



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.003.02.2021

Leszek Lepiarz  
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Skarżysku-Kamiennej  
Szpitala Powiatowego  
im. M. Skłodowskiej-Curie  
ul. Szpitalna 1  
26-110 Skarżysko-Kamienna

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej, Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie (dalej: ZOZ, Szpital), ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 1 sierpnia 2015 r. Dyrektorem Szpitala jest Leszek Lepiarz.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej.</li><li>2. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych.</li><li>3. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem również dowodów dotyczących badanego okresu, a sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Iwona Rezner, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKI/33/2021 z 30 marca 2021 r.</li><li>2. Sławomir Tokarczyk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/34/2021 z 30 marca 2021 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nieprawidłowo zorganizowano system rehabilitacji leczniczej, czego najistotniejszym przejawem było udzielanie lekarzom na tzw. kontraktach zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych z pominięciem procedur konkursowych, wymaganych art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>3</sup>.

Mimo nieprawidłowości o charakterze organizacyjnym, pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych i skoordynowanych świadczeń rehabilitacyjnych. Ustalano plany rehabilitacji, a efekty terapii były monitorowane. Rzetelnie prowadzono listy pacjentów oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, jednak nie umożliwiono im umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Zwraca także uwagę długi czas oczekiwania na świadczenia, szczególnie w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej<sup>4</sup>. Zgodnie z przepisami, pacjentom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zapewniono korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej poza kolejnością.

Prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie przekładało się jednak na dodatni wynik finansowy. Żadna z komórek organizacyjnych Szpitala udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej nie była rentowna – mimo stale rosnących kosztów działalności, zwłaszcza wynagrodzeń, wycena świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>5</sup> była niezmieniona od 2018 r. W ocenie NIK brak rentowności świadczeń i znaczny udział kosztów usług zewnętrznych (kontraktów z lekarzami) w kosztach działalności (niemal 10% w 2020 r.) stanowią dodatkowe argumenty wskazujące na potrzebę organizacji konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W okresie epidemii COVID-19 podejmowano działania mające na celu zapewnienie pacjentom i pracownikom bezpiecznych warunków otrzymywania i udzielania świadczeń. Sytuacja epidemiczna i zmiana organizacji funkcjonowania komórek organizacyjnych Szpitala, zajmujących się rehabilitacją leczniczą, spowodowały nie tylko znaczne zmniejszenie liczby pacjentów, ale i ograniczenie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej.

ZOZ jest podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim jest powiat skarżyski. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>7</sup>. Podmiot wpisano do rejestru w dniu 23 marca 1994 r., natomiast faktyczną datą rozpoczęcia działalności był 13 października 1975 r. Dane

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

<sup>3</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

<sup>4</sup> W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonował Oddział Rehabilitacji, w ramach którego udzielano świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (dalej: Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej) oraz świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (dalej: Oddział Rehabilitacji Diennej).

<sup>5</sup> Dalej także NFZ.

<sup>6</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>7</sup> Księga rejestrowa nr 000000014643.

ujęte w księdze rejestrowej były zgodne z regulaminem organizacyjnym<sup>8</sup> oraz stanem faktycznym. Miejscem udzielania świadczeń były budynki zlokalizowane przy ul. Szpitalnej 1 oraz ul. Ekonomii 4 w Skarżysku-Kamiennej.

(akta kontroli str. 26-79, 80-88, 89-98)

W okresie objętym kontrolą ani organ rejestrowy, ani konsultanci wojewódzcy nie prowadzili kontroli związanych ze strukturą organizacyjną podmiotu. Zmiany wprowadzone w rejestrze nie dotyczyły kontrolowanych zakresów świadczeń.

(akta kontroli str. 99-101)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielano w oddziałach: Rehabilitacji Stacjonarnej (25-łóżkowym), Rehabilitacji Neurologicznej (10-łóżkowym), Rehabilitacji Diennej (z 10 miejscami pobytu dziennego), a także w Poradni Rehabilitacyjnej i Pracowni Fizjoterapii<sup>9</sup>.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane były w ramach dwóch umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-SZP03/8-17-00107-018<sup>10</sup>:

a) w ramach Oddziału Rehabilitacyjnego w zakresach:

- 05.4300.300.02 – rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych;
- 05.4300.500.02 – rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 05.4300.200.02 – rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym;

b) w ramach Oddziału Rehabilitacyjnego (dziennego) w zakresach:

- 05.2300.022.02 – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym;
- 05.2300.522.02 – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności;

c) w ramach Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w zakresach:

- 05.4306.300.02 – rehabilitacja neurologiczna;
- 05.4306.500.02 – rehabilitacja neurologiczna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-REH05-18-00107-017 w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>11</sup>:

a) w ramach Poradni Rehabilitacyjnej (świadczenia ambulatoryjne) w zakresach:

- 05.1300.207.02 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna;
- 05.1300.507.02 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności;

b) w ramach Pracowni Fizjoterapii (świadczenia ambulatoryjne) w zakresach:

- 05.1310.208.02 – fizjoterapia ambulatoryjna;
- 05.1310.508.02 – fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

(akta kontroli str. 102-206)

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej, w regulaminie organizacyjnym ZOZ określono przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń

<sup>8</sup> Zarządzenie nr 65/2017 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpitala Powiatowego im. M. Skłodowskiej-Curie z dnia 29 grudnia 2017 r.

<sup>9</sup> Określana też (w dokumentach Szpitala) Pracownią Fizykoterapii.

<sup>10</sup> Dalej także: umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

<sup>11</sup> Dalej także: umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego oraz organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Powyższe wymogi spełniono dla Oddziału Rehabilitacji (stacjonarnej i dziennej), Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Poradni Rehabilitacyjnej.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono organizacji i zadań Pracowni Fizjoterapii (określono jedynie – ogólnie – organizację pracowni diagnostycznych), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 26-79)

Budynek, w którym mieściły się oddziały rehabilitacyjne (stacjonarny i dzienny), Pracownia Fizjoterapii oraz Poradnia Rehabilitacyjna, zlokalizowany był przy ulicy Ekonomii 4 w Skarżysku-Kamiennej. Informacje dla pacjentów były rozproszone – zamieszczono je na dwóch tablicach informacyjnych (jedna w holu przy głównym wejściu, druga w holu Oddziału Rehabilitacji), a także na głównych drzwiach wejściowych, drzwiach wejściowych na Oddział Rehabilitacji, drzwiach Poradni Rehabilitacyjnej, jak również przy wejściu do Pracowni Fizjoterapii. Wbrew wymogom § 11 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>12</sup>, Szpital nie udostępnił wszystkich wymaganych informacji dla pacjentów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 80-88)

W ZOZ, w różnych formach<sup>13</sup> zatrudniono w poszczególnych komórkach organizacyjnych:

- Poradnia Rehabilitacyjna – dwóch lekarzy specjalistów rehabilitacji (łącznie 0,25 etatu przeliczeniowego na koniec grudnia 2019 r. i 0,3 etatu na koniec grudnia 2020 r.);
- Pracownia Fizjoterapii – 10 fizjoterapeutów na koniec grudnia 2019 r. (osiem etatów przeliczeniowych) i ośmiu fizjoterapeutów na koniec grudnia 2020 r. (6,4 etatu);
- Oddział Rehabilitacji Diennej (10 stanowisk rehabilitacyjnych) – czterech lekarzy specjalistów rehabilitacji (0,8 etatu przeliczeniowego) i czterech fizjoterapeutów (2,5 etatu przeliczeniowego) na koniec grudnia 2019 r. oraz trzech lekarzy specjalistów (0,7 etatu przeliczeniowego) i trzech fizjoterapeutów (dwa etaty przeliczeniowe) na koniec grudnia 2020 r.;
- Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej (25-łóżkowy) – trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji (1,6 etatu przeliczeniowego), pięciu fizjoterapeutów (2,5 etatu przeliczeniowego) i 12 pielęgniarek (12 etatów przeliczeniowych) na koniec grudnia 2019 r. oraz trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji (1,3 etatu przeliczeniowego), pięciu fizjoterapeutów (2,5 etatu przeliczeniowego) i 11 pielęgniarek (11 etatów przeliczeniowych) na koniec grudnia 2020 r.;
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (10-łóżkowy) – trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji i pięciu specjalistów neurologii (jeden etat przeliczeniowy i 1,1 etatu przeliczeniowego), sześciu fizjoterapeutów (trzy etaty przeliczeniowe) i sześć pielęgniarek (pięć etatów przeliczeniowych), trzech logopedów (jeden etat przeliczeniowy), dwóch psychologów (jeden etat przeliczeniowy) i jeden terapeuta zajęciowy (w pełnym wymiarze czasu pracy) na koniec grudnia 2019 r. oraz czterech lekarzy specjalistów rehabilitacji i pięciu specjalistów

<sup>12</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.; dalej: OWU.

