



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.411.003.04.2021

Agnieszka Pietraszewska-Macheta
Dyrektor
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

ul. Arkońska 45,
71-470 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I/21/002 – Przyznawanie świadczenia dodatkowego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ , ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Dyrektor ZOW NFZ, od 2 października 2020 r. Od 3 marca do 1 października 2020 r. obowiązki dyrektora pełnił Piotr Bromber, a od 9 listopada 2015 r. do 2 marca 2020 r. dyrektorem był Dariusz Ruczyński.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja polecenia Ministra Zdrowia z 4 września w sprawie dodatkowego świadczenia przyznawanego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (ze zm.) ² .
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontroler	Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/117/2021 z 8 lipca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-5)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Oddział realizując Polecenie Ministra Zdrowia w sprawie przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń pieniężnych⁵, zawarł umowy o przekazanie środków finansowych na dodatkowe świadczenia i przekazał 30 uprawnionym podmiotom leczniczym łącznie 377 574 198 zł⁶ na ich wypłatę (co odpowiadało 12,9% kosztów leczenia).

Mimo, że w Poleceniu MZ nie określono innych zadań do realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁷, poza przekazaniem środków finansowych na podstawie umowy lub porozumienia, Oddział przeprowadzał weryfikację informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych, na podstawie opracowanej procedury⁸. Podejmowane przez dyrektora Oddziału czynności sprawdzające potwierdziły ryzyko nieprawidłowego ustalenia przez dyrektorów szpitali osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia. Zaliczono do nich personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych, które nie realizowały zadań zleconych przez Wojewodę Zachodniopomorskiego⁹ w ramach II i III poziomu zabezpieczenia COVID-19¹⁰. Na podstawie Polecenia MZ, oddział

¹ Dalej: ZOW NFZ lub Oddział.

² Dalej: Polecenie MZ.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

⁵ Dalej: dodatkowe świadczenie lub dodatek covidowy.

⁶ W okresie od maja 2020 r. do czerwca 2021 r. (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.).

⁷ Dalej: NFZ.

⁸ Tj. wykazu danych identyfikujących personel (w tym wykonywany zawód), komórkę organizacyjną realizacji świadczeń zdrowotnych oraz wysokość dodatkowego świadczenia oraz kosztów pracodawcy.

⁹ Dalej: Wojewoda.

¹⁰ Ustalania poziomu zabezpieczenia covidowego dokonywał właściwy wojewoda na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem

województki NFZ¹¹ nie był uprawniony do weryfikacji osób zgłoszonych i wysokości przyznanych dodatków covidowych, był nim kierownik podmiotu leczniczego. Oddział po otrzymaniu wyjaśnień dyrektorów szpitali potwierdzających uprawnienia zgłoszonych osób, przekazał środki finansowe na zapewnienie dodatkowych świadczeń m.in. personelowi medycznemu, który został przypisany do komórek organizacyjnych realizacji świadczeń, które nie udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach II oraz III poziomu zabezpieczenia (w wyznaczonych przez Wojewodę zakresach świadczeń opieki zdrowotnej).

Objętych badaniem kontrolnym pięć szpitali¹² otrzymało łącznie 213 080 695 zł (tj. 56,4% środków finansowych ogółem). Najwięcej środków finansowych w województwie zachodniopomorskim¹³ otrzymały: SPSK Nr 1 – 71 053 775 zł (18,8%), SPWSZ „Arkońska” – 67 792 873 zł (17,9%) i SPSK Nr 2 – 45 854 039,60 zł (12,1%)¹⁴. Pozostałe dwa podmioty otrzymały dwukrotnie i dziesięciokrotnie mniej od SPSK Nr 1¹⁵. Liczba osób zgłoszonych do dodatkowego świadczenia przez dyrektorów dwóch szpitali klinicznych¹⁶ (SPSK Nr 1 i SPSK Nr 2) była znacznie większa w odniesieniu do liczby posiadanych łóżek covidowych w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (od 15 do 88 łóżek¹⁷) niż w pozostałych trzech szpitalach, w tym dwóch posiadających najwięcej łóżek covidowych (od 78 do 519 łóżek¹⁸). SPSK Nr 2 zgłosił do otrzymania dodatków covidowych od 21 do 31 osób personelu medycznego na łóżko¹⁹ (w danym okresie rozliczeniowym), SPSK Nr 1 – od ośmiu do 12 osób, SPS ZOZ „Zdroje” – od dwóch do trzech osób, SPWSZ „Arkońska” – dwie osoby, a 109 SW – od jednej do dwóch osób.

W dokumentacji rozliczeniowej za listopad 2020 r. dyrektorzy trzech szpitali (SPSK Nr 1, SPSK Nr 2 i SPS ZOZ „Zdroje”) zgłosili do otrzymania dodatkowego świadczenia osoby z komórek organizacyjnych, w których nie wydzielono łóżek, w ramach zleconej przez Wojewodę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (w ramach II i III poziomu

i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374); dalej: ustawa o szczególnych rozwiązaniach COVID-19 oraz art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493); dalej: ustawa o zmianie niektórych ustaw.

Wojewoda decyzjami zlecił określonym podmiotom leczniczym realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym: łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (I poziomu zabezpieczenia), łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (II poziomu zabezpieczenia), łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (III poziomu zabezpieczenia, w tym w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej).

¹¹ Dalej: OW NFZ.

¹² W okresie od listopada 2020 r. do czerwca 2021 r. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie (dalej: SPS ZOZ „Zdroje”), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie (dalej: SPWSZ „Arkońska”), w tym trzy kontrolowane przez NIK: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (dalej: SPSK Nr 1), Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (dalej: SPSK Nr 2) i 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinie (dalej: 109 SW).

¹³ Dalej: województwa.

¹⁴ W okresie od maja 2020 r. do czerwca 2021 r. (wg stanu 10 sierpnia 2021 r.), bez uwzględnienia korekt złożonych po tym okresie za ww. miesiące.

¹⁵ Z tego: SPS ZOZ „Zdroje” – 22 686 060 zł (6%) oraz 109 SW – 6 686 304 zł (1,8%).

¹⁶ Od listopada 2020 r. do maja 2021 r. (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.).

¹⁷ W ramach II i III poziomu zabezpieczenia SPSK Nr 1 posiadał od 63 do 88 łóżek covidowych, a SPSK Nr 2 – od 15 do 29 (bez stanowisk dializacyjnych).

¹⁸ W ramach II i III poziomu 109 SW posiadał od 78 do 127 łóżek, a SPWSZ „Arkońska” od 263 do 519.

¹⁹ W przeliczeniu na posiadane łóżka na wszystkich poziomach zabezpieczenia, w tym na I poziomie zabezpieczenia.

zabezpieczenia). Wartość należnych środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń oraz liczba zgłoszonych osób były korygowane przez cztery (z pięciu) ww. podmioty, nawet osiem miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego²⁰. Miało to wpływ na zwiększenie liczby osób zgłoszonych w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (o 75,6%), a tym samym na zwiększenie pierwotnie przekazanych środków finansowych (o 64,5%).

Oddział przekazał nieprawidłowo środki finansowe na dodatkowe świadczenie (za listopad 2020 r.) pięciu sanitariuszom udzielającym świadczeń zdrowotnych w 109 SW, tj. osobom, które nie wykonywały zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹. Stanowiło to naruszenie wymogu określonego w punkcie 1 i 1a lit. a) Polecenia MZ (zmienionego 1 listopada 2020 r.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

Realizacja Polecenia Ministra Zdrowia dotyczącego dodatkowego świadczenia przyznawanego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Opis stanu faktycznego

1) Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. Oddział zawarł umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, dodatkowego świadczenia, określonego w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. (zmienionego 1 listopada 2020 r.)²² z:

- 27 podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne oraz z jednym podmiotem – w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (określonymi w punkcie 1 ppkt 1 Polecenia MZ)²³;
- 30 podmiotami leczniczymi, w których w skład wchodziły jednostki Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego (10)²⁴ oraz izb przyjęć (20), określonymi w punkcie 1 ppkt 2 Polecenia MZ;
- ośmioma podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-

²⁰ Według stanu na 23 lipca 2021 r., bez uwzględnienia korekt złożonych po tym okresie za ww. miesiące.

²¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

²² Następnie zmienionego m.in. 25 listopada 2020 r., 8 marca 2021 r., 28 maja 2021 r.

²³ 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 zajmowały się leczeniem pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2; III poziom: szpitale, które zajmowały się leczeniem pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w określonych przez właściwego wojewodę zakresach świadczeń opieki zdrowotnej); IV poziom: szpitale hybrydowe, które łączyły w sobie zadania II i III poziomu zabezpieczenia oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie – dane na podstawie <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centralni/finansowanie-leczenia-pacjentow-z-covid-19-w-szpitalach-tradycyjnych-i-tymczasowych,7849.html>.

²⁴ Dalej: jednostki PRM. W tym: dziewięć podmiotów, w których funkcjonowały szpitalne oddziały ratunkowe oraz jeden podmiot, który dysponował zespołami ratownictwa medycznego – Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.

CoV-2 wykonywały laboratoria zamieszczone w wykazie prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia²⁵ (określonymi w punkcie 1 ppkt 3 Polecenia MZ). Od 1 czerwca 2021 r. (po zmianie Polecenia MZ z 28 maja 2021 r.) Oddział rozwiązał wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w skład, których wchodziły jednostki PRM, izby przyjęć oraz z podmiotami, w których testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wykonywały laboratoria ujęte w wykazie prowadzonym przez NFZ. Od 1 do 30 czerwca 2021 r. obowiązywały umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenia zawarte z 10 podmiotami leczniczymi, udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ramach II poziomu zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 6-9)

Od maja 2020 r. do czerwca 2021 r. (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.) Oddział przekazał 30 uprawnionym podmiotom leczniczym środki finansowe na wypłatę dodatkowych świadczeń w łącznej kwocie 377 574 198 zł (łącznie w 50 414 przypadkach osób personelu medycznego), z tego:

- od 1 maja do 31 grudnia 2020 r. – 118 987 481 zł (w 18 028 przypadkach) – najwięcej w ostatnich dwóch miesiącach 2020 r. (po zmianie Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r.) – 109 564 961 zł (tj. 92,1%), z tego: za grudzień – 56 147 458 zł (47,2%) na wypłatę dodatkowego świadczenia w 7 052 przypadkach – osób personelu medycznego oraz za listopad – 53 417 503 zł (44,9%) w 7 076 przypadkach;
- od 1 stycznia do 30 czerwca 2021 r. – 258 586 717 zł (w 32 386 przypadkach) – najwięcej za styczeń – 58 615 347 zł (22,7%) na wypłatę dodatkowego świadczenia w 7 234 przypadkach – osób personelu medycznego oraz za kwiecień – 54 051 532 zł (tj. 20,9%) w 6 631 przypadkach.

(akta kontroli str. 116-117)

Szczegółową analizą objęto pięć podmiotów leczniczych²⁶, które łącznie otrzymały 213 080 696 zł (co odpowiadało 56,4% przekazanych środków finansowych ogółem) w 25 885 przypadkach osób personelu medycznego (co odpowiadało 51,3% przypadków ogółem).

Najwięcej środków finansowych na dodatkowe świadczenie w województwie otrzymał SPSK Nr 1 w łącznej kwocie 71 053 775 zł (co odpowiadało 18,8% środków finansowych przekazanych ogółem). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 7 964 przypadków osób personelu medycznego (tj. 15,8% ogółem). Drugie pod względem wartości środki finansowe otrzymał SPWSZ „Arkońska” łącznie 67 792 873 zł (co odpowiadało 17,9% środków). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 8 836 przypadków osób personelu medycznego (tj. 17,5% ogółem). Trzecie pod względem wartości środki finansowe otrzymał SPSK Nr 2 w łącznej kwocie 45 534 040 zł (co odpowiadało 12,1% środków²⁷). Dodatkowe świadczenie dotyczyło łącznie 4 924 przypadków osób personelu medycznego (tj. 9,8% ogółem). Pozostał dwa podmioty otrzymały dwukrotnie i dziewięciokrotnie mniej środków finansowych od SPSK Nr 1, z tego: SPS ZOZ „Zdroje” – 22 686 060 zł (co odpowiadało 6% środków finansowych przekazanych ogółem) w 2 944 przypadkach (tj. 5,8% ogółem) oraz 109 SW – 6 686 304 zł (co odpowiadało 1,8% środków) w 1 217 przypadkach (tj. 2,4% ogółem).

(akta kontroli str. 10, 118-119, 805-807)

²⁵ Dalej: NFZ. W porozumieniu z wojewodą – na podstawie art. 7 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19 oraz na podstawie polecenia Ministra Zdrowia z 2 marca 2021 r., które umieszczone były na liście Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

²⁶ W tym trzy szpitale, w których NIK przeprowadzała kontrolę: SPSK Nr 1, SPSK Nr 2 i 109 SW.

²⁷ Tj. 377 574 198 zł.

