



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA.410.019.01.2021

Samodzielny Publiczny  
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej  
w Piekarach Śląskich  
Wpł. dnia 27.09.2021  
L.dz. 1230/2021  
Zat. dnia

Pan  
Bogdan Koczy  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego  
Szpitala Chirurgii Urazowej  
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich  
ul. Bytomska 62  
41-940 Piekary Śląskie

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bogdan Koczy, Dyrektor, powołany na stanowisko z dniem 26 listopada 1998 r. <sup>2</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja udzielania świadczeń po ogłoszeniu stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.</li><li>2. Dostępność świadczeń.</li><li>3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2021 (I półrocze) oraz 2019 r. w celach porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Beata Olejnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/112/2021 z 24 maja 2021 r.</li><li>2. Waldemar Góra, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr LKA/154/2021 z 19 lipca 2021 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-3, 727-728)

---

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital” lub „Jednostka”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.; dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

NIK ocenia pozytywnie organizację pracy oraz warunki lokalowe i sanitarne oddziałów Szpitala, które pozwalały na obniżenie ryzyka zakażeń wśród personelu udzielającego świadczeń medycznych w stanie epidemii i pacjentom trafiającym do jednostki w związku z koniecznością udzielenia im świadczeń zgodnych z profilem działania Szpitala oraz hospitalizowanych w związku z zakażeniem COVID-19. Stwierdzono jednak, że obowiązująca w Szpitalu procedura dotycząca postępowania ze zwłokami, wobec braku specjalnie wyznaczonego pomieszczenia, nie odzwierciedlała rzetelnie rzeczywistych możliwości w zakresie miejsca przechowywania ciała zmarłego pacjenta.

Szpital podejmował działania w celu zapewnienia właściwej opieki pacjentom, pomimo trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń leczenia szpitalnego (SZP) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w związku z wykonywaniem zadań związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W okresie objętym kontrolą sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala była zła, o czym świadczą: ujemny wynik finansowy, wzrost zobowiązań krótkoterminowych i wymagalnych, a także uzyskane przez Szpital wskaźniki zyskowności działalności operacyjnej i bieżącej płynności. Wpływ na powyższe miały głównie niewystarczające przychody uzyskiwane z tytułu świadczenia usług medycznych.

Niepełna realizacja w 2020 r. zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń, których wykonanie wyniosło 80,0% dla świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym oraz 68,7% świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ryczałtu PSZ), była wynikiem wprowadzenia w kraju stanu epidemii i konieczności ograniczenia przyjęć pacjentów, zarówno w oddziałach szpitalnych, jak i w AOS.

Szpital prawidłowo naliczył i wypłacił dodatkowe wynagrodzenie za pracę personelowi medycznemu mającemu bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital prowadził działalność leczniczą w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i wykonywał zadania nałożone na niego przez Wojewodę Śląskiego<sup>6</sup> oraz zadania wynikające z umieszczenia go przez Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>7</sup> w wykazie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>6</sup> Dalej: „Wojewoda”.

<sup>7</sup> Dalej: „ŚOW NFZ”.

Szpital został wpisany do „Wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku przeciwdziałaniem COVID-19”<sup>8</sup> opracowywanego przez Dyrektora ŚOW NFZ w porozumieniu z Wojewodą Śląskim i zgodnie z tym wykazem miał udzielać świadczeń o charakterze wstępnej kwalifikacji pacjentów typu „pretriage” w ramach Izby Przyjęć<sup>9</sup>.

Dnia 3 września 2020 r. Wojewoda, na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych<sup>10</sup>, decyzją ZDII.9611.8.9.2020, polecił jednostce, w terminie od 15 września 2020 r. do odwołania – realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w jednostce łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 w trakcie udzielania tych świadczeń. W ww. decyzji, Wojewoda zobowiązał jednostkę do poinformowania go w terminie do 9 września 2020 r. o liczbie przygotowanych miejsc do hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia. Dnia 8 września 2020 r. Dyrektor przekazał Wojewodzie informację o wyznaczeniu w oddziałach urazowo-ortopedycznych 12 łóżek do hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Gotowość do hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia Szpital osiągnął w dniu 15 września 2020 r. Tego samego dnia dokonano zmian w Wykazie, kwalifikując Szpital do I poziomu zabezpieczenia COVID-19.

(akta kontroli str. 11-36; 122; 132-139)

Przystępując do realizacji wyznaczonych zadań na I poziomie zabezpieczenia, Szpital wyposażony był w 12 łóżek intensywnej terapii i intensywnej opieki medycznej, przygotowanych w pomieszczeniach Oddziału VIII urazowo-ortopedycznego<sup>11</sup>. Od 30 października 2020 r. Szpital włączono do grupy podmiotów służby zdrowia zobowiązanych do zapewnienia łóżek pacjentom z COVID-19 wymagających hospitalizacji na II poziomie zabezpieczenia medycznego. Liczba dostępnych łóżek w Szpitalu w związku z powyższym uległa zwiększeniu i na dzień 31 grudnia 2020 r. wynosiła 18<sup>12</sup>, z czego sześć odpowiadało wymogom II poziomu zabezpieczenia (w tym dwa respiratorowe). W I kwartale 2021 r. w związku ze wzrostem fali zakażeń, na polecenie Wojewody<sup>13</sup> zmianie uległa liczba łóżek przeznaczonych dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia. W związku z tym na dzień 31 marca 2021 r. Szpital posiadał na I poziomie zabezpieczenia sześć łóżek, na II poziomie zabezpieczenia 22 łóżka „covidowe” (w tym sześć respiratorowych). Na dzień 30 czerwca 2021 r., z ogólnej liczby 317 łóżek, Szpital posiadał trzy łóżka na I poziomie zabezpieczenia dla pacjentów chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji.

(akta kontroli str. 21-26; 121; 132-134; 140)

W Szpitalu, w marcu 2020 r. zmodyfikowano procedurę dotyczącą zapobiegania rozprzestrzeniania się i minimalizacji ryzyka zakażeń (procedura nr PE-115), wprowadzając zapisy dotyczące *Postępowania z pacjentem urazowym z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2*<sup>14</sup>, uzupełniając ją

<sup>8</sup> Dalej: „Wykaz”.

<sup>9</sup> Dalej: „IP”.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, ze zm.; dalej: „ustawa o zwalczaniu COVID-19”.

<sup>11</sup> Dalej: „Oddział VIII”.

<sup>12</sup> Co stanowiło 5,7% bazy łóżkowej Szpitala na dzień 31 grudnia 2020 r., wynoszącej 317 łóżek.

<sup>13</sup> Decyzje Wojewody Nr ZDII.9611.8.61.2020 z dnia: 2, 5 i 23 marca 2021 r.

<sup>14</sup> Dalej: „Procedura PE-115”.

o schematy (z uwzględnieniem wind) bezpiecznych dróg transportu i poruszania się personelu medycznego wraz z pacjentami, z podziałem na strefy czyste i brudne.  
(akta kontroli str. 150-168)

W związku z nałożeniem przez Wojewodę na Szpital zadań związanych z zapewnieniem łóżek na I i II poziomie zabezpieczenia dla chorych z potwierdzonym zakażeniem COVID-19 wymagających hospitalizacji, w jednostce dokonano rozbudowy instalacji tlenowej w obrębie oddziału urazowo-ortopedycznego. Rozbudowy dokonano na podstawie Umowy nr ZKI 55/2020 z 21 grudnia 2020 r. zawartej pomiędzy Szpitalem a Wojewodą ze środków dotacji przyznanej decyzją ww. nr ZLK.6330.9.5.2020(18) z dnia 26 listopada 2020 r. w wysokości 37 800,00 zł.

(akta kontroli str. 15-16; 303-309; 426-435)

Najniższe średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych<sup>15</sup> odnotowano II i IV kwartale 2020 r. Jak wyjaśnił Dyrektor, powyższe było podyktowane zastosowaniem się do komunikatów Centrali NFZ, brakiem zapasów krwi i obaw przed zwiększoną transmisją wirusa pomiędzy pacjentami w podeszłym wieku (zarówno w Szpitalu, jak i oddziale Szpitala w Kochcicach). Dalej Dyrektor wyjaśnił, że w IV kwartale, oprócz ww. przyczyn, doszło do wysokiej absencji chorobowej wśród pracowników Szpitala i występowania ognisk zakażeń wśród hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku, których należało zabezpieczyć poprzez odizolowanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zasadami.

(akta kontroli str. 323; 582; 622; 628-633; 653-662)

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą (do 30 czerwca 2021 r.), hospitalizowano łącznie 939 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, z czego: w IV kwartale 2020 r. – 282, w I kwartale 2021 r. – 395 i w II kwartale 2021 r. – 262. Wspomagania oddychania wymagało w tym samym okresie łącznie 61 (6,5%) pacjentów, z czego: w IV kwartale 2020 r. – dziewięciu, w I kwartale 2021 r. – 23 i w II kwartale 2021 r. – 29 pacjentów. W analogicznych okresach jednostka dysponowała: na koniec IV kwartału 2020 r. - 18 łózkami „covidowymi”, w tym: 12 na I poziomie zabezpieczenia i sześcioma na II poziomie zabezpieczenia (w tym dwa respiratorowe), na koniec I kwartału 2021 r. – 28 łózkami „covidowymi”, w tym sześcioma na I poziomie zabezpieczenia i 22 na II poziomie (w tym sześć respiratorowych).

(akta kontroli str. 121)

Wg stanu na 31 grudnia lat 2019-2020 i 30 czerwca 2021 r., zasoby kadrowe Szpitala to średnio 102,35<sup>16</sup> etaty lekarskie, w tym jeden etat lekarza specjalisty z zakresu chorób zakaźnych<sup>17</sup> i 17,38<sup>18</sup> etatów lekarzy o specjalności anestezjologii i intensywnej terapii oraz średnio 285,75<sup>19</sup> etatów pielęgniarskich, w tym średnio

<sup>15</sup> Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych na oddziałach urazowo-ortopedycznych oraz w oddziałach rehabilitacyjnych Szpitala i w oddziale w Kochcicach wg stanu na 31 grudnia 2019 r. i w I, III, kwartale 2020 r. oraz I i II kwartale 2021 r. wahało się od 60,4% do 73,0%, podczas gdy w II i IV kwartale 2020 r. wynosiło odpowiednio 26,0% i 36,5%.

<sup>16</sup> Etaty lekarskie: wg stanu na dzień: 31 grudnia 2019 r. – 102,81; 31 grudnia 2020 r. – 107,06; 30 czerwca 2021 r. – 97,18.

<sup>17</sup> Etaty lekarskie o specjalności chorób zakaźnych: na dzień 31 grudnia 2020 r. – dwa etaty; na dzień 30 czerwca 2021 r. – jeden etat.