<sup>13</sup> Umowa o pracę, umowa o świadczenie usług medycznych, umowa zlecenie.

neurologii (0,8 etatu przeliczeniowego i 1,3 etatu przeliczeniowego), sześciu fizjoterapeutów (trzy etaty przeliczeniowe), sześć pielęgniarek (pięć etatów przeliczeniowych), trzech logopedów (jeden etat przeliczeniowy), dwóch psychologów (jeden etat przeliczeniowy) i jeden terapeuta zajęciowy (w pełnym wymiarze czasu pracy) na koniec grudnia 2020 r.

(akta kontroli str. 207-251)

Szczegółowym badaniem objęto próbę 15 osób wybranych losowo spośród personelu udzielającego świadczeń na dzień 31 grudnia 2019 r. oraz 31 grudnia 2020 r. w zakresach rehabilitacji leczniczej<sup>14</sup>. Na podstawie badania ustalono, że Szpital zapewnił personel medyczny posiadający kwalifikacje wymagane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>15</sup>.

(akta kontroli str. 207-251)

Weryfikacja załączników nr 2 (harmonogram-zasoby) do umów z NFZ<sup>16</sup> z dokumentacją potwierdzającą udzielanie świadczeń (listy obecności, grafiki pracy, dokumentacja medyczna)<sup>17</sup>, wykazała, że personel udzielał świadczeń w dniach i godzinach ujętych w tych umowach.

(akta kontroli str. 2102-206, 252-293)

Dane dotyczące zatrudnienia w zakresach rehabilitacji leczniczej wskazały na systematyczne zmniejszanie się zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych. Według stanu na 1 stycznia 2019 r. w zakresach rehabilitacji leczniczej świadczeń udzielało 11 lekarzy w łącznym wymiarze 5,5 etatu przeliczeniowego, według stanu na 31 grudnia 2019 r. – 11 lekarzy w wymiarze 4,65 etatu przeliczeniowego, natomiast według stanu na 31 grudnia 2020 r. już 10 lekarzy w wymiarze 4,41 etatu przeliczeniowego. Podobna sytuacja dotyczyła fizjoterapeutów – według stanu na 1 stycznia 2019 r. w zakresach rehabilitacji leczniczej świadczeń udzielało łącznie 19 fizjoterapeutów w łącznym wymiarze 16,5 etatu przeliczeniowego, według stanu na 31 grudnia 2019 r. również 19 fizjoterapeutów, ale w wymiarze 16,0 etatu przeliczeniowego, natomiast według stanu na 31 grudnia 2020 r. już 16 fizjoterapeutów w łącznym wymiarze 14,4 etatu przeliczeniowego.

Zdaniem NIK, w przypadku dalszego utrzymywania się trendu spadkowego zatrudnienia specjalistów, może dojść do sytuacji niespełnienia wymogów dotyczących kwalifikacji i warunków realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że nie podejmował działań w poszukiwaniu nowych specjalistów do pracy w komórkach udzielających świadczeń w zakresach rehabilitacji. Szpital zatrudnia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym jeszcze jednego lekarza specjalistę rehabilitacji.

(akta kontroli str. 207-212, 339-349)

Zgodnie z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>18</sup>, ZOZ posiadał dokumentację potwierdzającą wykonywane instalacje, naprawy, przeglądy techniczne używanego do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji sprzętu i aparatury medycznej. W powyższej dokumentacji (paszporty techniczne) określano bieżące naprawy, konserwacje, pomiary, terminy

<sup>14</sup> Trzech lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, siedmiu lekarzy ze specjalizacją z neurologii oraz pięciu fizjoterapeutów (w tym dwóch ze specjalizacją z rehabilitacji ruchowej).

<sup>15</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 265, ze zm.

<sup>16</sup> Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-SZP03/8-17-00107-018 oraz umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 13-REH05-18-00107-017 w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

<sup>17</sup> Badanie przeprowadzono wg stanu na styczeń 2019 oraz styczeń 2020.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 186, ze zm.

następnych przeglądów, co potwierdzano protokołami przeprowadzonych przeglądów, sporządzanymi przez uprawnionego serwisanta. Szczegółowym badaniem (wg stanu na 14 kwietnia 2021 r.), objęto 10 aparatów/sprzętu medycznego o najwyższej wartości, będącego na wyposażeniu komórek udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Analiza wykazała, że wszystkie aparaty miały ważne przeglądy.

(akta kontroli str. 294-334, 335-338, 309-329)

W Szpitalu udzielano pacjentom świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na podstawie umów zawartych z NFZ, wykorzystując potencjał wykonawczy wykazany w załącznikach do umów nr 2 (harmonogram-zasoby), w tym urządzenia (z wyjątkiem dwóch aparatów medycznych, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 102-206)

Zgodnie z art. 26 ust. 3 i 4a ustawy o działalności leczniczej, udzielenie zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych następuje w trybie konkursu ofert, o ile wartość tych zamówień przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z ówczynie obowiązującymi przepisami wydanymi na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>19</sup>.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono jeden konkurs, którego przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej, Diennej, Neurologicznej i Poradni Rehabilitacji. Roczna wartość zawartej umowy, obowiązującej od 1 stycznia 2020 r., wynosiła 252,0 tys. zł. Postępowanie konkursowe przeprowadzono zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, za wyjątkiem sposobu oszacowania wartości zamówienia, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W pozostałym zakresie zamówień udzielano bez przeprowadzania konkursów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 639-707)

Od 2019 r. (według stanu na 20 kwietnia 2021 r.) w ZOZ przeprowadzono 25 kontroli zewnętrznych. Kontrole przeprowadzane były między innymi przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii, laryngologii, ortopedii, oraz NFZ (dwie kontrole). Kontrole te nie dotyczyły realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 100-101)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W latach 2019-2021 udzielano zamówień na udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej bez przeprowadzania wymaganych konkursów.

Zgodnie z art. 26 ust. 3 i 4a ustawy o działalności leczniczej, udzielenie zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych następuje w trybie konkursu ofert, o ile wartość tych zamówień przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z ówczynie obowiązującymi przepisami wydanymi na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

<sup>19</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm. Obowiązywała do 31 grudnia 2020 r.

W 2019 r. udzielono czterem lekarzom – bez przeprowadzania konkursów – zamówień, których łączna wartość wyniosła 491,4 tys. zł (łączna wartość maksymalnego wynagrodzenia z tytułu udzielania tych świadczeń, wynikająca z zawartych umów). W 2020 r. udzielono zamówień na łączną kwotę 639,1 tys. zł, w tym bez konkursu udzielono trzem lekarzom zamówień na łączną kwotę 387,1 tys. zł. W 2020 r. udzielono zamówień na łączną kwotę 658,1 tys. zł, w tym bez konkursu udzielono trzem lekarzom zamówień na łączną kwotę 406,1 tys. zł.

Analiza zawartych umów wykazała, że wartość zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z ówczesnie obowiązującymi przepisami wydanymi na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

(akta kontroli str. 639-707)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Konkursy na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej (...) nie zostały przeprowadzone z następujących względów: pilna konieczność zabezpieczenia realizacji świadczeń przez lekarzy określonej specjalności celem spełnienia wymagań NFZ, wartość poszczególnych umów, a tym samym wartość zamówienia nie przekraczała kwoty 30 tys. euro. Umowy zawierane były w różnym czasie, więc wartość każdej z nich była traktowana jednocześnie jako wartość zamówienia.*

(akta kontroli str. 708-710)

2. W ZOZ nieprawidłowo ustalono wartość zamówienia w jedynym przeprowadzonym w okresie objętym kontrolą konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także nie udokumentowano sposobu ustalenia wartości zamówienia.