Od listopada 2020 r. do maja 2021 r. – po rozszerzeniu zakresu podmiotowego i przedmiotowego Polecenia MZ (zmianą z 1 listopada 2020 r.), m.in. w zakresie wysokości dodatku w kwocie 100% wynagrodzenia oraz maksymalnej jego wartości (15 000 zł) – objęte analizą podmioty lecznicze zgłosiły do otrzymania dodatkowego świadczenia łącznie 22 803 przypadków – osób personelu medycznego (co odpowiadało 45,4% zgłoszonych przypadków ogółem) na łączną kwotę 205 004 381,76 zł (tj. 54,3% wypłaconych środków)²⁸, z tego o:

- 70 284 567,03 zł (co odpowiadało 98,9% kwoty otrzymanej od maja 2020 r. do maja 2021 r.) wystąpił SPSK Nr 1, który zgłaszał najwięcej osób miesięcznie, tj. od 972 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 9 612 117,71 zł do 1 185 osób (w grudniu 2020 r.) na kwotę 10 462 439,78 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 7 587 przypadków zgłoszonych osób (co odpowiadało 95,3% przypadków od maja 2020 r. do maja 2021 r.);
- 60 743 386,47 zł (89,6%) – SPWSZ „Arkońska”, który był podmiotem leczniczym o największej liczbie łóżek oraz koordynował opiekę nad pacjentem z COVID-19 w województwie. Szpital zgłaszał od 160 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 1 246 952,40 zł do 1 106 osób (w kwietniu 2021 r.) na kwotę 11 224 286,10 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 6 379 przypadków zgłoszonych osób (72,2%);
- 44 712 506,89 zł (99,7%) – SPSK Nr 2, który zgłaszał od 559 osób (w maju 2021 r.) na kwotę 5 580 457,18 zł do 796 osób (w grudniu 2020 r.) na kwotę 7 169 847,94 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 4 857 przypadków zgłoszonych osób (98,6%);
- 22 686 059,57 zł (100%) – SPS ZOZ „Zdroje”, który zgłaszał od 535 osób (w lutym 2021 r.) na kwotę 4 300 098,02 zł do 609 osób (w marcu 2021 r.) na kwotę 4 776 101,97zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 2 944 przypadków zgłoszonych osób (100%);
- 6 577 860,80 zł (98,4%) – 109 SW, który zgłaszał od 49 osób (w marcu 2021 r.) na kwotę 260 959,76 zł do 218 osób (w kwietniu 2021 r.) na kwotę 1 443 892,72 zł. Wartość dodatkowych świadczeń dotyczyła łącznie 1 100 przypadków zgłoszonych osób (90,4%).

(akta kontroli str. 118, 122, 127)

Według Polecenia MZ podmiotami uprawnionymi do otrzymania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny²⁹ dodatkowego świadczenia były:

a) podmioty lecznicze zamieszczone w wykazie prowadzonym przez NFZ w porozumieniu z właściwym wojewodą, któremu minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję:

- realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu zabezpieczenia),
- realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu) oraz

b) podmioty lecznicze, w których skład wchodziły jednostki PRM, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³⁰ lub izby przyjęć, oraz

²⁸ Wg stanu na 10 sierpnia 2021 r. (377 574 198 zł).

²⁹ Udzielającym świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

³⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 882 ze zm.

c) podmioty lecznicze, które ujęte były na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia³¹, z którymi NFZ zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (laboratoria) – na podstawie pkt 1 Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.).

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. Wojewoda decyzjami zlecił podmiotom leczniczym realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w ramach I, II, III i IV poziomu zabezpieczenia), z tego:

- SPWSZ „Arkońska” – w ramach IV poziomu zabezpieczenia³²,
- SPSK Nr 1 – w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresach chirurgii szczękowej, chirurgii dziecięcej i hematologii)³³,
- SPSK Nr 2 – w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresach kardiochirurgii wymagających terapii ECMO i nefrologii)³⁴,
- SPS ZOZ „Zdroje” – w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresach ginekologii i położnictwa oraz psychiatrii dorosłych i psychiatrii dzieci)³⁵,
- 109 SW – w ramach I i II poziomu zabezpieczenia³⁶.

Od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. Oddział zawarł z:

- SPWSZ „Arkońska” – trzy rodzaje umów: o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia: osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją: świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej³⁷ oraz osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć;
- SPSK Nr 1 – trzy rodzaje umów: o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia: osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją: świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć;

³¹ Dalej: Ministerstwo. Pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

³² Do 31 maja 2021 r. – IV poziom: szpitale hybrydowe, które łączyły w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu oraz koordynowały opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie, posiadające łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżka respiratorowe oraz udzielanie świadczeń wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu wojewody. Od 1 do 30 czerwca 2021 r. – II i III poziomu zabezpieczenia.

³³ Od 1 do 30 czerwca 2021 r. – I i II poziomu zabezpieczenia.

³⁴ Od 1 do 30 czerwca 2021 r. – I i II poziomu zabezpieczenia.

³⁵ Od 1 kwietnia 2021 r. do 10 maja 2021 r. – II poziom zabezpieczenia, do 31 maja 2021 r. – III poziom zabezpieczenia, do 30 czerwca 2021 r. – I poziomu zabezpieczenia.

³⁶ Do 17 maja 2021 r. – II poziom zabezpieczenia i do 30 czerwca 2021 r. – I poziom zabezpieczenia.

³⁷ W związku z ujęciem podmiotu leczniczego na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi ZOW NFZ zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

- SPSK Nr 2 – trzy rodzaje umów: o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia: osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć;
- SPS ZOZ „Zdroje” – trzy rodzaje umów: o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia: osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, osobom wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej³⁸ oraz osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu PRM i izbach przyjęć;
- 109 SW – dwa rodzaje umów: o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia: osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach II poziomu zabezpieczenia oraz osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć.

(akta kontroli str. 6-9, 151-235, 267-273, 275)

Umowy zawarte przez Oddział dotyczące przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach II i III poziomu użyto sformułowania „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”. Wymóg ten został określony we wzorze umów ustalonym przez Centralę NFZ (pismo z 6 listopada 2020 r.) oraz we wzorze informacji o wysokości łącznej kwoty do zapewnienia dodatkowych świadczeń (załącznik nr 1A i 1B)³⁹.

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

(akta kontroli str. 51-56, 144-146, 151-235, 247-251, 256-257)

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. SPSK Nr 1, który zgłosił do wypłaty dodatkowego świadczenia najwięcej osób personelu medycznego nie posiadał największej bazy łóżek covidowych, w ramach zleconej przez Wojewodę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w II i III poziomie zabezpieczenia (w tym posiadanych łóżek wg Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁴⁰ –

³⁸ Od 2 kwietnia 2021 r. do 31 maja 2021 r.

³⁹ Załącznik 1A – dla podmiotów ujętych w wykazie (prowadzonym przez NFZ w porozumieniu z Wojewodą) przed 4 września 2020 r., rozliczających dodatkowe świadczenie dla osób objętych ograniczeniem – do 30 września 2020 r. Załącznik 1B – dla podmiotów ujętych w wykazie po 4 września 2020 r. (od października 2020 r. obowiązywał wszystkie podmioty uprawnione).

⁴⁰ Dalej: RPWDL.

według których ZOW NFZ rozliczał dodatkową opłatę ryczałtową za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych na III poziomie zabezpieczenia⁴¹).

Największą bazę łóżek covidowych posiadał SPWSZ „Arkońska” – od 263 do 519 łóżek (w ramach IV poziomu zabezpieczenia) oraz 109 SW – od 78 do 127 łóżek (poza okresem od 15 lutego 2021 r. do 2 kwietnia 2021 r.)⁴².

SPSK Nr 1 posiadał łącznie na wszystkich poziomach od 44 do 98 łóżek covidowych⁴³, tj. nawet czterokrotnie mniej niż SPWSZ „Arkońska”, a SPSK Nr 2 – od 19 do 33 łóżek⁴⁴ (tj. nawet czternastokrotnie mniej niż SPWSZ „Arkońska”). SPS ZOZ „Zdroje” posiadał wg RPWDL łącznie na wszystkich poziomach od 170 do 172 łóżek⁴⁵. W celu realizacji decyzji Wojewody wydzielono organizacyjnie w zakresie ginekologii i położnictwa 25 łóżek, a w zakresie psychiatrii dzieci 10 łóżek. Łącznie z psychiatrią dorosłych SPS ZOZ „Zdroje” posiadał 103 łóżka⁴⁶ (tj. czterokrotnie mniej niż SPWSZ „Arkońska”).

(akta kontroli str. 6-9, 264-273, 275, 284, 853-854)

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.)⁴⁷ liczba zgłoszonych osób przez dyrektorów dwóch szpitali klinicznych: SPSK Nr 1 i SPSK Nr 2 (w ramach II i III poziomu zabezpieczenia), była znacznie większa w odniesieniu do liczby posiadanych łóżek covidowych na tych poziomach niż w pozostałych trzech szpitalach, w tym SPWSZ „Arkońska” o największej bazie łóżek covidowych. Liczba zgłoszonego personelu medycznego do otrzymania dodatkowego świadczenia (w ramach II i III poziomu zabezpieczenia) w odniesieniu do posiadanej bazy łóżkowej⁴⁸ (w ww. okresie wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.)⁴⁹ wynosiła w:

- SPSK Nr 2 – od 21 (w styczniu 2021 r.) do 31 osób personelu medycznego na łóżko (w kwietniu 2021 r.);
- SPSK Nr 1 – od ośmiu (w maju 2021 r.) do 12 osób personelu medycznego na łóżko (w listopadzie 2020 r.);
- SPS ZOZ „Zdroje” – od dwóch (w lutym 2021 r.) do trzech osób personelu medycznego na łóżko⁵⁰;
- SPWSZ „Arkońska” – dwie osoby personelu medycznego na łóżko⁵¹;
- 109 SW – od jednej do dwóch osób personelu medycznego na łóżko.

(akta kontroli str. 264-273, 275, 825-836, 853-854)

⁴¹ Punkt 8 załącznika nr 1 do zarządzenia Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2020 r.; dalej: zarządzenie Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ.

⁴² W ramach: I poziomu – cztery łóżka, w ramach II poziomu – od 78 do 127 (w okresie od 15 lutego do 2 kwietnia 2021 r. nie był zobowiązany do zabezpieczenia łóżek w ramach II poziomu).

⁴³ W ramach: I poziomu - 10 łóżek, II poziomu – od 28 do 43 łóżek, III poziomu od 35 do 45 łóżek w zakresach chirurgii dziecięcej, chirurgii szczękowej i hematologii (według RPWDL, w przypadku łóżek z zakresu chirurgii dziecięcej oraz z zakresu chirurgii szczękowej, tj. zakresach, w których Wojewoda nie określił liczby łóżek - zgodnie z zarządzeniem Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ)

⁴⁴ W ramach: I poziomu - cztery łóżka, II poziomu – od 11 do 25 łóżek, III poziomu w zakresie kardiochirurgii wymagających terapii ECMO i nefrologii (bez stanowisk dializacyjnych) - cztery łóżka.

⁴⁵ W ramach: I poziomu - cztery łóżka, II poziomu – dwa łóżka (od 1 kwietnia do 10 maja 2021 r.), III poziomu – 166 łóżek (zgodnie z RPWDL – 66 łóżek w zakresie ginekologii i położnictwa, 64 łóżek – psychiatrii dorosłych i 36 psychiatrii dzieci (według RPWDL - w zakresach, w których Wojewoda nie określił liczby łóżek - zgodnie z zarządzeniem Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ). Dyrektor SPS ZOZ „Zdroje” wydzielił organizacyjnie 25 łóżek w zakresie ginekologii i położnictwa i 10 łóżek w zakresie psychiatrii dziecięcej.

⁴⁶ W ramach I poziomu – cztery łóżka. Szpital wydzielił organizacyjnie w zakresie ginekologii i położnictwa 25 łóżek, a w zakresie psychiatrii dzieci 10 łóżek. Łącznie z psychiatrią dorosłych (wg RPWDL) szpital posiadał 103 łóżka.

⁴⁷ Bez uwzględnienia korekt złożonych po tym okresie za ww. miesiące.

⁴⁸ Do której wliczono liczbę łóżek w ramach I poziomu zabezpieczenia.

⁴⁹ Bez uwzględnienia korekt złożonych po tym okresie za ww. miesiące.

⁵⁰ Od listopada 2020 r. do stycznia 2021 i w marcu 2021 r. Do 10 sierpnia 2021 r. nie rozliczono dodatkowych świadczeń za kwiecień i maj 2021 r.

