacji rozliczonych przy pomocy produktów z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty> [dostęp 22 listopada 2021 r.].

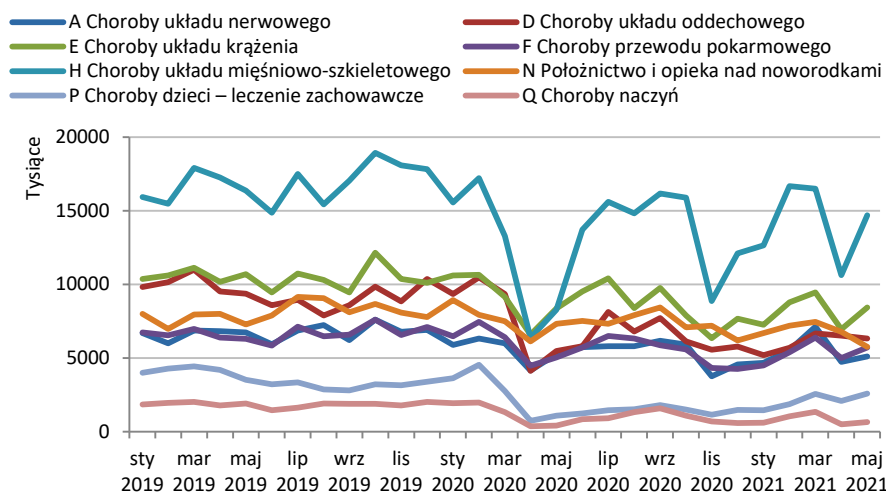
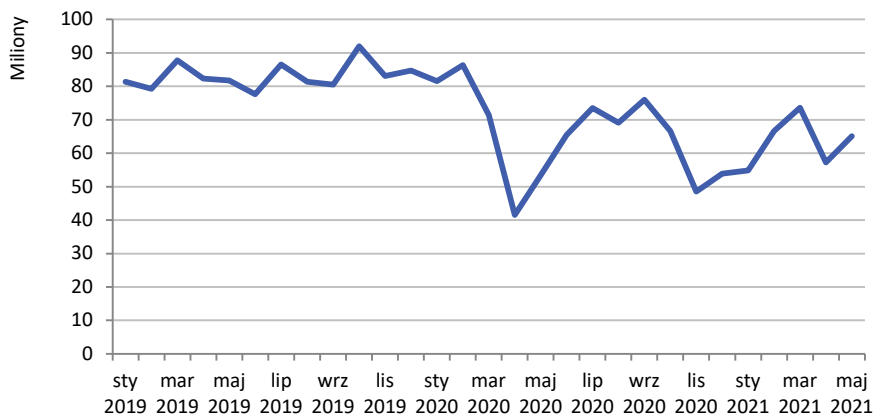
<sup>25</sup> Komunikaty Centrali NFZ z: 15 marca 2020 r. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html> [dostęp 22 listopada 2021 r.]; 14 października 2020 r. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/udzielanie-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19-zalecenia,7826.html> [dostęp 22 listopada 2021 r.]; 8 marca 2021 r. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/udzielanie-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19-zalecenia,7940.html> [dostęp 22 listopada 2021 r.].

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych szpitali w związku z ogniskami epidemicznymi SARS-CoV-2;
- absencjami personelu medycznego.

Wykres nr 5

Wartość hospitalizacji w 23 skontrolowanych podmiotach ogółem oraz w wybranych sekcjach JGP w latach 2019–2021 (I półrocze), w mln zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – raportów cyklicznych opartych o dane dot. hospitalizacji rozliczonych przy pomocy produktów z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty> [dostęp 22 listopada 2021 r.].

### Przykłady

W Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ (II/III poziom zabezpieczenia *covidowego*) po wprowadzeniu stanu epidemii doszło do:

- wstrzymania przyjęć planowych od 11 marca 2020 r.;
- zawieszenia czasowego planowych przyjęć do szpitala od 13 marca 2020 r. (do odwołania) i ograniczenia przyjęć pacjentów do niezbędnego minimum w pracowniach specjalistycznych;
- wstrzymania przyjęć planowych w I Oddziale Chorób Wewnętrznych, Pododdziale Endokrynologicznym, II Oddziale Chorób Wewnętrznych, Pododdziale Nefrologicznym, Oddziale Kardiologicznym i Oddziale Gastroenterologicznym od 19 października 2020 r.;
- wstrzymania planowych przyjęć od 7 listopada 2020 r. (z wyjątkiem pacjentów onkologicznych);



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- przekształcenia Oddziału Chirurgii Naczyniowej w oddział *covidowy* – od 26 marca 2021 r.;
- ograniczenia przyjęć planowych w: I Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologii, II Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym i Geriatrycznym, Oddziale Chirurgii Naczyniowej, Oddziale Chirurgii Ogólnej i Oddziale Otolaryngologicznym, od dnia 7 kwietnia 2021 r.;
- przekształcenia Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w oddział *covidowy* – od 4 maja 2021 r.

Przyczyną wstrzymania przyjęć i ograniczenia liczby świadczeń było zaangażowanie szpitala w diagnostykę i leczenie pacjentów z potwierdzonym zakażeniem lub z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej liczba udzielonych porad w 2020 r. w porównaniu do 2019 r., zmniejszyła się z 113 066 do 84 295, tj. o 25,4%, a w I półroczu 2021 r. wyniosła 42 943 w przypadku leczenia szpitalnego, liczba hospitalizacji zmniejszyła się z 96 647 w 2019 r. do 64 473 w 2020 r., tj. o 33,3%, a I półroczu 2021 r. wyniosła 31 042.

**W Wojewódzkim ZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi** wystąpiło czasowe ograniczenie przyjęć do: I Oddziału Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego oraz Oddziału Pulmonologii i Chemioterapii Nowotworów Płuc (od 29 października 2020 r. do 31 maja 2021 r.), Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej oraz Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej (od 5 października 2020 r. do 15 lutego 2021 r.). Wynikało to z konieczności zapewnienia dodatkowych łóżek izolacyjnych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Ponadto na oddziałach szpitalnych wystąpiły czasowe ograniczenia przyjęć, wynikające m.in. z wystąpienia przypadków chorób zakaźnych (innych niż COVID-19), braku personelu medycznego oraz potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2 wśród personelu. Ograniczenia wizyt wystąpiły również w Przychodni Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego dla Dzieci (od 21 lipca 2020 do 27 lipca 2020) oraz Przychodni Poradni Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego (od 14 października 2020 do 21 października 2020). Spowodowane to było zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu.

**W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie**, w oparciu o zalecenia centrali NFZ oraz decyzje Wojewody Wielkopolskiego<sup>26</sup>, dotyczące zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, wystąpiły przypadki ograniczenia oraz zawieszenia przyjęć w oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Nefrologicznym, Chirurgicznym Ogólnym, Okulistycznym, Chorób Wewnętrznych, Kardiologicznym, Neurologicznym, Pediatricznym oraz Ginekologiczno-Położniczym, a także Otolaryngologicznym. Ponadto w skutek wystąpienia ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 ograniczenia przyjęć wystąpiły na: Oddziale Chorób Wewnętrznych (od 20 października do 6 listopada 2020 r.), Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (od 20 do 30 października 2020 r. oraz od 22 do 31 grudnia 2020 r.), Oddziale Kardiologicznym (od 23 lutego do 4 marca 2021 r.), Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (od 17 do 27 listopada 2020 r.), Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (od 5 do 19 października 2020 r.). Działalność ograniczył również zespół ratownictwa medycznego z miejscem stacjonowania w Kąkolewie (od 16 do 23 sierpnia 2020 r.) oraz transport COVID-19 (od 19 sierpnia do 7 września 2020 r.). Ograniczenia przyjęć do oddziałów: OAiIT, Chorób Wewnętrznych oraz Nefrologicznego wynikały ponadto z decyzji Wojewody

<sup>26</sup> Ograniczenia przyjęć do oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chorób Wewnętrznych oraz Nefrologicznego wynikały ponadto z decyzji Wojewody Wielkopolskiego z dnia 28 lutego 2020 r. w sprawie nałożenia na Szpital obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wielkopolskiego z 28 lutego 2020 r. w sprawie nałożenia na Szpital obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z zaleceniami centrali NFZ, od 23 marca oraz 14 października 2020 r. ograniczono bądź wstrzymano zabiegi planowe endoprotezoplastyki dużych stawów, duże zabiegi korekcyjne kręgosłupa, zabiegi naczyniowe na aorcie brzusznej i piersiowej, pomostowanie naczyń wieńcowych, nefrektomie i hysterotomie.

W **Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu** nie doszło do zaprzestania przyjęć w Centrum, wystąpiły jednak ograniczenia w działalności poszczególnych Oddziałów. Wyłączeniu lub ograniczeniu działalności podlegały:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii R – zawieszenie działalności od 27 marca do 7 kwietnia 2020 r. z powodu zakażeń pacjentów i personelu medycznego;
- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej – zawieszenie działalności od 30 marca do 6 kwietnia 2020 r. z powodu zakażeń pacjentów i personelu medycznego;
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc pn. „Szpital Leśne” – wskutek decyzji Wojewody Dolnośląskiego wszystkie łóżka zostały przeznaczone na przeciwdziałanie COVID-19 w okresie od 9 marca do 15 lipca 2020 r. oraz od 9 października do 13 grudnia 2020 r.;
- Oddział Chorób Wewnętrznych IV – ograniczenia przyjęć pacjentów od 7 do 14 maja 2020 r. oraz od 21 do 30 października 2020 r. z powodu zakażeń pacjentów i personelu medycznego oraz
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc VIa – wskutek decyzji Wojewody Dolnośląskiego wszystkie łóżka zostały przeznaczone na przeciwdziałanie COVID-19 w okresie od 15 października 2020 r. do 18 czerwca 2021 r.

W niektórych ze skontrolowanych szpitali stwierdzono niskie wykorzystanie łóżek przeznaczonych dla pacjentów z SARS-CoV-2.

### Przykład

W **Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej** analiza dobowego obłożenia łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 wykazała, że:

- od 23 marca do 17 maja 2020 r. obłożenie wyniosło 2,5%. W tym okresie WIML pozostawał w stanie podwyższonej gotowości i przeznaczył dla pacjentów z COVID-19 wszystkie dostępne łóżka w liczbie 107. Największe obłożenie łóżek odnotowano w dniach 15–16 oraz 18–20 kwietnia 2020 r., kiedy przez pacjentów z COVID-19 zajętych było osiem łóżek dziennie, co stanowiło 7,5% wszystkich łóżek;
- od 23 października 2020 r. do 3 stycznia 2021 r. obłożenie wyniosło 28,3%. Największe obłożenie odnotowano 8 listopada 2020 r. – 70,8%;
- od 12 marca do 21 marca 2021 r. obłożenie wyniosło 60,2%. Największe odnotowano w dniu 20 i 21 marca 2021 r., kiedy wyniosło 91,7%;
- od 22 marca do 25 kwietnia 2021 r. obłożenie wyniosło 30,5%. Największe obłożenie odnotowano 6 kwietnia 2021 r. i wyniosło 49,2%;
- od 26 kwietnia do 6 maja 2021 r. obłożenie wyniosło 9,1%. Największe, w dniach 26 i 27 kwietnia 2021 r., kiedy wyniosło 12,5%.