Zgodnie z art. 26a ust. 5 ustawy o działalności leczniczej podstawą ustalenia wartości zamówienia powtarzającego się okresowo jest łączna wartość zamówień tego samego rodzaju:

- 1) udzielonych w terminie poprzednich 12 miesięcy lub w poprzednim roku obrotowym, z uwzględnieniem zmian ilościowych zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz prognozowanego na dany rok średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, albo
- 2) których udzielający zamówienia zamierza udzielić w terminie 12 miesięcy następujących po udzieleniu pierwszego świadczenia

Z wyjaśnień koordynatora Sekcji ds. Administracji i Marketingu wynika, że wartość ta została oszacowana na podstawie wartości umowy obowiązującej uprzednio z lekarzem, który złożył wypowiedzenie (później ta sama osoba złożyła ofertę w konkursie – jako jedyny oferent – i została wybrana). Jak wynika z wyjaśnień, pod uwagę brano liczbę godzin, która była niezbędna, aby spełnić warunki wymagane do zakontraktowania świadczeń oraz obowiązujące w oddziałach objętych konkursem stawki wynagrodzenia dla lekarzy. Tym samym szacując wartość zamówienia nie wzięto pod uwagę danych określonych w art. 26a ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 679)

Dyrektor ZOZ wyjaśnił: *Wartość zamówienia w konkursie przeprowadzonym w listopadzie 2019 roku została oszacowana na podstawie wartości świadczeń udzielanych przez jedną osobę ponieważ tylko jedna osoba złożyła wypowiedzenie umowy. Szpital nie przeprowadzał konkursu na realizację świadczeń w całym zakresie tylko w brakującej części, jako uzupełnienie*

*godzin niezbędnych do zapewnienia prawidłowej, zgodnej z wymaganiami NFZ realizacji świadczeń. Sposób dokonania oceny został ustalony przez członków komisji konkursowej i uzgodniony z Dyrektorem ZOZ.*

(akta kontroli str. 708-710)

W konsekwencji nieprawidłowego ustalenia wartości zamówienia (bez uwzględnienia całej wartości zamówień tego samego rodzaju) jego realizację powierzono tylko jednej osobie. Właściwe ustalenie tej wartości prowadziłoby do konieczności zawarcia umów, na podstawie których świadczeń zdrowotnych udzielałaby większa liczba lekarzy.

3. Obowiązujący od 29 grudnia 2017 r. regulamin organizacyjny ZOZ nie spełniał wymogów art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej, bowiem nie określał organizacji i zadań Pracowni Fizjoterapii. W § 20 regulaminu określono zadania i organizację pracowni diagnostycznych, jednak postanowienia te nie uwzględniały specyfiki Pracowni Fizjoterapii, gdzie nie wykonywano badań diagnostycznych, a udzielano świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla pacjentów ZOZ.

Konsekwencją nieprawidłowości było pominięcie Pracowni Fizjoterapii w opisie przebiegu procesu określania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 24 pkt 1 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 26-79)

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora ZOZ wynika, że Pracownia Fizjoterapii w poprzednio obowiązującym regulaminie organizacyjnym wchodziła w skład Działu Rehabilitacji. W aktualnym regulaminie Dział Rehabilitacji został usunięty, a jego zadania przejęły poszczególne oddziały i pracownie. Pracownia Fizjoterapii została przypisana do pracowni diagnostycznych, jednak nie dokonano aktualizacji jej zadań o świadczenie usług z zakresu leczenia usprawniającego narządów ruchu.

(akta kontroli str. 331-334)

4. W miejscu udzielania świadczeń nie zamieszczono wszystkich wymaganych informacji dla pacjentów.

Zgodnie z § 11 ust. 1 OWU świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Świadczeniodawca jest zobowiązany także (§ 11 ust. 4 ww. rozporządzenia) umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące m.in.:

- zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Przeprowadzone oględziny miejsca udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej w Skarżysku-Kamiennej przy ul. Ekonomii 4 ujawniły brak informacji dotyczących:

- miejsca i godzin udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w Oddziale Rehabilitacji Diennej;
- udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń;

- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej
- i świątecznej opieki zdrowotnej;
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

(akta kontroli str. 80-88)

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora ZOZ wynika, iż część informacji znajdowała się na stronie internetowej Szpitala. Brakujące informacje w budynku zostały uzupełnione w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 339-349)

Zdaniem NIK, rozproszenie oraz niekompletność ogłoszeń utrudniały pacjentom dostęp do informacji o możliwościach i warunkach uzyskiwania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

5. Dwóch wyrobów medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej nie wykazano w załączniku nr 2 (harmonogram-zasoby) do umowy z NFZ.

Zgodnie z § 2 ust. 2 umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, są określone w załączniku nr 2 (harmonogram-zasoby). Analiza tego załącznika wykazała brak w potencjale podmiotu dwóch z 10 badanych aparatów medycznych – dynamicznego systemu odciążającego BIODEX UWS OFFSET oraz diatermii krótkofalowej BTL-6000 Shortwave 400. Sprzęt ten powinien być wykazany w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

(akta kontroli str. 102-206)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż brak wykazania sprzętu do zasobów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej wynikał z omyłki. W trakcie kontroli NIK Szpital przesłał stosowne zgłoszenie do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ<sup>20</sup>.

(akta kontroli str. 331-334, 350-352)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą nie była prawidłowa. Na skutek błędnej interpretacji przepisów regulujących sposób ustalania wartości przedmiotu zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych czynności te wykonywano nieprawidłowo i nie przeprowadzono konkursów, wymaganych art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, przy udzielaniu zamówień na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej. Ponadto w regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono organizacji i zadań Pracowni Fizjoterapii, przeprowadzone oględziny miejsca udzielania świadczeń ujawniły brak niektórych wymaganych informacji dla pacjentów, a dwa urządzenia medyczne, wykorzystywane do udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej, nie były uwzględnione w załączniku nr 2 do umowy z NFZ (harmonogram-zasoby).

#### OBSZAR

## 2. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych.

Opis stanu faktycznego

Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej wyłącznie na podstawie dwóch umów zawartych z NFZ (umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne oraz umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju

<sup>20</sup> Dalej ŚOW NFZ.

rehabilitacji leczniczej). W okresie objętym kontrolą nie udzielano pacjentom indywidualnym świadczeń rehabilitacji leczniczej za odpłatnością.

W latach 2019-2020 łączna wartość wykonanych świadczeń wyniosła 5093,8 tys. zł, przy czym świadczenia wykonane w ramach umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne stanowiły 84% tej wartości. Wartość wykonanych świadczeń (z obu umów) w 2020 r. wyniosła 1845,8 tys. zł i była o 32,9% niższa, niż w 2019 r., przy czym łączna wartość wszystkich umów zawartych z NFZ w tym okresie wzrosła o 2,7%.

W 2019 r. umowy zawarte z NFZ wykonano niemal całkowicie<sup>21</sup>, natomiast w 2020 r. umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne została wykonana w 67,0%, a umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w 60,4%.

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że wartość umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 2020 r. we wszystkich zakresach świadczeń wyliczana była przez ŚOW NFZ na podstawie wartości umów z 2019 r. Niższe wykonanie wynikało z realizacji zadań w okresie pandemii, w reżimie sanitarnym, oraz z okresami czasowego zaprzestania wykonywania świadczeń. Ponadto znaczna część pacjentów obawiając się zakażenia wirusem rezygnowała ze świadczeń, co skutkowało znacznie zmniejszoną liczbą pacjentów, a w konsekwencji zmniejszeniem wykonania wartości umów.

(akta kontroli str. 353-354, 708-710)

Najistotniejszym źródłem przychodów Szpitala były świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – w okresie objętym kontrolą stanowiły one 35,0% wartości wykonanych świadczeń<sup>22</sup>. Kolejnymi zakresami o istotnym znaczeniu były: rehabilitacja neurologiczna (23,8% wartości wykonanych świadczeń), fizjoterapia ambulatoryjna (14,7%), rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym (13,3%) oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym (11,4%).