⁵¹ Od listopada 2020 r. do kwietnia 2021 r. W maju 2021 r. – zgłoszono, jako uprawnione osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w jednostkach PRM i wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Do otrzymania dodatkowego świadczenia podmioty lecznicze zgłosiły:

a) za listopad 2020 r.:

- SPSK Nr 1 – 1 158 osób na kwotę 10 209 374,57 zł, przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach zabezpieczenia oraz wg danych RPWDL⁵² od 73 do 83 łóżek;
- SPWSZ „Arkońska” – 1 003 osoby (na kwotę 8 786 613,74 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 330 do 405 łóżek;
- SPSK Nr 2 – 788 osób (na kwotę 6 940 941,48 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 22 do 29 łóżek;
- SPS ZOZ „Zdroje” – 602 osoby (na kwotę 4 511 890,49 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach oraz wg danych RPWDL – 170 łóżek;
- 109 SW – 143 osoby (na kwotę 953 404,15 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach – 131 łóżek.

b) za grudzień 2020 r.:

- SPSK Nr 1 – 1 185 osób (na kwotę 10 462 439,78 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach (oraz wg danych RPWDL) 93 łóżek;
- SPWSZ „Arkońska” – 933 osoby (na kwotę 9 949 954,35 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 405 do 412 łóżek;
- SPSK Nr 2 – 796 osób (na kwotę 7 169 847,94 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 29 do 33 łóżek;
- SPS ZOZ „Zdroje” – 597 osób (na kwotę 4 284 610,18 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach oraz wg danych RPWDL – 170 łóżek;
- 109 SW – 145 osób (na kwotę 1 185 046,17 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach 131 łóżek;

c) za styczeń 2021 r.:

- SPSK Nr 1 – 1 130 osoby (na kwotę 10 650 916,35 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach oraz wg danych RPWDL – 93 łóżek;
- SPWSZ „Arkońska” – 1 057 osób (na kwotę 9 950 889,26 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach – 412 łóżek;
- SPSK Nr 2 – 785 osób (na kwotę 7 291 473,48 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 19 do 33 łóżek;
- SPS ZOZ „Zdroje” – 601 osób (na kwotę 4 813 358,91 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach oraz wg danych RPWDL – 170 łóżek;
- 109 SW – 160 osób (na kwotę 1 219 840,67 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 82 do 131 łóżek.

d) za kwiecień 2021 r.:

- SPSK Nr 1 – 1 058 osób (na kwotę 9 893 845,44 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach oraz wg danych RPWDL od 93 do 98 łóżek;
- SPSK Nr 2 – 669 osób (na kwotę 6 471 498,29 zł), przy wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach – 19 łóżek;
- SPWSZ „Arkońska” – 1 106 osób (na kwotę 11 224 286,10 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody na wszystkich poziomach od 479 do 519 łóżek;
- 109 SW – 218 osób (na kwotę 1 443 892,72 zł), przy zapewnieniu wg decyzji Wojewody od czterech do 131 łóżek.

⁵² Do której wliczono liczbę łóżek w ramach I poziomu zabezpieczenia.

Do 10 sierpnia 2021 r. SPS ZOZ „Zdroje” nie wystąpił o środki finansowe na dodatkowe świadczenie za kwiecień 2021 r.

(akta kontroli str. 118-119, 264-274, 275, 829-836)

2) Od 1 kwietnia 2020 r.⁵³ do 30 czerwca 2021 r. (wg stanu na 10 października 2021r.) poniesione przez ZOW NFZ koszty świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w tym pacjentów leczonych z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, wyniosły łącznie 2 928 225 956 zł⁵⁴, a koszty dodatków covidowych – 377 574 198 zł (co odpowiadało 12,9% ww. kosztów leczenia), z tego:

- w 2020 r. (od kwietnia do grudnia) – na leczenie poniesiono koszty w kwocie 1 759 465 378 zł, a na dodatkowe świadczenia (od maja do grudnia) – 118 987 481 zł (co odpowiadało 6,8% ww. kosztów),
- w 2021 r. (od stycznia do czerwca) – na leczenie poniesiono koszty w kwocie 1 168 760 578 zł, a na dodatkowe świadczenie – 258 586 717 zł (co odpowiadało 22,1% ww. kosztów).

Koszty leczenia pięciu objętych analizą podmiotów leczniczych (z 30) wyniosły łącznie 1 470 295 736 zł (co odpowiadało 50,2% kosztów leczenia ogółem), a dodatkowych świadczeń – 213 803 951 zł (co odpowiadało 14,5% kosztów leczenia).

W 2020 r. (od 1 kwietnia do 31 grudnia) najwięcej środków finansowych na wypłatę dodatkowych świadczeń w odniesieniu do kosztów leczenia przekazano:

- SPWSZ „Arkońska” – 25 786 055 zł, co odpowiadało 8,4% ww. kosztów leczenia (307 067 845 zł);
- SPSK Nr 1 – 21 441 022 zł, co odpowiadało 7,7% ww. kosztów leczenia (279 645 016 zł);
- SPSK Nr 2 – 14 259 966 zł, co odpowiadało 8% ww. kosztów leczenia (177 633 550 zł);
- SPS ZOZ „Zdroje” – 8 796 501 zł, co odpowiadało 11,6% ww. kosztów leczenia (75 999 840 zł);
- 109 SW – 2 246 894 zł, co odpowiadało 6,8% ww. kosztów leczenia (33 013 187 zł).

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

- SPSK Nr 1 – 49 612 753 zł, co odpowiadało 28,6% ww. kosztów leczenia (173 432 291 zł);
- SPWSZ „Arkońska” – 42 006 819 zł, co odpowiadało 20,7% ww. kosztów leczenia (202 564 950 zł);

⁵³ Tj. po ogłoszeniu stanu epidemii od 20 marca 2020 r. – wprowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, ze zm.) do 28 maja 2021 r.

⁵⁴ W ramach m.in. produktów (wg kodów): 19.0019.017.08 (dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym); 19.1719.101.08; 19.1719.103.08; 19.1719.201.02; 19.1719.202.02 (opłaty za transport sanitarny); 19.0019.016.08 (dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym); 19.0319.116.03, 19.1919.610.08 (opłaty ryczałtowe za gotowość mobilnego zespołu wymazowego); 19.0319.506.02 (wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 – bez kosztu testu); 19.1919.611.02; 19.0019.003.08; 19.0019.019.08; 19.0019.020.08; 19.0319.102.08; 19.0319.104.08; 19.0319.105.08; 19.0319.106.08 (dodatkowa opłata ryczałtowa za dostępność respiratora do udzielania świadczeń w jednoprofilowych szpitalach zakaźnych); 19.0319.107.08; 19.0319.108.08; 19.0319.109.08; 19.0319.110.08; 19.0319.111.08; 19.0319.112.08; 19.0319.113.08; 19.0319.114.03; 19.0319.301.02; 19.0319.302.02; 19.0319.304.02; 19.0319.305.02; 19.0319.306.02; 19.0319.306.02; 19.0319.307.02; 19.0319.308.02; 19.0319.308.02; 19.0319.309.02; 19.0319.310.02; 19.0319.401.02; 19.0319.501.02; 19.0319.503.02; 19.0319.505.02; 19.0319.506.02; 19.0319.701.02; 19.0319.702.02; 19.0319.703.02; 19.0319.704.02; 19.1919.605.02; 19.1919.606.02; 19.1919.607.02; 19.1919.608.02; 19.1919.609.02; 19.1919.611.02.

- SPSK Nr 2 – 31 324 073 zł, co odpowiadało 21,7% ww. kosztów leczenia (144 202 393 zł);
- SPS ZOZ „Zdroje” – 13 889 559 zł, co odpowiadało 26,6% ww. kosztów leczenia (52 134 095 zł);
- 109 SW – 4 439 411 zł, co odpowiadało 18% ww. kosztów leczenia (24 602 568 zł).

(akta kontroli str. 120-128, 805-807)

3) Minister Zdrowia Poleceniem zobowiązał NFZ do przekazania podmiotom uprawnionym środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia, wypłacanego miesięcznie, osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, spełniającym warunki określone w punkcie 1a Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.).

W okresie od 4 września 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. nie wprowadzono obowiązku weryfikacji przez OW NFZ informacji przekazywanych przez kierowników podmiotów leczniczych w zakresie ustalenia osób uprawnionych i wysokości dodatkowego świadczenia.

(akta kontroli str. 135-150)

Dyrektor wyjaśniła m.in.: Obecnie nie zostały udostępnione żadne narzędzia, czy jednolite procedury dla OW NFZ, regulujące kwestie weryfikacji prawidłowości ustalenia przez kierownika, podmiotu leczniczego uprawnień poszczególnych zatrudnionych przez niego osób, do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego, jakie zostało określone w Poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r., z późniejszymi zmianami.

(akta kontroli str. 13, 21-22)

W celu poinformowania uprawnionych podmiotów leczniczych o zasadach wypłaty dodatkowego świadczenia na podstawie Polecenia MZ, Oddział zamieścił w systemie zarządzania obiegiem informacji⁵⁵, m.in.:

- obowiązujące od 5 września 2020 r. zasady rozliczania dodatkowego świadczenia oraz wzory informacji sporządzanych przez kierowników podmiotów uprawnionych oraz wzór oświadczenia osób personelu medycznego o udostępnienie ZOW NFZ danych dotyczących wynagrodzenia w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia,
- obowiązujące od 1 listopada 2020 r. nowe wzory informacji sporządzanych przez kierowników podmiotów uprawnionych w ramach: II i III poziomu zabezpieczenia, jednostek PRM i izb przyjęć oraz diagnostyki laboratoryjnej (w związku ze zmianą Polecenia MZ),
- obowiązujące od 1 czerwca 2021 r. nowe wzory umów (w związku zmianą Polecenia MZ z 28 maja 2021 r., którą wprowadzono uprawnienie do dodatkowego świadczenia wyłącznie osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach II poziomu zabezpieczenia oraz uprawnienie do jednorazowego świadczenia pieniężnego osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej),

Oddział udostępnił w SZOI m.in.:

- Stanowisko Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia (z 5 listopada 2020 r.) w sprawie interpretacji dotyczącej osób uprawnionych do dodatkowego świadczenia w świetle zawartego w Poleceniu MZ wyrażenia „osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności

⁵⁵ Dalej: SZOI.

- lecniczej” oraz w sprawie uprawnienia dla techników medycznych elektroradiologii (z 3 listopada 2020 r.),
- Stanowisko Podsekretarza Stanu (z 11 grudnia 2020 r.) w sprawie interpretacji pojęcia osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej,
 - Stanowisko Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia skierowane do NFZ (z 11 grudnia 2020 r.) w sprawie zasad ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych,
 - wzór załącznika do rozliczania jednorazowego świadczenia pieniężnego wprowadzonego zmianą Polecenia MZ (z 28 maja 2021 r.) oraz informację o możliwości rozliczania w ramach dodatkowego świadczenia, pozostających po stronie pracodawcy kosztów wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe (z 15 czerwca 2021 r.).

(akta kontroli str. 51-114)

W celu weryfikacji informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych, Oddział opracował i udostępnił w SZOI zasady przekazywania środków finansowych na dodatkowe świadczenia. Określono w nich, że wypłata comiesięcznego dodatkowego świadczenia przez uprawniony podmiot nastąpi na podstawie pisemnego oświadczenia osoby wykonującej zawód medyczny, bez wymogu przekazywania ww. oświadczenia do Oddziału. Dodatkowe świadczenie miało być przekazywane podmiotom uprawnionym na podstawie zapisów umowy zawartej z dyrektorem Oddziału⁵⁶ (zgodnie z pkt 1 Polecenia MZ) oraz złożonych dokumentów, takich jak:

- dokument księgowy,
- pisemna informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia dodatkowych świadczeń wszystkim osobom uprawnionym⁵⁷ oraz
- zestawienie stanowiące załącznik nr 3 sporządzone według określonego wzoru, w formacie arkusza kalkulacyjnego⁵⁸.

Od września 2020 r. do lutego 2021 r. dane określone w załączniku nr 3 dotyczyły wskazania szczegółowych danych każdej osoby uprawnionej do otrzymania dodatkowego świadczenia, m.in.: jej imienia i nazwiska, nr PESEL i prawa wykonywania zawodu, wykonywanego zawodu, komórki organizacyjnej realizacji świadczenia (oddziału), wysokości wynagrodzenia wskazanej w oświadczeniu, wysokości składek pracodawcy oraz łącznej wartości dodatkowego świadczenia danej osoby.

Od 1 marca 2021 r. Oddział zmienił zakres danych załącznika nr 3 poprzez rezygnację z danych dotyczących imienia i nazwiska osoby uprawnionej oraz wprowadził anonimizację nr PESEL (bez znaków liczbowych dla cyfr od dwa do sześć), a dane dotyczące wykonywanego zawodu podzielił na dwie grupy: wg świadczeniodawcy i dla potrzeb sprawozdawczości NFZ (lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny i inny).

(akta kontroli str. 51-62, 83-84)

⁵⁶ O przekazaniu środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej dodatkowego świadczenia pieniężnego.

⁵⁷ Załącznik nr 1 A lub B (A dla pomiotów ujętych na wykazie przez 4 września 2020 r. rozliczających również do 30 września 2020 r. dodatkowe świadczenie dla osób objętych ograniczeniem; B dla podmiotów ujętych na wykazie po 4 września 2020 r.; od miesiąca października 2020 r. obowiązywał wszystkie podmiotu uprawnione załącznik B).

⁵⁸ Ww. załącznik oraz informację w sprawie zasad rozliczania dodatkowego świadczenia od 5 września 2020 r. zamieszczono 30 października 2020 r. w SZOI.