WIML na bieżąco informował Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie o obłożeniu łóżek przez pacjentów chorych na COVID-19.

Z kolei w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu** wykorzystanie łóżek na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym przeznaczonym dla pacjentów z COVID-19 w IV kwartale 2020 r. wynosiło 48%, natomiast w I kwartale 2021 r. wzrosło do 66,6%, a w II 2021 r. do 89,9%.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**W Szpitalu Powiatowym we Wrześni sp. z o.o. w restrukturyzacji** wykorzystanie łóżek na Oddziale COVID-19 wynosiło w IV kwartale 2020 r. 59%; w dwóch pierwszych kwartałach 2021 r. odpowiednio: 78% i 51%.

**W Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego sp. z o.o.** w działających przez dwa kwartały czterech oddziałach dla pacjentów z COVID-19 średnie wykorzystanie łóżek wynosiło od 58,1% w IV kw. 2020 r. do 27,6% w I kw. 2021 r.

### Diagnostyka w kierunku SARS-CoV-2 przed przyjęciem do szpitala

Jedną z metod zapobiegania wystąpieniu ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 na oddziałach było testowanie pacjentów przed przyjęciem do szpitala. W większości skontrolowanych podmiotów stosowano diagnostykę molekularną (RT-PCR) i/lub antygenową w kierunku wykrycia SARS-CoV-2 przed przyjęciem na oddział. Badanie dokumentacji medycznej 410 pacjentów przyjętych w trybie planowym wykazało, że około 80% z nich miało wykonany test. W części skontrolowanych podmiotów wprowadzono dodatkowe procedury dotyczące przyjęć pacjentów z innymi schorzeniami niż COVID-19.

### Przykłady

**W Szpitalu Powiatowym we Wrześni**, zgodnie z instrukcją, kierownik oddziału zabiegowego/komórki diagnostycznej wyznaczał osobę do wykonania telefonu do pacjenta oczekującego w kolejce na dwa tygodnie przed planowym zabiegiem/badaniem celem wypełnienia ankiety. Podczas wywiadu telefonicznego pacjent i rodzina byli informowani o: nowych zasadach obowiązujących pacjentów w szpitalu (dezynfekcja rąk, maseczka chirurgiczna w czasie pobytu, zakaz odwiedzin), konieczności samoizolacji siedem dni przed przyjęciem do szpitala/pracowni, możliwości wstrzymania przyjęcia pacjenta na zabieg/badanie planowe w przypadku stwierdzenia u niego w Izbie Przyjęć infekcji dróg oddechowych lub z uwagi na bliski jego kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ciągu ostatnich 14 dni przed przyjęciem.

Instrukcja dotycząca postępowania w przypadku podejrzenia COVID-19 w oddziale szpitalnym, określała zasady postępowania w momencie podejrzenia zakażenia. Zgodnie z instrukcją, postępowanie w takim przypadku powinno polegać na: wpisaniu do dokumentacji medycznej pacjenta przyczyn podejrzenia zakażenia, poinformowaniu kierownika oddziału i pielęgniarki epidemiologicznej, zastosowaniu izolacji do momentu uzyskania wyniku, pobraniu wymazu na szybki test antygenowy oraz jednocześnie na test molekularny RT-PCR, wykonaniu (w przypadku takiej konieczności) badania diagnostycznego poza oddziałem, zaleceniu wykonywania wszystkich procedur przy pacjencie w środkach ochrony osobistej, ograniczeniu do minimum liczby osób sprawujących opiekę nad pacjentem, ograniczeniu do minimum procedur generujących aerozol, planowaniu zleceń lekarskich i zabiegów w taki sposób, aby do minimum ograniczyć wejścia do izolatki. Zalecono także kontakty telefoniczne z pacjentem, jeśli było to możliwe pacjent powinien mierzyć poziom glukozy we krwi samodzielnie i przekazywać wyniki. Wszystkie odpady pochodzące od pacjenta nakazano traktować jako wysoce zakaźne. Każdy pacjent, zgodnie z Instrukcją, powinien być traktowany przez personel jako potencjalnie zakażony. Instrukcja wskazywała ponadto sposób postępowania z personelem, który miał kontakt z pacjentem z podejrzeniem COVID-19.

W niektórych szpitalach testy na obecność wirusa SARS-CoV-2 wykonywano tylko u części przyjmowanych pacjentów. Działo się tak w Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie



Trybunalskim, Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ, Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego sp. z o.o.<sup>27</sup>. Takie postępowanie, w połączeniu z ograniczonym wykonywaniem testów przesiewowych personelu medycznego, zwiększało ryzyko wystąpienia ogniska epidemicznego SARS-CoV-2, a co za tym idzie utrudnień w pracy oddziałów.

### Przykłady

**W Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim**, w okresie objętym kontrolą ośmiokrotnie wystąpiło ognisko epidemiczne:

1. 4 października 2020 r.:
  - Oddział Wewnętrzny – jeden pacjent podejrzany o zakażenie, 42 pacjentów narażonych na zakażenie, jedna osoba personelu z objawami zakażenia. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano jednego pacjenta i jedną osobę personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym,
  - Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej – ośmiu pacjentów podejrzanych o zakażenie, 15 pacjentów narażonych na zakażenie, dwie osoby personelu z objawami zakażenia. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano pięć osób personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym,
  - Oddział Kardiologii – 39 pacjentów narażonych na zakażenie, jedna osoba personelu z objawami zakażenia. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano dwóch pacjentów i 10 osób personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
2. 11 grudnia 2020 r. – ośmiu pacjentów Oddziału Neurologicznego podejrzanych o zakażenie, 20 pacjentów narażonych na zakażenie, pięć osób personelu z objawami zakażenia. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano dziewięciu pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
3. 12 grudnia 2020 r. – czterech pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii podejrzanych o zakażenie, czterech pacjentów narażonych na zakażenie, siedem osób personelu z objawami zakażenia. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano sześciu pacjentów i dziewięć osób personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
4. 21 grudnia 2020 r. – pięciu pacjentów Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej podejrzanych o zakażenie oraz ośmiu pacjentów narażonych na zakażenie. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano ośmiu pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
5. 8 stycznia 2021 r. – 20 pacjentów Oddziału Kardiologicznego podejrzanych o zakażenie oraz 20 pacjentów narażonych na zakażenie. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano 20 pacjentów i jedną osobę personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
6. 19 stycznia 2021 r. – siedmiu pacjentów Oddziału Neurologicznego podejrzanych o zakażenie oraz 32 narażonych na zakażenie. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano dziewięciu pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym;
7. 5 lutego 2021 r. – sześciu pacjentów Oddziału Chirurgicznego podejrzanych o zakażenie oraz 29 narażonych na zakażenie. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano 31 pacjentów oraz jedną osobę z personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym;

<sup>27</sup> W wylosowanej próbie do badania przeprowadzonego w Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim oraz w Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ, wyniki testów potwierdzające brak zakażenia SARS-CoV-2 były dostarczane przez pacjentów.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

8. 21 kwietnia 2021 r. – Oddział Urazowo-Ortopedyczny – pięciu pacjentów podejrzanych o zakażenie oraz 14 narażonych na zakażenie. W raporcie z wygaszenia ogniska wykazano sześciu pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym oraz jeden zgon.

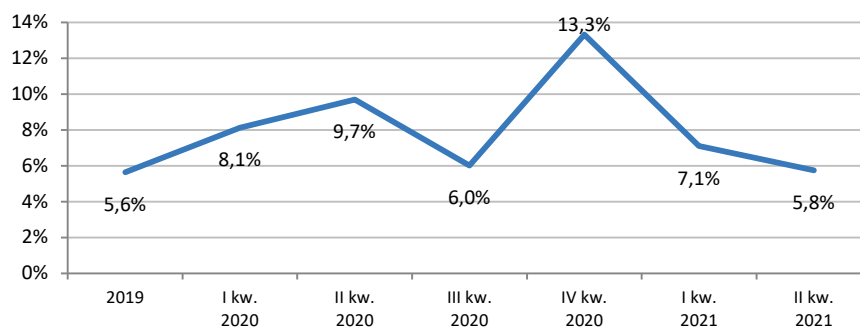
Nie zostały ustalone źródła zakażenia w ognisku epidemicznym. W każdym przypadku określono katalog podjętych działań zapobiegawczych i przeciwepidemicznych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażenia oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenia. Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach zwrócił jednak uwagę, że ujemny wynik testu pacjenta przyjmowanego do Szpitala nie wykluczał wystąpienia infekcji.

### Absencje personelu

Od momentu ogłoszenia stanu epidemii SARS-CoV-2 doszło do znaczącego wzrostu absencji personelu medycznego. Wskaźnik absencji (zwolnienie lekarskie, izolacja, kwarantanna)<sup>28</sup> personelu zatrudnionego w skontrolowanych podmiotach na podstawie umowy o pracę w 2020 r. wzrósł do 9,3% z 5,6% w 2019 r., przy czym najwyższy był w IV kwartale 2020 r. (tj. 13,3%).

Wykres nr 6

Wskaźnik absencji personelu medycznego (umowy o pracę)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### Harmonogramy pracy personelu

W wyniku badania przeprowadzonego na podstawie ewidencji czasu pracy personelu medycznego: SOR/IP, oddziału *covidowego* i oddziału „zwykłego” (dla trzech miesięcy: września i listopada 2020 r. oraz kwietnia 2021 r.) stwierdzono, że w przypadku 19 skontrolowanych podmiotów leczniczych harmonogramy pracy uwzględniały zasady zawarte w dziale III ustawy *o działalności leczniczej*. Czas pracy pracowników większości skontrolowanych podmiotów nie przekraczał 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 93 ust. 1 tej ustawy). Personel medyczny świadczył pracę w podstawowym dobowym wymiarze czasu pracy lub w formie dyżurów (przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy lub dyżuru medycznego), a także w godzinach nadliczbowych.

<sup>28</sup> Wskaźnik absencji = liczba opuszczonych dni pracy/(liczba dni w okresie \* przeciętna liczba pracowników).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W jednym skontrolowanym podmiocie<sup>29</sup> stwierdzono przekroczenie miesięcznej normy czasu pracy, o której mowa wyżej, a w czterech skontrolowanych podmiotach<sup>30</sup> stwierdzono nieprawidłowości polegające na niezapewnieniu pracownikom 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, wymaganego art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o *działalności leczniczej*.