<sup>18</sup> Etaty lekarskie o specjalności anestezjologii i intensywnej terapii na dzień: 31 grudnia 2019 r. – 17,55; 31 grudnia 2020 r. – 16,55; 30 czerwca 2021 r. – 18,05.

<sup>19</sup> Etaty pielęgniarskie wg stanu na dzień: 31 grudnia 2019 r. – 293,25; 31 grudnia 2020 r. – 284, 30 czerwca 2021 r. – 280.

45 etatów pielęgniarek wykonujących pracę na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>20</sup>.

(akta kontroli str. 140)

Szpital w okresie od 31 grudnia 2019 r. do 30 czerwca 2021 r. dysponował średnio<sup>21</sup> 323 łózkami (w tym stale 15 łózkami respiratorowymi), z czego na: Oddziale I urazowo-ortopedycznym<sup>22</sup> – 24, Oddziale II urazowo-ortopedycznym<sup>23</sup> – 32, Oddziale III urazowo-ortopedycznym<sup>24</sup> – 30, Oddziale VI urazowo-ortopedycznym<sup>25</sup> – 18, Oddziale VIII – 21, Oddziale IX urazowo-ortopedycznym<sup>26</sup> – 27, Oddziale VII – 15, Oddziale IV chirurgii urazowo-ortopedycznej i neurotraumatologii<sup>27</sup> – 27, Oddziałach XI<sup>28</sup> i XII<sup>29</sup> Rehabilitacyjnych w Kochcicach odpowiednio – 48<sup>30</sup> i 48<sup>31</sup>, Oddziale V Rehabilitacji<sup>32</sup> – 18.

Wykorzystanie bazy łóżkowej Szpitala w ww. okresach czasu wynosiło średnio: łóżek respiratorowych - 56,20%; na Oddziale I - 61,78%, na Oddziale II – 59,79%, na Oddziale III – 57,83%, na Oddziale VI – 57,81%, na Oddziale VIII – 47,33%, na Oddziale IX – 54,13%, na Oddziale VII – 35,93%, na Oddziale IV – 56,13%, na Oddziale XI – 55,22%, na Oddziale XII – 57,00%, na Oddziale V – 66,80%.

(akta kontroli str. 323)

Obowiązujący w okresie prowadzenia czynności kontrolnych w Szpitalu Certyfikat Akredytacyjny<sup>33</sup> jednostka otrzymała w dniu 24 listopada 2020 r. po przeprowadzonej w dniach 2-4 września 2020 r. wizycie akredytacyjnej. Ocena łączna (poziom spełnienia przez Jednostkę standardów akredytacyjnych) wyniosła 88%<sup>34</sup>. Spośród badanych 12<sup>35</sup> standardów, zgodnie z Raportem z przeglądu

<sup>20</sup> Dalej: „OAI”. Etaty pielęgniarek wykonujących pracę na OAI, wg stanu na dzień: 31 grudnia 2019 r. – 46; 31 grudnia 2020 r. – 45; 30 czerwca 2021 r. – 44.

<sup>21</sup> Średnią obliczono wg danych na 31 grudnia 2019 r. i poszczególnych kwartałów 2020 i 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.

<sup>22</sup> Dalej: Oddział I lub Odcinek A.

<sup>23</sup> Dalej: Oddział II lub Odcinek B.

<sup>24</sup> Dalej: Oddział III lub Odcinek C.

<sup>25</sup> Dalej: Oddział VI lub Odcinek D.

<sup>26</sup> Dalej: Oddział IX lub Odcinek E.

<sup>27</sup> Dalej: Oddział IV.

<sup>28</sup> Dalej: Oddział XI.

<sup>29</sup> Dalej: Oddział XII.

<sup>30</sup> Liczba łóżek na Oddziale XI Rehabilitacyjnym w Kochcicach wynosiła: na dzień 31 grudnia 2019, 31 stycznia i 31 marca 2020 r. – 52 łóżka i uległa zmniejszeniu do 45 począwszy od II kwartału 2020 r. pozostając na niezmiennym poziomie aż do 30 czerwca 2021 r.

<sup>31</sup> Liczba łóżek na Oddziale XII Rehabilitacyjnym w Kochcicach wynosiła: na dzień 31 grudnia 2019, 31 stycznia i 31 marca 2020 r. – 52 łóżka i uległa zmniejszeniu do 45 począwszy od II kwartału 2020 r. pozostając na niezmiennym poziomie aż do 30 czerwca 2021 r.

<sup>32</sup> Dalej: Oddział V.

<sup>33</sup> Nr 2020/36, wydany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, dalej: „CMJ”.

<sup>34</sup> Raport nie zawiera wykazu standardów objętych badaniem, a jedynie wykaz tych, których nie spełniał, tj. które uzyskały po zbadaniu przez Komisję akredytacyjną 1 lub 3 punkty na 5 możliwych.

<sup>35</sup> W nawiasach podano numer dokumentu Szpitala odpowiadający poszczególnym standardom akredytacyjnym wg CMJ: ZZ 3; ZZ 8 (KJ-3 System zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych); SO 9.3 (EDT – 2 Postępowanie w sytuacji nadzwyczajnej z instalacją gazów medycznych); CO 1 (DOD – 1 Standard Przyjęć Planowych, Org – 1 Procedura postępowania w Izbie Przyjęć przy przyjęciu planowym i nieplanowym, Org -15 Przyjęcie pacjenta w oddział, Org – 25 Procedura przyjęcia pacjentów na oddziały rehabilitacyjne SP Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich); CO 2 (Med. – 72 Algorytm postępowania w sytuacji gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości jednostki, Org – 2 Postępowanie w sytuacjach szczególnych); CO 7 (Org – 5 Odmowy przyjęć do leczenia (hospitalizacji)); CO 8 (Analiza i wnioski – Izba przyjęć 2020 r.); CO 9.1 i CO 9.2 (Org – 7 Procedura przenoszenia pacjentów na zewnątrz Szpitala oraz między oddziałami szpitalnymi, zapewniająca ciągłość opieki); KZ 1; KZ 1.7 (PE-14 Stosowanie środków ochrony osobistej); KZ 1.10 (PE-45 Rodzaje izolacji oraz zakres ich stosowania); KZ 1.11 (PE-12 Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego).

akredytacyjnego<sup>36</sup>, Szpital nie spełnił<sup>37</sup>, według wizytatorów akredytacyjnych CMJ, standardu KZ 1.10 *Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia*, ze względu na to, że „nie w każdym oddziale w szpitalu są warunki do izolacji chorych – sale chorych z oddzielnym węzłem sanitarnym i służą fartuchowo-umywalkową”. Szpital nie posiadał opracowanej procedury dla standardu akredytacyjnego z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi - ZZ 3<sup>38</sup>.

Jednostka dysponowała opracowaną w 2012 r. i aktualizowaną procedurą KZ 1.11 *Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego*<sup>39</sup>, której celem było określenie sposobu postępowania pracowników szpitala w przerwaniu dróg transmisji zakażenia oraz zapobieganie rozszerzaniu się zakażenia, opracowaną na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala<sup>40</sup> oraz literatury z zakresu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym i wytycznych UE. Ogólne zasady identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego rozszerzono i uzupełniono w 2020 r. o procedury ograniczające rozprzestrzenianie się koronawirusa, co szerzej opisano powyżej w treści niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 194-197; 310-322; 444-581)

Szpital posiadał również procedurę DDT-3 *Systemy zabezpieczenia awaryjnego*: w energię elektryczną, w wodę i gazy medyczne. Ustalone systemy zabezpieczenia wraz z procedurą ŚO – 9.3 – *Postępowanie w sytuacji nadzwyczajnej z instalacją gazów medycznych* gwarantowały pacjentom wymagającym tlenoterapii ciągłość udzielania świadczeń na wypadek awarii stałego zbiornika kriogenicznego tlenu medycznego, będącego podstawowym źródłem zasilania w tlen medyczny.

Dyrektor ekonomiczny wyjaśnił, że w przypadku wystąpienia sytuacji awarii zaopatrzenia w gazy medyczne, której usunięcie nie jest możliwe w sposób opisany w obowiązujących w Szpitalu procedurach, pracownik Działu Technicznego (warsztatów) dostarcza na wózku transportowym z Centralnej Tlenowni, w miejsce niezbędne do terapii gaz w postaci sprężonej w butlach 10-litrowych wraz z reduktorem i dozownikiem, a ponadto każdy oddział posiada przynajmniej jedną butlę rezerwową.

(akta kontroli str. 448-449; 611-615; 622)

**1.2.** Kierownictwo Szpitala podejmowało działania w celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania jednostki po wystąpieniu sytuacji kryzysowej. W 2014 r. przyjęto, a następnie zaktualizowano w 2018 r., 2019 r. i 2021 r., Procedurę Org – 26<sup>41</sup> „Plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych (zdarzeń masowych, mnogich lub katastrof) na terenie Szpitala”<sup>42</sup>. Plan opracowano na podstawie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie

<sup>36</sup> Nie oceniano w trakcie wizyty akredytacyjnej standardu PP 8 – Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym.

<sup>37</sup> W ramach standardu KZ 1 – W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń, pozostałe standardy, nieobjęte kontrolą, których Szpital nie spełniał dotyczyły standardów: KZ 1.3 – sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych; KZ 1.8 – szczepienia personelu; KZ 4 – kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń; KZ 6 – w szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej; KZ 7 – w szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową. Wszystkie ww. standardy zostały ocenione przez wizytatorów CMJ na 3 pkt.

<sup>38</sup> Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.

<sup>39</sup> Procedura PE-12.

<sup>40</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 240, ze zm.

<sup>41</sup> Przyjęta przez Szpital Procedura odpowiadała standardom akredytacyjnym: CO 4, ZZ 8 i ŚO 6.

<sup>42</sup> Dalej: „Plan”.

medycyny ratunkowej dotyczących procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego (przekazanych pismem Wojewody Śląskiego NZVa.6310.24.2015 z 13 sierpnia 2015 r.) i zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Szpitala Nr 59/2014 z dnia 1 grudnia 2014 r. Plan nie dotyczył kwestii chorób zakaźnych stanowiących zagrożenie epidemiologiczne i pandemii, do których odniesiono się w odrębnych procedurach<sup>43</sup>.

W Planie ustalono m.in. powołanie i skład Zespołu Zarządzania Kryzysowego, algorytm postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia, opis metody TRIAGE, wzmocnienie obsady personalnej izby przyjęć w okresie największego przyływu osób poszkodowanych, algorytm postępowania w przypadku segregacji osób poszkodowanych, działania apteki szpitalnej w przypadku katastrof, zapewnienie żywienia w sytuacji kryzysowej, wsparcie psychospołeczne, określenie pomieszczeń do segregacji pacjentów, wyposażenie Izby Przyjęć, a także warianty działań w sytuacjach kryzysowych, rozmieszczenie oddziałów leczniczych w poszczególnych budynkach z liczbą łóżek, diagnostykę i zespoły sal chorych.