W sprawie przyczyn zanonimizowania nr PESEL w nowym wzorze załącznika nr 3, zastępca dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił m.in.: ZOW NFZ, na własne potrzeby, w celu bieżącej weryfikacji przekazywanych danych i monitorowania prawidłowości wydatkowania środków publicznych, ustalił dla podmiotów uprawnionych wzór załącznika Nr 3 w formacie Excel, stanowiący informację uzupełniającą do składanych przez podmioty uprawnione, dokumentów księgowych i danych o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do wypłacenia dodatkowych świadczeń pieniężnych wszystkim osobom uprawnionym do ich otrzymania. (...) w takiej postaci dane wykazywanego personelu były weryfikowane do 28 lutego 2021 r. Jednakże, z uwagi na liczne zapytania dotyczące wypłat dodatkowych środków (kwota zgłoszonego wynagrodzenia przez świadczeniodawcę, data wypłaty dodatku itp.), kierowane przez personel medyczny, Dyrekcja ZOW NFZ podjęła decyzję o ograniczeniu zakresu przekazywanych przez świadczeniodawców danych osób uprawnionych do powyższego dodatku. Powyższe zdjęto z ZOW NFZ obowiązek informacyjny wobec osób, których dane były przetwarzane. Ponadto informujemy, że powyższa zmiana nie wpłynęła negatywnie na możliwość rzetelnej weryfikacji pod względem wielokrotnego wykazywania osoby uprawnionej na listach przekazywanych przez kierowników podmiotów uprawnionych oraz weryfikacji wysokości dodatkowego świadczenia przyznanego przez dany podmiot leczniczy.

(akta kontroli str. 237-238)

4) Oddział prowadził ograniczone czynności sprawdzające w zakresie weryfikacji uprawnień personelu medycznego. Określona w Poleceniu MZ, informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz o osobach uprawnionych, zawierała dane, które były niewystarczające do weryfikacji uprawnień osób zgłoszonych. W punkcie 1 i 4 załącznika do Polecenia MZ określono, że do kompetencji dyrektora podmiotu leczniczego należy przekazanie informacji o osobach uprawnionych (obejmującej imię i nazwisko każdej osoby uprawnionej do świadczenia dodatkowego, jej numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu).

Dyrektor wyjaśniła m.in.: polecenie Ministra Zdrowia z 1 listopada 2021 r., jak również umowy w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego, zawarte na jego podstawie z podmiotami uprawnionymi, nie precyzują dokładnych zasad ustalania osób uprawnionych do przedmiotowego świadczenia. Weryfikacja złożonych dokumentów w tym zakresie opierała się jedynie na interpretacjach wydanych przez Ministerstwo Zdrowia, w związku z powyższym Oddział nie posiadał narzędzi prawnych do kwestionowania zasadności zgłoszonego personelu. Jednakże w przypadku powstania wątpliwości, co do ilości wykazanego personelu w danym miesiącu, ZOW NFZ zwracał się z pisemną prośbą do kierownika jednostki o ponowne zweryfikowanie wykazanego personelu w załącznikach Nr 3 szczególnie pod kątem: spełnienia kryterium wykonywania zawodu medycznego i uczestniczenia w udzielaniu świadczeń medycznych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2; miejsca realizacja świadczeń w komórkach organizacyjnych danej jednostki, umieszczonych na wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19. Zwracano przy tym uwagę, że zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, opartym na ustaleniach Trójstronnego Zespołu ds. ochrony zdrowia, dodatkowe wynagrodzenie przysługuje wyłącznie osobom wykonującym zawód medyczny w podmiotach ustalonych przez Wojewodę na II i III poziomie zabezpieczenia, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Przy czym udzielanie świadczeń, nie może mieć charakteru incydentalnego i dana osoba musi faktycznie

(w sposób ciągły), a nie jedynie z pozoru uczestniczyć w wykonywaniu tych czynności np. będąc jedynie przypisaną do grupy. W ocenie Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia, weryfikacja stanu faktycznego, dotycząca spełniania, czy też niespełniania kryteriów koniecznych do przyznania określonej osobie dodatkowego świadczenia pieniężnego, spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, odpowiadającego za organizację pracy w podmiocie leczniczym i za zarządzanie kadrami medycznymi podległej mu jednostki. Zatem do dyrektorów placówek medycznych, należy rzetelna ocena, którzy pracownicy kwalifikują się do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego. W Poleceniu z 1 listopada 2020 r., Minister Zdrowia nie określił terminu dokonywania korekt zestawień liczby osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego. Natomiast w § 3 ust.2 umowy, termin przekazywania środków pieniężnych przez NFZ, został ustalony na 3 dni robocze od dnia otrzymania kompletnych dokumentów rozliczeniowych, na rachunek bankowy podmiotu uprawnionego.

(akta kontroli str. 13-15)

Oddział prowadził ograniczone czynności sprawdzające w zakresie weryfikacji wysokości dodatkowego świadczenia przyznanego osobom uprawnionym. Określona w Poleceniu MZ, informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz o osobach uprawnionych zawierała dane, które były niewystarczające do weryfikacji wysokości dodatkowego świadczenia osób zgłoszonych. W punkcie 1 i 4 załącznika do Polecenia MZ określono, że do kompetencji dyrektora podmiotu leczniczego należy przekazanie informacji o wysokości łącznej kwoty dodatków covidowych oraz o osobach uprawnionych.

Dyrektor wyjaśniła m.in.: *ZOW NFZ opiera się jedynie na informacji zbiorczej przekazywanej przez kierowników podmiotów leczniczych w tym zakresie. Podmiot uprawniony do dokonywania stosownych wypłat, pozyskuje od osób zatrudnionych oświadczenia będące podstawą do wypłaty świadczeń dodatkowych dla osób wykonujących zawód medyczny, uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mających bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zatem, dokumenty te, jako podstawa wypłat, pozostają w posiadaniu tych podmiotów. ZOW NFZ nie posiada danych, z którymi mógłby porównywać wykazywane kwoty wynagrodzenia. Otrzymywane informacje ZOW NFZ przyjmował, jako stan zgodny z faktami. Ostateczna kwalifikacja osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego należała do decyzji podmiotu, będącego stroną umowy zawartej z ZOW NFZ. Polecenie Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. (ze zm.) nie uzależnia wprost wysokości przyznanego dodatku od faktycznej liczby godzin przepracowanych z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem SARS-CoV-2, zgodnie z wymogami prawa, proces gospodarowania środkami publicznymi winien cechować się celowością, rzetelnością oraz gospodarnością. ZOW NFZ weryfikuje, czy wykazana kwota dodatkowego świadczenia pieniężnego, przysługująca osobom uprawnionym, wykonującym zawód medyczny nie przekracza 15 000 zł oraz czy osoby wskazane do rozliczenia przez dany podmiot leczniczy nie zostały wykazane podwójnie w rozliczanym dokumencie księgowym oraz czy osoby te nie są wykazane pomiędzy innymi wystawionymi rachunkami, zgodnie z zawartymi umowami przez podmiot uprawniony.*

(akta kontroli str. 15-16)

Szczegółową analizą objęto dokumentację rozliczeniową sporządzoną przez kierowników pięciu ww. podmiotów leczniczych (za listopad 2020 r.⁵⁹).

⁵⁹ Wg stanu na 1 lipca 2021 r.

Oddział weryfikował pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym: informację kierownika podmiotu leczniczego określoną w punkcie 1 i 4 załącznika do Polecenia MZ⁶⁰, noty księgowe – rachunki oraz wykaz osób określonych w załączniku nr 3⁶¹. Weryfikacja merytoryczna ww. dokumentów obejmowała sprawdzanie m.in.:

- umieszczenia podmiotu w wykazie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie województwa (wyłącznie II i III poziom),
- okresu uprawnienia do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego,
- składu jednostki (w zakresie jednostek PRM lub izby przyjęć),
- umieszczenia na liście zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid> oraz zawarcia umowy o wykonanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (laboratoria),
- zawarcia i terminu obowiązywania umowy z podmiotem uprawnionym w zakresie dodatkowego świadczenia pieniężnego,
- umieszczenia w wykazie osób i w załączniku do dokumentu księgowego do rozliczenia wyłącznie personelu wykonującego zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

Weryfikacja formalno-rachunkowa obejmowała sprawdzenie m.in.:

- kompletności informacji sporządzonej przez kierownika podmiotu uprawnionego, pod względem zgodności z przepisami (w zakresie wymaganych danych: nazwy i adresu kontrahenta, płatnika i odbiorcy, daty wystawienia, sposobu ujętych w nim operacji),
- maksymalnej kwoty dodatkowego świadczenia wykazanych w załączniku nr 3 (15 000 zł),
- podwójnego wykazania osób uprawnionych w załączniku nr 3 oraz w dokumencie księgowym oraz pomiędzy innymi wystawionymi rachunkami, zgodnie z zawartymi umowami przez podmiot uprawniony,
- błędów arytmetycznych w obliczeniach oraz prawidłowego wyliczenia danych liczbowych w załączonych do informacji zestawieniach.

(akta kontroli str. 13-14, 288-804)

W Poleceniu MZ (po zmianie z 1 listopada 2020 r.) określono, że informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania za dany miesiąc powinna być ustalona na podstawie danych (informacji) przekazanych przez kierownika podmiotu uprawnionego dyrektorowi właściwego terytorialnie OW NFZ raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca w postaci elektronicznej (punkt 1 i 4 lit. b załącznika).

(akta kontroli str. 97, 139-140, 147-148)

Wszystkie objęte analizą podmioty przedkładały ZOW NFZ w różnych terminach ww. informacje dotyczące poszczególnych rodzajów umów o przekazanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń.

Dwa podmioty (z pięciu) przekazały informację o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz informację o osobach uprawnionych (za listopad 2020 r.) wraz z notą księgową i załącznikiem nr 3⁶²,

⁶⁰ Tj. informację o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz informację o osobach uprawnionych (nr PESEL i prawa wykonywania zawodu).

⁶¹ Tj. szczegółowy wykaz osób uprawnionych (m.in. PESEL, kwotę wynagrodzenia, jako podstawy obliczenia dodatkowego świadczenia, koszty pracodawcy, komórkę organizacyjną realizacji świadczeń – oddział).

⁶² Szczegółowy wykaz osób uprawnionych i ich wynagrodzenia (jako podstawy obliczenia dodatkowego świadczenia).

w okresie od 30 listopada 2020 r. do 14 grudnia 2020 r. (tj. SPSK Nr 2 i 109 SW). Informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz osobach uprawnionych odpowiadała łącznej kwocie dodatkowego świadczenia w nocie księgowej i łącznej kwocie wynagrodzeń osób uprawnionych, określonych w załączniku nr 3.

Pozostałe trzy podmioty przekazały do ZOW NFZ wykaz pracowników uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia (w okresie od 10 grudnia 2020 r. do 14 stycznia 2021 r.), bez wskazania wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych. Informacje o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych, przekazały wraz z notą księgową i szczegółowym wykazem osób uprawnionych określonym w załączniku nr 3, w okresie od 17 grudnia 2020 r. do 18 stycznia 2021 r. (tj. SPSK Nr 1, SPWSZ „Arkońska” i SPS ZOZ „Zdroje”). Zgłoszona w ww. informacjach liczba osób uprawnionych różniła się od liczby osób wskazanych w załączniku nr 3 (od 361 do 887 osób).

(akta kontroli str. 286-287, 331, 386, 496-499, 629-635)

Zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła m.in., że w poleceniu nie sprecyzowano, czy informacja ma odnosić się do miesiąca bieżącego, czy poprzedniego. Jednakże podstawą do rozliczenia przedmiotowych środków, jest przesłanie dokumentu księgowego wraz z załącznikiem Nr 3 oraz załącznikami 1A/1B/1C w zależności od rodzaju podpisanej umowy, zawierających pisemną informację o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia dodatkowych świadczeń pieniężnych wszystkim osobom uprawnionym do ich otrzymania, w okresie wskazanym w przesłanym nam dokumencie. W poleceniu Minister Zdrowia nie określił maksymalnego terminu dokonywania korekt zestawień liczby osób uprawnionych do otrzymywania dodatkowego świadczenia pieniężnego, stąd też zestawienia do ZOW NFZ wpływały nieregularnie w terminach zależnych od świadczeniodawców. Nie można więc przyjąć, że ZOW NFZ narzucił świadczeniodawcom składanie informacji do 10 każdego miesiąca za dany miesiąc. Jak już wskazano powyżej termin składania informacji ma charakter instrukcyjny.

(akta kontroli str. 839)

Wprowadzone przez Oddział zasady rozliczania środków finansowych na zapewnienie świadczeń dodatkowych, dotyczące obowiązku przekazywania informacji o każdej osobie uprawnionej⁶³ umożliwiły częściową weryfikację uprawnień personelu medycznego do otrzymania dodatkowego świadczenia oraz jego maksymalnej wysokości z tytułu udzielania świadczeń w danym podmiocie leczniczym.

Badaniem kontrolnym objęto wykazy osób uprawnionych (za listopad 2020 r.) pięciu podmiotów leczniczych, rozliczonych na podstawie umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie dodatkowego świadczenia osobom wykonującym zawód medyczny, udzielającym świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ określono wymóg bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2). Oddział podjął działania w celu:

- wyjaśnienia uprawnień zgłoszonych osób, w zakresie spełnienia wymogu udzielania świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w komórkach

⁶³ PESEL, wysokość wynagrodzenia, określona w oświadczeniu (jako podstawa obliczenia wysokości dodatkowego świadczenia), wykonywany zawód, wysokość kosztów pracodawcy, komórki organizacyjnej realizacji świadczeń w formie wzoru – załącznik nr 3 (udostępniany elektronicznie).

organizacyjnych umieszczonych w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust.1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19 (w SPSK Nr 1, SPSK Nr 2, SPS ZOZ „Zdroje”),

- wyjaśnienia spełnienia przez personel medyczny wymogu wykonywania zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (w SPSK Nr 1, SPSK Nr 2, SPS ZOZ „Zdroje”),
- skorygowania wykazanych podwójnie osób uprawnionych (w SPSK Nr 1, SPSK Nr 2, SPS ZOZ „Zdroje”),
- skorygowania liczby zgłoszonych osób uprawnionych w odniesieniu do liczby hospitalizowanych pacjentów oraz liczby łóżek w komórkach organizacyjnych wskazanych w decyzji Wojewody i umieszczonych w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust.1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19 (w SPSK Nr 1, SPSK Nr 2, SPS ZOZ „Zdroje”).