(akta kontroli str. 353-354)

Pacjentom nie udzielano świadczeń odpłatnie (wykonywano tylko świadczenia finansowane ze środków publicznych).

Wyjaśniając, dlaczego nie wykonywano usług komercyjnych z zakresu rehabilitacji leczniczej, skoro są one dostępne dla pacjentów (na stronie internetowej Szpitala zamieszczono cennik, zawierający także usługi tego rodzaju), Dyrektor ZOZ podał: (...) *Szpital posiada opracowany cennik usług medycznych, który ma zastosowanie w sytuacji, gdy pacjent okaże się osobą nieubezpieczoną. Cennik tych usług omyłkowo został umieszczony na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Usługi komercyjne”.*

(akta kontroli str. 331-334, 353-354)

W okresie objętym kontrolą Szpital składał oferty w konkursach ogłaszanych przez ŚOW NFZ w zakresie świadczeń realizowanych przez Pracownię Fizjoterapii (fizjoterapia ambulatoryjna) oraz Poradnię Rehabilitacji (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna). Świadczenia rehabilitacji leczniczej w pozostałych jednostkach organizacyjnych realizowane były w ramach tzw. ryczałtu (ZOZ jest jednostką pierwszego poziomu zabezpieczenia świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieci szpitali).

<sup>21</sup> Umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w 99,6%, umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 100%.

<sup>22</sup> Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych stanowiła 29,4%, a rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności 5,5% wykonanych świadczeń ogółem.

W przeprowadzonych w 2018 r. postępowaniach konkursowych Szpital oferował:

- dla Pracowni Fizjoterapii – 349 155 punktów po cenie 1,03 zł za punkt;
- dla Poradni Rehabilitacyjnej – 28 161 punktów po cenie 1,03 zł za punkt.

W zawartych z ŚOW NFZ umowach wskazano następujące wartości:

- dla Pracowni Fizjoterapii – 312 509 punktów po cenie 1,00 zł za punkt;
- dla Poradni Rehabilitacyjnej – 17 877 punktów po cenie 1,03 zł za punkt.

Zmniejszenie wartości umowy w stosunku do oferty nie spowodowało zmian potencjału wykonawczego, harmonogramu udzielania pracy ani harmonogramu pracy personelu lub jego dostępności godzinowej, gdyż Szpital zobowiązany był spełnić warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej bez względu na to, jaka liczba świadczeń została zakontraktowana.

(akta kontroli str. 526-574)

W umowie o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne wycena zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej (ustalona na podstawie umowy z 2015 r.) wynosiła: Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej i Neurologicznej 1,05 zł za punkt, Oddział Rehabilitacji Diennej 1,00 zł za punkt. W 2018 r. zwiększono stawkę za punkt w następujący sposób: Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej i Neurologicznej 1,10 zł za punkt, Oddział Rehabilitacji Diennej 1,03 za punkt. Stawki te obowiązywały w całym okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str. 526)

W sprawie rozbieżności między rosnącymi kosztami działalności i niezmienną stawką za punkt oraz działań podejmowanych w celu urealnienia wyceny świadczeń Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Problem niskiej wyceny świadczeń rehabilitacji leczniczej (cena za pkt) w stosunku do kosztów udzielania świadczeń wielokrotnie podnoszony był w trakcie obustronnych rozmów Prezesa NFZ i Dyrektora ZOZ. Niestety wycena świadczeń jest problemem ogólnopolskim związanym z niedofinansowaniem służby zdrowia. W trakcie negocjacji w 2018 roku Szpital złożył ofertę na wartość 1,03 zł za pkt zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i fizjoterapii ambulatoryjnej. Niestety w celu podpisania umowy musiał opuścić cenę za pkt na 1,00 zł. Po tym okresie kolejne aneksy z kwotą poziomu zobowiązania finansowego na kolejne okresy rozliczeniowe są wyliczane przez NFZ i przesyłane do Szpitala w celu akceptacji i podpisania bez możliwości dodatkowych negocjacji w przedmiocie podwyższenia zaproponowanej wysokości zobowiązania.*

(akta kontroli str. 708-710)

W 2019 r. dokonywano zmian w umowach z NFZ, polegających na zmniejszeniu albo zwiększeniu kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach (w 2020 r. i do 31 marca 2021 r. takich zmian nie było). Najwyższy wzrost wartości umowy dotyczył rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (z 33,2 tys. zł do 188,6 tys. zł), a zmniejszenie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (z 1329,9 tys. zł do 1081,8 tys. zł, przy czym w tym czasie nastąpiło wyodrębnienie zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym). Łączna wartość umów we wszystkich zakresach rehabilitacji leczniczej uległa w ciągu roku zmniejszeniu o 19,7 tys. zł. Szpital występował do ŚOW NFZ z wnioskami o aneksowanie umów w związku z tzw. nadwykonaniami w 2019 r. w niektórych zakresach, podpisywano w tych sprawach stosowne aneksy. Niewielki zakres dokonywanych zmian w umowach z NFZ wskazuje, że składane w postępowaniach konkursowych oferty zawierały rzetelne dane, adekwatne do możliwości podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 575-637)

W związku z udzielaniem świadczeń rehabilitacji leczniczej Szpital w 2019 r. poniósł koszty w wysokości 4307,6 tys. zł, a w 2020 r. – 4341,0 tys. zł. Koszty działalności leczniczej stanowiły w tym okresie odpowiednio 75,2% i 76,6%<sup>23</sup>. Największy udział w kosztach miały wynagrodzenia<sup>24</sup> – łącznie z ubezpieczeniami społecznymi oraz świadczeniami na rzecz pracowników stanowiły 66,8% wszystkich kosztów w 2019 r. i 59,6% w 2020 r. Koszty wynagrodzeń lekarzy na kontraktach stanowiły odpowiednio 7,7% oraz 9,9% wszystkich kosztów. Zużycie materiałów (w tym leków i wyrobów medycznych) stanowiło 3,8% wszystkich kosztów w 2019 r. i 4,1% w 2020 r., natomiast zużycie energii i wody w obydwu latach stanowiło 2,4% kosztów.

W latach 2019-2020 ponad połowę kosztów generowało funkcjonowanie Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej (przeciętnie 52,2%). Koszty działalności Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej stanowiły średnio 22,9%, Pracowni Fizjoterapii – 15,9%, Oddziału Rehabilitacji Diennej – 7,7%, a Poradni Rehabilitacyjnej – 1,1%.

(akta kontroli str. 355-357)

Zarówno na poziomie całego Szpitala, jak i poszczególnych komórek organizacyjnych, realizacja świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2019-2020 była nierentowna. W 2019 r. koszty przewyższyły uzyskane przychody (3182,4 tys. zł) o 1125,2 tys. zł, a w 2020 r. – o 2021,8 tys. zł, co związane było ze znacznym zmniejszeniem się przychodów (spadek o 863,2 tys. zł, tj. 27,1%) przy zbliżonym poziomie kosztów.

Największe przychody i najwyższe koszty generowały Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej i Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – przeciętnie 76,1% przychodów i 75,2% kosztów w latach 2019-2020. Przychody ze świadczeń realizowanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych pokrywały w 2019 r. od 54,8% do 93,0% ponoszonych w nich kosztów (średnio 70,2%), a w 2020 r. od 35,9% do 72,9% (średnio 53,4%).