### Przykłady

Badanie harmonogramów czasu pracy w październiku i listopadzie 2020 r. oraz w kwietniu 2021 r., wybranych 214 osób z personelu medycznego (52 lekarzy oraz 162 pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych) zatrudnionego w **SPZOZ w Świdnicy**, w SOR, w Oddziale Chorób Wewnętrznych, w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wykazało, że personel medyczny świadczył pracę w podstawowym dobowym wymiarze czasu pracy lub w formie dyżurów (przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy lub dyżuru medycznego). Wystąpił jeden przypadek zmiany czasu pracy z podstawowego jednozmianowego czasu pracy na równoważny – zmianowy. W przypadku 148 pracowników (w tym 40 lekarzy [77%] i 108 pozostałych pracowników [66%]) wypracowany miesięczny wymiar czasu pracy przekraczał miesięczną normę:

- W październiku 2020 r. – 166 godzin 50 minut (największe przekroczenie normy, o 77 godzin odnotowano w przypadku lekarzy oraz o 65 godzin w przypadku pozostałych pracowników medycznych);
- w listopadzie 2020 r. – 151 godzin 40 minut (największe przekroczenie normy, o 130 godzin odnotowano w przypadku lekarzy oraz o 52 godziny 20 minut w przypadku pozostałych pracowników medycznych);
- w kwietniu 2021 r. – 159 godzin 15 minut (największe przekroczenie normy, o 97 godzin 45 minut odnotowano w przypadku lekarzy oraz o 68 godzin 10 minut w przypadku pozostałych pracowników medycznych).

W 18 przypadkach pracownicy (siedmiu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 11 pozostałych pracowników) nie zachowywali prawa do nieprzerwanego 35 godzinnego tygodniowego odpoczynku obejmującego co najmniej 11 godzin dobowego odpoczynku.

W **SPZOZ w Wieluniu** analiza harmonogramów czasu pracy personelu medycznego (za wyjątkiem lekarzy) SOR, Oddziałów Obserwacyjno-Zakaźnego COVID-19, Internistycznego oraz Dziecięcego za listopad 2020 r. i kwiecień 2021 r. wykazała, że tylko w nielicznych przypadkach nie zapewniono pełnej obsługi pacjentów. Czas pracy pielęgniarek przekraczał 37 godz. i 55 min. na tydzień, natomiast zapewniono im w każdej dobie 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, z wyjątkiem pełnienia dyżurów 24 godzinnych po których bezpośrednio miały czas na odpoczynek. Pielęgniarkom zapewniono również 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu.

Lekarze w większości byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych. Analiza harmonogramów czasów pracy lekarzy za listopad i grudzień 2020 r. oraz kwiecień 2021 r. na SOR i Oddziałach: Obserwacyjno-Zakaźnym COVID-19, Internistycznym o profilu Ogólnym, Pulmonologicznym oraz Dziecięcym wykazała, że wielokrotnie świadczyli oni usługi zdrowotne nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, tj. nieprzerwanie od 31 do 64 godzin 25 min., w tym jednocześnie na dwóch, a sporadycznie nawet trzech oddziałach szpitalnych.

<sup>29</sup> Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.

<sup>30</sup> Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Czynności kontrolne wykazały, że w bardzo nierównomierny sposób ustalano harmonogramy pracy pracowników na SOR i ratowników medycznych. Przykładowo 27 kwietnia 2021 r. w porze dziennej zapewniono dwie osoby (pracownika SOR i ZRM), natomiast w dniach 26 i 28 kwietnia 2021 r. po pięciu pracownikach. W tym samym miesiącu np.: dnia 14 zapewniono na nocnej zmianie dwie osoby, a dnia kolejnego w nocy było sześć osób. Jak wyjaśniono, harmonogramy pracy ratowników medycznych ustalano w miarę dostępności pracowników. W listopadzie 2020 r. 17 pracowników przebywało na zwolnieniach lekarskich, w związku z czym pozostali pracownicy wyrazili zgodę na przekroczenie normy tygodniowej biorąc dodatkowe dyżury medyczne.

### Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń

W okresie objętym kontrolą doszło do wydłużenia czasu oczekiwania<sup>31</sup> na udzielenie świadczenia w większości skontrolowanych podmiotów leczniczych. Było to spowodowane m.in.:

- częściowym zamknięciem lub przekształceniem szpitali (lub oddziałów) w szpitalu (oddziały) *covidowe*, zgodnie z zaleceniami NFZ, Ministerstwa Zdrowia a także decyzjami Wojewodów;
- koniecznością dostosowania się do ograniczeń i wymogów funkcjonowania w warunkach reżimu sanitarnego;
- wzrostem liczby osób przesuwających planowany termin przyjęcia na leczenie/wizyty oraz obawami pacjentów przed zgłoszeniem się do szpitala lub poradni.

### Przykłady

W **Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie**, po wprowadzeniu stanu epidemii znacznie zwiększyła się liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia (z 3414 na koniec 2019 r., 3953 na koniec czerwca 2020 r. oraz 1556 na koniec grudnia 2020 r., do 5720 osób oczekujących na koniec czerwca 2021 r.). Średni czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych wydłużył się w tym okresie w przypadku 20 poradni/oddziałów (w tym w 12 poradniach oraz ośmiu oddziałach/zakresach świadczeń leczenia szpitalnego), a skrócił w przypadku siedmiu.

Ograniczenia funkcjonowania poradni specjalistycznych, jak i klinik szpitalnych WIML (powody organizacyjne), skutkowały zmianą terminu 255 wizyt ambulatoryjnych w 2020 r. dla pacjentów i 70 hospitalizacji w klinikach szpitalnych WIML. W 2019 r. nie odnotowano tego rodzaju przypadków w poradniach; natomiast było ich 27 w klinikach szpitala WIML. W I półroczu 2021 r. zmieniono termin jednej wizyty w AOS i 56 w klinikach szpitalnych WIML. O zmianie terminu pacjenci byli informowani głównie telefonicznie.

W **Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich** na 30 czerwca 2021 r. (w porównaniu ze stanem na 31 grudnia 2019 r.) liczba pacjentów (przypadki stabilne) oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki pierwotnej stawu biodrowego była większa o 2856 osób oraz oczekujących na pozostałe procedury medyczne na Oddziale I o 2389 osób, przy jednoczesnym skróceniu średniego czasu oczekiwania na te zabiegi o (odpowiednio) 850 i 217 dni. Było to spowodowane m.in. zmianą struktury organizacyjnej Szpitala dokonaną 1 stycznia 2021 r. i odstąpieniem od uprzedniego podziału kolejek oczekujących na oddziale

<sup>31</sup> Zgodnie z art. 7b pkt 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19, obowiązującym w okresie od 1 kwietnia do 1 września 2020 r., świadczeniodawcy zostali zwolnieni z codziennego przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania co miesiąc do oddziałów wojewódzkich NFZ sprawozdań z zakresu list oczekujących.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

męskim i żeńskim oraz utworzeniem jednej kolejki na oddziale ortopedycznym, a także ograniczeniem przyjęć pacjentów, wynikających z sytuacji pandemicznej i zaleceń Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

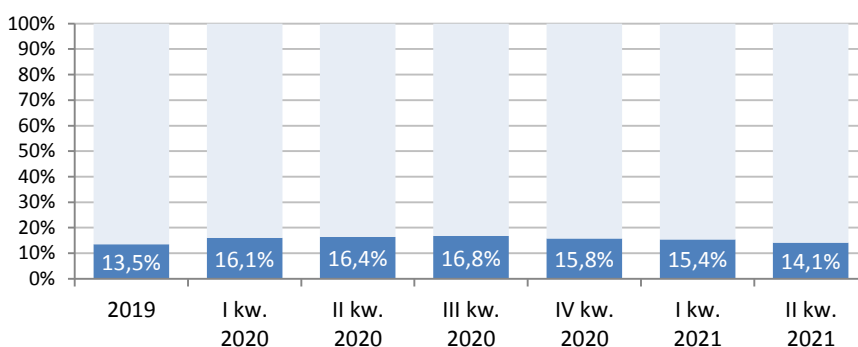
W tym samym okresie zmniejszyła się liczba pacjentów (przypadki stabilne) oczekujących na przyjęcie do Pracowni rezonansu magnetycznego (o 695 osób) oraz Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (o 655 osób), przy równoczesnym skróceniu średniego czasu oczekiwania na te przyjęcia o (odpowiednio) 137 i 160 dni. Było to związane z sytuacją epidemiczną w kraju.

Pomimo czasowych przerw w działalności poszczególnych oddziałów, nie wzrosła w sposób znaczący skala odmów przyjęć do szpitala. W 23 skontrolowanych podmiotach, w 2020 r. odmówiono przyjęcia 9,3% pacjentów, zaś w I połowie 2021 r. – 14,7%. Dla porównania, w 2019 r. odmówiono przyjęcia 13,5% zgłaszających się pacjentów.

### Odmowy przyjęć

Wykres nr 7

Odsetek pacjentów, którym odmówiono przyjęcia w izbie przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### 5.3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

Obowiązujące w czasie epidemii SARS-CoV-2 zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień nie wpłynęły znacząco na funkcjonowanie szpitali.

W okresie objętym kontrolą w 21 z 23 skontrolowanych podmiotach leczniczych (91,3% podmiotów) wzrosła wartość przychodów z NFZ, uzyskiwanych na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Łączna wartość tych przychodów osiągniętych w 2020 r. była wyższa niż w 2019 r. o 11,1% (tj. o 181 193,0 tys. zł), zaś przychodów osiągniętych w 2021 r. o 37,1% w stosunku do ½ kwoty osiągniętej w 2019 r. (tj. o 303 857,7 tys. zł).