(akta kontroli str. 288-804)

Dwa podmioty lecznicze zgłosiły ZOW NFZ (w załączniku nr 3) osoby uprawnione udzielające świadczeń zdrowotnych, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, hospitalizowanym w komórkach II i IV poziomu zabezpieczenia⁶⁴.

W załączniku nr 3 sporządzonym przez dyrektorów: SPSK Nr 1, SPSK Nr 2 i SPS ZOZ „Zdroje” wskazano, jako uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia osoby z komórek organizacyjnych realizacji świadczeń, w których nie wydzielono łóżek, w ramach zleconej przez Wojewodę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (tj. w ramach II i III poziomu zabezpieczenia), z tego:

- SPSK Nr 2⁶⁵ – m.in. z klinik: kardiologii z intensywnym nadzorem kardiologicznym; chirurgii ogólnej i transplantacyjnej; chirurgii naczyniowej, ogólnej i angiologii; urologii i onkologii urologicznej; patologii noworodka; położnictwa i ginekologii (natomiast zakres ginekologii i położnictwa realizował w ramach III poziomu – SPS ZOZ „Zdroje”);
- SPS ZOZ „Zdroje”⁶⁶ – m.in. z oddziałów: neurologii wieku rozwojowego i pediatrii; pediatrii alergologii i pulmonologii; wewnętrznego; bloku operacyjnego dorosłych oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w wykazie osób uprawnionych za grudzień 2020 r. zgłoszono 44 osoby z zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, na kwotę 252 430,43 zł);
- SPSK Nr 1⁶⁷ – m.in.; klinik: gastroenterologii; reumatologii i chorób wewnętrznych; ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu; neurologii, chirurgii onkologicznej; chirurgii plastycznej, endokrynologicznej i ogólnej; neonatologii; perinatologii oraz poradni przyszpitalnych.

(akta kontroli str. 288-804)

Na pytanie, jakie dane powinny zostać określone w załączniku nr 3 w kolumnie „komórka organizacyjna realizacji świadczenia – oddział”, zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła m.in. *Załącznik nr 3 został opracowany przez oddział i miał służyć do podstawowej weryfikacji danych będących składowymi dokumentów*

⁶⁴ Tj. 109 SW i SPWSZ „Arkońska”.

⁶⁵ W decyzji Wojewoda określił zabezpieczenie łóżek w ramach III poziomu w zakresach: chirurgii szczękowej, chirurgii dziecięcej i hematologii.

⁶⁶ W decyzji Wojewoda określił zabezpieczenie łóżek w ramach III poziomu w zakresach: kardiochirurgii wymagających terapii ECMO i nefrologii (i stanowisk dializacyjnych).

⁶⁷ W decyzji Wojewoda określił zabezpieczenie łóżek w ramach III poziomu w zakresach: ginekologii i położnictwa, psychiatrii dorosłych i psychiatrii dzieci.

księgowych. Zaproponowane nazwy kolumn w naszej ocenie nie budziły wątpliwości interpretacyjnych. Zastosowaliśmy ogólnie przyjęte słownictwo i w kolumnie o nazwie „komórka organizacyjna realizacji świadczenia - oddział” kierownik jednostki powinien wpisać komórkę, w której dany personel w sprawozdanym miesiącu świadczył usługi. Uprawnionym podmiotom na bieżąco głównie telefonicznie były udzielane informacje na temat oczekiwanej przez oddział informacji w poszczególnych kolumnach ww. załącznika. Należy podkreślić, że zakres przekazywanych danych ustalony przez ZOW NFZ i tak był o wiele szerszy niż dane wymagane poleceniem czy umową.

(akta kontroli str. 837)

Oddział przekazywał środki finansowe z przeznaczeniem na wypłatę dodatkowych świadczeń na podstawie informacji kierownika podmiotu uprawnionego, sporządzonej w oparciu o pisemne oświadczenia osób uprawnionych (punkt 1 i punkt 2 lit. b) załącznika do Polecenia MZ).

Dyrektor wyjaśniła m.in.: ZOW NFZ we wstępnej weryfikacji zwrócił uwagę na rozbieżności w wykazywanych komórkach realizacji świadczeń poszczególnych medyków, a komórkami wskazanymi w decyzjach Wojewody. W korespondencji z SPSK Nr 1 podnosiliśmy te nieścisłości jednakże stanowiska Ministra Zdrowia, np. z 9 grudnia 2020 r. lub 29 grudnia 2020 r. nie dawały nam możliwości kwestionowania zasadności wykazania danego personelu na liście do wypłaty dodatkowych środków. Jak już wykazano we wcześniejszej korespondencji, do dyrektorów placówek medycznych należy ostateczna właściwa ocena, w oparciu o kryteria z polecenia, którzy pracownicy kwalifikują się do otrzymania świadczenia pieniężnego. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości ZOW NFZ zwracał się pisemnie do świadczeniodawców z prośbą o ponowną weryfikację wykazanego personelu, potwierdzenie prawidłowości przekazanych danych oraz skorygowanie istniejących rozbieżności. Przesłane odpowiedzi zostały przyjęte, jako stan odpowiadający rzeczywistości. W odniesieniu do osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej - Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny SPS ZOZ „Zdroje” zwracaliśmy się do Radców Prawnych naszego Oddziału o wydanie opinii dot. zasadności wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego. Uzyskana opinia mówi, że przedmiotowy dodatek należał się (przy spełnieniu pozostałych przesłanek, o których mowa w pkt 1 ppkt 1 lit. b oraz pkt 1a polecenia) osobom, które pracowały na oddziałach / w jednostkach, które faktycznie wykonywały świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W świetle powyższego nie ma podstaw prawnych do odmowy wypłaty. W przypadku Banku Krwi – wykazanego przez SPSK nr 1 w nocy, ZOW NFZ zwracał uwagę na wątpliwość ujęcia tej komórki organizacyjnej w przedmiotowej nocy i pisemnie wzywał świadczeniodawcę do wnikliwej analizy i weryfikacji przekazanych dokumentów. Ponadto oddział w okresach zmniejszonej zachorowalności, a tym samym mniejszej ilości osób hospitalizowanych wprowadził dodatkowe weryfikacje polegające na analizie długości pobytów, ilości pacjentów w danym dniu czy analizie harmonogramu personelu przypisanego do tego oddziału. Niestety brak jasnych podstaw prawnych, znacznie ogranicza działania Oddziału i nawet, jeśli naszym zdaniem dokumenty są merytorycznie wadliwe pozostaje tylko wymiana korespondencji z kierownikiem jednostki, który ponosi pełną odpowiedzialność za przekazanie tych nieprawdziwych danych.

(akta kontroli str. 837-838)

Na podstawie punktu 1 ppkt 1 i punktu 1a lit. a) Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.) do otrzymania dodatkowego świadczenia były uprawnione osoby spełniające łącznie trzy warunki:

- wykonywały zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej,
- udzielały świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych II i III poziomu zabezpieczenia, realizujących decyzje Wojewody w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (II poziom) oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonych w III poziomie zabezpieczenia),
- udzielały świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Ustalenia poziomu zabezpieczenia dokonywał właściwy wojewoda na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19 oraz art. 42 ustawy o zmianie niektórych ustaw.

Wojewoda decyzjami polecał określonym podmiotom leczniczym realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, tj. II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej).

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r. Wojewoda decyzjami polecił SPSK Nr 1, SPSK Nr 2 i SPS ZOZ „Zdroje” realizację świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem / z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (II poziom) oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, z tego:

- SPSK Nr 1 w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresie chirurgii szczękowej, chirurgii dziecięcej i hematologii) – łącznie od 44 do 98 łóżek covidowych⁶⁸ (oraz wg RPWDL),
- SPSK Nr 2 – w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresie kardiologii wymagających terapii ECMO i nefrologii) – łącznie od 19 do 33 łóżek covidowych⁶⁹,
- SPS ZOZ „Zdroje” – w ramach I, II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu w zakresach ginekologii i położnictwa oraz psychiatrii dorosłych i psychiatrii dzieci) – od 170 do 172 łóżek covidowych wg RPWDL⁷⁰, faktycznie wydzielono w celu realizacji decyzji Wojewody 103 łóżka⁷¹.

Wszystkie posiadane przez ww. szpitale łóżka nie były w całości przeznaczony do zadań określonych przez Wojewodę.

Wojewoda polecił niektórym podmiotom leczniczym zapewnienie łóżek covidowych w ramach wszystkich łóżek posiadanych przez szpital. Takim podmiotem był 109 SW, który w całości przeznaczony był do realizacji zadań określonych przez Wojewodę.

⁶⁸ W ramach: I poziomu - 10 łóżek, II poziomu – od 28 do 43 łóżek, III poziomu od 35 do 45 łóżek w zakresach chirurgii dziecięcej, chirurgii szczękowej i hematologii (według RPWDL – w zakresach, w których Wojewoda nie określił liczby łóżek – zgodnie z zarządzeniem Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ

⁶⁹ W ramach: I poziomu - cztery łóżka, II poziomu – od 11 do 25 łóżek, III poziomu w zakresie kardiologii wymagających terapii ECMO i nefrologii – cztery łóżka (bez stanowisk dializacyjnych).

⁷⁰ W ramach: I poziomu - cztery łóżka, II poziomu – dwa łóżka (od 1 kwietnia do 10 maja 2021 r.), III poziomu – 170 łóżek (zgodnie z RPWDL – 66 łóżek w zakresie ginekologii i położnictwa, 64 łóżek – psychiatrii dorosłych i 36 psychiatrii dzieci – w zakresach, w których Wojewoda nie określił liczby łóżek – zgodnie z zarządzeniem Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ.

⁷¹ Szpital wydzielił organizacyjnie w zakresie ginekologii i położnictwa 25 łóżek, a w zakresie psychiatrii dzieci 10 łóżek. Łącznie z psychiatrią dorosłych (wg RPWDL) i I poziomem zabezpieczenia, szpital posiadał 103 łóżka.

Osoby, które nie udzielały świadczeń zdrowotnych, pacjentom hospitalizowanym w komórkach organizacyjnych, w których wydzielono łóżka covidowe, tj. przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (II poziom) oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonej w III poziomie zabezpieczenia) były nieuprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia.

Niezależenie od miejsca zatrudnienia personelu medycznego (stałego udzielania świadczeń zdrowotnych), zgodnie z zasadami określonymi w Poleceniu MZ, dodatkowe świadczenie należało się wyłącznie osobom wykonującym zawód medyczny, które udzielały świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem zarówno z podejrzeniem jak i zakażeniem wirusem SARS-COV-2, w ramach realizacji przez nich świadczeń pacjentom hospitalizowanym w II i III poziomie zabezpieczenia, które właściwy wojewoda określił dla konkretnej liczby łóżek w konkretnych okresach, a w przypadku III poziomu – dodatkowo w konkretnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, tj. pacjentom hospitalizowanym w tych komórkach.

Polecenie MZ nie wprowadziło uprawnienia do otrzymania dodatkowego świadczenia dla personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-COV-2:

- hospitalizowanym w komórkach organizacyjnych, w których nie wydzielono, zgodnie z decyzją Wojewody, łóżek dla pacjentów w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w przypadku wystąpienia ognisk podejrzenia / zakażenia wirusem SARS-CoV-2),
- hospitalizowanym w komórkach organizacyjnych, w których wydzielono łóżka dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia w ramach I poziomu zabezpieczenia (tzw. łóżka „buforowe”).

Personel medyczny podmiotów leczniczych, w których Wojewoda nie zlecił utworzenia łóżek covidowych i które nie wstrzymały przyjęć w okresie epidemii, uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, bez możliwości otrzymania dodatkowego świadczenia.

W uzasadnieniu Polecenia MZ z 4 września 2020 r. określono, że *polecenie ma na celu uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, co przyczyni się do utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19. Ma również ograniczyć różnice w warunkach wynagradzania osób zatrudnionych na stałe w podmiocie leczniczym umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o COVID-19 z osobami skierowanymi do niego decyzją wojewody.*

W uzasadnieniu zmiany Polecenia MZ z 1 listopada 2020 r. określono, że nowelizacja polecenia ma na celu zmianę zakresu podmiotów zobowiązanych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz podwyższenie wysokości dodatku covidowego. Zmiana zakresu podmiotowego Polecenia MZ objęła: podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki PRM lub izby przyjęć oraz laboratoria określonych podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III poziomu zabezpieczenia.

W ocenie NIK przy wydatkowaniu środków publicznych, a za takie należy uznać środki przeznaczone na wypłatę dodatków covidowych, należało kierować się zasadami określonymi w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach

publicznych⁷². Zgodnie z nimi wydatki publiczne powinny być dokonywane m.in. w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Podejmowane przez Oddział działania w celu zweryfikowania prawdziwości danych w informacjach przekazywanych przez dyrektorów szpitali, wynikały z zasad określonych w ww. ustawie.