(akta kontroli str. 358-359)

*Odnośząc się do kwestii nierentowności świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z NFZ Dyrektor Szpitala wyjaśnił: Świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ i objęte ryczałtem w ramach sieci szpitali, nie tylko z zakresu rehabilitacji leczniczej, były wyceniane na podstawie stawek obowiązujących w 2015 roku. W tym czasie niejednokrotnie zwracałem się do NFZ z prośbą o zwiększenie wartości zakontraktowanych świadczeń jednak bezskutecznie. Staramy się rozszerzać działalność ZOZ o nowe kontrakty (badania tomografii komputerowej finansowane przez NFZ, programy lekowe, badania endoskopowe, program „Dieta Mamy”). Obecnie realizujemy projekt mający na celu przeniesienie Oddziału Rehabilitacji do budynku przy ul. Szpitalnej 1. Celem tych działań jest ograniczenie wysokich kosztów związanych z utrzymaniem oddziału w obecnej lokalizacji. Jednocześnie pragnę zaznaczyć, że realizacja świadczeń finansowanych przez NFZ nakłada na Szpital konieczność spełnienia określonych wymagań dot. zatrudnienia personelu, posiadania sprzętu, co wiąże się z kosztami. Na tę chwilę nie zamierzam likwidować nierentownych oddziałów lub poradni, gdyż spowodowałoby to ograniczenie dostępu do świadczeń na terenie naszego powiatu.*

(akta kontroli str. 708-710)

W okresie objętym kontrolą, w związku z pandemią, spadła średnia kwartalna liczba pacjentów leczonych w poszczególnych oddziałach: w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej ze 123 do 56 osób, w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej z 28 do 15, a w Oddziale Rehabilitacji Diennej z 61 do 43. Średni okres pobytu chorego

<sup>23</sup> Pozostałą część stanowiły przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu.

<sup>24</sup> W tym koszty wynagrodzeń osobowych, bezosobowych oraz kontrakty z personelem medycznym.

w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej wydłużył się z 19 do 23 dni, a w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej skrócił się z 21 do 17 dni.

Kwartalna liczba pacjentów leczonych w Poradni Rehabilitacyjnej od II kwartału 2020 r. spadła z 216 do 118, a w Pracowni Fizjoterapii z 1129 do 671. Średnia kwartalna liczba udzielonych porad lekarskich w Poradni Rehabilitacyjnej spadła z 248 do 147, a średnia kwartalna liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w Pracowni Fizjoterapii spadła z 17,6 tys. do 7,5 tys.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital od 12 listopada do 21 grudnia 2020 r. oraz od 27 marca do 30 kwietnia 2021 r. funkcjonował jako szpital dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. *Sytuacja ta niekorzystnie wpływa na liczbę hospitalizacji oraz przyjęć ambulatoryjnych pacjentów w badanym okresie. Największy wpływ ma na oddział Rehabilitacji Neurologicznej ponieważ w ww. okresach w oddziale tym (...) leczeni byli tylko pacjenci z COVID-19. Wskaźniki 2020 r. znacznie się pogorszyły w związku z sytuacją epidemiczną oraz decyzjami MZ i NFZ o wstrzymaniu planowych przyjęć. Mając na uwadze dobro pacjentów utrzymywaliśmy przyjęcia w reżimie sanitarnym pacjentów ambulatoryjnych oraz przyjęcia pacjentów po zabiegach operacyjnych wymagających pilnej rehabilitacji.*

(akta kontroli str. 360-363)

Zdecydowaną większość (90%) pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej stanowiły osoby powyżej 40 r.ż. Pacjenci, o których mowa w art. 47 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>25</sup> stanowili<sup>26</sup> w okresie objętym kontrolą 5% wszystkich pacjentów.

Struktura wiekowa pacjentów była zróżnicowana w poszczególnych komórkach organizacyjnych – przykładowo osoby do 40 r.ż. stanowiły 28% pacjentów Poradni Rehabilitacyjnej i 1% pacjentów Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej. Z kolei osoby w wieku 41-65 lat (45% pacjentów ogółem) stanowiły 52% pacjentów Pracowni Fizjoterapii, 42% pacjentów Poradni Rehabilitacyjnej oraz 63% pacjentów Oddziału Rehabilitacji Diennej. Pacjenci powyżej 65 lat stanowili 39% świadczeniobiorców Pracowni Fizjoterapii, 30% Poradni Rehabilitacyjnej i 28% Oddziału Rehabilitacji Diennej. Najstarsi pacjenci stanowili najliczniejszą grupę na Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnym i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej (odpowiednio 64% i 61% wszystkich).

(akta kontroli str. 364-365)

W Szpitalu prawidłowo ustalano kolejność dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Po zgłoszeniu się pacjenta ze skierowaniem następowała kwalifikacja lekarska i wyznaczenie terminu (w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności poza kolejnością). Dane były wpisywane do wewnętrznych systemów OPTIMED, zsynchronizowanych z systemem AP-KOLCE.

W okresie objętym kontrolą bez oczekiwania realizowano świadczenia w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Krótki był czas oczekiwania na świadczenia w Poradni Rehabilitacyjnej (średnio 14 dni dla przypadków stabilnych i cztery dni dla przypadków pilnych). Najdłuższe okresy oczekiwania na świadczenia występowały w Pracowni Fizjoterapii (średnio 264 i 79 dni odpowiednio dla przypadków stabilnych i pilnych). W Oddziale Rehabilitacji Diennej i Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej

<sup>25</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

<sup>26</sup> Chodzi o świadczeniobiorców posiadających orzeczenie: 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności; 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

osoby ze skierowaniem oczekiwały średnio 166 i 192 dni (przypadki pilne odpowiednio 75 i 85 dni).

Pierwszy wolny termin na udzielenie świadczenia w okresie objętym kontrolą<sup>27</sup> mógł być wyznaczony średnio po 50 dniach dla przypadków pilnych i po 249 dniach dla przypadków stabilnych. Wartości te były znacznie zróżnicowane dla poszczególnych komórek organizacyjnych: najniższe dla Poradni Rehabilitacyjnej oraz Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (pierwsze wolne terminy dla przypadków pilnych średnio odpowiednio po siedmiu i pięciu dniach, dla przypadków stabilnych po 59 i 17 dniach), najwyższe dla Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej (pierwszy wolny termin dla przypadków pilnych średnio po 150 dniach, dla przypadków stabilnych po 714 dniach).

Wg stanu na 31 marca 2021 r. pierwszy wolny termin dla przypadków pilnych w Oddziale Rehabilitacyjnym Dziennym, Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz Poradni Rehabilitacyjnej to 8 kwietnia 2021 r., w Pracowni Fizjoterapii – 6 maja 2021 r., a w Oddziale Rehabilitacyjnym Stacjonarnym – 9 września 2021 r. Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki stabilne mogli umówić się na 15 kwietnia 2021 r. do Poradni Rehabilitacyjnej oraz na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, na 9 lipca 2021 r. do Pracowni Fizjoterapii, na 29 września 2021 r. na Oddział Rehabilitacyjny Dzienny i na 25 stycznia 2023 r. na Oddział Rehabilitacyjny Stacjonarny.

W okresie objętym kontrolą na wizytę w wyznaczonym terminie nie stawiło się 553 osób, przy czym ponad 70% z nich stanowili pacjenci zapisani do Pracowni Fizjoterapii.

(akta kontroli str. 366-368, 507-525)

Mimo obowiązku wynikającego z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie umożliwiono świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 80-88)

W okresie objętym kontrolą, ZOZ zapewnił pacjentom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności prawo do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych poza kolejnością, na podstawie art. 47c ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pacjenci ci zobowiązani byli okazać dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności, określone w ustawie z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>28</sup>. Po potwierdzeniu uprawnień, pacjentów wpisywano na listę oczekujących. W trakcie kontroli przeanalizowano wpisy dotyczące 10 osób oczekujących na udzielenie świadczenia w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej. Wszyscy pacjenci z badanej próby mieli wykonane świadczenia. Czas ich oczekiwania wynosił średnio 8,2 dni. Świadczenia nie były realizowane w dniu przyjęcia, ale w terminach dogodnych dla pacjentów (ustalonych indywidualnie z każdym z nich). Z wyjaśnień Grzegorza Cichosza, kierownika Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej i Rehabilitacji Diennej wynika, że wprowadzenie dodatkowych uprawnień dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności tylko początkowo wprowadziło niewielkie zamieszanie (osoby były zapisane w kilku kolejkach/placówkach). Problemy ustąpiły po wprowadzeniu przez NFZ systemu jednej kolejki i aktualnie nie ma to wpływu na terminy leczenia pozostałych chorych.

(akta kontroli str. 369-371, 372, 373-374)

<sup>27</sup> Analiza wg stanu na dzień: 1 stycznia 2019 r., 31 grudnia 2019 r., 31 grudnia 2020 r., 31 marca 2021 r.

<sup>28</sup> Dz. U. poz. 932.