### Przychody z NFZ

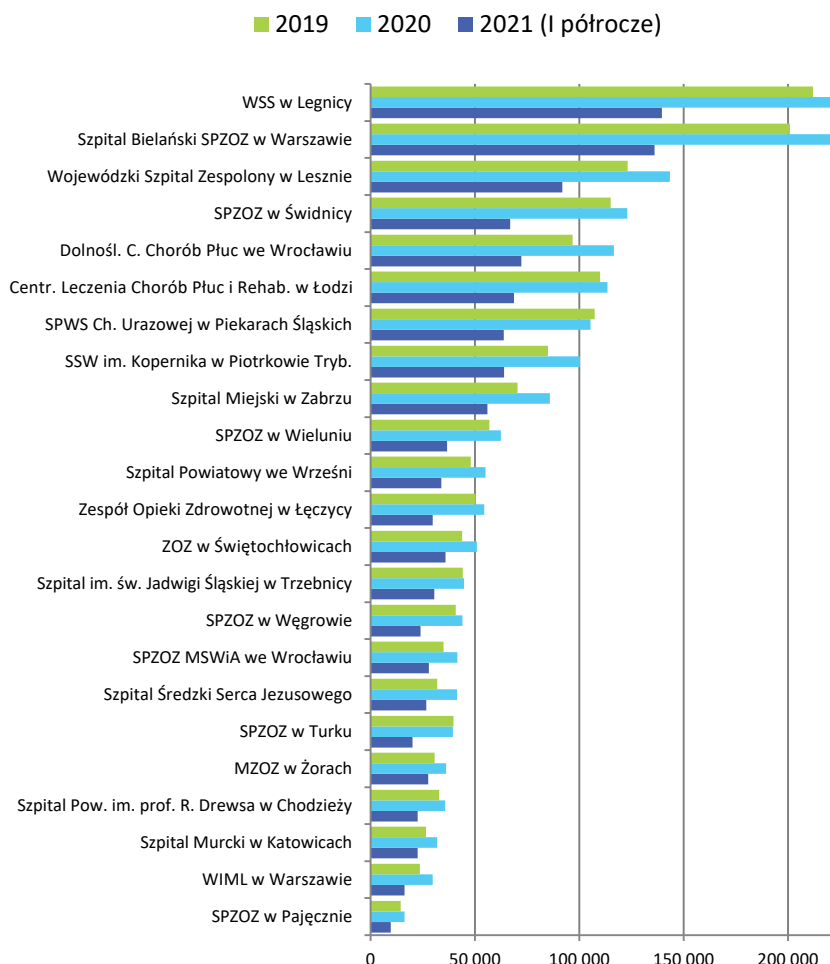
Jedynie w dwóch podmiotach, w 2020 r. nastąpił spadek przychodów w stosunku do roku poprzedniego, tj. w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich (1,8%) oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Turku (0,7%). W 2020 r. największy wzrost przychodów z NFZ odnotowano

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego sp. z o.o. (29,7%), w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie (25,6%) oraz w Szpitalu Miejskim w Zabrzcu sp. z o.o. (22,0%).

Wykres nr 8

Przychody z NFZ w latach 2019–2021 (I półrocze), w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### Przychody i koszty działalności podstawowej i operacyjnej

Pomimo wzrostu przychodów z NFZ, sytuacja finansowa szpitali objętych kontrolą nie zmieniła się znacząco. Spowodowane to było przede wszystkim niebilansowaniem się działalności leczniczej oraz wzrostem kosztów, analogicznym do wzrostu przychodów.

Z danych uzyskanych w toku kontroli przeprowadzonej w 23 skontrolowanych podmiotach wynika, że łączne przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, uzyskane w 2020 r. wzrosły o 10% w stosunku do 2019 r., a w I połowie 2021 r. o 35% w stosunku do ½ kwoty z 2019 r.<sup>32</sup> Natomiast pozostałe przychody operacyjne wzrosły odpowiednio o 45,9 oraz 34,2%<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi wyniosły łącznie: 1 768 554,9 tys. zł w 2019 r., 1 945 447,3 tys. zł w 2020 r. oraz 1 193 884,2 tys. zł w I półroczu 2021 r.

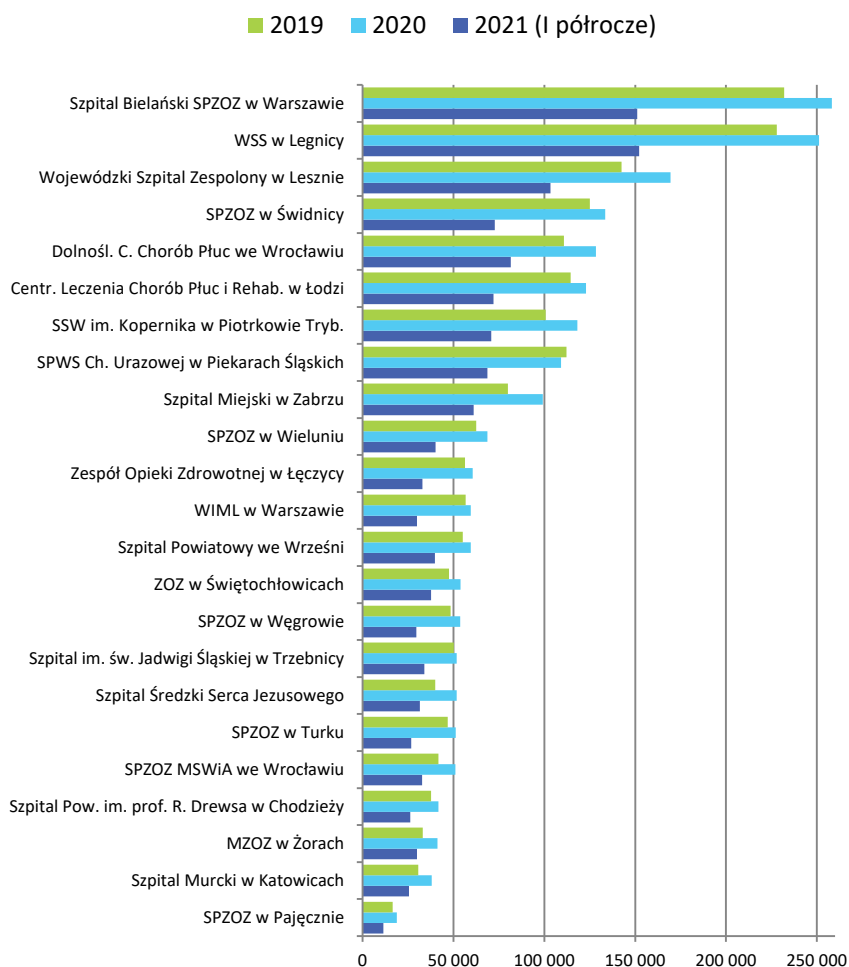
<sup>33</sup> Pozostałe przychody operacyjne wyniosły łącznie: 99 802,9 tys. zł w 2019 r., 145 601,5 tys. zł w 2020 r. oraz 66 972,3 tys. zł w I półroczu 2021 r.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 9

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi oraz pozostałe przychody operacyjne w latach 2019–2021 (I półrocze), w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

W tym samym czasie koszty wzrosły o:

- koszty działalności operacyjnej o 10% w 2020 r. oraz 35,1% w I półroczu 2021 r. w stosunku do 2019 r.<sup>34</sup>,
- pozostałe koszty operacyjne o 70,8% w 2020 r. oraz 29,6% w I półroczu 2021 r. w stosunku do 2019 r.<sup>35</sup>

W roku 2020, w stosunku do 2019 r., wystąpił wzrost kosztów działalności operacyjnej oraz pozostałych kosztów operacyjnych we wszystkich skontrolowanych podmiotach – największy w Szpitalu Powiatowym we Wrześni sp. z o.o. w restrukturyzacji (25,8%), Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego sp. z o.o. (24,8%) oraz w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. (24,6%).

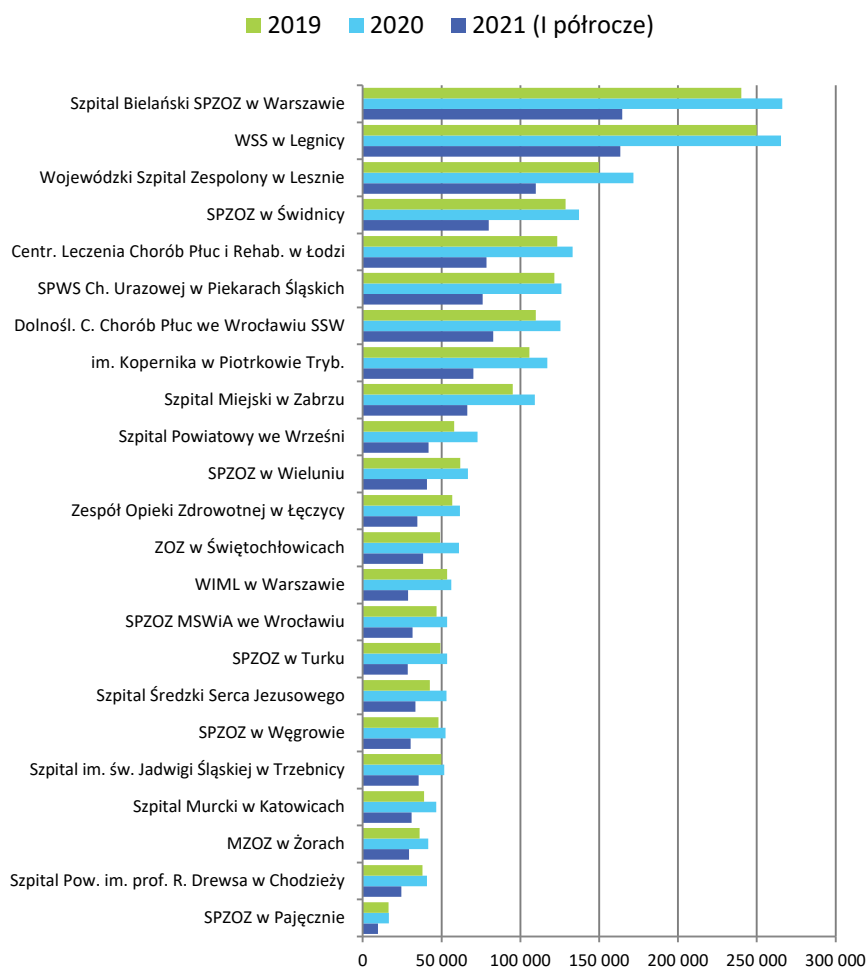
<sup>34</sup> Koszty działalności operacyjnej wyniosły 1 946 914,7 tys. zł w 2019 r., 2 141 638,8 tys. zł w 2020 r. oraz 1 314 783,1 tys. zł w I półroczu 2021 r.

<sup>35</sup> Pozostałe koszty operacyjne wyniosły łącznie: 22 419,2 tys. zł w 2019 r., 38 291,4 tys. zł w 2020 r. oraz 14 525,9 tys. zł w I półroczu 2021 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 10

Koszty działalności operacyjnej oraz pozostałe koszty operacyjne w latach 2019–2021 (I półrocze), w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### Wynik finansowy

Na koniec 2020 r. 16 spośród 23 skontrolowanych podmiotów osiągnęło ujemny wynik finansowy – skumulowana strata wyniosła 118 555,88 tys. zł (w 2019 r. było to odpowiednio 19 podmiotów i 121 918,86 tys. zł).