(akta kontroli str. 143-145, 149-150, 264-274, 275, 829-836, 854)

W informacji Komendanta 109 SW o łącznej kwocie niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych oraz w wykazie osób uprawnionych w załączniku nr 3 (za listopad 2020 r.) ujęto dodatkowe świadczenia dla pięciu sanitariuszy (łącznie 4 066 zł), w ramach umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny, udzielającym świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Osoby te nie wykonywały zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej – stosownie do wymogu określonego w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ, zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 292)

Wprowadzony przez Oddział wykaz osób uprawnionych wraz z kwotą wynagrodzenia, określoną w oświadczeniu osoby uprawnionej (jako podstawa obliczenia dodatkowego świadczenia) oraz kosztami pracodawcy od wynagrodzenia danej osoby (wg wzoru załącznika nr 3), umożliwił częściową weryfikację wysokości dodatkowego świadczenia w zakresie jego maksymalnej wartości (15 000 zł). Wartość środków finansowych przekazanych na wypłatę dodatków covidowych osobom uprawnionym przez pięć analizowanych podmiotów (za listopad 2020 r.) nie przekraczała jednorazowo kwoty 15 000 zł, zgodnie z punktem 3 lit. b) załącznika do Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.).

(akta kontroli str. 51-56, 288-804)

Określona w punkcie 4 lit. b) załącznika do Polecenia MZ informacja kierownika podmiotu uprawnionego dotyczyła łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania, uwzględniającej pozostające po stronie pracodawcy koszty. W Poleceniu MZ nie określono wymogu wskazania w ww. informacji wysokości wynagrodzenia każdej osoby uprawnionej, będącego podstawą ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia oraz kosztów pracodawcy od każdego dodatkowego świadczenia.

(akta kontroli str. 13-14, 90-102, 137-150)

Wartość środków finansowych przekazanych na zapewnienie dodatków covidowych oraz liczba osób uprawnionych były korygowane przez podmioty uprawnione, nawet kilka miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego⁷³. Złożone przez ww. podmioty korekty oraz nowe noty księgowe (za rozliczone okresy) miały wpływ na zwiększenie liczby osób uprawnionych za dany okres, a tym samym na zwiększenie środków finansowych przekazanych przez Oddział na zapewnienie dodatków covidowych.

Cztery podmioty lecznicze (z pięciu) złożyły korekty oraz nowe noty księgowe (za listopad 2020 r.⁷⁴) na podstawie, których skorygowano wysokości dodatkowych świadczeń i kosztów pracodawcy oraz liczbę osób uprawnionych do otrzymania dodatków covidowych lub zgłoszono nowe osoby uprawnione. Jeden podmiot (SPWSZ „Arkońska”, jako szpital IV poziomu zabezpieczenia) nie złożył korekt oraz nowych not księgowych za listopad 2020 r.

⁷² Dz. U. z 2021 r. poz. 305; dalej: ustawa o finansach publicznych.

⁷³ Wg stanu na 23 lipca 2021 r.

⁷⁴ Do 1 lipca 2021 r.

Korekty i nowe noty księgowe podmioty lecznicze składały od jednego do ośmiu miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego. Wartość korekt / not księgowych dotyczących zgłoszenia nowych osób wynosiła od 1 966 zł do 2 752 164,82 zł (co odpowiadało od 0,2% do 75,6% wartości noty pierwotnej⁷⁵) i dotyczyły od jednej do 304 nowych osób uprawnionych w jednym dokumencie księgowym (tj. o 75,1% osób więcej niż zgłoszono w nocy pierwotnej⁷⁶). Najwięcej korekt i not księgowych za listopad 2020 r. złożył SPSK Nr 1 – łącznie 18 dokumentów księgowych oraz SPSK Nr 2 – 11 dokumentów, 109 SW – cztery korekty oraz SPS ZOZ „Zdroje” – dwie nowe noty księgowe.

O największe środki finansowe na zapewnienie dodatkowych świadczeń za listopad 2020 r. (wg stanu na 23 lipca 2021 r.), na podstawie złożonych korekt i not księgowych, wystąpił SPSK Nr 2 – 2 720 768,95 zł (tj. o 64,5% wartości not pierwotnych⁷⁷). Korekty i noty księgowe szpital składał (za listopad 2020 r.) od 30 grudnia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. (tj. do siedmiu miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego). Szpital dokonał zmniejszenia zgłoszonego personelu medycznego łącznie o trzy osoby (na podstawie dwóch dokumentów) oraz zgłosił nowy personel – łącznie 306 osób (na podstawie trzech dokumentów księgowych), których wartość dodatkowego świadczenia wynosiła łącznie 2 789 595,08 zł (tj. o 66,1% więcej niż wartość not pierwotnych)⁷⁸.

SPS ZOZ „Zdroje” wystąpił łącznie o 934 884,12 zł (tj. o 26,1% wartości not pierwotnych⁷⁹). Szpital złożył dwie noty księgowe 1 lipca 2021 r. (tj. osiem miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego), w których zgłosił nowy personel – łącznie 143 osoby⁸⁰.

SPSK Nr 1 wystąpił łącznie o 634 380,95 zł (tj. o 7,4% wartości not pierwotnych⁸¹). Korekty i noty księgowe – składał od 4 stycznia 2021 r. do 23 kwietnia 2021 r. (tj. do pięciu miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego). Szpital dokonał zmniejszenia zgłoszonego personelu medycznego łącznie o 38 osób (na podstawie pięciu dokumentów) oraz zgłosił nowy personel – łącznie 118 osób (na podstawie ośmiu dokumentów księgowych), których wartość dodatkowego świadczenia wynosiła łącznie 932 608,37 zł (tj. 9,7% wartości not pierwotnych)⁸².

109 SW wystąpił łącznie o 34 862,43 zł (tj. o 3,8% wartości not pierwotnych⁸³) – korekty składał – od 21 grudnia 2020 r. do 24 lutego 2021 r. (tj. do trzech miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego), w tym m.in. zgłosił łącznie siedem nowych osób (na podstawie trzech korekt), których wartość dodatkowego świadczenia wynosiła łącznie 35 862,43 zł (tj. 3,8% wartości not pierwotnych)⁸⁴.

(akta kontroli str. 39-50, 285-804)

Dyrektor wyjaśniła m.in. *ZOW NFZ w ocenie dokumentów składanych przez podmioty opierał się na zapisach Polecenia Ministra Zdrowia z 1 listopada 2020 r. w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz opiniach w sprawach*

⁷⁵ Odpowiednio: 884 356,48 zł (109 SW) i 3 639 301,71 zł (SPSK Nr 2).

⁷⁶ Tj. 405 osób (SPSK Nr 2).

⁷⁷ Dotyczących umów za: II i III poziom, jednostki PRM i izby przyjęć oraz laboratorium (łącznie 4 220 172,53 zł).

⁷⁸ Najwięcej w nocy księgowej zgłoszono 304 nowe osoby uprawnione – wartość dodatkowych świadczeń wynosiła łącznie 2 752 164,82 zł.

⁷⁹ Dotyczących umów za: III poziom, jednostki PRM i izby przyjęć (łącznie 3 577 006,37 zł).

⁸⁰ Najwięcej w nocy księgowej zgłoszono 142 nowe osoby uprawnione – wartość dodatkowych świadczeń wynosiła łącznie 951 053,57 zł.

⁸¹ Dotyczących umów za: II i III poziom, jednostki PRM i izby przyjęć oraz laboratorium (łącznie 9 574 993,62 zł).

⁸² Najwięcej w nocy księgowej zgłoszono 62 nowe osoby uprawnione – wartość dodatkowych świadczeń wynosiła łącznie 568 843,62 zł.

⁸³ Dotyczących umów za: II poziom oraz izbę przyjęć (łącznie 918 541,72 zł).

⁸⁴ Najwięcej w nocy księgowej zgłoszono cztery nowe osoby uprawnione – wartość dodatkowych świadczeń wynosiła łącznie 20 387,55 zł.

kształtowania się zasad wypłat dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego. Zgodnie z opinią Ministerstwa Zdrowia sygnatura DSZ.0212.523.2020.ASB z 30 listopada 2021 r. w ocenie Departamentu Dialogu Społecznego w przypadku szpitala na II i III poziomie, jeżeli osoby wykonujące zawody medyczne spełniają warunek bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w sposób ciągły i faktyczny uczestniczą bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów, to niezależnie od oddziału, w którym pracują są uprawnione do zgłoszenia i otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego. Ostatecznie kwalifikacja osób uprawnionych do otrzymywania świadczenia dodatkowego należy do decyzji kierownika jednostki. Ponadto należy podkreślić, że zakres danych przekazywanych przez podmioty do oddziałów w celu otrzymania dodatkowego świadczenia nie umożliwia w sposób jednoznaczny określenia, który personel udzielał świadczeń w komórkach organizacyjnych wpisanych na wykaz.

(akta kontroli str. 15-16)

Najwięcej zgłoszeń nowych osób uprawnionych, na podstawie korekt i not księgowych, dotyczyło osób wykonujących zawód medyczny, w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, udzielających świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, a w punkcie 1 lit. a) Polecenia MZ określono wymóg bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

SPSK Nr 2 – zgłosił łącznie 306 osób w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (tj. o 75,6% więcej) na podstawie trzech not księgowych i skorygował (zmniejszył) liczbę zgłoszonego personelu pierwszą notą o trzy osoby (na podstawie dwóch korekt). Zgłoszone osoby zostały przypisane do komórek organizacyjnych, w których nie udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu z zakresu kardiochirurgii wymagających terapii ECMO i nefrologii), m.in. z klinik: patologii noworodka; kardiologii z intensywnym nadzorem kardiologicznym; bloku porodowo-operacyjnego; chirurgii ogólnej i transplantacyjnej; położnictwa i ginekologii; ginekologii operacyjnej i onkologii ginekologicznej dorosłych i dziewcząt (natomiast zakres ginekologii i położnictwa realizował w ramach III poziomu – SPS ZOZ „Zdroje”).

SPS ZOZ „Zdroje” – zgłosił łącznie 142 osoby w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (o 44,2%) na podstawie jednej noty księgowej. Zgłoszone osoby zostały przypisane do komórek organizacyjnych, w których nie udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach III poziomu (z zakresu ginekologii i położnictwa, psychiatrii dziecięcej i psychiatrii dorosłych), m.in. z oddziałów: pediatrii, gastroenterologii i reumatologii; chirurgii dziecięcej; neurologii wieku rozwojowego i pediatrii; nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (natomiast zakres chirurgii dziecięcej realizował w ramach III poziomu – SPSK Nr 1).

SPSK Nr 1 – zgłosił łącznie 77 osób w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (o 8,1%) na podstawie trzech not księgowych i skorygował liczbę zgłoszonego personelu pierwszą notą o 19 osób (na podstawie jednej korekty). Zgłoszone osoby zostały przypisane do komórek organizacyjnych, w których nie udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach II i III poziomu zabezpieczenia (w tym w ramach III poziomu z zakresu chirurgii szczękowej, chirurgii dziecięcej i hematologii), m.in. z klinik: gastroenterologii; chirurgii ogólnej i chirurgii ręki; endokrynologii, chorób metabolicznych i chorób wewnętrznych; ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu; neurochirurgii; pediatrii, perinatologii, położnictwa i ginekologii (zakres ginekologii i położnictwa realizował w ramach III poziomu – SPS ZOZ „Zdroje”).

109 SW – zgłosił łącznie siedem osób w ramach II poziomu zabezpieczenia (o 5,6% – na podstawie trzech korekt), które udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w komórkach organizacyjnych II poziomu zabezpieczenia (wszystkie łóżka w szpitalu były covidowe).

Dwa podmioty (z pięciu) zgłosiły, na podstawie korekt i not księgowych, nowe osoby uprawnione udzielające świadczenia zdrowotne w jednostkach PRM i izbach przyjęć (określone w punkcie 1a lit. b) Polecenia MZ), z tego:

- SPSK Nr 1 – zgłosił 24 nowe osoby (o 23,1% więcej) na podstawie trzech not księgowych i zmniejszył liczbę zgłoszonego personelu pierwszą notą o jedną osobę (na podstawie jednej korekty),
- SPS ZOZ „Zdroje” – zgłosił jedną osobę (o 0,7%) na podstawie jednej noty księgowej.

Jeden podmiot (z trzech, z którymi ZOW NFZ zawarł umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na dodatkowe świadczenie osób wykonujących czynności diagnostyki laboratoryjnej⁸⁵) zgłosił 17 nowych osób (o 60,7% więcej) na podstawie dwóch not księgowych oraz skorygował liczbę zgłoszonego personelu pierwszą notą o 17 osób (na podstawie dwóch korekt).

(akta kontroli str. 285-804)

Dyrektorzy trzech szpitali (SPSK Nr 1, SPSK Nr 2, SPS ZOZ „Zdroje”) wystąpili na podstawie not księgowych i korekt o zwiększenie wysokości łącznej kwoty środków finansowych niezbędnej do wypłacenia dodatków covidowych osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych realizacji świadczeń zdrowotnych, w których nie wydzielono łóżek covidowych, tj. w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, określonych przez Wojewodę w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust.1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19.