(akta kontroli str. 328-376; 169-173;180-181)

W celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania Szpitala w okresie obowiązywania stanu epidemii kierownictwo organizowało cotygodniowe spotkania Zespołów Zarządzania Kryzysowego, podczas których podejmowano decyzje dotyczące organizacji pracy Szpitala, wyznaczono pracowników Działu Epidemiologii do monitorowania zmian przepisów dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią oraz zaleceń dotyczących opieki nad pacjentami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2. Pracowników Działu Epidemiologii wyznaczono do monitorowania sytuacji epidemiologicznej w Szpitalu. Stale i na bieżąco utrzymywano kontakt z organem założycielskim Szpitala w formie videokonferencji przy współudziale Wojewody i przedstawicieli ŚOW NFZ celem, jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych, wymiany postanowień, wytycznych i zaleceń.

Kierownictwo Szpitala, podejmując działania mające na celu dostosowanie jednostki do opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2, wdrożyło procedury postępowania z pacjentami<sup>44</sup>, określiło reguły zachowania personelu, modyfikując je w zależności od bieżącego stanu wiedzy nt. zakażeń i sytuacji epidemiologicznej.

(akta kontroli str. 129; 150-168; 174-179; 439)

**1.3.** Jednostka, w oparciu o art. 11 i 12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>45</sup>, dysponowała opracowanymi procedurami mającymi na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie zapobiegania zakażeniu i transmisji SARS-CoV-2<sup>46</sup>. Procedury związane z zapobieganiem zakażeniom i chorobom zakaźnym dotyczyły: postępowania z pacjentami urazowymi z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2, pacjentów „zwykłych” przyjmowanych na oddziały Szpitala w ramach przyjęć przypadków ostrych jak i planowych, z uwzględnieniem zasad przyjęcia dla

<sup>43</sup> Szczegółowy plan zabezpieczenia szpitala w sytuacji epidemii koronawirusem SARS-CoV-2.

<sup>44</sup> Procedura PE – 115 – Postępowanie z pacjentem urazowym z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, ze zm.; dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”.

<sup>46</sup> Postępowanie w związku ze zmienionymi przepisami dotyczącymi izolacji i kwarantanny – PE-118; Postępowanie z pacjentem urazowym z podejrzeniem zakażenia koronawirusem – PE-115; Szczegółowy plan zabezpieczenia Szpitala w sytuacji epidemii koronawirusem – PE-116; Zasady postępowania mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania zakażeń SARS-CoV-2 – PE-117.



poszczególnych rodzajów przyjęć i uwzględniając specyfikę pracy oddziałów, zwłaszcza Izby Przyjęć, Pracowni RTG, Bloku Operacyjnego i zasad postępowania pooperacyjnego z pacjentem zakażonym.

W procedurach uwzględniono szczegółowe zasady ochrony personelu, wynikające z wytycznych opracowanych zarówno przez ekspertów z zakresu epidemiologii<sup>47</sup>, jak i wskazówek dostępnych na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego<sup>48</sup>. Procedury zapobiegające zakażeniom SARS-CoV-2 wśród pacjentów i personelu modyfikowano, dostosowując ich zapisy do sytuacji epidemiologicznej i zadań Szpitala w związku z umieszczeniem go przez Dyrektora ŚOW NFZ w wykazie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

(akta kontroli str. 123-124; 150-162; 183-189; 190-193)

Ze zmianami w procedurach ograniczających zakażenia lub procedurami wprowadzanymi w związku z ogłoszeniem stanu epidemii zapoznawano zarówno pracowników medycznych, jak i pozostały personel Szpitala na bieżąco, co potwierdzano własnoręcznym podpisem.

(akta kontroli str. 249-250; 275)

Przestrzeganie wdrożonych procedur ograniczających i zapobiegających transmisji koronawirusa na terenie Szpitala, podobnie, jak i innych zakażeń, weryfikował i dokonywał oceny ich skuteczności Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych<sup>49</sup>. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu regularnie dokonywano kontroli przechowywania, dostępności i zasad stosowania środków ochrony indywidualnej wśród personelu medycznego i niemedycznego, stanu środków dezynfekcyjnych i ich stosowania, postępowania z odpadami medycznymi, prawidłowej higieny rąk (tzw. pięciu momentów dezynfekcji rąk), znajomości procedur na wypadek zanieczyszczenia powierzchni materiałem biologicznym. Pod kątem znajomości i stosowania przez personel procedur „przeciwcovidowych” wdrożonych w Szpitalu skontrolowano także oddziały: OIT VIII, Izbę Przyjęć i sekcję transportu sanitarnego. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 141-142; 276-301)

**1.4.** Po ogłoszeniu stanu epidemii kierownictwo Szpitala dokonało modyfikacji zasad pracy i funkcjonowania zarówno personelu medycznego, jak i administracyjnego. Podjęto działania polegające na: wprowadzeniu pracy zmianowej; przypisaniu personelu do jednego miejsca pracy, w tym personelu sprzątającego; przeszkoleniu pracowników z zakresu zachowania bezpiecznego dystansu między pracownikami; zweryfikowaniu rozlokowania pracowników i wprowadzeniu barier między pracownikami blisko siebie siedzącymi; wyznaczeniu stref do przechowywania rzeczy osobistych; dezynfekcji powierzchni dotykowych i obiektów przez personel sprzątający środkami dezynfekującymi; rezygnacji ze wspólnego przygotowywania i spożywania posiłków; używaniu osobistych długopisów; ograniczeniu do minimum obiegu dokumentów papierowych; wydzieleniu oddzielnych wejść do budynku dla poszczególnych grup personelu i pacjentów i wprowadzeniu zasady zgłaszania problemów, uchybień oraz incydentów związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem wprowadzonych zabezpieczeń. Ponadto wprowadzono obowiązek dezynfekcji telefonów po każdym ich użyciu, prowadzono dezynfekcję miejsc

<sup>47</sup> P. Grzesiowski (red.), Wytyczne postępowania z pacjentami z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS- 2 (choroba COVID-19), Warszawa 02.03.2020; Rekomendacje postępowania z pacjentami z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (choroba COVID-19) wydane przez Radę Naukową TUW PZUW.

<sup>48</sup> [www.gis.gov.pl/aktualności/zasady-postepowania-z-osobami-podejrzanyimi-o-zakazenie-koronawirusem-2019-NCOV/](http://www.gis.gov.pl/aktualności/zasady-postepowania-z-osobami-podejrzanyimi-o-zakazenie-koronawirusem-2019-NCOV/); [www.cdc.gov/coronavirus2019-nCoV/summary.html](http://www.cdc.gov/coronavirus2019-nCoV/summary.html)

<sup>49</sup> Dalej: ZKZS.

kontaktowych takich jak klamki, a na korytarzach rozmieszczono pojemniki ze środkami do dezynfekcji rąk wraz z informacją o konieczności częstej ich dezynfekcji. Pracownicy zostali zobligowani do noszenia maseczek ochronnych. Ewidencja czasu pracy w Szpitalu realizowana była z wykorzystaniem systemów informatycznych i kart zbliżeniowych, w związku z tym nie wystąpiła konieczność wprowadzania jakichkolwiek ograniczeń czy modyfikacji w tym zakresie.

(akta kontroli str. 635-636)

**1.5.** W Szpitalu podjęto działania w kierunku wczesnego wykrywania zakażeń SARS-CoV-2. W tym celu w Szpitalu opracowano i przyjęto: algorytm postępowania z pracownikiem, u którego występuje podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2, zasady pobierania pracownikom wymazów w kierunku SARS-CoV-2, zalecenia pobierania, wykonywania testów pracownikom Szpitala przebywającym we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami zatrudnionymi w górnictwie, procedurę postępowania w przypadku kontaktu pracownika z osobą zakażoną, zalecenie dla pracowników powracających z urlopów wykonania kontrolnego badania w kierunku SARS-CoV-2. Zasady wykonywania testów ustalono w oparciu o „Definicję przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2” (opracowanie GIS) oraz wytyczne z zakresu diagnostyki laboratoryjnej SARS-CoV-2 (wydane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji).

Od kwietnia 2020 r. do końca czerwca 2021 r. w Szpitalu wykonano 1 557 testów<sup>50</sup> i pobrano 360 próbek na obecność przeciwciał<sup>51</sup>. Średnia liczba testów wykonanych w Szpitalu, w przeliczeniu na jednego pracownika wyniosła: w 2020 r. - 1,47 i w 2021 r. (do końca I półrocza) – 0,24. Częstotliwość testowania personelu zależała od sytuacji epidemiologicznej i potrzeb występujących na danym oddziale. Czas oczekiwania na wyniki testów przeprowadzanych wśród personelu ulegał stopniowemu skróceniu. W pierwszym i drugim kwartale 2020 r. czas oczekiwania wynosił od 48 do 24 godzin, natomiast w II połowie 2020 r. uległ skróceniu od 12 do 6-8 godzin w grudniu 2020 r. Ten trend utrzymał się również w 2021 r. – w okresie styczeń-kwiecień czas oczekiwania na wyniki wynosił 6-8 godzin, a w maju i czerwcu 2021 r. – 4-6 godzin.

(akta kontroli str. 189; 377-387)

**1.6.** W okresie objętym kontrolą personelowi Szpitala zagwarantowano dostęp do środków ochrony indywidualnej<sup>52</sup>, wpływając w ten sposób na ograniczanie transmisji czynników chorobotwórczych pomiędzy personelem a pacjentami. Jednostka pozyskiwała ŚOI m.in. z Agencji Rezerw Materiałowych oraz zasobów magazynowych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Dyrektor ds. ekonomicznych wyjaśnił, że w początkowym okresie pandemii konieczne było wnioskowanie o przydział ŚOI, od czego w późniejszym czasie odstąpiono i środki przyznawano zgodnie z ustalonym rozdzielnikiem. Ponadto podał, że pracownicy Szpitala, w początkowej fazie pandemii, ze względu na poważne trudności w pozyskiwaniu ŚOI, na własną rękę próbowali pozyskać niezbędne dla personelu środki.

(akta kontroli str. 637; 673-689)

W Szpitalu, celem ograniczania transmisji zakażeń stosowano: rękawiczki, kombinezony ochronne, fartuchy wodoodporne z długimi rękawami, maski chirurgiczne, maski z filtrem FFP3 i FFP2 oraz gogle i przyłbice. Kontrole

<sup>50</sup> Z czego: w 2020 r. wykonano 1 329 testów PCR (testy genowe) i w 2021 r. wykonano łącznie 228 testów, w tym: 152 testy PCR i 76 testów PCL (antygenowych).