Tabela nr 2

Wynik finansowy w skontrolowanych podmiotach na koniec lat 2019–2021 (I półrocze) w tys. zł

Wyszczególnienie	2019	2020	2021 (I półrocze)
Liczba podmiotów, które osiągnęły stratę	19	16	17
Skumulowana strata na koniec okresu	(-) 121 918,86	(-) 118 555,88	(-) 81 509,30
Liczba podmiotów, które osiągnęły zysk	4	7	6
Skumulowany zysk na koniec okresu	3 597,36	11 198,00	6 160,34

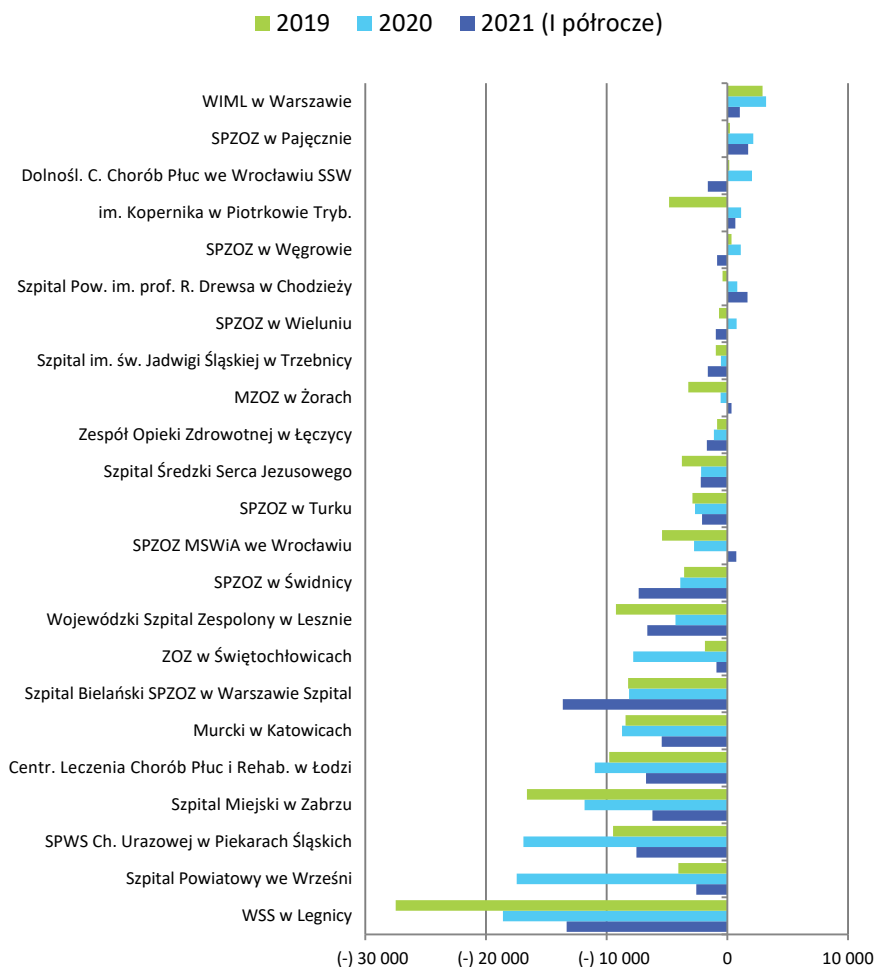
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 11

Zysk (strata) netto na koniec lat 2019–2021 (I półrocze), w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Większość podmiotów leczniczych w 2020 i w I połowie 2021 r. nie wykonała w pełni świadczeń finansowanych z ryczału podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ)<sup>36</sup>. W tym okresie skontrolowane podmioty miały w umowach z OW NFZ ryczałt określony w wysokości 1 166 547,4 tys. zł, zaś wartość wykonanych świadczeń wyniosła 892 237,0 tys. zł. Oznacza to, że ryczałt w latach 2020–2021 (I półrocze) został zrealizowany w 76,5% (w 2019 r. było to 94,6%).

Wykonanie świadczeń w ramach ryczału PSZ

Tabela nr 3

Wykonanie ryczału podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń w latach 2019–2021 (I półrocze) w zł

Wyszczególnienie	2019	2020	I półrocze 2021
Razem wykonane świadczenia	776 980 173,18	610 172 935,92	282 064 039,21
Ryczałt PSZ	820 907 043,97	821 511 333,32	345 036 102,50
Stopień wykonania	94,6%	74,3%	81,7%

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

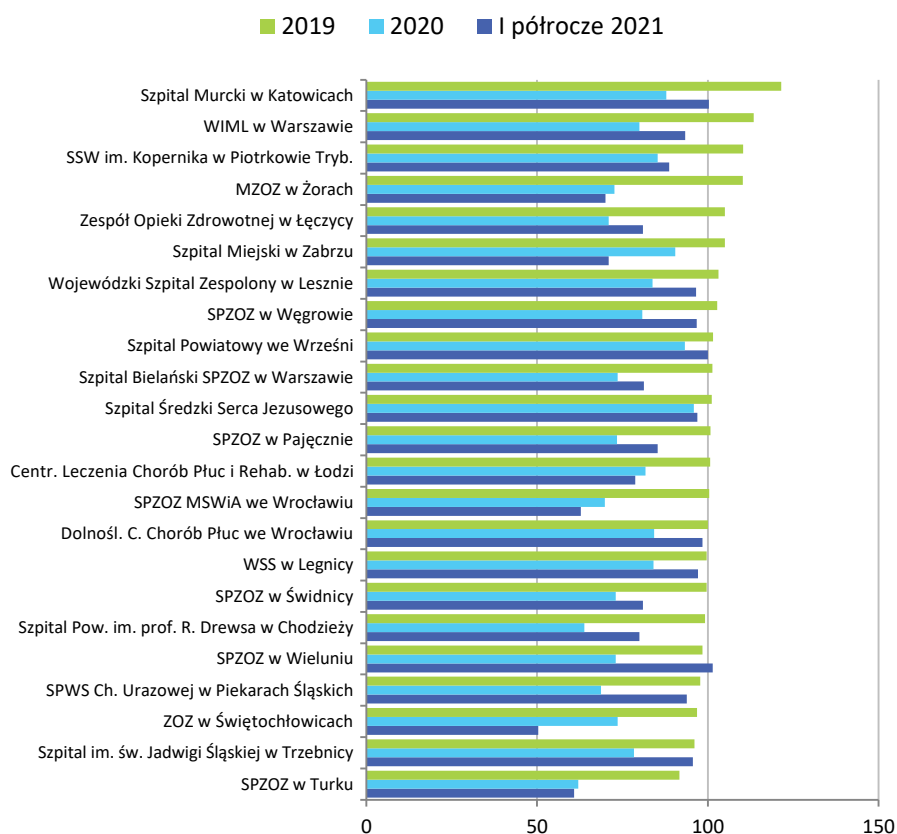
<sup>36</sup> Ryczałt systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach, stanowiący kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Należy mieć na uwadze, że zgodnie z zasadami określonymi w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>37</sup>, wysokość ryczałtu w kolejnych okresach rozliczeniowych koryguje się dla świadczeniodawców, którzy sprawozdali wykonanie świadczeń o wartości poniżej 98% (zmniejszenie) lub powyżej 100% kwoty ryczałtu (zwiększenie)<sup>38</sup>. Ponadto zgodnie z § 2 ust. 1–2 oraz 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>39</sup>, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony do dnia 31 grudnia 2023 r. W 2020 r., we wszystkich 23 skontrolowanych podmiotach nie wykonano w pełni świadczeń w ramach ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (od 62,0% w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Turku, do 96,0% w Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego sp. z o.o.) i są zagrożone obniżeniem kwoty ryczałtu w kolejnych latach. W I półroczu 2021 r. dotyczyło to 19 szpitali (od 50,4% w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o., do 97,2% w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy).

Wykres nr 12

Stopień wykonania ryczałtu podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń w latach 2019–2021 (I półrocze) w %



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1783, ze zm.

<sup>38</sup> Dla świadczeniodawców, dla których współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych wyniósł w przedziale od 98 do 100% nie koryguje się wysokości ryczałtu w oparciu o zmianę liczby wykonanych i sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>39</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1548, ze zm.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2020 r. przychody uzyskane z NFZ przez 23 skontrolowane podmioty z tytułu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19<sup>40</sup> wyniosły 108 450,7 tys. zł i stanowiły 6,0% przychodów z NFZ ogółem (od 1,6% w Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim do 18,6% w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie). W I połowie 2021 r. osiągnięto z tego tytułu przychody 179 648,3 tys. zł, co stanowiło 16,0% przychodów ogółem (od 4,1% w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Turku do 31,8% w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu).

Przychody z tytułu pozostawania w gotowości oraz udzielania świadczeń związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Tabela nr 4

Przychody z NFZ, związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w latach 2020–2021 (I półrocze)

Wyszczególnienie	2020		I półrocze 2021	
	w zł	%	w zł	%
Leczenie COVID-19	33 312 745,74	29,21%	67 386 060,32	37,51%
Opłaty ryczałtowe	60 696 945,49	68,11%	79 127 099,21	44,05%
Pobranie materiału biologicznego	948 971,76	0,26%	1 096 349,49	0,61%
Porada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (w tym teleporada, wizyta domowa)	110 390,00	0,02%	79 645,00	0,04%
Rehabilitacja	0,00	0,00%	28 576,00	0,02%
Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2	879 143,81	0,08%	19 184 039,33	10,68%
Wstępna kwalifikacja typu pretriage	8 003 722,00	2,18%	5 598 180,00	3,12%
Wykonanie szczepień ochronnych przeciw grypie	21 957,26	0,00%	0,00	0,00%
Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	4 476 777,85	0,15%	7 148 314,94	3,98%
<b>Suma</b>	<b>108 450 653,91</b>	<b>100,00%</b>	<b>179 648 264,29</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z warunkami umów zawartych z oddziałami wojewódzkimi NFZ, dodatkowe wynagrodzenie za pracę dla personelu medycznego przysługiwało osobom, które wykonywały zawód medyczny oraz miały bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczącą w transporcie tych pacjentów. Ponieważ głównym warunkiem uprawniającym przyznanie dodatkowego świadczenia był bezpośredni kontakt personelu medycznego z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem, w skontrolowanych podmiotach stosowane były niejednorodne

Dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego

<sup>40</sup> Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (ze zm.), następnie zarządzenia: 140/2020/DSOZ, 187/2020/DSOZ, 37/2021/DSOZ, 42/2021/DSOZ.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zasady przyznawania dodatkowego wynagrodzenia, a dodatek był wypłacany nie tylko stałemu personelowi SOR, izby przyjęć i oddziałów *covidowych*, ale również osobom, które pełniły pojedyncze dyżury w tychże lub miały inną formę kontaktu pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 (np. pacjent w izolatce na oddziale innym niż *covidowy*).

Skontrolowane podmioty wskazywały, że sporządzanie zestawień do NFZ i ich weryfikacja były czasochłonne i pracochłonne. Kierownicy podmiotów mieli wątpliwości komu i w jakiej wysokości należy wypłacać świadczenie – czy wypłacać dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia w danym miesiącu czy jednak zastosować zasadę proporcjonalności w stosunku do liczby przepracowanych godzin w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć czy w oddziale *covidowym*. W związku z tym podmioty często przekazywały z opóźnieniem wykazy personelu do NFZ oraz sporządzały liczne korekty tych wykazów, a w części z nich (w momencie zakończenia kontroli) nadal trwały prace nad ustaleniem ostatecznej wysokości kwot należnych dodatków oraz liczby pracowników, którym należy się dodatkowe wynagrodzenie.