(akta kontroli str. 305-774)

W punkcie 4 lit. b) załącznika do Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.) określono, że informacja, o której mowa w pkt 2 lit. b), przekazywana jest przez kierownika podmiotu dyrektorowi właściwego terytorialnie OW NFZ raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca w postaci elektronicznej w sposób zapewniający właściwą ochronę danych osobowych.

(akta kontroli str. 147)

W sprawie rozliczania nowych not księgowych składanych przez kierowników podmiotów uprawnionych nawet osiem miesięcy po okresie rozliczeniowym, zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła m.in.: *w poleceniu Ministra Zdrowia nie ustalono maksymalnego terminu wystawiania dokumentów księgowych tytułem należnych świadczeń dodatkowych. Umowy z uprawnionymi podmiotami OW NFZ zawiera na czas nieokreślony. W świetle treści art. 118 k.c. termin przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej wynosi trzy lata, stąd też przyjęto, że zasadnym jest uznanie faktur wystawionych też w późniejszym terminie. Z uwagi na termin, który ma charakter instrukcyjny, przekazanie informacji wraz z fakturami po w/w terminie nie pozbawia podmiotu prawa do otrzymania środków finansowych przeznaczonych na wypłatę świadczeń dodatkowych.*

(akta kontroli str. 839)

Oddział występował do dyrektorów SPSK Nr 1, SPSK Nr 2 i SPS ZOZ „Zdroje” m.in. o udzielenie wyjaśnień czy osoby zgłoszone⁸⁶, jako uprawnione w załączniku nr 3 realizowały świadczenia zdrowotne, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w komórkach organizacyjnych

⁸⁵ Tj. testów diagnostyki RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

⁸⁶ W pierwotnych notach księgowych oraz ich korektach lub nowych notach za rozliczony.

umieszczonych w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust.1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19.

Po otrzymaniu informacji potwierdzających uprawnienie zgłoszonych osób do dodatkowego świadczenia, Oddział przekazał środki finansowe na zapewnienie dodatkowych świadczeń personelowi medycznemu, który w załączniku nr 3 został przypisany do komórek organizacyjnych realizacji świadczeń, które nie udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym z podejrzeniem / zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach II oraz III poziomu zabezpieczenia (w wyznaczonych przez Wojewodę zakresach świadczeń opieki zdrowotnej). Podejmowane przez dyrektora Oddziału czynności wyjaśniające, potwierdziły ryzyko nieprawidłowego ustalenia przez dyrektorów ww. szpitali osób uprawnionych, do których zaliczono personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych, nierealizujących zadań poleconych przez Wojewodę w ramach II i III poziomu zabezpieczenia.

Wielokrotne składanie korekt / not księgowych, nawet osiem miesięcy po upływie okresu rozliczeniowego, w których zgłaszano, jako uprawnionych o 75,6% więcej osób niż w notach pierwotnych oraz liczba zgłoszonego personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do wyznaczonych przez Wojewodę łóżek covidowych (do 31 osób na łóżko) potwierdza zgłoszenie przez dyrektorów szpitali, jako osoby uprawnione, personelu medycznego, który nie udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w komórkach organizacyjnych II i III poziomu, w których wydzielono łóżka covidowe.

(akta kontroli str. 288-804)

Minister Zdrowia w Poleceniu zobowiązał NFZ do przekazania środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń, jednakże nie określił obowiązku weryfikacji przez NFZ informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania.

Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *W celu zapewnienia jednolitego sposobu realizacji ww. polecenia Ministra Zdrowia została opracowana, a następnie udostępniona reprezentatywnym organizacjom pracodawców, związków zawodowych oraz Centrali NFZ informacja z zakresu wykładni i sposobu realizacji polecenia (materiał oparto o najczęściej zadawane pytania wpływające do Ministerstwa Zdrowia) – kopie pism Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z 9 grudnia 2020 r. (znak: DSW.682.38.2020.PJ) oraz z dnia 11 grudnia 2020 r. (znak: DSW.682.38.2020.PJ).*

(akta kontroli str. 21-22)

Polecenie MZ z 4 września 2020 r., w którym określono zasady przyznawania dodatkowego świadczenia, zostało wydane na podstawie art. 10a ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19⁸⁷, który uprawniał ministra właściwego do spraw zdrowia do podejmowania innych niż określone w art. 10 działań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, finansowanych z budżetu w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Przepis ten obowiązywał do 4 września 2020 r. (do końca dnia), na podstawie art. 36 ust. 1 o szczególnych rozwiązaniach COVID-19.

Zmiany zasad i szczegółowych przesłanek przyznawania dodatkowego świadczenia określone zostały w zmianach Polecenia MZ – wprowadzanych na podstawie art. 42 ustawy o zmianie niektórych ustaw.

⁸⁷ Wprowadzony na podstawie art. 15 pkt. 7 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567 ze zm.) zmieniający m.in. ustawę o szczególnych rozwiązaniach COVID-19.

Informacje dotyczące sposobu realizacji Polecenia MZ zawarte ww. pismach Podsekretarza Stanu, nie zostały wprowadzone do treści Polecenia MZ z 4 września 2020 r., mimo iż było ono zmieniane przez Ministra Zdrowia, m.in. 1 listopada 2020 r., 25 listopada 2020 r., 8 marca 2021 r., 28 maja 2021 r. i 2 czerwca 2021 r. Wprowadzone przez Ministra Zdrowia zmiany w Poleceniu nie obejmowały zasad i informacji określonych w pismach pracowników Ministerstwa.

(akta kontroli str. 90-103, 135-150)

5) Średnia kwota dodatkowego świadczenia (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.⁸⁸) wynosiła od 3 811 zł do 10 172 zł, z tego w:

- SPWSZ „Arkońska” – od 7 793 zł⁸⁹ do 10 191 zł,
- SPSK Nr 1 – od 8 816 zł do 9 889 zł,
- SPSK Nr 2 – od 8 808 zł do 9 983 zł,
- SPS ZOZ „Zdroje” – od 7 177 zł do 8 038 zł,
- 109 SW – od 3 811 zł⁹⁰ do 8 173 zł.

(akta kontroli str. 264-273, 275, 825-836)

Wysokość świadczenia dodatkowego powinna być równa 100% wynagrodzenia danej osoby oraz nie wyższa niż 15 000 zł; w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Wysokość łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych uwzględnia pozostające po stronie pracodawcy koszty (punkt 3 lit. b) i punkt 4 załącznika do Polecenia MZ zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r.).

W Poleceniu MZ nie określono ograniczeń dotyczących wielokrotnych wypłat dodatkowego świadczenia, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w różnych pomiotach leczniczych w tym samym okresie rozliczeniowym, których łączna wartość przekraczała 15 000 zł.

(akta kontroli str. 147)

Oddział przeprowadził jedną analizę (wg stanu na 23 maja 2021 r.) wypłat dodatkowego świadczenia osobom uprawnionym, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych za dany okres rozliczeniowy (październik-grudzień 2020 r.). Dodatkowe świadczenie otrzymała trzykrotnie za listopad i grudzień 2020 r. jedna osoba, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w trzech podmiotach uprawnionych (tj. od 7 920 zł do 15 000 zł), łącznie otrzymała po 37 920 zł za listopad i grudzień 2020 r.

(akta kontroli str. 239-240)

Dyrektor wyjaśniła m.in.: *Dodatkowe świadczenie dla personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym / zakażonym wirusem SARS-CoV-2, w kwocie nie przekraczającej 15 000 zł przysługuje osobom zatrudnionym u każdego świadczeniodawcy, które wykonując zawody medyczne, spełniają warunek bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 i w sposób nieincydentalny uczestniczą bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów. Zatem wyniki analizy w zakresie możliwych wielokrotnych wypłat ww. środków tej samej osobie w różnych podmiotach, nie mogą mieć wpływu na weryfikację bieżących dokumentów księgowych. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż poważną przeszkodą*

⁸⁸ Na podstawie informacji kierowników podmiotów uprawnionych przekazanych do Oddziału o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia dodatkowych świadczeń i łącznej liczbie zgłoszonego personelu (wg załącznika nr 3).

⁸⁹ Tj. w maju 2021 r., w którym zgłoszono wyłącznie personel medyczny jednostek PRM (115 osób) i jednostek diagnostyki laboratoryjnej (45 osób).

⁹⁰ Tj. w marcu 2021 r., w którym zgłoszono wyłącznie personel medyczny izby przyjęć (49 osób).

w przeprowadzeniu wiążących analiz w tym zakresie jest fakt, iż dokumenty księgowe od świadczeniodawców docierają do ZOW NFZ nieregularnie, w terminach zależnych od świadczeniodawców, natomiast zgodnie z umową, ZOW NFZ ma jedynie trzy dni na dokonanie weryfikacji danych i dokonanie wypłaty. Jednocześnie do tychże dokumentów, tworzone są liczne wsteczne korekty, co powoduje realną płynność danych. Ponadto dane dotyczące poszczególnych osób mają postać arkuszy kalkulacyjnych, tworzonych przez poszczególnych świadczeniodawców. Zatem sprawdzenia krzyżowe przekazywanych danych, pomiędzy podmiotami musiałyby się odbywać po każdym przesłanym do oddziału dokumencie rozliczeniowym. W innym przypadku analiza zawsze byłaby obciążona błędem. Codzienne przetwarzanie takiej ilości danych, może przekraczać możliwości tego narzędzia. Wskazać należy także, iż personel wykonujący zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej może go wykonywać w różnych jednostkach w różnym, nie kolidującym wzajemnie czasie. Natomiast każdy podmiot uprawniony, zatrudniający tenże personel, jest zobowiązany do wypłaty przedmiotowego dodatku, wszystkim pracownikom spełniającym kryteria określone w Poleceniu Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str.17)

Na podstawie informacji kierowników uprawnionych podmiotów leczniczych (wg stanu na 10 sierpnia 2021 r.) za listopad i grudzień 2020 r. oraz styczeń i luty 2021 r., Oddział przekazał 221 179 538,19 zł na zapewnienie dodatkowych świadczeń osobom personelu medycznego łącznie w 28 010 przypadkach.

Dodatkowe świadczenie jednorazowo w kwocie 15 000 zł⁹¹ otrzymały osoby uprawnione łącznie w 3 429 przypadkach⁹² (12,1%). Środki finansowe na dodatkowe świadczenia w kwocie 15 000 zł przekazano:

- w 796 przypadkach (z 7 076) w listopadzie 2020 r. (tj. 11,2%),
- w 857 przypadkach (z 7 052) w grudniu 2020 r. (tj. 12,1%),
- w 934 przypadkach (z 7 234) w styczniu 2021 r. (tj. 12,9%),
- w 842 przypadkach (z 6 648) w lutym 2021 r. (tj. 12,7%).

Dodatkowe świadczenie w łącznej kwocie przekraczającej jego maksymalną wysokość, tj. powyżej 15 000 zł z tytułu udzielania świadczeń w różnych podmiotach uprawnionych otrzymało:

- 66 osób (z 796) w listopadzie 2020 r. (tj. 8,3%) od 15 010 zł do 38 640 zł (w tym 63 osoby – dwukrotnie łącznie w kwocie od 15 010 zł do 30 000 zł i trzy osoby – trzykrotnie łącznie w kwocie od 25 104 zł do 38 640 zł),
- 75 osób (z 857) w grudniu 2020 r. (tj. 8,8%) od 15 101 zł do 33 458 zł (w tym 72 osoby dwukrotnie łącznie – od 15 101,82 zł do 30 000 zł i trzy osoby trzykrotnie łącznie – od 15 971 zł do 33 458 zł),
- 79 osób (z 934) w styczniu 2021 r. (tj. 8,5%) od 15 100 zł do 38 640 zł (w tym 75 osób dwukrotnie łącznie – od 15 100 zł do 30 000 zł i cztery osoby trzykrotnie łącznie – od 18 040 zł do 38 640 zł),
- 68 osób (z 842) w lutym 2021 r. (tj. 8,1%) od 15 007 zł do 41 520 zł (w tym 58 osób dwukrotnie łącznie – od 15 007 zł do 30 000 zł i sześć osób trzykrotnie łącznie – od 16 549 zł do 41 520 zł).

Dodatkowe świadczenie w maksymalnej kwocie 15 000 zł otrzymało dwukrotnie (z tytułu udzielania świadczeń w różnych podmiotach leczniczych):

⁹¹ Bez kosztów pracodawcy.

⁹² Wyłącznie na podstawie danych z rachunków i korekt składanych przez świadczeniodawców po 1 marca 2021 r., w których nr PESEL zostały zanonimizowane.

- siedem osób w listopadzie 2020 r. (w tym dwie osoby, które otrzymały dodatkowe świadczenie trzykrotnie w miesiącu – łącznie otrzymały z tytułu dodatkowego świadczenia od 37 920 zł do 38 640 zł),
- cztery osoby w grudniu 2020 r.,
- pięć osób w styczniu 2021 r. (w tym jedna osoba, która otrzymała dodatkowe świadczenie trzykrotnie w miesiącu – łącznie otrzymała 38 640 zł),
- pięć osób w lutym 2021 r. (w tym dwie osoby, które otrzymały dodatkowe świadczenie trzykrotnie w miesiącu – łącznie otrzymały od 37 920 zł do 41 520 zł).