<sup>51</sup> Z czego: testów na obecność przeciwciał w 2020 r. wykonano 355, a w 2021 r. (do 30 czerwca) pięć.

<sup>52</sup> Dalej: „ŚOI”.

wewnętrzne prowadzone przez osoby wchodzące w skład ZKZS wskazywały, że ŚOI były dostępne dla pracowników w ilości niezbędnej do udzielania świadczeń w każdej ze skontrolowanych komórek organizacyjnych Jednostki. Liczone kwartalnie<sup>53</sup> średnie dzienne zużycie ŚOI w Szpitalu, w odniesieniu do średniego dziennego zużycia ŚOI w całym 2019 r.<sup>54</sup>, wzrosło o: 566,32% dla zużycia rękawiczek ochronnych, o 457,69% dla zużycia fartuchów wodoodpornych z długimi rękawami i o 3 514,81% dla zużycia masek chirurgicznych. W 2019 r. nie stosowano: kombinezonów ochronnych, masek z filtrem FFP3 i FFP2 oraz gogli i przyłbic. Ich średnie dzienne zużycie w czterech kwartałach 2020 r. i dwóch 2021 r., kształtowało się na poziomie: 16 kombinezonów ochronnych, 40 masek FFP3, 44 maski FFP2 i dwie przyłbice bądź gogle ochronne.

(akta kontroli str. 276-302)

W Szpitalu obowiązywała, wprowadzona w 2009 r. i następnie zaktualizowana w listopadzie 2018 r., procedura pt. „Stosowanie środków ochrony osobistej”<sup>55</sup>, w której określono grupy zawodowe zobowiązane do stosowania ŚOI, rodzaj ŚOI dostosowanych do wymogów i charakterystyki pracy w oddziałach i komórkach organizacyjnych Jednostki. Ww. procedurę uzupełniono w 2020 r. o informacje dotyczące rekomendowanych rodzajów środków ochrony osobistej dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2. Do procedury dołączono instrukcję dotyczącą kolejności ubierania i zdejmowania ŚOI oraz czasu stosowania masek chirurgicznych. Rodzaj ŚOI stosowanych w kontakcie z pacjentami z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych SAR-CoV-2, określono również w dokumentach: „Postępowanie z pacjentem urazowym z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2”<sup>56</sup>, „Postępowanie z pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2” (z 19 marca 2020 r.), „Zasady postępowania mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania zakażeń SARS-CoV-2”<sup>57</sup>, „Postępowanie w przypadku podejrzenia infekcji koronawirusem 2019-nCoV” (ze stycznia 2020 r.). Z treścią ww. dokumentów zapoznano pracowników Szpitala.

(akta kontroli str. 153-154; 175-176; 187-189; 194-208; 226-240; 251-255)

Analiza stanów magazynowych Apteki Szpitalnej oraz stanu wybranych ŚOI przeprowadzona dla Oddziału VIII i OAiT (odcinka pooperacyjnego), z okresu dwóch ostatnich tygodni grudnia 2020 r. i dwóch ostatnich tygodni marca 2021 r., wykazała, że pracownicy oddziałów zostali odpowiednio zabezpieczeni w ŚOI, a ich dzienne zużycie nie odbiegało od średniego dziennego zużycia liczonego dla całego Szpitala i wynosiło dla obu oddziałów: 423 pary rękawiczek<sup>58</sup>, 75 kombinezonów ochronnych<sup>59</sup>, 19 fartuchów wodoodpornych z długimi rękawami<sup>60</sup>, 90 maseczek chirurgicznych<sup>61</sup>, 48 masek FFP3<sup>62</sup>, 40 masek FFP2<sup>63</sup>. W analizowanym okresie na ww. Oddziałach nie używano: fartuchów plastikowych i gogli/przyłbic ochronnych.

<sup>53</sup> Od I kwartału 2020 r. do końca II kwartału 2021 r.

<sup>54</sup> W całym 2019 r. w Szpitalu używano średnio dziennie: 3994 par rękawiczek, 78 fartuchów wodoodpornych z długimi rękawami i, 108 masek chirurgicznych.

<sup>55</sup> PE-14 (KZ 1.7).

<sup>56</sup> Procedura PE-115.

<sup>57</sup> Procedura PE-117.

<sup>58</sup> 210 par na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 213 par na OAiT.

<sup>59</sup> 36 na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 39 na OAiT.

<sup>60</sup> 13 na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 6 na OAiT.

<sup>61</sup> 67 na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 23 na OAiT.

<sup>62</sup> 35 na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 13 na OAiT.

<sup>63</sup> 13 na oddziale I urazowo-ortopedycznym i 27 na OAiT.

Jednocześnie stwierdzono, że w zaopatrzeniu Apteki Szpitalnej, w badanym okresie wybranych czterech tygodni, wystąpił krótkotrwały brak masek FFP3 (z zaworem) w dniach 29-30 marca 2021 r.

(akta kontroli str.586-610)

**1.7.** Personel medyczny Szpitala bezpośrednio zaangażowany w udzielenie świadczeń medycznych na oddziale „covidowym” był szkolony zarówno z procedur stosowania ŚOI, jak i zapoznawany z algorytmami postępowania i leczenia pacjentów chorych na COVID-19 przebywających na Oddziale. Szkolenia z zakresu stosowania SOI były przeprowadzone wraz z praktycznymi ćwiczeniami z zakresu ubierania i zdejmowania ŚOI. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne z zakresu leczenia pacjentów z COVID-19 przekazywano personelowi medycznemu na szkoleniach wewnętrznych prowadzonych przez lekarzy chorób zakaźnych oraz udostępniając wytyczne: epidemiologiczne i Ministerstwa Zdrowia<sup>64</sup>.

(akta kontroli str. 690-691; 963-1002)

**1.8.** Warunki organizacyjne w Szpitalu odpowiadały wymaganiom, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu<sup>65</sup> w dniach 29-30 kwietnia 2019 r.<sup>66</sup> przeprowadził kontrolę oceny spełniania wymagań higieniczno-zdrowotnych w obiekcie we wszystkich pomieszczeniach oddziałów: Urazowo-Ortopedycznych, Oddziału Rehabilitacyjnego, Oddziału VII, Oddziału X (OAI), Oddziału Intensywnej Opieki Pooperacyjnej, Działu Rehabilitacji, Zespołu Lecznictwa AmbulATORYJNEGO (Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dorosłych, Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży, Poradnia Rehabilitacyjna, Przychodnia Zakładowa), Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznego, Centralnej Sterylizacji, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zespołu Sal Operacyjnych oraz Laboratorium diagnostycznego (analitycznego i mikrobiologicznego). Kontrola PPIS nie wykazała niezgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>67</sup>.

(akta kontroli str. 708-726)

W Szpitalu zapewniono izolację osób podejrzanych o zachorowanie lub chorych na COVID-19, poprzez wydzielenie izolatek na IP<sup>68</sup> dla pacjentów spełniających kryteria zakażenia, wydzielenie stref czystych i brudnych do poruszania się po budynku i oddziałach Szpitala personelu medycznego z pacjentami i zminimalizowanie miejsc krzyżowania się dróg czystych i brudnych przeznaczonych do poruszania się pacjentów, których wytyczenie w taki sposób było wymuszone ograniczeniami architektonicznymi budynku. Szlaki komunikacji wyznaczono z uwzględnieniem specyfiki budynku Szpitala i dostępu pacjentów do diagnostyki. Regulacje w tym zakresie ujęto w załączniku do procedury P-115 pn. „Szczegółowy plan zabezpieczenia szpitala na wypadek wystąpienia nowego koronawirusa SARS-CoV-2 i schematów graficznych przedstawiających drogi poruszania się z podziałem na „czyste” i „brudne”. Uzupełnieniem ww. procedury była wersja szczegółowa postępowania z pacjentami podejrzаныmi o zakażenie lub

<sup>64</sup> Powyższych ustaleń dokonano na podstawie 20 odpowiedzi udzielonych przez losowo wybranych lekarzy i pielęgniarki Szpitala zaangażowanych bezpośrednio przy udzielaniu świadczeń medycznych chorym na COVID-19.

<sup>65</sup> Dalej: „PPIS”.

<sup>66</sup> W 2020 r. PPIS nie przeprowadził w Szpitalu kontroli w ww. zakresie.

<sup>67</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.

<sup>68</sup> W Szpitalu nie było SOR.

zakażonymi opracowana 19 marca 2020 r. dla Izby przyjęć, a także dla sytuacji, w których przyjęty na IP zakażony pacjent będzie wymagał procedur diagnostycznych (np. RTG), leczenia operacyjnego, przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i postępowania z pacjentem zakażonym po zabiegu operacyjnym w sali izolacyjnej, w sytuacji, kiedy stan chorego będzie uniemożliwiał przekazanie go do leczenia w szpitalu referencyjnym leczącym chorych na COVID-19.

Sposób zabezpieczenia personelu podczas wykonywania procedur medycznych związanych z powstawaniem aerozolu określono w procedurze PE-117 – „Zasady postępowania mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania zakażeń SARS-CoV-2”, w części dotyczącej rodzaju stosowanych ŚOI przez personel medyczny w kontakcie z pacjentami zakażonymi.

(akta kontroli str. 150-189)

**1.9.** Szpital posiadał procedurę postępowania ze zwłokami pn. „Org-52 – Zgon pacjenta – postępowanie ze zwłokami”<sup>69</sup> wraz z aneksami zawierającymi wskazówki postępowania ze zwłokami osób zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) oraz procedury dotyczące dezynfekcji ciągów komunikacyjnych, którymi transportowano zmarłych<sup>70</sup>.

Szpital nie posiadał pomieszczeń do krótkotrwałego<sup>71</sup> ani do długotrwałego<sup>72</sup> przechowywania zwłok<sup>73</sup>. Jak wyjaśnili Dyrektor ekonomiczny oraz zastępująca Pielęgniarkę Naczelną Szpitala, zwłoki pacjenta zmarłego w Szpitalu odbierane są przez przedstawicieli firmy pogrzebowej bezpośrednio z sali oddziału i transportowane do chłodni poza terenem Szpitala. Pomimo tego, co przedstawiono także dalej (w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”), w Standardzie Org-52 (w punkcie 8) ustalono, że: „W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu przez okres 2 godzin”. Z kolei w punkcie 16 Standardu Med-52 ustalono, że w przypadku zgonu pacjenta na Bloku Operacyjnym, zwłoki do czasu przewiezienia ich do chłodni przechowywane są w oddziale macierzystym pacjenta. Zastępująca Pielęgniarkę Naczelną wyjaśniła ponadto, że jeśli są przesłanki do stwierdzenia, że pacjent umiera, wówczas personel Szpitala stara się go przetransportować do sali jednoosobowej. Jeśli jednak dojdzie do zgonu w sali wieloosobowej, wówczas pacjentów współtowarzyszących transportuje się do innych sal, pozostawiając zmarłego w sali na oddziale do momentu odebrania go przez firmę pogrzebową.

(akta kontroli str. 186; 326-327; 388-396; 397-399; 665)

W miesiącach listopad 2020 r. i kwiecień 2021 r. w Szpitalu zmarło odpowiednio siedmiu<sup>74</sup> i 28 pacjentów<sup>75</sup>. Najwyższe dobowe liczby zgonów odnotowano w kwietniu 2021 r., kiedy to sześciokrotnie<sup>76</sup> odnotowywano dziennie po dwa zgony.

(akta kontroli str. 663-664)

---

<sup>69</sup> Dalej: „Standard Med-52”.

<sup>70</sup> Procedura PE-117 Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, pkt 6 – postępowanie ze zwłokami.

<sup>71</sup> Tzw. pro morte.

<sup>72</sup> Chłodnia.

<sup>73</sup> Wg § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. poz. 420), w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku - w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

<sup>74</sup> W tym pięciu z powodu COVID-19.

<sup>75</sup> W tym 25 z powodu COVID-19.

<sup>76</sup> W dniach 5, 6, 7, 13, 22 i 26 kwietnia 2021 r.

Analiza dokumentacji siedmiu pacjentów zmarłych w Szpitalu w listopadzie 2020 r. wykazała, że czas pomiędzy godziną zgonu i przekazaniem ciała firmie pogrzebowej celem przewiezienia go do chłodni był nie krótszy niż dwie godziny i wahał się od dwóch do trzech godzin i 15 minut.

(akta kontroli str. 666-672)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W obowiązującej w Szpitalu pisemnej procedurze postępowania ze zwłokami nie uwzględniono rzetelnie rzeczywistych możliwości Szpitala w zakresie miejsca przechowywania ciała zmarłego pacjenta

W Standardzie Med-52 „Zgon pacjenta – postępowanie ze zwłokami w oddziale” wskazano, by zwłoki zmarłych w Szpitalu pacjentów, do czasu przewiezienia do chłodni, przechowywać „(...) w specjalnie wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu przez okres 2 godzin”. Mimo iż Szpital nie dysponował pomieszczeniami do przechowywania zwłok (do krótkotrwałego ani do długotrwałego ich przechowywania), co w złożonych wyjaśnieniach potwierdzili przedstawiciele Szpitala (Dyrektor ds. ekonomicznych Szpitala<sup>77</sup> oraz zastępująca Pielęgniarkę Naczelną Szpitala), do procedury postępowania ze zwłokami wprowadzono wskazany wyżej zapis, opracowany i przyjęty w brzmieniu sugerującym, że Szpital takie pomieszczenie posiada.

Dyrektor ds. ekonomicznych nie wyjaśnił, dlaczego na terenie Szpitala brak jest pomieszczenia, o którym mowa w Standardzie Med-52, jak również nie wyjaśnił, dlaczego standard ten został opracowany i przyjęty w brzmieniu, które sugeruje, że Szpital takie pomieszczenie posiada. Dyrektor ds. ekonomicznych przyznał jednocześnie, że ww. Standard Med-52 wymaga „(...) stosownej aktualizacji”.

Dyrektor ds. ekonomicznych i zastępująca Pielęgniarkę Naczelną wyjaśnili ponadto, że zwłoki pacjentów zmarłych w Szpitalu odbierane są przez zakład pogrzebowy z sali na oddziale Szpitala, na którym doszło do zgonu, natomiast pacjenci przebywający w tym czasie w sali, w której doszło do zgonu, są (do chwili odbioru zwłok i dezynfekcji pomieszczenia) „czasowo alokowani do innych sal chorych w obrębie oddziału”.

NIK dostrzega przy tym, że w okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęła żadna skarga na sposób postępowania ze zwłokami pacjentów.

(akta kontroli str. 388-396; 397-399; 665, 1017-1019)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym zakresie, pomimo stwierdzonej nieprawidłowości. Organizacja pracy oraz warunki sanitarne oddziałów pozwalały na zapewnienie bezpieczeństwa personelowi udzielającemu świadczeń medycznych w stanie epidemii i pacjentom trafiającym do jednostki w związku z koniecznością udzielenia im świadczeń zgodnych z profilem działania Szpitala oraz hospitalizowanych w związku z zakażeniem COVID-19.

OBSZAR

## 2. Dostępność świadczeń zdrowotnych

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W Szpitalu wystąpiły przypadki czasowego ograniczenia lub braku dostępu do świadczeń SZP oraz AOS, które związane były z wydaniem przez NFZ zaleceń w zakresie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w związku

<sup>77</sup> W odpowiedzi na pismo skierowane w toku kontroli przez kontrolera NIK do Dyrektora Szpitala.

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (co szerzej opisano w punkcie 1.1. niniejszego wystąpienia)<sup>78</sup>.

W II i IV kw. 2020 r. ograniczono wykonywanie zabiegów endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych ze względu na brak zapasów krwi oraz możliwość transmisji wirusa, a także ograniczono leczenie pacjentów w ramach oddziałów rehabilitacyjnych w Piekarach Śląskich i Kochcicach, głównie ze względu na obawy transmisji wirusa pomiędzy pacjentami w podeszłym wieku.

Ponadto, ograniczenia przyjęć pacjentów w IV kw. 2020 wynikały również z absencji pracowników oraz występujących ognisk zakażeń wśród pacjentów hospitalizowanych i związanej z tym konieczności izolacji chorych<sup>79</sup>.

Szpital na bieżąco informował Dyrektora ŚOW NFZ o ograniczeniach w udzielaniu świadczeń, jak również o przerwie w działalności VI Oddziału urazowo-ortopedycznego w dniach od 23 czerwca do 31 sierpnia 2020 r., co jednak nie wiązało się z koniecznością sporządzenia aneksu do umowy na udzielanie świadczeń z NFZ.

(akta kontroli str. 622-624, 628-632, 931-962)

Liczba świadczeń zrealizowanych w zakresie AOS i SZP w 2020 r. spadła w porównaniu do 2019 r. o 37%. Liczba świadczeń udzielonych w AOS w 2019 r. wyniosła 48 842, a w 2020 r. 31 571 i była niższa o 17 271. Liczba tego typu świadczeń udzielonych w I półroczu 2021 r. wyniosła 20 354.

Liczba świadczeń udzielonych w SZP w 2019 r. wyniosła 10 128, a w 2020 r. 6 552 i była niższa o 3 576. Liczba tego typu świadczeń udzielonych w I półroczu 2021 r. wyniosła 3 961.

(akta kontroli str. 1023-1024)

**2.2. Wskaźnik absencji<sup>80</sup> w kolejnych kwartałach 2020 r. wyniósł, odpowiednio: 18 328,8; 25 794,9; 11 259,5 i 15 329,4; a w pierwszych dwóch kwartałach 2021 r., odpowiednio 15 329,4 i 19 280,8.**

Częstość absencji<sup>81</sup> w latach 2020 i 2021 osiągnęła poziom od 3,6 do 9,5, tj.: 5,8, 8,3, 3,6 i 9,5 w poszczególnych kwartałach 2020 r. oraz 5,1 i 6,4 w pierwszych dwóch kwartałach 2021 r.

Wskaźnik rotacji zatrudnienia<sup>82</sup> w poszczególnych kwartałach 2020 r. wyniósł, odpowiednio: 0,011, 0,002, 0,032 i 0,032 oraz 0,029 i 0,017 w pierwszych dwóch kwartałach 2021 r.

Liczba dni nieobecności spowodowanej izolacją i kwarantanną wyniosła 985 w 2020 r. i 229 w pierwszym półroczu 2021 r., co stanowiło 6,8% wszystkich dni

---

<sup>78</sup> Zalecenia i komunikaty zamieszczone na stronie internetowej [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) w dniach: 15 marca, 21 marca i 14 października 2020 r.

<sup>79</sup> Ze względu na nałożenie na Szpital obowiązku zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 ograniczenia działalności dotyczyły Oddziałów A, B, C, D, E i F. Ze względu na absencję pracowników wywołaną izolacją ograniczono działalność Oddziału V rehabilitacji w dniach od 15 października do 30 listopada 2020 r. i dotyczyło to zakresu Oddziału V. Ze względu na wystąpienie ognisk zakażenia i wprowadzonym leczeniem pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 ograniczono działalność oddziałów XI i XII w Kochcicach w dniach od 15 listopada do 1 grudnia 2020 r. Ze względu na braki personelu ograniczono zakres działalności rehabilitacyjnej ambulatoryjnej w Dziale Rehabilitacji Kochcoice.

<sup>80</sup> Liczony w następujący sposób: liczba opuszczonych dni pracy / liczba wszystkich dni pracy w kwartale (lub roku) \* przeciętna liczba pracowników.

<sup>81</sup> Liczona w następujący sposób: liczba absencji / liczba pracowników w organizacji.

<sup>82</sup> Liczony w następujący sposób: liczba osób zwolnionych bądź samodzielnie opuszczających szpital (w tym na emeryturę czy rentę) / liczba osób zatrudnionych.

nieobecności (14 469) w 2020 r. i 3,8% wszystkich dni nieobecności (5 985) w pierwszym półroczu 2021 r.<sup>83</sup>

(akta kontroli str. 1025)

Odsetek wyszczenia personelu Szpitala przeciwko SARS-CoV-2 na 30 czerwca 2021 r. wyniósł 83,5% (zaszczepionych było 690 osób spośród 826 pracowników), z czego zaszczepieni dwoma dawkami stanowili 79,0% personelu (655 pracowników), jedną dawką 2,0% (16 osób) i zaszczepieni jedną dawką preparatu J&J 2,5% (19 osób), a 136 pracowników pozostawało niezaszczepionych.

Szczepienia zostały wykonane w punkcie szczepień Szpitala w okresie od 4 stycznia do 21 czerwca 2021 r. Oprócz pracowników Szpitala, w ww. okresie szczepieni byli również nauczyciele i służby mundurowe na podstawie list przekazanych przez NFZ oraz przedstawiciele podmiotów zewnętrznych (m.in. aptek, firmy ochroniarskiej i firmy sprzątającej wykonujących swoje obowiązki w Szpitalu), na podstawie list osób przekazanych przez te firmy.

Szczegółowym badaniem objęto szczepienia wykonane w dniach 4 stycznia i 22 lutego 2021 r. i ustalono, że w ww. dniach zaszczepionych zostało 42 pracowników Szpitala (4 stycznia) i 40 nauczycieli (22 lutego), którzy widnieli na liście przekazanej przez NFZ. Wszystkie ww. szczepienia zostały odnotowane w Księdze szczepień.

(akta kontroli str. 625, 1051-1054, 1062-1069)

**2.3.** Harmonogramy pracy oddziałów Szpitala uwzględniały zasady zawarte w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>84</sup>, w tym w odniesieniu do pełnionych dyżurów i uprawnień do nieprzerwanego odpoczynku.

Szczegółowym badaniem objęto harmonogramy czasu pracy personelu medycznego Izby Przyjęć, Oddziału I i Oddziału VIII (tzw. „covidowego”) za wrzesień i listopad 2020 r. oraz kwiecień 2021 r. Ustalono, że liczba osób wykonujących pracę oraz wymiar czasu pracy tych osób były zbliżone w poszczególnych dniach każdego badanego miesiąca.

Liczba pielęgniarek i ratowników medycznych wykonujących pracę w poszczególnych dniach badanego okresu wynosiła: 7-9 osób na Izbie Przyjęć, 5-6 osób na Oddziale I i 6-7 na Oddziale VIII. W tym samym czasie pracę na ww. oddziałach wykonywało odpowiednio 3, 9 i 6 lekarzy.

Wymiar czasu pracy był zgodny z założonymi harmonogramami dla ww. oddziałów, a pojedyncze przypadki przekroczenia czasu pracy przez lekarzy podczas pełnionych dyżurów (do 3 godzin)<sup>85</sup> w analizowanych przypadkach wynikały z konieczności dokończenia wykonywanych czynności przez tych lekarzy.

W badanych miesiącach nie wystąpiły zmiany systemu czasu pracy pracowników dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania jednostki ani przypadki wydania poleceń pracownikom świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych w zakresie i wymiarze niezbędnym dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania jednostki, ani też zobowiązania do pozostawiania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy, o których mowa w art. 15x ust. 1 ustawy o zwalczaniu

<sup>83</sup> Liczba dni nieobecności spowodowanej izolacją wyniosła 184 w 2020 r. i 145 w pierwszym półroczu 2021 r., co stanowiło 1,2% wszystkich dni nieobecności (14 469) w 2020 r. i 2,4% wszystkich dni nieobecności (5 985) w pierwszym półroczu 2021 r. Z kolei nieobecność spowodowana kwarantanną wyniosła odpowiednio 801 i 84 dni, co stanowiło 5,53% wszystkich dni nieobecności w 2020 r. i 1,4% wszystkich dni nieobecności w pierwszym półroczu 2021 r.

<sup>84</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

<sup>85</sup> Przekroczenia czasu pracy stwierdzono we wrześniu 2020 r. u 12 (spośród badanych 28 lekarzy) od 13 min. do 2h 52 min., w listopadzie 2020 r. u 21 (spośród 36 lekarzy) od 3 min. do 2h 47 min. i w kwietniu 2021 u 21 (spośród 32 lekarzy) od 4 min. do 2h 16 min.



COVID-19, w brzmieniu obowiązującym od 18 kwietnia 2020 r. oraz art. 47a ustawy o zwalczaniu zakażeń, który obowiązuje od 1 kwietnia 2020 r.

(akta kontroli str. 922-923, 1051-1055)

**2.4.** Odsetek teleporad wśród udzielonych świadczeń w AOS, który wyniósł 11,0% w 2020 r. i 6,6% w I półroczu 2021 r., zmieniał się wraz ze wzrostem lub spadkiem liczby zakażeń i wynosił w poszczególnych kwartałach 2020 r. 2,6%, 29,1%, 7,9% i 14,4% oraz w dwóch kwartałach 2021 r. 7,8% i 5,4%.

Udzielanie świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych rozpoczęto od 12 marca 2020 r., w wyniku polecenia służbowego Dyrektora Szpitala, dotyczącego konieczności ograniczenia liczby pacjentów w Przychodni Specjalistycznej do niezbędnego minimum, tj. do pacjentów po urazach, pacjentów wymagających kontynuacji leczenia oraz pacjentów po leczeniu w Szpitalu i tym samym ograniczenia przyjęcia chorych, którzy nie wymagają bezwzględnie wizyty w poradni oraz pacjentów pierwszorazowych. Dla grupy osób nie wymagających bezwzględnie wizyty w poradni podjęto decyzję o możliwości zastosowania konsultacji telefonicznych.

Porady przez telefon dla pacjentów poradni specjalistycznej udzielane były dla osób niewymagających fizycznej obecności w poradni i za zgodą pacjenta. Obejmowały one udzielanie porad w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci i dorosłych, a także pacjentów w poradni rehabilitacyjnej<sup>86</sup>. Udzielanie teleporad w AOS – w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dorośli i dzieci, rozpoczęto w marcu 2020 roku, a w rodzaju *rehabilitacja lecznicza* w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna – w czerwcu 2020 r.

(akta kontroli str. 625, 636-637, 1023-1024, 1051-1054)

Szpital nie ustalił odrębnych zasad udzielania teleporad. Posiadał politykę bezpieczeństwa w zakresie ogólnych warunków ochrony danych osobowych, obejmującą swoim zakresem zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w postaci teleporad, w szczególności w zakresie weryfikacji tożsamości pacjentów podczas teleporady, a także udzielania informacji drogą telefoniczną.

W poradniach specjalistycznych teleporady odbywały się przy pomocy telefonu stacjonarnego i były rejestrowane (o czym pacjent był wcześniej informowany i na co potrzebne było wyrażenie przez niego zgody). Teleporad udzielali lekarze specjaliści zgodnie z harmonogramem pracy i przyjęć pacjentów w poradni. Świadczenia telemedyczne obejmowały pacjentów nie wymagających zgłoszenia się do poradni, a konsultacja wymagała wystawienia e-zleceń, e-recept, e-zwolnień lekarskich, zmiany zaopatrzenia ortopedycznego itp.

Rozmowy były nagrywane oraz dokonywany był stosowny wpis w dokumentacji medycznej. Teleporady były rozliczane w ramach umów z NFZ. W okresie objętym kontrolą nie wpłynęły skargi i wnioski pacjentów dotyczące organizacji udzielania świadczeń w formie teleporad.

Badanie dokumentacji medycznej dotyczącej 10 świadczeń udzielonych w okresie objętym kontrolą (pięć w formie teleporady i pięć w bezpośrednim kontakcie z pacjentem<sup>87</sup>) wykazało, że przedmiot rozmowy teleporady, jak i bezpośredniej wizyty pacjenta w poradni, był odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentów,

<sup>86</sup> Tj. świadczeń wymienionych w załącznikach nr 1a i 1c do zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.).

<sup>87</sup> Badaniem objęto dokumentację pacjentów zaewidencjonowanych w kartotece Szpitala pod nr 413771, 407230, 409100, 339837, 414813, 414194, 338619, 90048, 408365 oraz 410069. Pacjenci Ci zostali wybrani w sposób losowy z raportów statystycznych przekazanych przez Szpital do NFZ.

w której zawarto wszystkie wpisy określone w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>88</sup>, tj. m.in. oznaczenie podmiotu, oznaczenie pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie oraz informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

Z każdego udzielonego świadczenia zdrowotnego sporządzano dokument pn. „Historia zdrowia i choroby”, w którym podawano m.in. dane lekarza prowadzącego, przedmiot rozmowy (wywiad), rozpoznanie dolegliwości, wyniki zleconych badań, zalecenia i ew. wydane skierowania oraz recepty. Świadczeń w formie teleporady udzielał lekarz (dzwoniąc pod nr telefonu pacjenta) w godzinach pracy danej poradni. Porady dotyczyły kontynuacji leczenia.

(akta kontroli str. 625, 636-637, 1023-1024, 1051-1054)

**2.5.** W 2020 r. niemal trzykrotnie (w porównaniu z 2019 r.) wzrosła liczba pacjentów Szpitala, którym zmieniono termin wizyty w ramach AOS. Z kolei liczba pacjentów, którym zmieniono termin wizyty w ramach SZP wzrosła o 41,3%.

Liczba pacjentów, którym zmieniono termin wizyty w ramach AOS, w 2019 r. wyniosła 5 926, a w 2020 r. 16 029 pacjentów (w pierwszym półroczu 2021 r. było to 5 289 osób), z czego w 2020 r. najczęstszą przyczyną były względy medyczne (przyśpieszenie lub odroczenie terminu w 7 268 przypadkach, tj. 45,3%) oraz powody organizacyjne świadczeniodawcy (6 616 przypadków, tj. 41,3%).

Liczba pacjentów, którym zmieniono termin wizyty w ramach SZP, w 2019 r. wyniosła 7 778, a w 2020 r. 10 987 pacjentów (w pierwszym półroczu 2021 r. było to 6 029 osób), z czego w 2020 r. najczęstszą przyczyną były powody organizacyjne świadczeniodawcy (5 253 przypadków, tj. 47,8%) oraz względy medyczne (w 3 576 przypadkach, tj. 32,5%).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wzrost liczby pacjentów w 2020 r., którym zmieniono termin wizyty w ramach świadczeń AOS oraz w ramach leczenia szpitalnego, wynikał z wprowadzenia stanu epidemii w kraju.

(akta kontroli str. 923, 1026)

Zmieniała się liczba oczekujących oraz średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w AOS i SZP.

Przykładowo, na 30 czerwca 2021 r. zwiększyła się (w porównaniu ze stanem na 31 grudnia 2019 r.) liczba pacjentów (przypadki stabilne) oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki pierwotnej stawu biodrowego o 2 856 osób oraz oczekujących na pozostałe procedury medyczne na Oddziale I o 2 389 osób, przy jednoczesnym skróceniu średniego czasu oczekiwania na te zabiegi o (odpowiednio) 850 i 217 dni. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powyższe było spowodowane m.in. zmianą struktury organizacyjnej Szpitala dokonaną 1 stycznia 2021 r. i odstępianiem od poprzedniego podziału kolejek oczekujących na oddziale męskim i żeńskim oraz utworzeniem jednej kolejki na oddziale ortopedycznym oraz ograniczeniem przyjęć pacjentów, wynikających z sytuacji pandemicznej i zaleceń Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

Z kolei w tym samym okresie zmniejszeniu uległa liczba pacjentów (przypadki stabilne) oczekujących na przyjęcie do Pracowni rezonansu magnetycznego (o 695 osób) oraz Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (o 655 osób), przy równoczesnym skróceniu średniego czasu oczekiwania na te przyjęcia o (odpowiednio) 137 i 160 dni.

<sup>88</sup> Dz. U. poz. 2069, zwane dalej „rozporządzeniem ws. dokumentacji medycznej”. Rozporządzenie uchylono z dniem 15.04.2020 r., w którym weszło w życie rozporządzenie z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 666, ze zm.).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powyższe również związane było z sytuacją pandemiczną w kraju i zaleceniami Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1027-1029, 1094-1098)

Badanie dokumentacji 20 pacjentów<sup>89</sup> wykazało, że pacjenci byli informowani o przerwie w udzielaniu świadczeń telefonicznie lub pisemnie, w przypadku gdy kontakt telefoniczny nie był możliwy.

Każdorazowo ustalano nowy termin wizyty pacjenta na pierwszy możliwy wolny termin w harmonogramie przyjęć, biorąc pod uwagę rodzaj schorzenia pacjenta i jego stan zdrowotny, a także możliwość realizacji świadczeń.

(akta kontroli str. 1051-1054)

**2.6.** W okresie objętym kontrolą nie zwiększyła się liczba odmów przyjęć, wynikających z braku miejsc w Szpitalu.

Ogólna liczba odmów przyjęć w Szpitalu wyniosła 911 w 2019 r., co stanowiło 4,4% wszystkich (20 569) zgłoszonych do Izby Przyjęć pacjentów; 709 w 2020 r. (tj. 4,7% z 15 060) i 356 w pierwszym półroczu 2021 r. (4,1% z 8 686). Liczba odmów przyjęć wynikających z braku miejsc w Szpitalu wyniosła 12 w 2019 r., 6 w 2020 r. i 8 w pierwszym półroczu 2021 r.

(akta kontroli str. 1030)

**2.7.** Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą PE-115, przed planowym zabiegiem pacjent miał wykonywany test PCR i w przypadku ujemnego wyniku był przyjmowany na oddział do 72 godzin po wykonanym teście. W okresie oczekiwania na wynik, zobowiązany był do zachowania samoizolacji w warunkach domowych. Z kolei pacjenci przyjmowani w trybie pilnym, jeżeli była konieczność wykonania zabiegu, byli operowani na sali IX przeznaczonej dla wszystkich pacjentów „ostrodyżurowych”.

Dyrektor Szpitala podał, że zabiegi były przeprowadzane w pełnym zabezpieczeniu w środki ochrony indywidualnej (kombinezony, maski p/wirusowe, przyłbice). Pacjent po zabiegu był izolowany w oddziale przejściowym do momentu otrzymania wyniku PCR. Po otrzymaniu wyniku pacjent z ujemnym wynikiem był przekazywany na tzw. „czysty” oddział urazowo-ortopedyczny, a z dodatnim wynikiem był przewożony transportem sanitarnym do szpitala jednoimiennego.

Badanie dokumentacji 40 pacjentów przyjętych do Szpitala na oddział zabiegowy, w celu wykonania procedury generującej aerozol, w trybie nagłym (20 pacjentów) oraz w trybie planowym (20 pacjentów), w okresie wzmożonego natężenia epidemii (w październiku i listopadzie 2020 r. oraz w marcu 2021 r.), wykazało:

- u 38 pacjentów wykonano w Szpitalu testy przeciw SARS-CoV-2, jeden pacjent samodzielnie dostarczył wynik wykonanego testu, a jeden pacjent przedstawił zaświadczenie o zaszczepieniu dwoma dawkami,
- pacjentom nie wykonywano innych badań w celu wykrycia i wykluczenia COVID-19, np. RTG, USG lub tomografii klatki piersiowej,
- ww. 38 pacjentom wykonano testy PCR,
- w przypadku przyjęć planowych pobranie materiału do badania odbywało się od jednego do trzech dni przed przyjęciem (najczęściej były to dwa dni przed przyjęciem); w przypadku przyjęć nagłych, pobranie materiału odbywało się

<sup>89</sup> Badanie dotyczyło 20 losowo wybranych pacjentów wpisanych na listę oczekujących, dla których termin leczenia był anulowany/przesunięty i/lub którzy byli wpisani na listę oczekujących prowadzoną w oddziałach: VI (dziesięciu pacjentów), I (ośmiu pacjentów) oraz poradni urazowo-ortopedycznej (dwóch pacjentów).

w momencie przyjęcia pacjenta. W trzech przypadkach materiał do badania pobrano jeszcze przed przyjęciem pacjenta do Szpitala,

- w przypadku zabiegów planowych wynik badania był znany w momencie przyjęcia pacjenta na oddział; w przypadku zabiegów pilnych wynik badania był znany najpóźniej na następny dzień od przyjęcia (w pięciu przypadkach), bądź jeszcze w dniu przyjęcia (w pozostałych przypadkach),

- zabiegi wykonywane były średnio w ciągu 2,5 dnia od przyjęcia: 31 zabiegów zostało wykonanych do trzech dni od przyjęcia (w tym trzy zabiegi w dniu przyjęcia, osiem – następnego dnia, 12 – dwa dni po i osiem – trzy dni od przyjęcia), osiem zabiegów wykonanych zostało cztery lub pięć dni od przyjęcia a jeden zabieg – siedem dni od przyjęcia.

W jednym przypadku pacjentowi przyjętemu w trybie pilnym (zaewidencjonowanemu pod poz. 5204/2020) wykonano zabieg, nie znając wyniku jego testu przeciw SARS-CoV2 oraz nie przeprowadzając mu dodatkowego badania w celu wykrycia lub wykluczenia COVID-19.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjent został przyjęty w trybie „ostrodyżowym” ze wskazaniem do natychmiastowej interwencji chirurgicznej z powodu zagrożenia wystąpienia trwałego kalectwa. Zabieg został przeprowadzony przez odpowiednio przygotowany personel, który pracował w kombinezonach i maskach, a po zabiegu trakt operacyjny został zdezynfekowany i „zamglawiony”. Pacjent po zabiegu był izolowany do czasu otrzymania wyniku (wynik wyszedł ujemny).

(akta kontroli str. 637, 180, 1019-1020, 1051-1054, 1056-1061)

Stwierdzone nieprawidłowości	W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
OCENA CZĄSTKOWA	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

#### OBSZAR

### 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą przychody z NFZ nie pokrywały kosztów działalności Szpitala. Szpital uzyskał ujemny wynik finansowy, wzrosły zobowiązania krótkoterminowe i wymagalne, a wyliczone wskaźniki zyskowności działalności operacyjnej i bieżącej płynności wskazywały na złą sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala.

Wysokości przychodów w latach 2019-2021 (I półrocze) wyniosły odpowiednio 109 371,7 tys. zł, 106 536,5 tys. zł i 67 278,1 tys. zł. Przychody z NFZ w tym okresie wyniosły 107 387,9 tys. zł, 105 423,0 tys. zł i 63 849,8 tys. zł.

W tym samym okresie koszty wyniosły odpowiednio 121 518,2 tys. zł, 121 251,9 tys. zł i 73 579,0 tys. zł, w tym koszty zatrudnienia personelu 54 358,3 tys. zł, 56 866,1 tys. zł i 33 879,2 tys. zł oraz koszty medycznych usług obcych (m.in. koszty umów cywilnoprawnych oraz prac wykonanych przez laboratoria) 10 720,1 tys. zł, 12 041,8 tys. zł oraz 8 498,7 tys. zł.

Szpital poniósł stratę netto w wysokości (-)9 480,8 tys. zł za 2019 r., (-)16 894,1 tys. zł za 2020 r. oraz (-)7 534,8 tys. zł za I półrocze 2021 r.

Z kolei kwoty zobowiązań wyniosły:

- długoterminowych: 3 855,5 tys. zł na koniec 2019 r. (brak zobowiązań długoterminowych w latach 2020-2021),

- krótkoterminowych: 30 294,7 tys. zł na koniec 2019 r., 37 259,9 tys. zł na koniec 2020 r. i 43 905,4 tys. zł na 30 czerwca 2021 r., w tym zobowiązania wymagalne odpowiednio 10 915,3 tys. zł, 11 532,2 tys. zł i 22 730,9 tys. zł.

W kwestii przyczyn wzrostu zobowiązań krótkoterminowych i wymagalnych w latach 2020-2021 Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powyższe było konsekwencją pogarszającej się przez lata złej sytuacji finansowej i niewystarczających przychodów na pokrycie kosztów działalności. Z otrzymywanych środków finansowych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych Szpital nie był w stanie na bieżąco regulować zobowiązań. Ponadto, Dyrektor Szpitala podał, że zła sytuacja finansowa Szpitala narastała od roku 2017, tj. od czasu obniżenia wyceny świadczeń medycznych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz artroskopii, jak również była spowodowana wejściem w życie przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Koszty funkcjonowania Szpitala na przestrzeni lat stale wzrastają przy niewspółmiernym przychodzie uzyskiwanym z tytułu świadczenia usług medycznych.

Podstawowe wskaźniki ekonomiczno-finansowe Szpitala, na podstawie których dokonuje się analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej, osiągnęły wartości<sup>90</sup> wskazujące na złą sytuację Szpitala:

- wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej, określający ekonomiczną efektywność działania Szpitala, z uwzględnieniem działalności podstawowej oraz pozostałej działalności operacyjnej osiągnął wartości poniżej 0 (-8,27, -15,21 i -11,29)<sup>91</sup>,

- wskaźnik bieżącej płynności, określający zdolność podmiotu do spłaty zobowiązań krótkoterminowych poprzez upłynnienie wszystkich środków obrotowych, osiągnął wartości poniżej 0,6 (0,52, 0,39 i 0,28)<sup>92</sup>.

(akta kontroli str. 923-924, 1003-1014, 1031-1032)

**3.2.** W 2020 r. Szpital nie zrealizował w pełni umów zawartych z NFZ. Wartość umów zawartych z NFZ w latach 2019-2021 wyniosła 107 410,1 tys. zł na 2019 r., 99 850,2 tys. zł na 2020 r. i 51 505,9 tys. zł na I półrocze 2021 r. Wykonanie ww. umów wyniosło 106 299,5 tys. zł w 2019 r. (co stanowiło 99,0% wartości zawartej umowy), 79 890,2 tys. zł w 2020 r. (tj. 80,0%) i 50 485,5 tys. zł w I półroczu 2021 r. (tj. 98,0%).

Wartość umów zawartych z NFZ w latach 2019-2021 w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyniosła 106 613,0 tys. zł w 2019 r., 98 942,9 tys. zł w 2020 r. i 96 736,0 tys. zł w 2021 r., a wykonanie ww. umów wyniosło 105 504,3 tys. zł w 2019 r. (co stanowiło 99,0% wartości zawartej umowy), 79 294,6 tys. zł w 2020 r. (tj. 80,1%) i 49 315,3 tys. zł w I półroczu 2021 r. (tj. 98,7%).

<sup>90</sup> Wykorzystano wskaźniki określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832).

<sup>91</sup> Obliczony w następujący sposób:  $(\text{wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%) / (\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne})$ . Na podstawie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 r., w trakcie niniejszej kontroli NIK przyjęto: wskaźnik o wartości poniżej 0,0% – oznacza zły poziom, od 0,0% do 3,0% – niski poziom, powyżej 3,0% do 5,0% – dobry poziom i powyżej 5,0% – wysoki poziom.

<sup>92</sup> Obliczony w następujący sposób:  $(\text{aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)}) / (\text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe})$ . Na podstawie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 r., w trakcie niniejszej kontroli NIK przyjęto: wskaźnik o wartości poniżej 0,60 oznacza zły poziom, od 0,60 do 1,00 – niski poziom, powyżej 1,00 do 1,50 oraz powyżej 3,00 – dobry poziom, powyżej 1,50 do 3,00 – wysoki poziom.

Realizacja świadczeń finansowanych w ramach ryczału PSZ w latach 2019-2021 wyniosła 97,8% w 2019 r., 68,7% w 2020 r. i 93,8% w I półroczu 2021 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że niski poziom wykonania umowy zawartej z NFZ w 2020 r. wynikał z wprowadzenia stanu epidemii w kraju i konieczności ograniczenia przyjęć pacjentów zarówno w oddziałach szpitalnych, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, co dotyczyło następujących zakresów świadczeń:

- leczenie szpitalne: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (PSZ), anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja (PSZ), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja - świadczenia poza pakietem onkologicznym
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna: świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu-zakres skojarzony z 02.1580.001.02, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - świadczenia pierwszorazowe, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci -zakres skojarzony z 02.1581.001.02, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci - świadczenia pierwszorazowe, badania tomografii komputerowej.

(akta kontroli str. 924-926, 1033-1037)

**3.3.** W 2020 r. Szpital, z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, uzyskał środki w kwocie 2 254,5 tys. zł, w tym m.in.:

- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem – 1 206,0 tys. zł (za 63 osobodni),
- dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii – 1 008,2 tys. zł.

W I półroczu 2021 r. wartość udzielonych świadczeń tego typu wyniosła 4 225,8 tys. zł, w tym m.in.:

- opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem – 2 618,3 tys. zł (za 118 osobodni),
- dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii – 1 347,3 tys. zł.

Szpital sprawozdał do ŚOW NFZ:

- w 2020 r. świadczenia: *hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem covid-19 - spo2<95%* o wartości 6 300,00 zł oraz *hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem covid-19 - spo2=>95%* o wartości 25 080,00 zł
- w I półroczu 2021 r. świadczenia: *hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem covid-19 - spo2<95%* o wartości 186 480 zł, *hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem covid-19 - spo2=>95%* o wartości 52 470 zł.

Szpital otrzymał zapłatę w pełnej wysokości sprawozdanych ww. świadczeń.

Dyrektor Szpitala podał, że w Szpitalu nie dokonano szczegółowej analizy rentowności związanej z hospitalizacją pacjentów zakażonych COVID-19.

(akta kontroli str. 929-930, 1038)

**3.4.** Wybrane wydatki Szpitala w latach 2020-2021 (I półrocze) wyniosły 1 340,0 tys. zł w 2020 r. i 837,7 tys. zł w I półroczu 2021 r., w tym:

- na zakup środków ochrony indywidualnej (m.in. rękawiczki, kombinezony, fartuchy): 1 225,2 tys. zł w 2020 r. i 661,1 tys. zł w I półroczu 2021 r.,
- wydatki związane z zapewnieniem bezpieczeństwa, modernizacją instalacji tlenowej oraz na zakup dodatkowej aparatury i wyposażenia na potrzeby zapobiegania i zwalczania COVID-19: odpowiednio 91,7 tys. zł i 148,7 tys. zł,
- na zakup tlenu i testów w kierunku wykrycia SARS-CoV-2: 23,1 tys. zł w 2020 r. i 27,9 tys. zł w 2021 r.

W ww. okresie Szpital nie otrzymał środków na realizację zadań nałożonych na Szpital na podstawie odpowiednio art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1-3 lub art. 11h ust. 1-3 ustawy o zwalczaniu COVID-19.

(akta kontroli str. 1039-1040)

**3.5.** Szpital prawidłowo sporządził i przekazał do ŚÓW NFZ listy personelu, który udzielał świadczeń medycznych i miał bezpośrednią styczność z pacjentami zarażonymi lub podejrzanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz wypłacił dodatkowe wynagrodzenie z tego tytułu<sup>93</sup>.

W okresie od października 2020 r. do czerwca 2021 r., dodatkowe wynagrodzenie w łącznej kwocie 11 756,9 tys. zł otrzymało 321 pracowników Szpitala<sup>94</sup>.

Przeprowadzone badanie<sup>95</sup> potwierdziło, że pracownicy zostali prawidłowo zakwalifikowani do otrzymania dodatku (faktycznie pracowali przy udzielaniu świadczeń związanych z COVID-19), a kwota dodatkowego wynagrodzenia została odpowiednio naliczona i wypłacona pracownikom. Pracownikom zakwalifikowanym do wypłaty dodatku naliczono dodatek od kwoty wynagrodzenia wypłaconego w danym miesiącu, proporcjonalnie do czasu przepracowanego przy pacjentach z COVID-19, w ramach limitu określonego w poleceniu Ministra Zdrowia, tj. do wysokości nieprzekraczającej 15,0 tys. zł. Łącznie, 20 objętym badaniem pracownikom, wypłacono wynagrodzenie w wysokości 173,6 tys. zł oraz dodatkowe wynagrodzenie za pracę w kwocie 124,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 1020-1021, 1039-1040, 1039-1040, 1051-1054, 1070-1091)

**3.6.** W Szpitalu zostały opracowane: regulamin udzielania zamówień publicznych<sup>96</sup> oraz regulamin udzielania zamówień, których wartość netto nie przekracza kwoty 130 tys. złotych<sup>97</sup>. Nie zostały ustalone odrębne procedury dotyczące zamówień na usługi lub dostawy, które były niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, udzielanych z wyłączeniem stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych<sup>98</sup>, przewidzianym w ustawie o zwalczaniu COVID-19 (tj. w art. 6 ust. 1 tej ustawy, w brzmieniu obowiązującym od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz w jej art. 6a ust. 1, obowiązującym od 29 listopada 2020 r.).

<sup>93</sup> Co ustalono na podstawie badania dokumentacji (list płac i grafików pracy) losowo wybranych 10 pracowników uwzględnionych w listach personelu przekazanych do NFZ za miesiące listopad 2020 r. i marzec 2021 r.

<sup>94</sup> Dodatek otrzymało 67 pracowników za październik 2020 r., 244 za listopad 2020 r., 173 za grudzień 2020 r., 153 za styczeń 2021 r., 112 za luty 2021 r., 196 za marzec 2021 r., 205 za kwiecień 2021 r. i 184 za maj 2021 r.

<sup>95</sup> Przeprowadzono badanie dokumentacji 10 pracowników uwzględnionych w listach personelu przekazanych do NFZ za miesiące listopad 2020 r. i marzec 2021 r.

<sup>96</sup> Wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 107/2020 z 31 grudnia 2020 r. Wcześniej obowiązywał regulamin wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 12/2010 z 26 czerwca 2010 r. z późn. zm.

<sup>97</sup> Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 21/2021 z 26 lutego 2021 r. Wcześniej obowiązywał regulamin wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 45/2020 z 9 lipca 2020 r.

<sup>98</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), która została uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r. Z tym dniem weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2019 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.). Dalej: „ustawa Pzp” lub „Prawo zamówień publicznych”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ze względu na gwałtowny wzrost cen materiałów i usług w okresie pandemii, w pierwszej kolejności korzystano z obowiązujących w tamtym okresie zawartych już umów o dostawy, a następnie starano się wykorzystać standardowe procedury w oparciu o Prawo zamówień publicznych. Dopiero w przypadku konieczności, korzystano z możliwości zastosowania przepisów ustawy o zwalczaniu COVID-19, tj. art. 6 ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 6a ust. 1 tej ustawy, obowiązującego od 29 listopada 2020 r.

Spośród 228 zakupów towarów i usług dokonanych w latach 2020-2021 (zaewidencjonowanych w rejestrze zamówień publicznych i wykazie zawartych umów), trzy zostały przeprowadzone z wykorzystaniem powołanych przepisów ustawy o zwalczaniu COVID-19, tj.:

- zakup odczynników do wykrywania przeciwciał SARS-CoV-2 IgM i SARS-CoV-2 IgG wraz z dzierżawą analizatora Vidas 3 z komputerem, drukarką, czytnikiem kodów kreskowych i UPS. Kwota umowy netto wyniosła 116,0 tys. zł (125,7 tys. zł brutto);

- zakup 25 szt. dozowników rotametrycznych tlenu. Zakup został dokonany 19 kwietnia 2021 r. za kwotę 8,8 tys. zł bez zawarcia pisemnej umowy, co było zgodne z obowiązującym regulaminem udzielania zamówień, których wartość netto nie przekraczała kwoty 130 tys. złotych. Dozowniki zostały zakupione w związku z uruchomieniem nowej instalacji tlenowej na oddziale Szpitala z pacjentami zakażonymi COVID-19;

- zakup usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych covidowych i innych, wytwarzanych przez Szpital. Kwota umowy netto wyniosła 114,6 tys. zł (123,7 tys. zł brutto). Umowa została zawarta na okres od 17 maja do 17 sierpnia 2021 r. z zastrzeżeniem, że w sytuacji, gdy łączna wartość przedmiotu zamówienia zostanie wykorzystana przed upływem ww. terminu, umowa przestaje obowiązywać. W okresie obowiązywania umowy, Szpital wypłacił z jej tytułu 115,0 tys. zł brutto.

Badanie wykazało, że zakupy zostały dokonane zgodnie z obowiązującym w Szpitalu regulaminem udzielania zamówień, których wartość netto nie przekracza kwoty 130 tys. złotych. W każdym przypadku, dla zachowania konkurencyjności, skierowano zapytania do kilku oferentów i w każdym przypadku wybrano najtańszą zaproponowaną ofertę. Zgodnie z art. 6a ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19, Szpital zamieścił informacje o udzieleniu ww. zamówień w Biuletynie Zamówień Publicznych, w terminie 7 dni od dnia ich udzielenia.

Ceny, po jakich dokonano zakupu dozowników tlenu oraz usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, nie odbiegały od cen stosowanych w poprzednich latach. Zakupu odczynników do wykrywania przeciwciał SARS-CoV-2 dokonano po raz pierwszy.

(akta kontroli str. 134, 729-919)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.



## IV. Wnioski

Wnioski W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań w celu aktualizacji procedury dotyczącej postępowania ze zwłokami, z uwzględnieniem rzeczywistych możliwości w zakresie miejsca ich przechowywania w Szpitalu.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

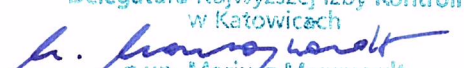
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Katowice, dnia 17 września 2021 r.

**Kontroler**  
**Beata Olejnik**  
**Specjalista kontroli państwowej**



**Najwyższa Izba Kontroli**  
**Delegatura w Katowicach**

**DYREKTOR**  
**Delegatura Najwyższej Izby Kontroli**  
**w Katowicach**  
  
**z up. Mariusz Marquardt**  
**WICEDYREKTOR**