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którzy byli hospitalizowani w ramach leczenia szpitalnego w latach 2019-2020, przeprowadzono na próbie dobranej w sposób celowy spośród 15 pacjentów leczonych na Oddziale Neurologicznym i 15 pacjentów leczonych na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym. Wszyscy pacjenci w epikryzie wypisowej mieli zalecenie dalszej rehabilitacji i we wszystkich przypadkach rehabilitacja została zrealizowana w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej lub Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala.

(akta kontroli str. 375-406)

We wszystkich 15 przypadkach powodem hospitalizacji na Oddziale Neurologicznym był udar mózgu. Procedura postępowania rehabilitacyjnego w przypadku udarów mózgu została opracowana dla oddziałów: Udarowego i Rehabilitacji Neurologicznej. Wynikało z niej, że już w pierwszej dobie pobytu na oddziale udarowym należało rozpocząć rehabilitację wczesną (przyłożkową). Kolejnym etapem była kontynuacja usprawniania w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Badana dokumentacja medyczna pacjentów zawierała informacje o wczesnym rozpoczęciu rehabilitacji przyłożkowej we wszystkich 15 przypadkach (już w pierwszej dobie pobytu). Działania rehabilitacyjne polegały na stosowaniu profilaktyki przeciwoleżynowej, przeciwobrękowej, przykurczowej, zachowaniu i torowaniu dróg ruchowych za pomocą ćwiczeń wszystkich stawów, adaptacji organizmu do wysiłku fizycznego (próby pionizacji) i – jeśli stan pacjenta na to pozwalał – stopniowe wstawanie i chodzenie pacjenta. Dokumentowanie rehabilitacji odbywało się w indywidualnej karcie zleceń lekarskich, która zawierała informacje o zleconej i zrealizowanej terapii psychologicznej, logopedycznej i rehabilitacji. Wszyscy pacjenci po zakończeniu leczenia na Oddziale Udarowym mieli wystawiane skierowanie na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej celem kontynuacji usprawniania i powrotu do sprawności.

(akta kontroli str. 407-410)

We wszystkich 15 przypadkach, pacjenci przenoszeni byli do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w dniu wypisu z Oddziału Udarowego i w tym samym dniu rozpoczynali dalszy etap rehabilitacji (nie byli wpisywani na listę oczekujących). Oddział Rehabilitacji Neurologicznej wchodził w skład Działu Neurologii<sup>29</sup>, w związku z tym informacje o pacjentach kierowanych do rehabilitacji personel zajmujący się rehabilitacją otrzymywał na bieżąco, w trakcie codziennych raportów lekarskich. Lekarz zbierał wywiad w celu przyjęcia na oddział i zlecał proces dalszej rehabilitacji dostosowanej do stanu pacjenta (zgodnie z procedurą postępowania rehabilitacyjnego w przypadku udarów). W ramach zapewnienia kompleksowości świadczeń poza samą rehabilitacją usprawniającą, pacjenci mieli opiekę psychologiczną i logopedyczną, co również przyczyniało się do powrotu do sprawności. Dokumentowanie rehabilitacji odbywało się za pomocą takiej samej karty jak w Oddziale Udarowym oraz dodatkowo karty zabiegów fizjoterapii realizowanych w oddziale. W każdym przypadku po zakończeniu leczenia zalecana była kontrola w Poradni Rehabilitacyjnej.

(akta kontroli str. 375-389, 410)

Pacjenci po zabiegach operacyjnych rozpoczynali proces rehabilitacji niezwłocznie po wykonanym zabiegu. Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 15 pacjentów w każdym przypadku wykazało rozpoczęcie usprawniania już w pierwszej dobie po zabiegu. Proces rehabilitacji realizowano zgodnie z procedurą postępowania w przypadku usprawniania pooperacyjnego (PL-56) i udokumentowano w karcie obserwacji i karcie zleceń lekarskich. Przy wypisie

<sup>29</sup> Składał się on z Oddziału Neurologicznego, Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziału Udarowego.

każdy pacjent miał wystawiane skierowanie na dalszą rehabilitację do Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej.

(akta kontroli str. 390-406, 411-414)

Pacjenci zapisywani byli na listę oczekujących. Średni czas oczekiwania w badanej próbie wynosił 73,4 dni. Sześciu pacjentów rozpoczęło rehabilitację do 60 dnia od chwili wypisu z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, natomiast dziewięciu oczekiwało powyżej 60 dni. Zgodnie załącznikami nr 3 do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresach świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką<sup>30</sup>, obowiązującymi w latach 2019-2021, Szpital miał możliwość rozliczenia świadczeń rehabilitacyjnych, realizowanych po zabiegach operacyjnych, w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji w terminie sześciu miesięcy od zakończenia hospitalizacji, w trakcie której wykonano zabieg. We wszystkich badanych przypadkach wymóg ten był spełniony. Z wyjaśnień Grzegorza Cichosza, kierownika Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej i Rehabilitacji Diennej wynika, że nie określono proceduralnie koordynacji procesu leczenia i przekazywania chorych „pooperacyjnych”. Pacjenci kierowani byli do usprawniania przez lekarzy Oddziału Urazowo-Ortopedycznego bezpośrednio przy wypisie lub po kontroli w Poradni Ortopedycznej. W szczególnych przypadkach po konsultacjach pomiędzy ordynatorami oddziałów Urazowo-Ortopedycznego i Rehabilitacji pacjenci mogli być kierowani bezpośrednio na rehabilitację. Pacjenci, którzy mieli wystawione skierowanie, kwalifikowani byli przez komisję kwalifikacyjną i wpisywani na listę oczekujących. W każdym przypadku rehabilitacja rozpoczynała się już w dniu przyjęcia na Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej. W trakcie przyjęcia, przy badaniu przedmiotowym, lekarz ustalał plan rehabilitacji. Zabiegi dokumentowano w karcie zabiegów. Wszystkim pacjentom w badanej próbie zrealizowano plan rehabilitacji zgodnie z zaleceniami. Po zakończonym leczeniu oceniano skuteczność terapii, opisywano postępy leczenia w karcie wypisowej i kierowano pacjentów do kontroli w Poradni Rehabilitacyjnej.

(akta kontroli str. 373-374, 415, 416)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którzy odbyli rehabilitację w trybie ambulatoryjnym w latach 2019-2021<sup>31</sup> wykazało, że zawierała ona informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz plan i sposób realizacji postępowania fizjoterapeutycznego (zaplanowane zabiegi, ich realizacja, sposób wykonania, potwierdzenie wykonania oraz dalsze zalecenia) zgodnie z § 49 ust. 4 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>32</sup>. Badana dokumentacja zawierała:

- skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne ze wskazaniem do tej rehabilitacji (w badanej próbie każdy pacjent miał wystawione jedno skierowanie),
- plan rehabilitacji (opracowany podczas wstępnej wizyty fizjoterapeutycznej),
- kartę wizyt fizjoterapeutycznych (wstępnej i końcowej),

<sup>30</sup> Zarządzenia nr: 42/2018/DSOZ z 23.05.2018, 13/2018/DSOZ z 6.02.2019, 183/2019/DSOZ z 31.12.2019, 195/2020/DSOZ z 11.12.2020 Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

<sup>31</sup> 10 pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację w grudniu 2019 r., 10 pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację w czerwcu 2020 r. oraz 10 pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację w styczniu 2021 r.

<sup>32</sup> Dz. U. poz. 666, ze zm. Dokumentacja utworzona przed wejściem w życie tego rozporządzenia również zawierała wskazane elementy, mimo że stosowne regulacje nie obowiązywały (uprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) nie określało szczegółowo zawartości oraz zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w praktyce zawodowej fizjoterapeutów).

- informację o stanie zdrowia pacjenta oraz chorobach mających wpływ na wykonywane zabiegi fizjoterapeutyczne,
- kartę realizacji zleconych zabiegów, wykonanie których potwierdzane było każdego dnia przez pacjenta oraz wykonującego zabieg fizjoterapeutę,
- informację zwrotną dla lekarza kierującego (zawierającą informację na temat przeprowadzonej terapii, osiągniętych celów terapii oraz dalsze zalecenia),
- ankietę wstępnej kwalifikacji na zabiegi w okresie trwania pandemii.

Każdy pacjent odbywał dwie wizyty terapeutyczne: pierwszą (wstępną) przed realizowanymi zabiegami oraz drugą (kończącą) po zrealizowanej rehabilitacji. Podczas wizyt oceniane były funkcje motoryczne pacjentów, napięcie siły mięśniowej (wg skali LOVETTA<sup>33</sup>), zakres ruchomości, oceniano skalę bólu wg NRS<sup>34</sup>, stosowano również ocenę obrzęku oraz stan pacjentów po zabiegach wg skali zawierającej sześć kryteriów<sup>35</sup>. Karta zawierała miejsce na informacje o ewentualnej zmianie zabiegów sugerowanych przez lekarza kierującego (w badanej próbie nie było takich przypadków).

(akta kontroli str. 417-446, 447-452)

Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że efekty terapii były monitorowane. Każdy pacjent z badanej próby, po zakończeniu cyklu zabiegów otrzymywał informację do lekarza kierującego zawierającą informację na temat przeprowadzonej terapii, osiągniętych celów terapii oraz dalsze zalecenia zgodnie z treścią § 5 ust. 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Informacja taka była wystawiana papierowo i przekazywana lekarzowi kierującemu za pośrednictwem pacjenta.

(akta kontroli str. 417-446, 452)

Stwierdzona  
nieprawidłowość

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

W Szpitalu nie umożliwiono pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Na podstawie art. 7b 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>36</sup>, na okres trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, zawieszony był obowiązek umożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, nałożony na świadczeniodawców w art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na mocy art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przepis ten utracił

<sup>33</sup> Skala od 0 do 5 służąca do oceny siły mięśniowej pacjenta, gdzie 0 oznacza brak skurczu mięśni, a 5 – napięcie mięśniowe prawidłowe.

<sup>34</sup> Numerical Rating Scale. Skala od 0 do 10, gdzie 1 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból.

<sup>35</sup> Bardzo znaczna poprawa, znaczna poprawa, minimalna poprawa, bez zmian, minimalne pogorszenie, znaczne pogorszenie.

<sup>36</sup> Dz. U. poz. 1842, ze zm.

moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (zmiana wynikająca z art. 73 pkt. 69 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 ). Tym samym obowiązek z art. 23a był zawieszony w okresie od 1 kwietnia do 4 września 2020 r.

Z dniem 29 listopada 2020 r. wszedł w życie art. 7ab ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, który stanowi, że zawieszają się wykonywanie przez podmiot leczniczy obowiązków umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Zawieszenie dotyczy podmiotów leczniczych, wobec których zostało wydane polecenie lub nałożony obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, które tym pacjentom udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku.

Od 1 stycznia 2020 r. do dnia zakończenia kontroli w Szpitalu nie umożliwiono pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia ani powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Od 12 listopada do 7 grudnia 2020 r. oraz od 3 do 30 kwietnia 2021 r. na Szpital nałożony był obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Szpital miał obowiązek umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia od 1 stycznia 2020 r., z wyłączeniem okresów od 1 kwietnia do 4 września 2020 r., od 29 listopada do 7 grudnia 2020 r. oraz od 3 do 30 kwietnia 2021 r.

(akta kontroli str. 80-88, 501-502)

Dyrektor ZOZ wyjaśnił: *W obecnej chwili (...) pacjent poza osobistym kontaktem może zapisać się na listę oczekujących na świadczenie rehabilitacyjne drogą e-mail oraz telefonicznie. Zasady zapisu na listę oczekujących, adresy e-mail oraz numery telefonów znajdują się na stronie internetowej Szpitala (adres <http://www.zoz.com.pl/>). Zakładka z zasadami zapisu na listę oczekujących niechcący została odpięta przez informatyka podczas dodawania innych komunikatów (w chwili obecnej błąd został naprawiony). W przypadku konieczności zmiany terminu pacjent jest informowany drogą telefoniczną, sms lub e-mail. Usługa e-rejestracji pacjenta, przyjęć do szpitala, będzie wdrażana wraz z nowym systemem OPTIMED NXT. Dzięki tej nowej usłudze pacjent będzie mógł wybrać poradnię, lekarza oraz datę i godzinę porady.*

(akta kontroli str. 331-334)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono pacjentom możliwość uzyskania kompleksowych i skoordynowanych świadczeń rehabilitacyjnych. Rzetelnie prowadzono listy pacjentów oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, jednak nie umożliwiono im umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Zgodnie z przepisami pacjentom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności umożliwiono korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej poza kolejnością. Pacjentom ustalano plany rehabilitacji, a efekty terapii były

monitorowane. Żadna z komórek organizacyjnych Szpitala udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej nie była jednak rentowna, co związane było z niezmienianą od 2018 r. wyceną świadczeń oraz rosnącymi kosztami ich udzielania.

### **3. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS CoV-2.**

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w związku z epidemią COVID-19 czasowo zaprzestano udzielania świadczeń w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej, natomiast w Pracowni Fizjoterapii i Poradni Rehabilitacyjnej czasowo wstrzymano planowe przyjęcia pacjentów.

W Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej miało to miejsce w okresie od 25 marca do 3 maja 2020 r. Sytuacja ta spowodowana była wystąpieniem zakażenia koronawirusem u pacjentów i personelu medycznego. Zgodnie z § 9 ust. 5 OWU, Szpital niezwłocznie powiadomił ŚOW NFZ o tym zdarzeniu. Informacje o czasowym zaprzestaniu udzielania świadczeń przekazywano również na bieżąco wojewodzie świętokrzyskiemu, zgodnie z art. 34 ust. 8 pkt 1 ustawy działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 453-460)

Podobna sytuacja miała miejsce w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej, który zawiesił działalność od 31 marca do 10 kwietnia 2020 r. Także w tym przypadku Szpital dopełnił obowiązku poinformowania wojewody świętokrzyskiego i ŚOW NFZ.

(akta kontroli str. 461-462)

Od 16 marca 2020 r., w związku z sytuacją epidemiczną, wstrzymano przyjęcia planowe pacjentów w Pracowni Fizjoterapii oraz Poradni Rehabilitacyjnej. Wznowienie przyjęć planowych nastąpiło 4 maja 2020 r. w Pracowni Fizjoterapii, natomiast w Poradni Rehabilitacyjnej – 21 maja 2020 r.

(akta kontroli str. 463-464)

Po okresie zawieszenia udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji, pacjenci mogli korzystać z leczenia w sposób dotychczasowy, zgodnie z ustaloną kolejnością na listach oczekujących. Nie było przypadków przerwania leczenia i konieczności jego kontynuowania po okresie zawieszenia. Z wyjaśnień Dyrektora ZOZ wynika, że wszyscy pacjenci mieli zakończone leczenie w zakresie ogólnoustrojowej rehabilitacji leczniczej i rehabilitacji neurologicznej. Zostali wypisani do domu z zaleceniami kontynuacji ćwiczeń w warunkach domowych. Pacjenci o znacznym stopniu niepełnosprawności ponownie przyjmowani byli poza kolejnością, a pozostali – po uzgodnieniu telefonicznym, zgodnie z kolejnością na listach oczekujących.

(akta kontroli str. 339-349)

W związku z sytuacją epidemiczną w Szpitalu ograniczono dostępność świadczeń dla pacjentów Pracowni Fizjoterapii oraz Oddziału Rehabilitacji Diennej, gdyż zgodnie z umowami z NFZ (załącznik nr 2 harmonogram–zasoby) świadczenia dla nich miały być udzielane w godzinach od 7.00 do 15.00, 17.00 lub 18.00, tymczasem w godzinach od 7.00 do 10.30 w Pracowni Fizjoterapii udzielano świadczeń wyłącznie pacjentom Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej.

(akta kontroli str. 80-88)

Wyjaśniając, na jakiej podstawie dokonano takiego ograniczenia i dlaczego nie zgłoszono zmian w sposobie organizacji udzielania świadczeń do ŚOW NFZ Dyrektor ZOZ podał: *Do Oddziału Rehabilitacji Diennej oraz Pracowni Fizjoterapii pacjenci w celu uzyskania świadczeń rehabilitacyjnych przychodzą codziennie w dni*

*powszednie. Wracając do domów mają oni kontakt z pozostałymi członkami rodzin lub innymi osobami. (...) Dbając o dobro pacjentów i chęć kontynuacji realizacji świadczeń Dyrektor Szpitala wraz z Kierownikiem Oddziału Rehabilitacji, Pracowni Fizjoterapii oraz Zespołem ds. Zakażeń analizując sytuację epidemiczną podjął decyzję o wprowadzeniu reżimu sanitarnego polegającego między innymi na rozdzieleniu pacjentów Oddziału Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii od pacjentów Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej wprowadzając godziny udzielania świadczeń w pracowni. Pomimo wprowadzenia późniejszych godzin rozpoczęcia udzielania świadczeń w ww. komórkach wszyscy zapisani w kolejce oczekujących pacjenci zostali poddani zabiegom rehabilitacyjnym, u wszystkich wykonano zalecone procedury fizjoterapeutyczne. Zachowanie reżimu sanitarnego i zmiana zasad organizacji pracy zapewniły realizację ambulatoryjnych świadczeń przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów.*

(akta kontroli str. 339-349)

Wyjaśniając, dlaczego – w związku z opisanym powyżej sposobem organizacji świadczeń – nie zapewniono pacjentom Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej usprawniania w cyklach popołudniowych, skoro wymaga tego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (załącznik nr 1, określający m.in. organizację udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych), Dyrektor ZOZ podał: *Pacjenci Oddziału Rehabilitacji Stacjonarnej w godzinach porannych mają zapewnione usprawnianie w Pracowni Fizjoterapii, korzystając między innymi z zabiegów: hydroterapii, kinezyterapii, fizykoterapii. W godzinach popołudniowych fizjoterapeuci udają się do Oddziału Rehabilitacji aby tam kontynuować usprawnianie pacjentów prowadząc ćwiczenia ogólnokondycyjne poprawiające aktywność ruchową: przy łóżku, przy drabinkach, chodzenie o kulach, balkoniku, po schodach.*

(akta kontroli str. 339-349)

Zdaniem NIK, podjęte działania organizacyjne, choć ograniczające dostęp do świadczeń rehabilitacji leczniczej i niezgodne z wymogami wynikającymi z umów z NFZ, umożliwiały jednak pacjentom uzyskiwanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w czasie epidemii COVID-19 z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

ZOZ podjął działania zapewniające bezpieczeństwo pacjentom podczas udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej, wprowadzając niezbędne procedury, ograniczenia i wytyczne. Wdrożone procedury dotyczyły m.in.:

- PH-80 – postępowania na wypadek zgłoszenia się osób podejrzanych o zakażenie układu oddechowego koronawirusem SARS-CoV-2;
- PM-95/0 – postępowania z osobami z podejrzeniem COVID-19;
- PH-6 – izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia;
- PH-80/1 – przyjęcia pacjenta do szpitala w czasie epidemii zakażeń;
- PH 23 A – postępowania z pościelą/bielizną osób przebywających w szpitalu gdzie przebywają chorzy na COVID-19;
- PH 80/2 – wypisu pacjenta po zakażeniu COVID-19;
- PH 33 B – fumigacji pomieszczeń szpitalnych;
- PH 80/2 – przyjęcie pacjenta do Pracowni Fizjoterapii w czasie epidemii zakażeń SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 465-494)

Obowiązujące procedury i zarządzenia zapewniały bezpieczeństwo nie tylko pacjentom, ale również pracownikom Szpitala, gdyż określono sposoby postępowania z osobami chorymi, zapobiegania zakażeniom, stosowania środków

ochrony osobistej przez personel oraz postępowania w przypadku kontaktu personelu z zakażonym pacjentem. Dodatkowo wdrożono procedury:

- PH 80 A – bezpieczeństwo personelu medycznego w czasach COVID-19 i zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń w środowisku szpitalnym;
- PH 82 – postępowanie w pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji personelu po kontakcie z pacjentem podejrzanym lub zakażonym SARS CoV-2.

Nadzór nad realizacją procedur bezpieczeństwa sprawowali kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, pielęgniarki koordynujące poszczególne oddziały, kierownik Działu Sanitarno-Higienicznego.

(akta kontroli str. 495-498)

W 2020 r. doszło do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 personelu w komórkach realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji. Najwięcej (42 osoby) zaraziło się w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej (Oddziale Neurologii). Zgodnie z procedurami bezpieczeństwa odizolowano tych pracowników razem z pacjentami do czasu uzyskania wyników testów PCR. Po uzyskaniu pozytywnych wyników personel był kierowany na kwarantannę bądź izolację. W Pracowni Fizjoterapii pięć osób uległo zakażeniu wirusem, a w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej – trzy. W tym okresie wstrzymano przyjmowanie nowych pacjentów w tych komórkach. We wszystkich przypadkach personel był izolowany, a w przypadkach potwierdzenia zakażenia kierowany do dalszej izolacji.

(akta kontroli str. 339-349)

ZOZ zapewnił pacjentom dostęp do świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, zgodnie z § 4a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W zakresie rehabilitacji leczniczej teleporad udzielano w poradni rehabilitacyjnej. Zgodnie z wprowadzoną przez Dyrektora ZOZ procedurą realizacji świadczeń zdrowotnych w formie teleporad<sup>37</sup>, każde świadczenie zdrowotne realizowane w takiej formie odbywało się po wcześniejszym umówieniu i rozpoznaniu potrzeby zdrowotnej pacjenta. Umówienie na świadczenie odbywało się drogą telefoniczną bądź elektronicznie (e-mail). Przed udzieleniem teleporady, pacjent dzwonił na wskazany nr telefonu do konkretnej poradni, pielęgniarka przeprowadzała odpowiedni wywiad i rejestrowała pacjenta wyznaczając termin zgodny z harmonogramem przyjęć. Lekarz dzwonił do pacjenta w wyznaczonym terminie, po przeprowadzeniu teleporady uzupełniał dokumentację medyczną na podstawie informacji uzyskanych drogą telefoniczną. W razie potrzeby uzyskania wizyty w miejscu udzielania świadczeń wyznaczał kolejny termin. W okresie objętym kontrolą z takiej formy kontaktu z lekarzem skorzystał tylko jeden pacjent w Poradni Rehabilitacyjnej. Pozostali pacjenci przyjmowani byli do poradni w sposób stacjonarny.

(akta kontroli str. 499-501, 502, 339-349)

W okresie objętym kontrolą ZOZ nie udzielał świadczeń pacjentom po przebytych COVID-19.

(akta kontroli str. 331-334)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Sytuacja epidemiczna i zmiana organizacji funkcjonowania komórek organizacyjnych Szpitala, zajmujących się rehabilitacją leczniczą, spowodowały ograniczenie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej zarówno dla pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej i w trybie dziennym, jaki i leczonych na

<sup>37</sup> Procedura Nr PM-121 wydana 4 marca 2021 roku dotycząca realizacji świadczeń zdrowotnych w formie teleporad oraz standardów organizacyjnych realizowanych w ZOZ w Skarżysku-Kamiennej.

Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej. W okresie epidemii COVID-19 podjęto działania mające na celu zapewnienie pacjentom i pracownikom bezpiecznych warunków otrzymywania i udzielania świadczeń.

#### **IV. Uwagi i wnioski**

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

- |         |   |
|---------|---|
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Udzielanie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej w trybie konkursu ofert, zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.</li><li>2. Szacowanie wartości zamówień powtarzających się okresowo zgodnie z art. 26a ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.</li><li>3. Określenie zadań i organizacji Pracowni Fizjoterapii w regulaminie organizacyjnym Szpitala, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.</li><li>4. Umożliwienie świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia, zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</li></ol> |
| Uwagi   | NIK nie formułuje uwag.   |

## 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 Kielcach. 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 wniosków

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

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

Kielce, 25 czerwca 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach  
p.o. Wicedyrektor  
Krzysztof Wilkosz

Kontrolerzy  
Iwona Rezner  
doradca ekonomiczny

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Sławomir Tokarczyk  
starszy inspektor kp.

.....  
*podpis*