W 17 spośród 23 skontrolowanych podmiotów, wysokość przyznanego dodatku nie była uzależniona od czasu przepracowanego w ramach opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 ani od liczby udzielonych świadczeń. Jedynym powodem proporcjonalnego obniżenia wysokości dodatku było świadczenie pracy przez niepełny miesiąc (urlopy, absencje, podjęcie zatrudnienia w ciągu miesiąca). W sześciu podmiotach uzależniono wysokość dodatku od stopnia zaangażowania pracowników w opiekę nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 (proporcjonalnie do czasu pracy)<sup>41</sup>.

### Przykłady

W Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ (II/III poziom zabezpieczenia *covidowego*) dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 100% wynagrodzenia (nie więcej niż 15 000 zł) wypłacano osobom, które przepracowały pełny miesiąc, natomiast osoby, które przebywały na zwolnieniach lekarskich i urloпах wypoczynkowych, miały wypłacany dodatek za czas faktycznie przepracowany w danym miesiącu. Średnio miesięcznie wypłacano dodatkowe wynagrodzenie 917 osobom. Weryfikacji zasadności zakwalifikowania personelu medycznego jako mającego bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, dokonywali bezpośredni przełożeni. Podstawą kwalifikacji do tworzonych list były informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjentów, dostępnych rejestrach, książkach raportów itp. W poszczególnych oddziałach Szpitala Bielańskiego, w 2020 r., hospitalizowano 1198, a w I półroczu 2021 r. 1195 pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19. Szpital prowadził leczenie takich pacjentów nie tylko w oddziale przekształconym w *covidowy*, ale również w oddziałach chirurgii ogólnej oraz ginekologii i położnictwa.

<sup>41</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie, Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy (zrezygnowano z zasady proporcjonalności od marca 2021 r.), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **SPZOZ w Świdnicy** przyjęto, że w SOR i oddziałach, w których wszystkie łóżka przeznaczano dla pacjentów z COVID-19, dodatkowe wynagrodzenie będzie wynosiło 100% wynagrodzenia brutto, natomiast w przypadku pozostałych oddziałów wysokość tego wynagrodzenia kształtowała się proporcjonalnie w zależności od liczby łóżek *covidowych* i faktycznego zaangażowania personelu medycznego w pracę przy pacjentach z rozpoznaniem COVID-19. I tak np. w przypadku Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie 50% łóżek było przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19, lekarze w godzinach podstawowych otrzymywali dodatkowo 50% wynagrodzenia brutto, natomiast w godzinach „dyżurowych”, gdy opiekę nad pacjentami sprawował jeden lekarz, dodatek wynosił 100%. W przypadku techników RTG pracujących w Zakładzie Radiologii i przy użyciu mobilnych aparatów przyłóżkowych w oddziałach, naliczano dodatek w wysokości 100% od faktycznej liczby godzin pracy z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

W latach 2020–2021 (I półrocze) w 22 skontrolowanych podmiotach<sup>42</sup> wypłacono dodatkowe wynagrodzenie za pracę osobom, które wykonują zawód medyczny oraz mają bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (tzw. dodatki *covidowe*) w łącznej kwocie 239 838,0 tys. zł brutto brutto<sup>43</sup>.

Nieprawidłowości dot. wypłaty dodatkowego wynagrodzenia stwierdzono w pięciu skontrolowanych podmiotach<sup>44</sup>. Dotyczyły one przede wszystkim:

- zawyżania bądź zaniżania kwot dodatkowego wynagrodzenia – o łącznej wartości 26,8 tys. zł,
- wypłaty dodatkowego wynagrodzenia za pracę w marcu 2021 r. z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19 na podstawie niezaakceptowanej przez osoby uprawnione listy płac – na kwotę 409,9 tys. zł.

### Przykłady

W **Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu** nierzetelnie opracowano listy personelu medycznego Centrum, stanowiące podstawę rozliczenia z DOW NFZ świadczeń dodatkowych wypłacanych pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W wyniku tego uzyskano z DOW NFZ nienależne środki (łącznie 10,3 tys. zł), a pracownikom wypłacono nienależne środki (5,2 tys. zł) w ramach rozliczenia dodatkowego wynagrodzenia dla personelu medycznego za październik 2020 r. Oznacza to, że pracownicy otrzymali dodatkowe świadczenia w kwocie wyższej niż przewidziana w poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r.

<sup>42</sup> Z analizy wyłączono Szpital Murcki sp. z o.o. w Katowicach z uwagi na brak pełnych danych o wypłaconych dodatkach w całym okresie objętym kontrolą. W dwóch analizowanych w toku kontroli miesiącach (listopad 2020 r., marzec 2021 r.) w tym podmiocie wypłacono łącznie 1185,9 tys. zł (103 osobom w listopadzie oraz 142 w marcu). Od 1 listopada 2020 r. dodatek został podwojony i wynosił 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Jednocześnie maksymalna kwota dodatku nie mogła być wyższa niż 15 tys. zł.

<sup>43</sup> Tj. z uwzględnieniem pozostających po stronie pracodawcy kosztów składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych.

<sup>44</sup> Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy nieprawidłowo ustalono wykaz osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia pieniężnego za miesiąc październik 2020 r. oraz wypłacono 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).

**Wybrane wydatki** W związku z epidemią SARS-CoV-2 w skontrolowanych podmiotach wzrosły następujące koszty i wydatki:

- koszty zużycia środków ochrony osobistej, które wzrosły z 6740,7 tys. zł w 2019 r. do 28 382,5 tys. zł w 2020 r. (wzrost o 321,1% w stosunku do 2019 r.) i 16 291,8 tys. zł w I połowie 2021 r. (spadek o 42,6% w stosunku do całego 2020 r.);
- koszty zakupu tlenu, które wzrosły z 1166,4 tys. zł w 2019 r. do 1712,0 tys. zł w 2020 r. (wzrost o 46,8% względem 2019 r.) i 2348,3 tys. zł w I połowie 2021 r. (wzrost o 37,2% względem całego 2020 r.);
- w 13 podmiotach leczniczych w 2020 r. oraz w 12 w I półroczu 2021 r. prowadzono prace związane z modernizacją lub rozbudową instalacji tlenowej, łączna wartość wyniosła 1217,5 tys. zł;
- w 20 podmiotach leczniczych poniesiono koszty związane z wprowadzeniem strefowania i dostosowaniem sal pacjentów do leczenia pacjentów z COVID-19 w wysokości 3214,0 tys. zł.

Tabela nr 5

Wybrane wydatki (koszty) ponoszone w latach 2020–2021 (I półrocze) w zł

Wyszczególnienie	2019	2020	I półrocze 2021
Testy w kierunku wykrycia SARS-CoV-2	-	4 875 911,35	3 937 540,23
Tlen	1 166 449,27	1 712 004,08	2 348 296,79
Koszty modernizacji/rozbudowy instalacji tlenowej	-	699 304,34	518 154,19
Środki ochrony osobistej, w tym:	6 740 653,98	28 382 514,42	16 291 776,59
Fartuchy i kombinezony	1 955 491,60	10 281 569,79	4 807 131,28
Gogle i przyłbice	11 608,01	583 963,00	64 722,85
Maski chirurgiczne	124 738,56	2 892 092,88	556 563,17
Maski FFP2	99 742,94	2 354 322,42	596 575,22
Maski FFP3	20 738,91	2 463 117,53	2 115 455,97
Rękawiczki	4 528 333,96	9 807 448,80	8 151 328,10
Dezynfekcja i utrzymanie czystości	5 866 333,25	7 047 711,89	3 451 928,53
Wyszczególnienie	2019	2020	I półrocze 2021
Koszty utworzenia punktu wymazowego, punktu szczepień	-	446 398,17	1 731 863,55
Koszty wprowadzenia strefowania i przebiegu dróg pacjentów	-	1 153 243,79	138 202,23
Koszty dostosowania sal chorych w przypadku adaptacji oddziałów innych niż izolacyjne na potrzeby oddziałów zakaźnych	-	1 837 272,48	85 329,15
Zakupy dodatkowej aparatury i wyposażenia na potrzeby zapobiegania i zwalczania COVID-19	-	21 795 110,44	6 011 355,17



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Jednocześnie, w okresie objętym kontrolą, szpitale otrzymały darowizny w wysokości 18 541,5 tys. zł w 2020 r. oraz 7679,5 tys. zł w I półroczu 2021 r. Dla porównania w 2019 r. była to kwota 1681,1 tys. zł.

Darowizny

Zamówienia publiczne, których przedmiotem były towary lub usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, mogły być udzielane bez stosowania przepisów ustawy *Prawo zamówień publicznych*<sup>45</sup> jeżeli zachodziło wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymagała tego ochrona zdrowia publicznego<sup>46</sup>. W żadnym ze skontrolowanych podmiotów nie stwierdzono przypadków nadużywania tego uprawnienia do zamówień niezwiązanych z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 (np. zakupów materiałów biurowych, zakupu leków i wyrobów medycznych dla oddziałów niezajmujących się leczeniem pacjentami z COVID-19, itp.). Stwierdzono jednak następujące nieprawidłowości:

Zamówienia publiczne

- w trzech podmiotach, w Biuletynie Informacji Publicznej zaniechano zamieszczenia informacji o udzielonych zamówieniach, co było wymagane art. 6 ust. 4 i/lub art. 6a ust. 2 ustawy *o zwalczaniu COVID-19*<sup>47</sup>;
- w dwóch podmiotach leczniczych nie dochowano należytej staranności przy wyborze dostawców<sup>48</sup>, a w jednym nie udokumentowano należyście dokonywanych czynności przy udzieleniu zamówienia (brak śladu rewizyjnego)<sup>49</sup>.

### Przykłady

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy** udzielono zamówienia na dostawę 12 032 szt. półmasek ochronnych FFP3 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).

W **Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ** nie dokumentowano wszystkich czynności związanych z wyborem wykonawcy zamówienia, do którego zastosowano wyłączenie ustawy *Prawo zamówień publicznych*. W ocenie NIK, fakt wyłączenia stosowania ustawy *Prawo zamówień publicznych* nie zwalniało Szpitala Bielańskiego z obowiązku stosowania zasad dotyczących zachowania przejrzystości finansów publicznych.

<sup>45</sup> Tj. ustawy z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.), a od 1 stycznia 2021 r. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.).

<sup>46</sup> Art. 6 ust. 1 ustawy *o zwalczaniu COVID-19*, w brzmieniu obowiązującym od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 6a ust. 1 tej ustawy, obowiązujący od 29 listopada 2020 r.

<sup>47</sup> Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie, Szpital Murcki sp. z o.o. w Katowicach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy.

<sup>48</sup> Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

<sup>49</sup> Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ.



## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

<b>Cel główny kontroli</b>	Celem kontroli była ocena czy zmiany w organizacji i finansowaniu szpitali, w warunkach pandemii COVID-19, zapewniły ich prawidłowe funkcjonowanie.
<b>Cele szczegółowe</b>	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none"><li>1) Czy organizacja pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów przeznaczonych do diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 pozwalały na zapewnienie bezpieczeństwa personelowi i pacjentom?</li><li>2) Czy podmioty lecznicze zapewniły właściwą opiekę pacjentom, pomimo trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z wykonywaniem zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19?</li><li>3) Czy przyjęte zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień ułatwiły funkcjonowanie szpitali w okresie epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2?</li></ol>
<b>Zakres podmiotowy</b>	Kontrola została przeprowadzona w 23 podmiotach leczniczych, udzielających świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Głównym kryterium doboru podmiotów było zakwalifikowanie szpitala do I lub II stopnia zabezpieczenia <i>covidowego</i> <sup>50</sup> .
<b>Kryteria kontroli</b>	Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był: <ul style="list-style-type: none"><li>– w podmiotach leczniczych podlegających jednostce samorządu terytorialnego (SPZOZ) oraz spółkach, których udziałowcem lub akcjonariuszem jest jednostka samorządu – art. 2 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i>, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności;</li><li>– w podmiotach leczniczych podlegających Ministrowi Obrony Narodowej lub Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji – art. 2 ust. 1 ustawy <i>o NIK</i>, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.</li></ul>
<b>Okres objęty kontrolą</b>	Lata 2020–2021 (I półrocze) oraz 2019 r. w celach porównawczych. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 17 maja do 6 października 2021 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).
<b>Pozostałe informacje</b>	Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli oraz była zgodna z sugestią organu Sejmu RP. Poprzedziła ją analiza przedkontrolna obszarów związanych z funkcjonowaniem szpitali w okresie epidemii. W szczególności uwzględniono problemy zidentyfikowane na podstawie analizy publicznie dostępnych dokumentów sejmowych

<sup>50</sup> Wykazy podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 były opracowywane przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w porozumieniu z wojewodą. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wykazy-placowek-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-rozprzestrzenianiu-koronawirusa,7624.html>

## ZAŁĄCZNIKI

oraz rządowych, materiałów udostępnianych przez organizacje zrzeszające personel medyczny lub podmioty lecznicze, dostępne publicznie dane oraz doniesienia medialne.

Niniejsza kontrola była kontrolą komplementarną w stosunku do kontroli:

- P/20/062 Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych (jednostka koordynująca: Delegatura NIK w Katowicach);
- D/21/505 Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19 (jednostka koordynująca: Delegatura NIK w Katowicach);
- I/21/002/LSZ Przyznawanie świadczenia dodatkowego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (jednostka przeprowadzająca kontrolę: Delegatura NIK w Szczecinie);
- D/21/507 Realizacja poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (jednostka koordynująca: Delegatura NIK w Szczecinie).

W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników 11 spośród 23 kontrolowanych jednostek, sformułowano łącznie 26 wniosków pokontrolnych.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Żaden z kierowników jednostek kontrolowanych nie skorzystał z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK. Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na dzień 22 listopada 2021 r. zostało zrealizowanych 20 wniosków, sześć wniosków było w trakcie realizacji.

W kontroli uczestniczył Departament Zdrowia oraz cztery Delegatury NIK.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Dorota Gałczyńska-Zych
2.		Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej	Alicja Trochimiuk
3.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	Artur Jerzy Skóra

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
4.	Delegatura NIK w Katowicach	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich	Bogdan Koczy
5.		Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach sp. z o.o.	Katarzyna Siemieniec
6.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.	Anita Przytocka (od 8 grudnia 2020 r.) Uprzednio: Ilona Tkocz-Furman (od 1 do 7 grudnia 2020 r.), Bohdan Kozak (od 25 listopada 2019 r. do 30 listopada 2020 r.)
7.		Szpital Miejski w Zabrze sp. z o.o.	Mariusz Wójtowicz
8.		Szpital Murcki sp. z o.o.	Krzysztof Zaczek
9.	Delegatura NIK w Łodzi	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	Marek Konieczko
10.		Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	Waldemar Kowalczyk
11.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu	Anna Freus (od 15 października 2020 r.) Uprzednio: Janusz Ałachowicz (od 1 marca 2017 r. do 14 października 2020 r.)
12.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	Krzysztof Kołodziejski
13.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie	Agnieszka Kubot-Krawczyk
14.	Delegatura NIK w Poznaniu	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku	Krzysztof Sobczak
15.		Szpital Powiatowy we Wrześni sp. z o.o. w restrukturyzacji	Zbigniew Hupała
16.		Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o.	Paweł Dopierała
17.		Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży	Krzysztof Szplit
18.		Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	Tomasz Karwiński

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
19.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu	Agata Lisiewicz-Kaleta
20.		Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	Jarosław Maroszek (od 1 grudnia 2020 r.) Uprzednio: Mariusz Misiuna (od 29 grudnia 2015 r. do 1 grudnia 2020 r.)
21.		Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	Lidia Malicka (od 26 czerwca 2021 r.) Uprzednio: Marcin Murmyło (od 1 listopada 2019 r. do 25 czerwca 2021 r.)
22.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Anna Płotnicka-Mieloch
23.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	Grzegorz Kloc

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Podstawy  
funkcjonowania  
podmiotów leczniczych

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie podmiotów leczniczych są:

- ustawa o działalności leczniczej,
- ustawa o świadczeniach.

W ustawie o działalności leczniczej, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Zgodnie z art. 8 ustawy o działalności leczniczej, rodzajami działalności leczniczej są:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne oraz
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 tej ustawy).

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu (art. 10 tej ustawy).

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 2, 4 i 7 tej ustawy, w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się: cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, a także warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Ustawa o świadczeniach określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zadania

władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7 tej ustawy).

Podstawą finansowania większości świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest umowa z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z tą umową świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub pozostawania w gotowości do ich udzielania przez cały czas trwania stosunku prawnego (okres obowiązywania umowy). Wyrazem tego są również obowiązki świadczeniodawcy, wśród których jednym z istotniejszych jest zapewnienie świadczeniobiorcom stałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem i planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>51</sup>).

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19<sup>52</sup>, od 1 kwietnia 2020 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogły zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ponadto zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od 9 września 2020 r. na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r. (a następnie do 31 grudnia 2021 r.), w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Definicji okresu rozliczeniowego<sup>53</sup>, wynikającej z § 1 pkt 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>54</sup>, do takich umów nie stosuje się.

Termin rozliczenia tych świadczeń został następnie przedłużony do 31 grudnia 2023 r., na podstawie § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>51</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>52</sup> Dz. U. poz. 567, ze zm.

<sup>53</sup> Okres rozliczeniowy – nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okresu roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie.

<sup>54</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

**Stan epidemii** Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491, ze zm.), w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, począwszy od 20 marca 2020 r. do odwołania, wprowadzono stan epidemii.

Zgodnie z art. 2 pkt 22 ustawy o zwalczaniu zakażeń, stan epidemii oznacza sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Ustawa o zwalczaniu zakażeń określa między innymi zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zadania organów administracji publicznej dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

**Szczególne rozwiązania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19**

W marcu 2020 r., w związku z zagrożeniem rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2, zostały uchwalone w trybie pilnym przepisy mające na celu wprowadzenie szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego i indywidualnego. Aktem prawnym, który został przygotowany, aby podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie epidemii w Polsce w obszarze zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia jest ustawa o zwalczaniu COVID-19.

Ustawa ta określa zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi wywołanej wirusem SARS-CoV-2, w tym zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się choroby, zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania tej choroby, uprawnienia i obowiązki świadczeniobiorców, świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Polski w zakresie zapobiegania oraz jej zwalczania oraz zasady pokrywania kosztów realizacji zadań związanych przeciwdziałaniem COVID-19, w szczególności tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem tą chorobą w celu zapewnienia tym osobom właściwego dostępu do diagnostyki i leczenia.

Świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 mogą być udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisane do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą<sup>55</sup> (art. 7 ustawy o zwalczaniu COVID-19<sup>56</sup>). Wprowadzona została możliwość nałożenia na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa lub podmiot leczniczy będący samodzielnym publicznym albo niepublicznym zakładem opieki

<sup>55</sup> Wykazy można znaleźć na stronach NFZ.  
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wykazy-placowek-udzielajacych-swadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-rozprzestrzenianiu-koronawirusa,7624.html>

<sup>56</sup> Przepis obowiązywał od 8 marca 2020 r. do 9 marca 2021 r.



zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową – obowiązku wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 10 ust. 2 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 10d ust. 2, który obowiązuje od 9 października 2020 r.). Takie obowiązki mogą dotyczyć zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym.

Mając na celu skuteczne przeciwdziałanie COVID-19, wojewoda uzyskał prawo wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne, które nie mają osobowości prawnej (art. 11 ust. 1 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 11h ust. 1 tej ustawy, który obowiązuje od 9 października 2020 r.). Polecenia te podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Kolejnymi aktami prawnymi, mającymi na celu wprowadzenie zmian w niektórych ustawach regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, są:

- ustawa z 31 marca 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*<sup>57</sup>. W ustawie o zwalczaniu zakażeń wprowadzono liczne zmiany dotyczące uszczegółowienia przepisów dotyczących obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, w tym izolacji w warunkach domowych i kwarantanny. Wprowadzono także zmiany dotyczące procedury zgłaszania podejrzenia zakażeń i chorób zakaźnych oraz rejestru chorób zakaźnych;
- ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu*<sup>58</sup>. Do ustawy o świadczeniach wprowadzono m.in. zmiany dotyczące bardziej elastycznego kształtowania długości okresów rozliczeniowych, obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisane do wykazu, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora OW NFZ (art. 9 ustawy *o zwalczaniu COVID-19*, okres obowiązywania przepisu: 8 marca 2020–8 marca 2021 r.<sup>59</sup>). Świadczenia te są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udziela-

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zwalczaniem COVID-19

<sup>57</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 567.

<sup>58</sup> Dz. U. poz. 1493.

<sup>59</sup> Zgodnie z art. 36 ust. 3 ustawy *o zwalczaniu COVID-19* art. 9 utracił moc z dniem 9 marca 2021 r.

nia tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym, zaś do ich sprawozdawania i rozliczania nie stosuje się przepisów ustawy o świadczeniach.

Artykuł 9 ust. 3 ustawy o zwalczaniu COVID-19 stanowił, że Prezes Funduszu określa zasady sprawozdawania oraz warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związane z przeciwdziałaniem COVID-19. Wydane na podstawie tego przepisu zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 określiło, poza trybem rozpatrywania wniosku i sposobem wypłaty należności z tytułu realizacji świadczeń, także wartość opłat ryczałtowych oraz cen poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej<sup>60</sup>.

### System zabezpieczenia COVID-19

Od 15 października 2020 r. świadczenia udzielane były przez szpitale, w stosunku do których właściwy organ wydał polecenie albo nałożył obowiązek, na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1 i 4, art. 11h ust. 1–4 ustawy o zwalczaniu COVID-19, tworzące tzw. system zabezpieczenia COVID-19<sup>61</sup>, poprzez zapewnienie w tych szpitalach na:

- poziomie I – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- poziomie II – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- poziomie III – realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu;
- poziomie IV – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek respiratorowych oraz udzielanie świadczeń wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

<sup>60</sup> Zarządzenie to zostało zastąpione kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ Nr: 140/2020/DSOZ z dnia 10 września 2020 r., 187/2020/DSOZ z dnia 25 listopada 2020 r., 37/2021/DSOZ z dnia 26 lutego 2021 r., Nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021 r.

<sup>61</sup> Wprowadzone § 1 ust. 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r. Obecnie § 1 ust. 7 zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021 r.

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095).
6. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1856, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.)
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

## ZAŁĄCZNIKI

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 2021 r. poz. 2048).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 325, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775, ze zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 1749, ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 422).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, (Dz. U. poz. 1783, ze zm.)
29. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
  - z dnia 6 maja 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 861, ze zm.);

## ZAŁĄCZNIKI

- z dnia 19 marca 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 512, ze zm.);
- z dnia 26 lutego 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 447);
- z dnia 21 grudnia 2020 r. (Dz. U. poz. 2316, ze zm.);
- z dnia 1 grudnia 2020 r. (Dz. U. poz. 2132);
- z dnia 26 listopada 2020 r. (Dz. U. poz. 2091);
- z dnia 9 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1758, ze zm.);
- z dnia 7 sierpnia 2020 r. (Dz. U. poz. 1356, ze zm.);
- z dnia 19 czerwca 2020 r. (Dz. U. poz. 1066, ze zm.);
- z dnia 29 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 964, ze zm.);
- z dnia 16 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 878, ze zm.);
- z dnia 2 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 792 ze zm.);
- z dnia 19 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 697 ze zm.);
- z dnia 10 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 658, ze zm.);
- z dnia 31 marca 2020 r. (Dz. U. poz. 566, ze zm.).

#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
8. Sejmowa Komisja Zdrowia (ZDR)
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Rzecznik Praw Pacjenta

## 6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 08 lutego 2022

NKM.07.1.2022.8.KCZ

**Pani  
Małgorzata Motylow  
Wiceprezes  
Najwyższej Izby Kontroli**

**Szanowna Pani Prezes,**

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/21/055 *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*, która została przekazana przy piśmie z dnia 19 stycznia 2022 r. o znaku: KZD.430.006.2021, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Podkreślenia wymaga fakt, iż pandemia COVID-19 stanowi wyzwanie bez precedensu dla wszystkich poziomów i struktur systemu ochrony zdrowia, nie tylko w Polsce, a na całym świecie.

Wobec powyższego trudno zgodzić się ze stwierdzeniami NIK o dezinformacji czy niespójnych informacjach dotyczących wirusa SARS-CoV-2, ponieważ podejmowane działania uwzględniały szybko zmieniające się warunki i wiedzę według stanu na tamten okres. Zauważyć przy tym należy, że w sytuacji pojawienia się nowego, nieznanego wcześniej patogenu, bez możliwości weryfikacji jego zakaźności, to jest w sytuacji absolutnie krytycznej z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa, Minister Zdrowia był zmuszony do działania pod presją czasu, w istniejących ramach prawnych, bazując na podawanych na bieżąco i zmieniających się doniesieniach naukowych. Okoliczności te zmuszają do podejmowania działań i wybierania najskuteczniejszych rozwiązań, które pozwolą na zachowanie ciągłości funkcjonowania państwa w różnych jego aspektach.

---

Ministerstwo Zdrowia    Telefon: (22) 63 49 460  
ul. Miodowa 15        e-mail: kancelaria@mz.gov.pl  
00-952 Warszawa     www.gov.pl/zdrowie

*niepodlega*





Presja czasu, zmienność doniesień co do cech patogenu, w tym jego zakaźności, dróg szerzenia się, objawów, a przede wszystkim skutków zakażenia, w kontekście doniesień ze świata, stanowiły okoliczności nietypowe i krytyczne dla funkcjonowania szpitali, i – w opinii Ministra Zdrowia – zostały niewystarczająco uwzględnione w przedstawionej Informacji o wynikach kontroli NIK.

W opinii Ministra Zdrowia nie jest zgodne z prawdą stwierdzenie, że *epidemia SARS-CoV-2 uwidoczniała nieprzygotowanie skontrolowanych szpitali, udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia do reagowania i działania w warunkach kryzysowych* (strona 8, pkt 3 – SYNTEZA). Należy mieć na względzie, że sytuacje kryzysowe mogą mieć różną skalę, a epidemia SARS-CoV-2 uwidoczniała przygotowanie i zdolności systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do sytuacji kryzysowej o tak dużej skali, niemożliwej do przewidzenia w świetle wcześniejszych analiz i doświadczeń.

Skala i dynamika sytuacji kryzysowej decyduje o tym, czy szpitale będą miały wystarczającą zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych. Na zwiększenie tych zdolności pozwalają funkcjonujące mechanizmy, np. art. 30 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>1</sup>, jednak – co oczywiste – możliwości powiększania potencjału szpitali nie są nieskończone.

Mając na uwadze wnioski skierowane do Ministra Zdrowia oraz do Wojewodów (strona 11, pkt 4 WNIOSKI) uprzejmie informuję, iż stale jest przeprowadzana ewaluacja dostępnych łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia oraz z zakażeniem SARS-CoV-2. Liczba dostępnych łóżek ulega ciągłym zmianom – jest zwiększana lub zmniejszana w zależności od sytuacji epidemiologicznej w kraju oraz prognozowanych zachorowań.

Jednocześnie informuję, iż w sytuacji zmniejszania lub zwiększania liczby łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2, w szczególności mając na uwadze prognozy w zakresie wzrostu zakażeń i hospitalizacji, należy mieć na względzie konieczność ponownej i niezwłocznej zmiany decyzji celem zabezpieczenia realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z COVID-19.

Podkreślenia wymaga, iż ostateczna decyzja w zakresie zmiany liczby łóżek w podmiotach leczniczych, w tym w szpitalach tymczasowych, należy do Wojewody, który ma pełny obraz sytuacji epidemicznej w województwie.

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2053, z późn. zm.

***Z wyrazami szacunku***

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

## 6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
MARIAN BANAŚ

KZD.430.006.2021  
P/21/055

Warszawa, dnia 2 lutego 2022 r.

**Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia  
przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>  
do Informacji o wynikach kontroli *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19***

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje informację Ministra Zdrowia o stalej i wykonywanej na bieżąco ewaluacji liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem SARS-CoV-2.

Ma to szczególnie istotne znaczenie, w świetle dokonanych ustaleń wskazujących, iż w kontrolowanych szpitalach wystąpiły przypadki, kiedy łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nie były wykorzystywane w sposób optymalny. Część z nich pozostawała niewykorzystana nawet w okresach zwiększonej zachorowalności na COVID-19. Znaczne „przekierowanie” zasobów systemu ochrony zdrowia na walkę z epidemią spowodowało ograniczenia w dostępie do leczenia dla pacjentów, u których zdiagnozowano inne schorzenia niż COVID-19. Równocześnie, w latach 2020-2021 miał miejsce wzrost liczby zgonów, w porównaniu do średniej z lat 2015–2019. Optymalizacja wykorzystania łóżek powinna, w ocenie NIK, przyczynić się do ograniczenia zjawiska narastania tzw. długu zdrowotnego ludności. Tych ustaleń Minister Zdrowia w swoim stanowisku nie kwestionuje.

Minister Zdrowia, nie zgodził się natomiast, cyt.: „ze stwierdzeniami NIK, o dezinformacji czy niespójnych informacjach dotyczących wirusa SARS-CoV-2”, a także z oceną, że epidemia SARSCoV-2 uwidoczniła nieprzygotowanie skontrolowanych szpitali do reagowania i działania w warunkach kryzysowych. W tym ostatnim przypadku Minister argumentował, że mieliśmy do czynienia z nadzwyczajną sytuacją kryzysową.

Należy zauważyć, że w żadnym fragmencie niniejszej Informacji, NIK nie sformułowała względem Ministra Zdrowia zarzutu wskazującego na celowe działania o charakterze dezinformacyjnym. Wskazano natomiast negatywne skutki zmian w organizacji pracy systemu ochrony zdrowia, w tym wykluczenia tzw. szpitali jednoimiennych z listy ogólnodostępnych świadczeniodawców. Jednocześnie kontrolowane podmioty sygnalizowały w toku kontroli trudności wynikające m.in. z dużej liczby otrzymywanych decyzji administracyjnych i krótkiego czasu na realizację poleceń z nich wynikających.

Najwyższa Izba Kontroli nie może przyjąć argumentacji Ministra Zdrowia, że skala kryzysu uzasadnia stwierdzenie o „przygotowaniu i zdolności systemu ochrony zdrowia” do sprostania wyzwaniom, jakie niosła epidemia SARS-CoV-2. Przeczą temu ustalenia dokonane w kontrolowanych szpitalach, a w szczególności:

- warunki organizacyjne oraz lokalowe skontrolowanych podmiotów nie zawsze pozwalały na skuteczną izolację osób podejrzanych o zachorowanie lub ze zdiagnozowanym COVID-19, co z kolei przyczyniało się do powstawania kolejnych ognisk zakażeń SARS-CoV-2;
- w większości podmiotów nie można było w pełni wyeliminować krzyżowania się dróg pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 od pozostałych pacjentów;
- w skontrolowanych podmiotach, w II kwartale 2020 r., wystąpiły braki w zaopatrzeniu personelu medycznego w środki ochrony indywidualnej.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 1200 ze zm.

Powyższych ustaleń kontroli Minister Zdrowia również nie zakwestionował.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż Najwyższa Izba Kontroli już w 2018 r. sformułowała wnioski dotyczące zakażeń szpitalnych, których rzetelna realizacja powinna przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 wewnątrz szpitali. W szczególności stwierdzono w tamtej kontroli brak izolatek w części szpitali, choć zobowiązywały do tego przepisy prawa. Wskazano również na niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia odpowiedzialne za zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Pod adresem Ministra Zdrowia sformułowano szereg wniosków, których realizacja, w ocenie NIK, pozwoliłaby na lepsze przygotowanie szpitali do epidemii SARS-CoV-2.

  
PREZES  
Najwyższej Izby Kontroli  
Marian Banaś