(akta kontroli str. 236, 818-824)

Analizę dotyczącą wysokości dodatkowych świadczeń przyznanych osobom uprawnionym udzielającym świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach, NIK przeprowadziła na podstawie danych określonych w wykazie (załączniku nr 3) opracowanym przez Oddział (wprowadzonym do stosowania przez podmioty uprawnione). Zawierał on m.in. dane identyfikujące personel medyczny oraz dotyczące wysokości wynagrodzenia wskazanego w oświadczeniu osoby uprawnionej i wysokości składek pracodawcy oraz łączną wartość dodatkowego świadczenia danej osoby.

Określona w Poleceniu MZ informacja o wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych obejmująca imię i nazwisko każdej osoby uprawnionej do świadczenia dodatkowego⁹³ nie umożliwiała porównania danych o wysokości dodatkowego świadczenia osób uprawnionych udzielających świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych.

(akta kontroli str. 56, 60, 147-148, 137, 139-140)

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. nie były wprowadzone zmiany w Poleceniu MZ z 4 września 2020 r. ograniczające możliwość wielokrotnych wypłat dodatkowego świadczenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych, których łączna wartość przekraczałaby 15 000 zł.

(akta kontroli str. 90-103, 135-150)

Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in.: *Określony w poleceniu limit 15 000 zł odnosi się do wysokości świadczenia dodatkowego brutto wypłacanego danej osobie w danym podmiocie leczniczym. W przypadku więc uprawnienia do świadczenia dodatkowego wynikającego z więcej niż jednego stosunku prawnego łączącego osobę uprawnioną z danym podmiotem leczniczym limit wysokości świadczenia dodatkowego nie ulega podwyższeniu (zwielokrotnieniu). Przyjęcie odmiennej wykładni treści polecenia prowadziłoby do nierówności podmiotów – osoby wykonujące pracę w oparciu tylko o jedną umowę byłyby w gorszej sytuacji niż osoby udzielające świadczeń w oparciu o kilka umów. Podkreślić należy, że celem polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ (wg stanu po zmianach z 1 listopada 2020 r.) jest podwojenie wysokości wynagrodzenia danej osoby, które przysługiwało jej z tytułu udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych na dzień udostępnienia informacji. Polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te są udzielane w sposób ciągły, czy nie). Zgodnie bowiem z punktem 3 lit. b załącznika do polecenia Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten*

⁹³ Jej nr PESEL i prawa wykonywania zawodu (jeśli posiadała).

miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego (...). Określenie w poleceniu regulacji we wskazanym wyżej kształcie było warunkowane przede wszystkim koniecznością pozyskania, wraz z narastaniem skali pandemii, dodatkowych kadr medycznych do zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Należało przy tym brać pod uwagę z jednej strony trudną do prognozowania dynamikę narastania liczby chorych i związanego z tym zapotrzebowania na kadry medyczne, z drugiej występujące w praktyce obawy części medyków podejmowania pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Pozyskanie wystarczającej liczby osób wykonujących zawody medyczne było warunkowane przedstawieniem odpowiedniej oferty finansowej. Oferta ta powinna musiała być przy tym atrakcyjna nie tylko dla kadr medycznych zarabiających na poziomie zbliżonym do średnich wynagrodzeń w gospodarce czy też w poszczególnych grupach zawodowych, ale również – przede wszystkim w przypadku lekarzy specjalistów – do wynagrodzeń otrzymywanych przez np. lekarzy anestezjologów. Musiała być również porównywalna do wysokości wynagrodzenia określonego dla osób kierowanych do pracy w trybie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹⁴.

(akta kontroli str. 23-25)

W sprawie trudności związanych z realizacją Polecenia MZ, zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła m.in.: *W związku z realizacją polecenia Ministra Zdrowia, ZOW NFZ został zobowiązany do przekazania uprawnionym podmiotom środków finansowych na dodatkowe świadczenia pieniężne w terminie trzech dni roboczych od dnia otrzymania przez dyrektora oddziału kompletu stosownych dokumentów pod warunkiem, że przesłane przez placówki dokumenty zostały prawidłowo sporządzone. Ustalenie tak krótkiego terminu realizacji polecenia, w sposób znaczący wpłynęło na bieżącą pracę w działalności komórki rozliczającej przedmiotowe świadczenia. W związku ze stanem epidemii COVID-19, do momentu odwołania, korespondencja przychodząca, w tym składana osobiście przez klientów, przed rejestracją podlegała obowiązkowej kwarantannie przez okres 24 godzin, co dodatkowo skracало czas na weryfikację przedłożonych dokumentów. Ze względu na absorbujące i czasochłonne czynności związane z prawidłowym rozliczaniem pierwotnych not oraz koniecznością weryfikacji wielu dodatkowych not korygujących, pracownicy Oddział skupili się na bieżących podstawowych zadaniach działu tak, aby przede wszystkim dochować wszelkich wymaganych terminów zarówno płatności, jak i powiadamiania świadczeniodawców o wykrytych nieprawidłowościach. Niewątpliwie, ogrom zadań dodatkowych, spowodował brak czasu na wnikliwe analizy i wsteczne monitorowanie realizacji umów za okres bieżący i lata ubiegłe, co nigdy wcześniej się nie zdarzało. Nie generowano w tym okresie szablonów korygujących za lata ubiegłe, co z kolei skutkowało brakiem egzekwowania od świadczeniodawców korekt za świadczenie nienależne. Zadania te, oczywiście są obecnie realizowane, ale też ich skala jest dużo większa. Praca pod presją czasu, brak jasnych wytycznych i mnóstwo rozbieżnych interpretacji prawnych w początkowym okresie po wprowadzeniu polecenia, mogła oczywiście skutkować popełnianiem błędów i pomyłek, które staraliśmy się wspólnie eliminować na każdym etapie realizacji tego i wszystkich innych zadań. Taka sytuacja z pewnością utrudniała naszą bieżącą pracę i wpływała na nią negatywnie. Obligatoryjne terminy realizacji zadań nowych i bieżących, wyznaczały priorytety ważności spraw do wykonania i tylko dzięki dobrej współpracy i rzetelnej pracy*

⁹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, ze zm.

w ekstremalnych warunkach pracowników i zarządzających przede wszystkim działów finansowych możliwe było sprostanie powierzonym obowiązkom.

(akta kontroli str. 839-840)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Oddział przekazał środki finansowe na zapewnienie dodatkowych świadczeń pięciu sanitariuszom 109 SW (za listopad 2020 r.) na kwotę 4 066 zł, w ramach umowy o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny, udzielającym świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Osoby te nie wykonywały zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej – stosownie do wymogu określonego w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ, zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 292)

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

Zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśnił: m.in., że *pracownik zatrudniony na stanowisku sanitariusza (noszowego) powinien posiadać wykształcenie, co najmniej podstawowe, przeszkolenie w miejscu pracy oraz ukończony kurs kwalifikacyjny dla sanitariuszy (sugerowany przez Ministerstwo Zdrowia czas trwania kursu: minimum 240 godzin, w tym 80 godz. zajęć teoretycznych i 160 godz. zajęć praktycznych opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, że sanitariusz szpitalny nie jest uprawniony do wykonywania przy pacjencie czynności medycznych, a zobowiązany jest do wykonania jedynie czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co odpowiada czynnościom opiekuna medycznego. Jednakże, stanowisko Ministra Zdrowia, nie ujmuje sanitariusza jako osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Krótki, trzydniowy termin na zweryfikowanie przekazanych danych w tym okres kwarantanny dokumentów oraz terminowa realizacja bieżących zadań, doprowadził do pomyłki w weryfikacji dokumentów w wyniku, której zostały wypłacone dodatkowe środki dla sanitariuszy – osób nieuprawnionych do dodatkowego świadczenia. W świetle obowiązujących zapisów ZOW NFZ, zwrócił się do 109 SW, pismem z 22 lipca 2021 r. oraz z 24 września 2021 r. o skorygowanie i zwrot środków wypłaconych niezgodnie z zasadami określonymi w umowie oraz poleceniu Ministra Zdrowia.*

(akta kontroli str. 838)

Zgodnie z punktem 1 i 4 załącznika do Polecenia MZ z 4 września 2020 r. (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r. i 28 maja 2021 r.) wskazanie osób uprawnionych do otrzymania dodatkowego świadczenia i określenie wysokości łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych należało do kierownika uprawnionego podmiotu leczniczego. Według załącznika (pozycja 147) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁹⁵ (pn. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy

⁹⁵ Dz. U. poz. 896.

w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami) do wymaganych kwalifikacji na stanowisku pracy sanitariusza określono podstawowe wykształcenie oraz kurs kwalifikacyjny dla sanitariuszy. Takie same kwalifikacje określono m.in. na stanowiskach pracy: starszej salowej oraz starszej pomocy laboratoryjnej. W § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia określono, że przez średnie wykształcenie medyczne należy rozumieć – tytuł inny niż tytuł zawodowy, nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych. Ww. rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. w celu określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy, kierując się bezpieczeństwem pacjentów oraz potrzebą zapewnienia efektywności zatrudnienia. Wykonywanie czynności zawodowych przez sanitariuszy nie zostało określone przez Ministra Zdrowia w przepisach prawnych regulujących zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (w tym gwarantowanych), tak jak na przykład opiekuna medycznego⁹⁶.

W Poleceniu MZ oraz w jego zmianach nie określono katalogu stanowisk pracy, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub współuczestnictwem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przez osoby inne niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z o działalności leczniczej. Zmiana Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. wprowadziła jednorazowe dodatkowe świadczenie pieniężne dla innych osób niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Uprawnienie to dotyczyło osób, które wykonywały czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, zarówno w podmiotach leczniczych (II i III poziomu zabezpieczenia), jednostkach PRM i izbach przyjęć, podmiotach wykonujących transport sanitarny oraz podmiotach, w których określone laboratoria wykonywały testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2⁹⁷. W uzasadnieniu zmiany Polecenia MZ z 28 maja 2021 r. określono, że zmiana ma na celu wprowadzenie regulacji przyznającej jednorazowe świadczenie pieniężne osobom niewykonyującym zawodu medycznego, które do tej pory nie były uprawnione do świadczenia dodatkowego, a wykonywały czynności zawodowe w warunkach bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz w laboratoriach, w których w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wykonywano testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

Polecenie MZ z 4 września 2020 r. zostało wydane na podstawie art. 10a ustawy o szczególnych rozwiązaniach COVID-19, który uprawniał ministra właściwego do spraw zdrowia do podejmowania innych niż określone w art. 10 działań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Zmiany zasad i szczegółowych przesłanek przyznawania dodatkowego świadczenia określone zostały w zmianach Polecenia MZ, wprowadzanych na podstawie art. 42 ustawy o zmianie niektórych ustaw⁹⁸.

W załączniku nr 3 Komendant 109 SW zgłosił, jako uprawnionych pięciu sanitariuszy. Przekazanie środków finansowych na zapewnienie dodatkowych świadczeń ww. osobom, stanowiło naruszenia zasad określonych w punkcie 1a lit. a) Polecenia MZ (zmienionego m.in. 1 listopada 2020 r.).

(akta kontroli str. 135-148)

⁹⁶ W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1658, ze zm.).

⁹⁷ Umieszczone na liście zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid> oraz zawarcia umowy o wykonanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

⁹⁸ Wprowadzone na podstawie art. 20 pkt. 5 i art. 42 ustawy o zmianie niektórych ustaw.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi 1) Przeprowadzone przez Oddział czynności sprawdzające potwierdziły, że w ramach umów o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na zapewnienie dodatkowych świadczeń w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, zgłoszono od 1 listopada 2020 r., jako osoby uprawnione do otrzymania dodatków covidowych, personel medyczny, który nie udzielał świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach realizowanych przez nich świadczeń pacjentom hospitalizowanym w II i III poziomie zabezpieczenia, które właściwy wojewoda określił dla konkretnej liczby łóżek w konkretnych okresach, a w przypadku III poziomu – dodatkowo w konkretnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadnym jest podjęcie działań w celu dokonania weryfikacji wszystkich zgłoszonych osób w komórkach organizacyjnych, które nie realizowały zadań określonych w decyzjach Wojewody dotyczących realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

2) W obowiązujących w okresie objętym kontrolą umowach o przekazanie środków finansowych z przeznaczeniem na zapewnienie dodatkowych świadczeń zawartych w ramach II i III poziomu zabezpieczenia, sporządzonych wg wzoru określonego przez Centralę NFZ oraz we wzorach informacji o wysokości łącznej kwoty na zapewnienie dodatkowych świadczeń (zał. nr 1A i 1B), użyto sformułowania udzielania świadczeń zdrowotnych „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem”, mimo że w punkcie 1 a lit. a) Polecenia MZ określono wymóg bezpośredniego kontaktu z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w ramach udzielanych świadczeń w II i III poziomie zabezpieczenia.

Wnioski Wyegzekwowanie od Komendanta 109 SW zwrotu kwoty 4 066 zł z tytułu przekazania środków finansowych na dodatkowe świadczenie (za listopad 2020 r.) pięciu sanitariuszom, niespełniającym wymogu wykonywania zawodu medycznego na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Szczecin, 29 października 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler
Bogumiła Mędrzak
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor