



KZD.430.005.2021
Nr ewid. 136/2021/P/21/054/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU REHABILITACJI LECZNICZEJ

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

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

Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia



Marcin Stolarczyk

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 18.10.2021

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	13
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	14
5.1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej.....	14
5.2. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych	35
5.3. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2	51
6. ZAŁĄCZNIKI.....	57
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	57
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	61
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	70
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	73
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	74

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Dostępność świadczeń	nie trudne do zdobycia; osiągalne, przystępne świadczenia zdrowotne. Dostępność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dostępność jest zależna też od czasu oczekiwania na wizytę u lekarza oraz wysiłku pacjenta związanego z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumianych kosztów, jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ¹ ;
Jednostka rozliczeniowa	to miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień. Każdemu świadczeniu kontraktowanemu przez NFZ przypisana jest określona liczba jednostek rozliczeniowych. Iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych oraz ich ceny stanowi wartość świadczenia;
KIF	Krajowa Izba Fizjoterapeutów;
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
Lekarz specjalista	lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty, specjalisty II stopnia lub specjalisty I stopnia w danej dziedzinie medycyny;
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ;
OWU	załącznik do <i>rozporządzenia Ministra Zdrowia w z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej</i> ² ;
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
Profil zabezpieczenia	profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, według których wyznaczany jest poziom systemu zabezpieczenia w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej. Należy przez to rozumieć oddziały szpitalne oraz odpowiadające im poradnie specjalistyczne;
Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej	<i>rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej</i> ³ ;
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
Świadczeniobiorca	osoba wymieniona w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
Świadczeniodawca	podmiot leczniczy, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

¹ Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r., str. 59–60.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 265.

System zabezpieczenia	system podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej; zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wyskoscjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania (art. 95l ust. 1 ustawy <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>);
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> ⁴ ;
WOMP	wojewódzkie ośrodki medycyny pracy;
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych;
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy organizacja i finansowanie rehabilitacji leczniczej zapewniają pacjentom równy dostęp do świadczeń i umożliwiają uzyskanie pożądanych efektów terapii?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji leczniczej pozwalał na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów w tym zakresie?
2. Czy organizacja systemu rehabilitacji leczniczej umożliwiła pacjentom uzyskanie kompleksowych i skoordynowanych świadczeń rehabilitacyjnych na każdym etapie leczenia?
3. Czy w okresie epidemii SARS-CoV-2 zapewniona została dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej?

Jednostki kontrolowane

Podmioty lecznicze
Oddziały wojewódzkie NFZ

Okres objęty kontrolą

2019–2021 (I półrocze) z wykorzystaniem również dowodów dotyczących badanego okresu, a sporządzonych przed lub po tym okresie.

Kontrola P/21/054 „Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Rehabilitacja, z języka łacińskiego *re* – na nowo, znów oraz *habilis* – sprawny, należyty, stosowny, stała się elementem rozwoju społecznego i ważną częścią leczenia medycznego. Celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie pacjentowi pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, jego powrót do czynnego życia zawodowego i społecznego oraz poprawa jakości życia.

Rehabilitację powinna cechować:

1. Powszechność, czyli dostępność dla wszystkich pacjentów, obejmująca wszystkie dziedziny medycyny, jako integralna część leczenia.
2. Wczesne zapoczątkowanie – rozumiane, jako usprawnianie pacjenta podjęte na początku leczenia – w przypadku ortopedii także przed operacją, jak i zaraz po zabiegu, które ma prowadzić do szybszego powrotu sprawności fizycznej i społecznej; wczesne rozpoczęcie rehabilitacji jest ważną częścią leczenia wszystkich schorzeń wymagających usprawnienia, jak np. przebyty udar mózgu.
3. Kompleksowość (szczególnie ważna, gdy uraz bądź schorzenie całkowicie zmienia sytuację życiową pacjenta) – czyli prowadzenie przez zespół rehabilitacyjny, który stanowią lekarze różnych specjalności (w zależności od potrzeb) oraz innych specjalistów (np. w dziedzinie kinezyterapii czy ogólnie fizykoterapii, logopedii, psychologii, pomocy społecznej, zaopatrzenia ortopedycznego itd.); w większości przypadków rehabilitacja jest leczeniem funkcjonalnym, zlecanym przez lekarza rehabilitanta, przywracającym sprawność sprzed choroby i pełen powrót do funkcjonowania.
4. Ciągłość – czyli nieprzerwane prowadzenie przez wszystkie fazy leczenia; wczesnie rozpoczęta rehabilitacja w szpitalu powinna być kontynuowana – w zależności od wskazań – w oddziale rehabilitacyjnym, a następnie/lub w poradni rehabilitacyjnej; powinna uwzględniać także rehabilitację zawodową i społeczną⁵.

W 2013 r. NIK przeprowadziła kontrolę P/13/131 „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej”, krytycznie oceniając przyjęty przez NFZ rozbudowany i skomplikowany model finansowania rehabilitacji leczniczej, w którym nie uwzględniono podstawowego i najważniejszego miernika procesu rehabilitacji, jakim jest końcowy rezultat leczenia rehabilitacyjnego. W ocenie NIK, w przyjętym systemie kontraktowania i rozliczania przez NFZ świadczeń rehabilitacji leczniczej oparto się, podobnie jak w przypadku innych świadczeń, wyłącznie na rozliczaniu liczby i poprawności wykonania procedur, bez uwzględnienia efektów terapii.

⁵ Na podstawie M. Lubecki, Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO, Hygeia Public Health 2011.

WPROWADZENIE

Prowadzone w poprzednich latach kontrole w Narodowym Funduszu Zdrowia wykazywały również utrzymujący się stan ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, który przejawiał się wysoką liczbą oczekujących na świadczenie⁶.

Niniejsza kontrola miała przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie, czy w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej spełnione zostały wyżej przywołane założenia skutecznej rehabilitacji leczniczej.

Kontrolą objęto kontraktowanie, organizację i wykonanie świadczeń rehabilitacji leczniczej, z wyłączeniem świadczeń dla dzieci oraz leczenia chorych ze śpiączką, ze względu na ich szczególny charakter.

⁶ Patrz: P/19/058 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r., P/20/052 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 r.

2. OCENA OGÓLNA

Organizacja i finansowanie rehabilitacji leczniczej nie zapewniały pacjentom równego dostępu do tych świadczeń, jak również mogły ograniczać uzyskanie pożądaných efektów terapii.

W 2019 r. z rehabilitacji leczniczej skorzystało blisko 3,5 miliona pacjentów. System rehabilitacji nie zapewniał im jednak kompleksowej opieki, gdyż poszczególne instytucje, którym powierzono zadania finansowania rehabilitacji leczniczej działały w sposób nieskoordynowany i od siebie niezależny.

Niekwestionowanym warunkiem skuteczności rehabilitacji leczniczej jest jej wczesne rozpoczęcie. Tymczasem tylko 26,1% pacjentów po udarze mózgu rozpoczęło rehabilitację w ciągu 14 dni od zakończenia leczenia szpitalnego, a tylko jeden na dziesięciu z nich był rehabilitowany u tego samego świadczeniodawcy, u którego był hospitalizowany. Sytuacja taka wynikała m.in. z faktu, że tylko nieco ponad połowa świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia, u których prowadzono leczenie neurologiczne dysponowała rehabilitacją neurologiczną. W blisko połowie szpitali I poziomu zabezpieczenia pacjenci nie mieli możliwości uzyskania świadczenia w ramach oddziału rehabilitacyjnego.

Zapewnieniu równego dostępu do świadczeń nie służył proces planowania zakupu świadczeń przez OW NFZ, skoncentrowany przede wszystkim na utrzymaniu liczby i wartości świadczeń w zawartych uprzednio umowach. W rezultacie nakłady na rehabilitację, w odniesieniu do poszczególnych obszarów zabezpieczenia, znacząco się różniły. Wynika to z faktu, że do dziś nie został opracowany model zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym rehabilitacji leczniczej, w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

W okresie objętym kontrolą rosły wydatki NFZ na rehabilitację leczniczą, ale zmniejszył się ich udział w ogólnych wydatkach NFZ na świadczenia zdrowotne. Pomimo zwiększenia nakładów świadczeniodawcy mieli problemy ze zbilansowaniem działalności w ramach umowy z NFZ. W tej sytuacji dodatkowym, negatywnym czynnikiem okazał się brak ustalonej taryfy świadczeń dla rehabilitacji. Z kolei działania NFZ zmierzające do urealnienia wartości poszczególnych świadczeń były niekonsekwentne, a w dłuższej perspektywie mogą mieć negatywny wpływ na prowadzenie rehabilitacji leczniczej.

Pomimo nierentowności rehabilitacji, świadczeniodawcy zapewniali odpowiednie warunki udzielania świadczeń, także w okresie epidemii SARS-CoV-2. W warunkach zagrożenia epidemicznego nie ograniczali w sposób nieuzasadniony dostępności do rehabilitacji, choć wdrażane środki ograniczające ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2 wymuszały zmiany organizacji pracy, w tym zmniejszenie liczby leczonych pacjentów. Ograniczenie dostępności rehabilitacji leczniczej w największym stopniu dotknęło pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Ustawodawca powierzył wykonanie zadań rehabilitacji leczniczej aż czterem różnym instytucjom publicznym, (NFZ, ZUS, KRUS, wojewódzkie ośrodki medycyny pracy). Instytucje te nie tworzyły jednak jednego, spójnego systemu, a ich współpraca miała charakter incydentalny. Przede wszystkim nie było systemu wymiany informacji o leczeniu pacjentów, który pozwoliłby na skoordynowanie leczenia w publicznym systemie ochrony zdrowia, prewencji rentowej i przeciwdziałania patologii zawodowej, a tym samym na uzyskanie pożądanych efektów zdrowotnych niższym kosztem. [str. 14]

Brak współpracy i koordynacji instytucji publicznych

Najważniejszą rolę, ze względu na skalę udzielanych świadczeń, odgrywał NFZ, który wydatkował ponad 90% publicznych środków przeznaczonych na rehabilitację leczniczą.

W okresie objętym kontrolą udział zrealizowanych kosztów rehabilitacji leczniczej w ogólnej kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ zmniejszył się z 3,3% w 2019 r. do 3,0% w 2020 r. W planie na 2021 r. udział ten spadł poniżej 3,0%, pomimo że NFZ zaplanował koszty rehabilitacji na kwotę 3 344,1 mln zł⁷. W 2020 r. NFZ nie wykonał planu kosztów rehabilitacji leczniczej, na co wpływ miała epidemia SARS-CoV-2 i związane z nią ograniczenia w prowadzeniu działalności leczniczej. W rezultacie w 2020 r. zmniejszyła się wartość wykonanych kosztów większości zakresów świadczeń. Wartość świadczeń „niewykonanych”, tj. różnica pomiędzy wartością świadczeń sprawozdanych i rozliczonych a kwotą zobowiązania NFZ z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w skontrolowanych OW NFZ, w 2019 r., wyniosła 3,3 mln zł, a w 2020 r. było to aż 187 mln zł. [str. 16]

Spadek udziału rehabilitacji w ogólnych kosztach świadczeń NFZ

Zmniejszenie udziału kosztów rehabilitacji leczniczej w ogólnej kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej korespondowało ze zmniejszeniem liczby świadczeniodawców realizujących rehabilitację. Pomędzy rokiem 2018 a 2020 ubyło 59 takich świadczeniodawców, co stanowiło spadek o ponad 2% i dotyczyło 12 OW NFZ. [str. 18]

System podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej, wbrew ustawowym założeniom, nie zapewniał dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej. Blisko połowa świadczeniodawców I poziomu systemu zabezpieczenia nie udzielała świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych lub w ośrodku/oddziale dziennym, a 21,8% nie prowadziło zabiegów rehabilitacyjnych. Również nie wszystkie placówki II i III poziomu systemu zabezpieczenia oraz szpitale ogólnopolskie, zapewniały dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych. [str. 19]

Brak rehabilitacji leczniczej w systemie zabezpieczenia

W latach 2019–2020, spośród pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu udaru mózgu mniej niż połowa rozpoczęła rehabilitację w ciągu 90 dni od zakończenia leczenia szpitalnego⁸. Sytuacja taka miała miejsce we wszystkich województwach. Przy czym tylko 14,4% pacjentów po uda-

Ograniczona dostępność rehabilitacji hospitalizowanych pacjentów po udarze mózgu czy w chorobach kręgosłupa

⁷ Ogólna kwota kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Planie finansowym NFZ na 2021 r. na dzień 7 lipca 2021 r. wynosiła 113 102 266,0 tys. zł.

⁸ Dane uzyskane od Centrali NFZ na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

rze mózgu rozpoczęło rehabilitację u tego samego świadczeniodawcy, u którego byli leczeni z powodu udaru. Jeszcze mniejszą szansę na rehabilitację mieli pacjenci z chorobami kręgosłupa, gdyż tylko nieco ponad 30% z nich rozpoczęło rehabilitację w terminie 90 dni od zakończenia hospitalizacji. Tylko sześciu na 100 z nich odbyło rehabilitację w tym samym szpitalu, gdzie byli leczeni. [str. 44]

Wzrost liczby lekarzy specjalistów i fizjoterapeutów

W latach 2019–2020 o 3,5% wzrosła liczba lekarzy specjalistów, którzy spełniali wymagania dla udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej⁹. Zmniejszyła się jednak liczba osób odbywających szkolenie specjalizacyjne. W tym samym okresie wzrosła również o 15,8% liczba fizjoterapeutów, przy czym specjaliści fizjoterapii stanowili zaledwie 1,4% tej grupy¹⁰.

Porównanie liczby lekarzy specjalistów oraz liczby fizjoterapeutów wykazanych w rejestrach z liczbą takich specjalistów zgłoszonych przez świadczeniodawców do umów z NFZ wskazuje, że w publicznym systemie opieki zdrowotnej można zwiększyć zasoby kadrowe w tych grupach zawodowych. Skontrolowani świadczeniodawcy zatrudniali z reguły więcej takich specjalistów niż minimum wymagane przepisami. [str. 21]

Prowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów

OW NFZ prawidłowo prowadziły postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednak w objętych kontrolą 20 postępowaniach stwierdzono cztery przypadki nieodrżucenia ofert zawierających nieprawdziwe informacje. [str. 20]

Różnice w nakładach na świadczenia

Proces kontraktowania świadczeń oraz ustalania kwot zobowiązania na kolejne lata nie zapewniał równego dostępu do świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych. Planowana kwota środków na zakup świadczeń na 10 tys. mieszkańców lub ubezpieczonych różniła się nawet kilkakrotnie w przypadku różnych obszarów kontraktowania, a w województwie mazowieckim stwierdzono nawet zaplanowanie dla jednego z obszarów kwoty blisko 17 razy wyższej niż dla innego obszaru. W mniejszym stopniu dotyczyło to również kwot planowanych na etapie postępowań w sprawie zawarcia umów. Wynikało to z dążenia OW NFZ do zapewnienia dostępności tych świadczeń na dotychczasowym poziomie.

Nie wypracowano modelu uwzględniania w planie zakupu rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez szpitale zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia. [str. 35]

Nierentowność rehabilitacji leczniczej

Działalność rehabilitacyjna realizowana w ramach umów z NFZ była dla świadczeniodawców przeważnie nierentowna. Aż 90% z nich wykazało stratę zarówno w 2019 r., jak i w 2020 r., a 45% wykazało stratę dla wszystkich komórek organizacyjnych realizujących rehabilitację leczniczą. [str. 26]

Częściowo wpływ na to miał sposób ustalania kwoty zobowiązania NFZ (limitu świadczeń). Proponowane przez NFZ kwoty w niektórych przypadkach istotnie odbiegały od złożonej oferty, co przy obowiązku utrzymania zadeklarowanego potencjału przynosiło świadczeniodawcom straty. [str. 28]

⁹ Dane uzyskane od Naczelnej Izby Lekarskiej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

¹⁰ Dane uzyskane od KIF na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Do dnia zakończenia kontroli NIK, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie określił taryfy świadczeń w rehabilitacji leczniczej, poza taryfą dla świadczeń gwarantowanych leczenia chorych ze śpiączką.

W sytuacji braku taryfy świadczeń, to Prezes NFZ był uprawnionym do określenia wagi punktowej produktów rozliczeniowych. NFZ zidentyfikował problem nieadekwatności wagi punktowej do rzeczywistych kosztów rehabilitacji. Zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono zmiany w wycenie świadczeń, które mają obowiązywać od 1 października 2021 r. Podwyższono wagę punktową kinezyterapii. Jednocześnie jednak obniżono wagę punktową zabiegów fizykalnych, w ramach tego samego planu finansowego.

Zmiany w wycenie świadczeń

NFZ implementował te zmiany wbrew krytycznym opiniom środowiska fizjoterapeutów i konsultantów krajowych, które zgłoszono już na etapie konsultowania projektu w 2020 r. [str. 32]

Dane dotyczące liczby pacjentów i zrealizowanych zabiegów fizjoterapeutycznych wskazują, że w okresie epidemii SARS-CoV-2, większy wpływ na ograniczenie dostępności świadczeń miało ograniczenie prowadzenia działalności leczniczej niż wzrost liczby zachorowań na COVID-19, który wystąpił w IV kwartale 2020 r. Ograniczenie dostępności w największym stopniu dotknęło pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej, gdzie liczba osób leczonych w II kwartale 2020 r. była o 73,5% niższa niż w II kwartale 2019 r. [str. 40]

Zmniejszenie liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w okresie epidemii SARS-CoV-2

Wraz ze zmniejszeniem liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji wzrosła liczba osób, które nie stawily się na zabiegi rehabilitacji w ustalonym terminie. W 2020 r., w stosunku do 2019 r., liczba takich osób u skontrolowanych świadczeniodawców wzrosła o 11,4%. [str. 44]

Wzrost liczby osób, które nie stawily się na zabiegi rehabilitacyjne

Koszty świadczeń rehabilitacji leczniczej dla pacjentów o znacznym stopniu niepełnosprawności wykazywały tendencję rosnącą. Nie wzrósł jednak udział tych pacjentów w ogólnej liczbie pacjentów, i w latach 2019–2020, u skontrolowanych świadczeniodawców, nie przekroczył sumarycznie 4,3%. Nie zawsze natomiast udawało się zapewnić pacjentom rehabilitację w dniu zgłoszenia, ale poszczególni świadczeniodawcy zapewnili tym osobom możliwość korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Przypadki dłuższego oczekiwania na świadczenie wynikały z reguły z uzgodnienia z pacjentem innego, późniejszego terminu. [str. 42]

Świadczeniodawcy spełniali warunki organizacyjne do udzielania świadczeń, a stwierdzone nieprawidłowości nie miały istotnego znaczenia dla ich funkcjonowania. Z drugiej strony w aż dziewięciu placówkach (45% skontrolowanych) stwierdzono nieaktualne wpisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. [str. 20]

Nieaktualne wpisy w RPWDL

Z kolei u sześciu świadczeniodawców stwierdzono nieterminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych wyrobów medycznych używanych w rehabilitacji. Nieprawidłowości dotyczyły 18,5% badanej próby. [str. 24]

Nieterminowe przeglądy wyrobów medycznych

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Dla pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie określano plany rehabilitacji, przy czym w przypadku blisko 90% pacjentów to lekarze kierujący wskazywali zakres rehabilitacji. W 17% przypadków cykl leczenia nie zakończył się badaniem fizjoterapeutycznym, a w 16,7% lekarzowi kierującemu nie przekazano informacji o efektach leczenia. [str. 51]

Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne

Kontrola wykazała również, że nie wszystkie podmioty lecznicze prawidłowo udzielały zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych podmiotom wykonującym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowości w tym obszarze stwierdzono w ośmiu przypadkach (40%). [str. 25]

Kary umowne dotyczące rehabilitacji

W okresie objętym kontrolą, na żadnego ze skontrolowanych świadczeniodawców NFZ nie nałożył kar umownych z tytułu nieprawidłowej realizacji umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej, choć skontrolowane OW NFZ nałożyły takie kary na ogółem 101 świadczeniodawców. [str. 35]

Ograniczenia działalności w okresie epidemii SARS-CoV-2

W okresie epidemii SARS-CoV-2, z powodu odgórnych nakazów czy zleconych obowiązków, połowa objętych kontrolą świadczeniodawców musiała na różnym etapie ograniczyć lub wstrzymać prowadzenie rehabilitacji leczniczej. W okresie nasilenia epidemii SARS-CoV-2, wykorzystywano zarówno personel, jak i wyposażenie oddziałów rehabilitacyjnych do zapewnienia opieki pacjentom chorym na COVID-19. Oprócz tego u 13 świadczeniodawców wystąpiły przypadki czasowego ograniczenia udzielania świadczeń na skutek wykrycia ogniska epidemicznego.

Przy opracowywaniu procedur mających ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2, świadczeniodawcy korzystali z Wytycznych dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce. Wytyczne opracowano w Ministerstwie Rozwoju, Pracy i Technologii wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym, przy współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. [str. 51]

Znikome wykorzystanie teleporad w rehabilitacji

Niewielkie znaczenie dla dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, w okresie epidemii SARS-CoV-2, miało wprowadzenie możliwości realizacji porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Pomimo że 65% skontrolowanych świadczeniodawców zapewniało taką możliwość, to w przypadku rehabilitacji korzystano z tej formy sporadycznie. [str. 54]

W żadnym skontrolowanym podmiocie leczniczym nie stwierdzono uzależnienia przyjęcia pacjenta od przedłożenia negatywnego wyniku testu na SARS-CoV-2, wykonanego na własny koszt. W przypadku przyjęć planowych świadczeniodawcy zapewniali możliwość wykonania takiego testu.

Terminowe i rzetelne wykonanie zadań OW NFZ

OW NFZ, poza jednym przypadkiem, terminowo wypłacały świadczeniodawcom wynagrodzenie z tytułu zrealizowanych świadczeń. Rzetelnie rozpatrywały wnioski o płatności „zaliczkowe”, a przypadki negatywnego ich rozpatrzenia wynikały z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawców i były uzasadnione. [str. 55]

4. WNIOSKI

- 1) Rozważenie uwzględnienia rehabilitacji leczniczej, jako obowiązkowego profilu leczenia w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. **Minister Zdrowia**
- 2) Wypracowanie katalogu świadczeń leczenia szpitalnego, które powinny być finansowane wyłącznie w przypadku zrealizowania również rehabilitacji leczniczej. Odstąpienie od rehabilitacji powinno wynikać z przeciwwskazań lub braku zasadności stwierdzonych przez lekarza i opisanych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
- 1) Opracowanie modelu zabezpieczenia dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, będącego podstawą ich kontraktowania, z uwzględnieniem zasady równego dostępu. **Prezes NFZ**

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej

Poziom finansowania rehabilitacji leczniczej nie był wystarczający w stosunku do kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Jednocześnie w systemie zabezpieczenia funkcjonowała duża liczba świadczeniodawców, którzy nie prowadzili rehabilitacji, co ograniczało możliwość uzyskania takiego świadczenia.

Jednostki organizacyjne prowadzące rehabilitację leczniczą

W polskim systemie opieki zdrowotnej rehabilitacja lecznicza jest w gestii kilku różnych jednostek organizacyjnych – NFZ, ZUS, KRUS oraz wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. W okresie objętym kontrolą, NFZ wydał ponad 90% wszystkich środków przeznaczanych na rehabilitację leczniczą (92,3% w 2019 r. i 96,3% w 2020 r.). Mniejszy udział w tych wydatkach miały Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, prowadzące rehabilitację w ramach prewencji rentowej. Z kolei wojewódzkie ośrodki medycyny pracy prowadzą rehabilitację leczniczą uzasadnioną patologią zawodową¹¹. W latach 2019–2020 taką rehabilitację prowadziło 14 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy.

Każda z wymienionych jednostek finansujących rehabilitację leczniczą ma w obszarze zainteresowania inne aspekty rehabilitacji. NFZ, jako płatnik powszechnie realizowanych świadczeń, nie zajmuje się oceną efektów terapii poszczególnych pacjentów. ZUS i KRUS prowadzą edukację ubezpieczonych, w której poruszane są zagadnienia dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia oraz ocena celowości, a także efektów rehabilitacji pod kątem możliwości wykonywania przez ubezpieczonych pracy zawodowej czy w gospodarstwie rolnym. W przypadku wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest to ograniczanie wpływu czynnikach szkodliwych w miejscach pracy na zdrowie pracowników.

W okresie objętym kontrolą, wymienione wyżej jednostki nie tworzyły jednolitego systemu rehabilitacji leczniczej. W istocie funkcjonowały niezależnie od siebie, nie dysponując efektywnymi narzędziami wymiany informacji i danych. Nie dysponowały również narzędziami zabezpieczającymi przed finansowaniem rehabilitacji tego samego pacjenta z różnych źródeł.

Ustawodawca, określając dla tych jednostek zadania dotyczące rehabilitacji, nie wprowadził ograniczeń dla pacjentów w korzystaniu ze świadczeń finansowanych np. przez NFZ, WOMP czy ZUS. Dlatego ten sam pacjent może korzystać z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez te wszystkie jednostki. Ustawodawca nie określił także ani dla ZUS, ani KRUS kompetencji do przetwarzania danych dotyczących osób, które korzystają z innych form rehabilitacji leczniczej. Zarówno ZUS, jak i KRUS, nie mają więc podstaw prawnych do weryfikacji, czy osoby kierowane przez nich na rehabilitację leczniczą korzystały albo korzystają z tego typu świadczeń finansowanych z innych środków publicznych.

¹¹ Na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175, ze zm.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

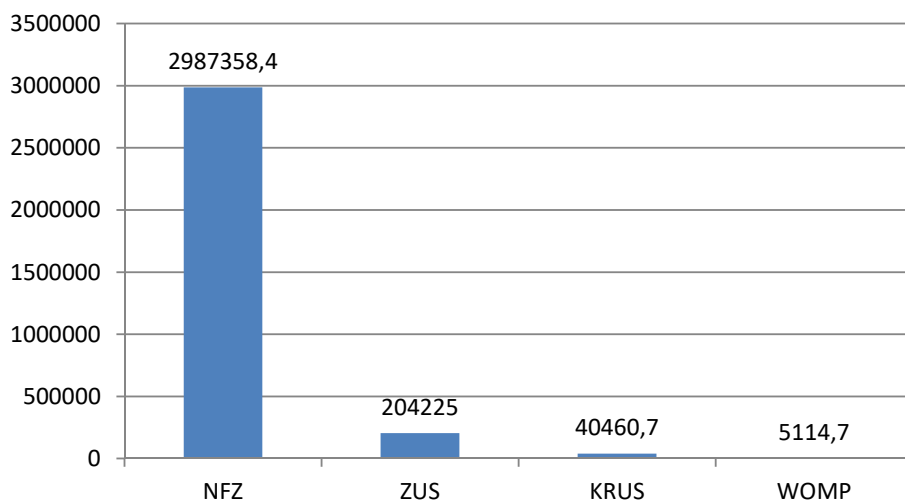
Zgodnie z informacjami uzyskanymi od kierowników wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, mimo że żaden przepis ich do tego nie obli-
gował, weryfikowały czy pacjenci nie korzystają z innej formy reha-
bilitacji leczniczej, choć odbywało się to tylko w drodze oświadczenia
pacjenta.

Dodatkowym źródłem finansowania rehabilitacji leczniczej w 2020 roku
był program rządowy pn. „Świadczenia medyczne Narodowego Fundu-
szu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych na lata 2020–2021”. Program
jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego i ma na celu
poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla osób
niepełnosprawnych. Świadczenia finansowane ze środków Funduszu
Solidarnościowego są udzielane na podstawie odrębnych umów zawie-
ranych pomiędzy NFZ, jako realizatorem programu, a podmiotami wybra-
nymi w drodze procedur określonych w *ustawie z dnia 23 października
2018 r. o Funduszu Solidarnościowym*¹². Tymi podmiotami mogą być rów-
nież podmioty lecznicze udzielające świadczeń na podstawie umowy z NFZ.
Dla świadczeń tych są określone odrębne wymagania dotyczące personelu,
wskazane w programie, a rozliczenie świadczeń następuje po zakończe-
niu realizacji zadania. Środki na finansowanie programu, zgodnie z tre-
ścią art. 118a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie są ujmowane
w planie finansowym NFZ.

Świadczenia
finansowane z Funduszu
Solidarnościowego

Wykres nr 1

Wydatki na rehabilitację leczniczą w podziale na źródło finansowania w 2019 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, ZUS, KRUS i wojewódzkich ośrodków medycyny pracy¹³.

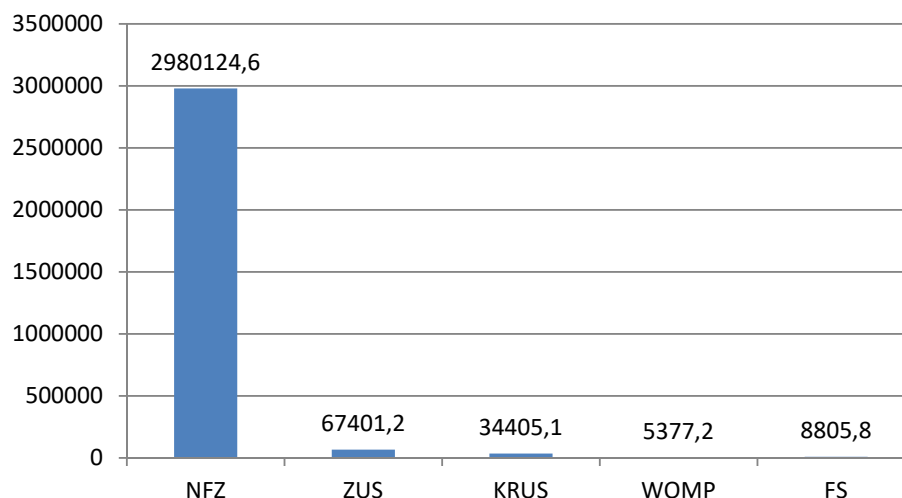
¹² Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, ze zm.

¹³ Dane uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 2

Wydatki na rehabilitację leczniczą w podziale na źródło finansowania w 2020 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, ZUS, KRUS i wojewódzkich ośrodków medycyny pracy¹⁴.

Wykonanie planów finansowych NFZ

W pierwotnym planie finansowym NFZ¹⁵ na 2019 r., na koszty świadczeń rehabilitacji leczniczej zaplanowano kwotę 2 513 590,0 tys. zł. W trakcie roku ta pozycja planu została zwiększona do kwoty 3 028 850,0 tys. zł, tj. o 515 260,0 tys. zł (wzrost o 20,5%). Wykonanie wyniosło 2 987 358,4 tys. zł, co stanowiło 98,6% planu po zmianach oraz 118,8% planu pierwotnego.

W 2020 r. nie udało się wykonać planu finansowego w zakresie kosztów świadczeń rehabilitacji leczniczej, a wykonane koszty były o 7233,8 tys. zł niższe niż w 2019 r. Łączne koszty rehabilitacji leczniczej w 2020 r. wyniosły 2 980 124,6 tys. zł, co stanowiło 91,8% planu po zmianach. W stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2020 r. wykonanie kosztów wyniosło 103,6%.

W roku 2019 udział wykonanych kosztów rehabilitacji leczniczej w kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniósł 3,3%, a w 2020 r. zmniejszył się do 3,0%.

W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2021 r. na rehabilitację leczniczą zaplanowano kwotę 3 077 681,0 tys. zł, natomiast na dzień 7 lipca 2021 r. kwota ta wzrosła do 3 344 122,0 tys. zł, co stanowiło niecałe 3,0%¹⁶ planowanej ogólnej kwoty kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z danymi uzyskanymi od NFZ, w przełożeniu na poszczególne zakresy świadczeń odnotowano, w 2020 r. w stosunku do 2019 r., obniżenie wartości rozliczonych świadczeń w 11 na 12 zakresów podstawowych¹⁷

¹⁴ Dane uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

¹⁵ Dane dotyczące kwot planowanych oraz wykonania, ustalone na podstawie planów finansowych NFZ oraz sprawozdań z wykonania planów finansowych NFZ.

¹⁶ 2,96% kwoty 113 102 266,0 tys. zł.

¹⁷ Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez NFZ są rozliczane w ramach zakresów podstawowych i skojarzonych, przy czym zakresy skojarzone są realizowane wyłącznie przez świadczeniodawców realizujących zakres podstawowy (np. zakres skojarzony 05.1310.508.02 Fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności jest realizowany przez świadczeniodawców realizujących zakres podstawowy 05.1310.208.02 Fizjoterapia ambulatoryjna).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

objętych kontrolą. Wzrost odnotowano jedynie dla zakresu fizjoterapia domowa. Największy spadek odnotowano w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej, prowadzonej w warunkach stacjonarnych – o kwotę aż 233 576,3 tys. zł, tj. o 46,5%.

Tabela nr 1

Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na zakresy świadczeń (w zł)

Kod zakresu	Wartość jednostek rozliczeniowych 2019	Wartość jednostek rozliczeniowych 2020	Różnica 2020–2019
05.1300.207.02	60 853 840,05	46 727 737,90	-14 126 102,15
05.1300.507.02	2 299 911,90	2 003 048,91	-296 862,99
05.1310.208.02	921 947 567,21	821 345 284,75	-100 602 282,46
05.1310.209.02	76 955 357,60	87 514 406,43	10 559 048,83
05.1310.508.02	132 602 016,41	162 167 053,36	29 565 036,95
05.1310.509.02	116 459 771,43	176 679 569,08	60 219 797,65
05.2300.022.02	261 503 795,92	208 756 415,48	-52 747 380,44
05.2300.023.02	14 097 620,10	12 262 030,87	-1 835 589,23
05.2300.024.02	2 838 202,44	2 181 619,75	-656 582,69
05.2300.025.02	3 409 160,30	1 885 483,60	-1 523 676,70
05.2300.026.02	17 308 671,56	11 190 946,23	-6 117 725,33
05.2300.522.02	14 402 371,55	10 909 212,91	-3 493 158,64
05.2300.523.02	843 490,40	1 227 745,73	384 255,33
05.2300.524.02	193 812,50	233 965,34	40 152,84
05.2300.525.02	5 259,80	-	-5 259,80
05.2300.526.02	172 167,40	136 928,79	-35 238,61
05.4300.200.02	10 994 038,11	115 004 211,08	104 010 172,97
05.4300.300.02	502 656 756,31	269 080 439,78	-233 576 316,53
05.4300.309.02	29 293 738,50	17 574 255,00	-11 719 483,50
05.4300.500.02	49 735 028,73	30 662 122,37	-19 072 906,36
05.4300.509.02	1 104 729,70	697 289,80	-407 439,90
05.4306.300.02	352 856 240,03	295 621 806,15	-57 234 433,88
05.4306.500.02	18 680 676,62	11 178 397,38	-7 502 279,24
05.4308.300.02	132 508 472,45	81 974 570,55	-50 533 901,90
05.4308.500.02	844 363,19	315 441,24	-528 921,95

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ¹⁸.

Na zmianę wartości rozliczonych świadczeń niewątpliwie wpływ miały ograniczenia działalności świadczeniobiorców wynikające z epidemii SARS-CoV-2. Z drugiej strony, w 2018 r. weszły w życie przepisy uprawnia-

¹⁸ Dane uzyskane na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Jedynym świadczeniodawcą udzielającym świadczeń w zakresie 05.2300.525.02 jest Uzdrowisko Kopalnia Soli w Wieliczce.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

jące osoby, które uzyskały orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością¹⁹. Jednocześnie świadczenia dla tych osób zostały objęte Nielimitowanym finansowaniem, na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Z tego powodu NFZ wydzielił odrębne skojarzone zakresy świadczeń dla tych świadczeń. Wykonanie kosztów tych świadczeń wskazuje na dynamiczny wzrost świadczeń udzielanych w rehabilitacji domowej.

Pomimo epidemii SARS-CoV-2, dla pięciu z 13 skojarzonych zakresów świadczeń odnotowano wzrost wartości rozliczonych świadczeń. Co prawda największy wzrost wartości odnotowano dla wprowadzonego w 2019 r. zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym²⁰, dla którego wzrost rok do roku wyniósł 946,1% (z 10 994,0 tys. zł do 115 004,2 tys. zł.), ale w roku 2019 był on realizowany dopiero od ostatniego kwartału. Natomiast istotne wzrosty odnotowano dla zakresów fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (o 60 219,8 tys. zł, wzrost 51,7%) oraz fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (29 565,0 tys. zł, wzrost 22,3%). Udział rozliczonych świadczeń w przypadku zakresów, które dotyczyły osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, w ramach kwot kosztów objętych kontrolą, wzrósł z 12,4% w 2019 r. do 16,7% w 2020 r.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11.12.2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, OW NFZ są zobowiązane do zwiększania kwoty zobowiązania do rzeczywistej realizacji w skojarzonych zakresach świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. W pierwszej kolejności muszą więc zabezpieczyć środki na leczenie prowadzone w ramach skojarzonych zakresów świadczeń, które nie są limitowane. Z uwagi na ciągle zwiększające się zapotrzebowanie tej grupy pacjentów, wolne środki w planach zakupu muszą być przeznaczane w pierwszej kolejności na zapłatę tych świadczeń.

Świadczeniodawcy

W okresie objętym kontrolą liczba świadczeniodawców prowadzących rehabilitację leczniczą zmniejszyła się. W 2018 r. rehabilitację leczniczą prowadziło 2846 świadczeniodawców, a na koniec 2020 r. było ich o 59 mniej, co oznaczało spadek o 2,07%. W trzech województwach wielkość ta przekroczyła 5%: w wielkopolskim (5,88%), pomorskim (5,36%) i kujawsko-pomorskim (5,29%). Tylko w dwóch województwach liczba świadczeniodawców wzrosła: w pomorskim o sześciu oraz opolskim o dwóch.

¹⁹ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932)

²⁰ Na podstawie zarządzenia Nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Tabela nr 2

Liczba świadczeniodawców prowadzących rehabilitację leczniczą w latach 2018–2020

Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2018–2020					
OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Zmiana 2020 r. do 2018 r.	
	2018	2019	2020	Liczba	%
Dolnośląski	172	169	168	-4	-2,33%
Kujawsko-Pomorski	189	184	179	-10	-5,29%
Lubelski	150	150	149	-1	-0,67%
Lubuski	81	84	79	-2	-2,47%
Łódzki	188	193	188	0	0,00%
Małopolski	259	261	258	-1	-0,39%
Mazowiecki	320	311	311	-9	-2,81%
Opolski	83	83	85	2	2,41%
Podkarpacki	337	338	337	0	0,00%
Podlaski	49	48	47	-2	-4,08%
Pomorski	112	120	118	6	5,36%
Śląski	312	321	300	-12	-3,85%
Świętokrzyski	141	143	138	-3	-2,13%
Warmińsko-Mazurski	107	103	103	-4	-3,74%
Wielkopolski	255	237	240	-15	-5,88%
Zachodniopomorski	91	99	87	-4	-4,40%
RAZEM	2 846	2 844	2 787	-59	-2,07%

Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2020 rok, str. 86.

Zgodnie z treścią art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia ustalono zakresy i rodzaje świadczeń. W ramach tych zakresów i rodzajów świadczeń, jako świadczenie gwarantowane, znajduje się rehabilitacja lecznicza, która może być prowadzona w warunkach stacjonarnych (szpitalnych) lub oddziału/ośrodka dziennego.

Uzyskane z Centrali NFZ dane dotyczące zawartych umów wskazują jednak, że możliwość zapewnienia kompleksowego leczenia obejmującego rehabilitację była ograniczona, gdyż tylko część świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, prowadzi rehabilitację w warunkach stacjonarnych lub ośrodka/oddziału dziennego. W 2019 r. na 279 szpitali zakwalifikowanych do I poziomu systemu zabezpieczenia w blisko poł-

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wie z nich (138–49,5%) nie realizowano żadnego z zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych (szpitalnych) albo ośrodka/oddziału dziennego, a w ponad połowie (150–53,8%) nie prowadzono rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Lepiej wyglądała sytuacja w przypadku szpitali II poziomu zabezpieczenia, wśród których, w 2019 r., 25,8% świadczeniodawców (25 na 97) nie realizowało żadnego z zakresów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych (szpitalnych) lub ośrodka/oddziału dziennego. W przypadku szpitali III poziomu zabezpieczenia było to 27,9% (17 na 61), a szpitali ogólnopolskich – 36,0% (32 na 89).

Dane te nie zmieniły się istotnie w następnych latach, a zmiany wynikały przede wszystkim ze zmniejszenia liczby świadczeniodawców I poziomu systemu zabezpieczenia oraz zmiany poziomu zabezpieczenia kilku świadczeniodawców.

W roku 2019 fizjoterapię ambulatoryjną prowadziło 200 świadczeniodawców I poziomu zabezpieczenia (71,7%), 78 II poziomu zabezpieczenia (80,4%), 41 z III poziomu zabezpieczenia (67,2%) oraz 53 szpitale ogólnopolskie (59,5%).

Zaznaczenia wymaga fakt, że żadnego zakresu świadczeń rehabilitacji leczniczej nie prowadziło 61 świadczeniodawców (21,8%) I poziomu systemu zabezpieczenia, 8 (8,2%) z II poziomu, 10 (16,4%) z III poziomu oraz 18 (20,2%) szpitali ogólnopolskich²¹.

Kontraktowanie rehabilitacji leczniczej

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane przez NFZ w ramach dwóch rodzajów umów: umów na udzielanie świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia oraz umów na udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W ramach systemu zabezpieczenia, finansowane są świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, których udzielają świadczeniodawcy zakwalifikowani do tego systemu. W ramach umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowane są świadczenia, których, w warunkach stacjonarnych, udzielają świadczeniodawcy niezakwalifikowani do systemu zabezpieczenia oraz wszystkie świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych.

W trakcie kontroli w OW NFZ zbadano 20 postępowań dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 18 w trybie konkursu ofert i dwa w trybie rokowań. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieodrżucenia przez komisje konkursowe ofert, które zawierały nieprawdziwe informacje (cztery przypadki) oraz prowadzenia rokowań z naruszeniem art. 143 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, poprzez zaproszenie do rokowań tylko jednego świadczeniodawcy (dwa przypadki).

Aktualność wpisów w RPWDL

Wpisy do RPWDL nie zawsze odpowiadały stanowi faktycznemu lub nie były zgodne z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego. W dziewięciu skontrolowanych podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowo-

²¹ Przy obliczeniach nie uwzględniono zakresu „lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna”, gdyż w ramach tej opieki nie są realizowane zabiegi fizjoterapeutyczne.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wości (tj. 45%). We wszystkich przypadkach wpisy w RPWDL zawierały informacje o komórkach organizacyjnych, które nie istniały w rzeczywistości lub nie zostały wykreślone po zakończeniu działalności (w siedmiu podmiotach leczniczych po jednej, w jednym dwie i w jednym trzy komórki organizacyjne).

Skontrolowani świadczeniodawcy spełniali warunki do udzielania świadczeń, choć w kilku przypadkach kontrolerzy stwierdzili nieprawidłowości. W jednym szpitalu nie zapewniono wymaganego wymiaru czasu pracy lekarza specjalisty na oddziale rehabilitacji neurologicznej (w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie). Również w jednym szpitalu stwierdzono brak wymaganych warunków udzielania świadczeń (w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim. Gabinet kinezyterapii w tej placówce nie stanowił oddzielnego pomieszczenia i nie był wyposażony w drabinki rehabilitacyjne ani wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych. Także pomieszczenia, w których przeprowadzano zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa, diatermii krótkofalowej i mikrofalowej, nie były wyposażone w osobne boksy przeznaczone dla pacjentów; w Ośrodku Rehabilitacji Diennej pacjentom nie zapewniono sali do wypoczynku pomiędzy zabiegami).

Warunki udzielania świadczeń

W przypadku dziewięciu świadczeniodawców stwierdzono, że dane zawarte w załączniku nr 2 „Harmonogram zasoby” do umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierały dane nieaktualne albo niezgodne ze stanem faktycznym. Dotyczyło to przede wszystkim wykazywania personelu, który w rzeczywistości nie udzielał świadczeń, niezgłaszania personelu faktycznie udzielającego świadczeń czy wyrobów medycznych wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń, niezgodności deklarowanego harmonogramu udzielania świadczeń z grafikami pracy.

Według danych przekazanych przez Naczelną Izbę Lekarską w Polsce, na koniec 2018 r., w zawodzie pracowało 2568 lekarzy specjalistów, którzy spełniali wymagania do udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej²². Liczba ta wzrosła w latach 2019 i 2020 r. Na koniec 2019 r. było 2728 lekarzy tych specjalności, a na koniec 2020 r. – 2750 lekarzy, o 92 więcej niż na koniec 2018 r. (tj. o 3,5%). Na koniec 2020 r. większość stanowili lekarze specjaliści w dziedzinach, w których aktualnie prowadzone jest szkolenie specjalizacyjne. Największą grupę stanowili lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji medycznej – 1823, tj. 66,3%, a 284 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej stanowiło 10,3% ogółu. Zmniejszyła się liczba lekarzy ze specjalizacjami w dziedzinach, w których nie prowadzi się już szkolenia specjalizacyjnego, niemniej nadal stanowili oni 23,4% ogółu.

Personel – lekarze

²² W okresie objętym kontrolą kształcenie specjalistyczne lekarzy obejmowało dwie takie dziedziny: rehabilitacja medyczna oraz balneologia i medycyna fizykalna. W latach poprzednich lekarze mogli uzyskać tytuły specjalizacyjne w dziedzinach: rehabilitacja ogólna, rehabilitacja w chorobach narządu ruchu, rehabilitacja, medycyna fizykalna i balneoklimatologia, fizjoterapia i balneoklimatologia, balneoklimatologia i medycyna fizykalna. Wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, w których można uzyskać tytuł specjalisty zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 1566, ze zm.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na koniec 2020 r. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie rehabilitacji medycznej odbywało 218 lekarzy, a 77 lekarzy szkoliło się w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Stanowili oni odpowiednio 11,9% oraz 27,1% ogólnej liczby specjalistów w tych dziedzinach. Co jednak ważne, w latach 2019–2020 istotnie zmniejszyła się liczba osób odbywających szkolenie specjalizacyjne. W przypadku rehabilitacji medycznej, na początku 2019 r. szkoliło się 291 osób (o 33,5% więcej niż na koniec 2020 r.), a w przypadku balneologii i medycyny fizykalnej było to 113 osób (o 46,7% więcej niż na koniec 2020 r.). Mniejsza liczba lekarzy otrzymujących tytuł specjalisty w tych dziedzinach, w stosunku do liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację oznacza, że część osób nie zdała egzaminu specjalizacyjnego, kończącego całe szkolenie²³.

Do umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, na dzień 7 czerwca 2021 r. świadczeniodawcy zgłosili 2000 lekarzy specjalistów (w tym 1889 lekarzy specjalistów i specjalistów II stopnia oraz 111 lekarzy specjalistów I stopnia). Wykorzystano zatem 72,7% lekarzy specjalistów w tych dziedzinach. Można więc było, z teoretycznego punktu widzenia – dotyczącego zabezpieczania kadrowego, zatrudnić więcej takich specjalistów i poprawić dostęp do rehabilitacji. Należy jednak pamiętać, że wielu lekarzy ma tytuł specjalisty w więcej niż jednej dziedzinie, przez co mogą nie pracować we wszystkich wyuczonych specjalnościach.

W żadnym województwie liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub pokrewnych²⁴ nie przekraczała 1 na 10 tys. ubezpieczonych²⁵. Natomiast dla całego kraju wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. ubezpieczonych wyniósł 0,59. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie świętokrzyskim – 0,77, a najniższą w województwie wielkopolskim – 0,37.

Wszyscy skontrolowani świadczeniodawcy spełniali minimalne wymogi zatrudnienia w jednostkach prowadzących leczenie rehabilitacyjne, a dane o zatrudnieniu w latach 2019–2020 wskazywały na stabilny poziom zatrudnienia. Jednak różny był wymiar zatrudnienia lekarzy – specjalistów u poszczególnych świadczeniodawców.

Na przykład w przypadku skontrolowanych świadczeniodawców lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej²⁶, na koniec 2020 r., dwóch z nich zatrudniało lekarzy w minimalnym wymaganym wymiarze, tj. 0,25 etatu

²³ Na przykład w sesji wiosennej 2020 r. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie rehabilitacji leczniczej zdało 18 osób na 24, które przystąpiły. W sesji jesiennej 2020 r. zdało 26 osób na 44, które przystąpiły. Według danych opublikowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych zdawalność Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w latach 2009–2018 wyniosła 85,53% w przypadku balneologii i medycyny fizykalnej oraz 93,49% w przypadku rehabilitacji medycznej. https://www.cem.edu.pl/aktualnosci/spece/spece_stat.php [dostęp na dzień 5 sierpnia 2021 r.].

²⁴ Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej

²⁵ Liczba ubezpieczonych ustalona na podstawie *Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2021 roku* (Tabela II.1_Ubezpieczeni).

²⁶ Kod komórki 1300, poradnia rehabilitacyjna.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przeliczeniowego²⁷, a jeden zatrudniał lekarza w wymiarze 0,26 etatu przeliczeniowego. Trzech świadczeniodawców zatrudniało lekarzy w wymiarze większym niż jeden etat.

W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych²⁸, minimalne wymogi zatrudnienia przewidują jeden etat przeliczeniowy lekarza specjalisty na 25 łóżek oraz dodatkowo ¼ etatu przeliczeniowego na każde sześć łóżek powyżej 25²⁹. W przypadku świadczeniodawców, u których oddział rehabilitacyjny liczył nie więcej niż 25 łóżek, wymiar pracy lekarzy wynosił od 1,01 do 2,94 etatu przeliczeniowego, przy czym tylko u dwóch świadczeniodawców był niższy niż 1,2, czyli mniej niż 120% minimalnego wymiaru, a u pozostałych wyższy.

W przypadku rehabilitacji neurologicznej, wymiar zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub pokrewnej stanowi równoważnik co najmniej jednego etatu przeliczeniowego na 25 łóżek, a dla oddziałów z więcej niż 25 łóżkami – zatrudnienie lekarzy specjalistów powinno być proporcjonalne do liczby łóżek³⁰. Skontrolowani świadczeniodawcy, którzy prowadzili oddział rehabilitacji neurologicznej, przekraczali minimalne normy zatrudnienia. Dla oddziałów, w których liczba łóżek nie przekraczała 25, wymiar pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub pokrewnej wyniósł od 1,58 do 5,1 etatu przeliczeniowego, co oznacza, że minimalny wymóg był przekroczony o 58% do 410%. Dla oddziałów, w których było więcej niż 25 łóżek, minimalny wymóg zatrudnienia takich specjalistów był przekroczony o 0,792 do 6,3 etatu przeliczeniowego.

Zgodnie z danymi uzyskanymi z KIF, na początku 2019 r., było 59 860 fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu. W przeciągu 2019 r. liczba ta wzrosła o 6216 osób (10,4%), a w 2020 r. o kolejne 3231 osób (4,7%). Udział specjalistów fizjoterapii³¹ w ogólnej liczbie fizjoterapeutów był niski i w okresie objętemu kontrolą oscylował wokół 1,4%.

Personel – fizjoterapeuci

Na dzień 7 czerwca 2021 r. świadczeniodawcy zgłosili do umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 26 649 fizjoterapeutów, w tym 1558 specjalistów, którzy stanowili 5,8%. Specjaliści fizjoterapii, u skontrolowanych świadczeniodawców, świadczyli pracę w wymiarze 7,3% łącznej liczby etatów przeliczeniowych wszystkich fizjoterapeutów.

Oznacza to, że w tej grupie zawodowej tylko niecałe 40% zarejestrowanych fizjoterapeutów pracowało w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Można zatem zwiększyć kadry w ramach umów na udzielanie

²⁷ Pkt 1a załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

²⁸ Kod komórki 4300, oddział rehabilitacyjny.

²⁹ Pkt 4a załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

³⁰ Pkt 4b załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

³¹ W rozumieniu art. 35 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

świadczeń. Natomiast wyższa liczba specjalistów zgłoszonych do umów niż znajdujących się w rejestrze KIF wskazuje, że wielu specjalistów fizjoterapii pracuje u więcej niż jednego świadczeniodawcy.

Podobnie jak w przypadku lekarzy specjalistów, zróżnicowany był wymiar zatrudnienia fizjoterapeutów. W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, minimalny wymóg zatrudnienia fizjoterapeutów to jeden etat przeliczeniowy na 10 łóżek³². Spośród skontrolowanych świadczeniodawców tylko jeden zatrudniał fizjoterapeutów dokładnie w wymiarze wymaganego minimum. Natomiast 58% skontrolowanych świadczeniodawców zatrudniało fizjoterapeutów w wymiarze wyższym od minimalnych wymagań o co najmniej jeden etat rozliczeniowy.

W przypadku rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, minimalny wymóg zatrudnienia fizjoterapeutów, to co najmniej jeden etat przeliczeniowy na sześć łóżek, a w przypadku oddziału z więcej niż sześcioma łózkami zatrudnienie powinno być proporcjonalne do liczby łóżek³³. Jeden świadczeniodawca zatrudniał minimalną wymaganą liczbę fizjoterapeutów, natomiast pozostali zatrudniali więcej fizjoterapeutów niż stanowiły minimalne wymogi.

Funkcjonowanie placówek w stanie epidemii SARS-CoV-2 nie wpłynęło istotnie na stan zatrudnienia u skontrolowanych świadczeniodawców. Mimo ograniczeń w udzielaniu świadczeń, utrzymywali zasoby kadrowe. Należy zaznaczyć, że fakt zawieszenia udzielania świadczeń, wynikający z przepisów, decyzji lub poleceń wydawanych przez organy administracji lub inspekcji sanitarnej, pomimo istnienia obiektywnych przesłanek, nie pozwalał świadczeniodawcom na zmniejszenie potencjału wykonawczego zgłoszonego do umów z NFZ, w tym również zasobów kadrowych. Oznacza to, że świadczeniodawcy byli zobligowani do utrzymywania stanu kadrowego, pomimo że w istocie nie udzielali świadczeń lub udzielali ich w ograniczonym zakresie.

Przeglądy techniczne wyrobów medycznych

W trakcie kontroli dokonano sprawdzenia terminowości wykonywania przeglądów technicznych wyrobów medycznych używanych w rehabilitacji. Weryfikacji dokonano na próbie łącznie 206 sztuk wyrobów medycznych (co najmniej 10 u każdego świadczeniodawcy). Nieprawidłowości stwierdzono u sześciu świadczeniodawców, a dotyczyły one łącznie 38 sztuk wyrobów medycznych, co stanowiło 18,5% próby³⁴. Opóźnienia w wykonaniu przeglądów wyniosły od dwóch do 175 dni.

Przykłady

W Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie badaniem kontrolnym objęto 15 paszportów technicznych sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

³² Pkt 4b załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

³³ Pkt 4b załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

³⁴ Od dwóch na 10 do 11 na 15 u poszczególnych świadczeniodawców, przy czym u jednego świadczeniodawcy było to 10 na 11 objętych kontrolą wyrobów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ustalono, że w przypadku:

- 11 urzędzeń (73,33%) przeglądy techniczne wykonane zostały z opóźnieniem wynoszącym od 2 do 92 dni;
- 5 urzędzeń (33,33%) w dokumentacji brak było podanej daty kolejnego po przedostatnim przeglądzie technicznym;
- 15 urzędzeń (100%) nie było podanego roku produkcji sprzętu.

Przekroczenie terminu przeglądu technicznego dotyczyło następującego sprzętu:

- 1) defibrylator;
- 2) respirator uniwersalny;
- 3) profesjonalny zestaw do prób wysiłkowych;
- 4) bieżnia do nauki chodu;
- 5) platforma stabilometryczna;
- 6) aparat do terapii mechaniczną falą uderzeniową;
- 7) zestaw do treningu wydolnościowego z 5 cykloergometrami;
- 8) urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych z biofeedback;
- 9) rotor do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych typu *active station*;
- 10) monitor funkcji życiowych;
- 11) centrala monitorowania pacjenta.

W przypadku centrali monitorowania pacjenta urządzenie zepsuło się dwa dni po terminie, w którym powinien być wykonany przegląd techniczny i zostało odesłane do serwisu.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie** stwierdzono, że 10 z 11 wyrobów medycznych nie zostało poddanych przeglądowi technicznemu w terminie określonym przez producenta i/lub autoryzowany serwis.

Przekroczenie terminu przeglądu technicznego dotyczyło następującego sprzętu:

- 1) urządzenie do nauki chodu;
- 2) urządzenie do prowadzenia ciągu ruchu;
- 3) diatermia krótkofalowa;
- 4) defibrylator;
- 5) urządzenie do prowadzenia ciągu ruchu;
- 6) urządzenie do prowadzenia ciągu ruchu;
- 7) krioterapia sprężarkowa;
- 8) aparat terapii polem magnetyczny;
- 9) przenośny laser terapeutyczny;
- 10) defibrylator.

By zapewnić niezbędną kadre, świadczeniodawcy korzystali z możliwości zlecenia udzielania świadczeń zdrowotnych podmiotom wykonującym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zleceń takich udzieliło 15 z 20 skontrolowanych świadczeniodawców, przy czym u ośmiu z nich (40%) stwierdzone zostały nieprawidłowości w tym obszarze. Najczęściej dotyczyły one:

- niestosowania nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w *rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień*³⁵ (u czterech świadczeniodawców),

[Zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych](#)

³⁵ Dz. Urz. WE L 340 z 16 grudnia 2002, str. 1, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- nieprzeprowadzenia konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁶, mimo takiego obowiązku (u dwóch świadczeniodawców),
- braku szacowania lub nieprawidłowego szacowania wartości przedmiotu zamówienia (u dwóch świadczeniodawców),
- nieprawidłowego opisu przedmiotu zamówienia (u dwóch świadczeniodawców).

Przyczynami powstania nieprawidłowości były najczęściej błędy w interpretacji art. 26a ustawy o działalności leczniczej, określającego zasady szacowania wartości przedmiotu zamówienia.

Inne źródła przychodów świadczeniodawców

Świadczenia udzielane na podstawie umowy z NFZ stanowiły podstawę działalności skontrolowanych świadczeniodawców. W okresie objętym kontrolą, tylko pięciu ze skontrolowanych świadczeniodawców uzyskiwało przychody z tytułu wykonywania umów zawartych z innymi podmiotami. Jeden ze świadczeniodawców udzielał świadczeń w ramach umów z zakładami karnymi, dwóch w ramach umowy z ZUS (przy czym jeden zrezygnował z końcem 2019 r.), jeden miał zawartą umowę z klubem sportowym (tylko w 2019 r.), jeden realizował świadczenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej patologią zawodową, na podstawie umowy z wojewódzkim ośrodkiem medycyny pracy, a jeden był podwykonawcą dla innego świadczeniodawcy, a jednocześnie był beneficjentem dwóch projektów realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020 oraz realizował program profilaktyki zdrowotnej finansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego. Tylko w jednym przypadku skala tej działalności ogrywała dużą rolę w porównaniu do umów z NFZ. W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku wartość świadczeń udzielonych na podstawie umowy z ZUS stanowiła równowartość 42,7% wartości świadczeń udzielonych na podstawie umowy z NFZ. W pozostałych czterech jednostkach stosunek ten nie przekroczył 5%.

Sześciu ze skontrolowanych świadczeniodawców udzielało świadczeń na warunkach komercyjnych, lecz udział przychodów z tego tytułu nie był duży. U dwóch świadczeniodawców mieścił się w przedziale 3%–4% (Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie), a u pozostałych czterech nie przekraczał 0,1%.

Rentowność świadczeń rehabilitacji leczniczej

Działalność rehabilitacyjna realizowana w ramach umów z NFZ była dla świadczeniodawców przeważnie nierentowna. Na 20 skontrolowanych świadczeniodawców, 18 (90%) wykazało stratę zarówno w 2019 r., jak i w 2020 r.

³⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Niemniej w przypadku niektórych ośrodków powstawania kosztów³⁷ świadczeniodawcy wykazywali dodatni wynik finansowy. Najczęściej dotyczyło to pracowni (działów) fizjoterapii (siedem³⁸ w 2019 r. i cztery w 2020 r.), oraz oddziałów rehabilitacji neurologicznej, które z reguły zapewniały kontynuację leczenia pacjentom oddziałów neurologicznych (trzy w 2019 r. i cztery w 2020 r.³⁹). Dziewięciu świadczeniodawców wykazało stratę dla wszystkich wyodrębnionych ośrodków powstawania kosztów, odpowiadających komórkom organizacyjnym prowadzącym rehabilitację leczniczą.

W 2019 r. wskaźnik pokrycia kosztów przychodami u skontrolowanych świadczeniodawców wyniósł od 56,2% (w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Królowej Jadwigi w Rzeszowie) do 95,6% (w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy).

W 2020 r. wartość wskaźnika wykazywała dużo większe odchylenie (od 38,9% do 118,2%)⁴⁰. Należy jednak mieć na uwadze, że wielu świadczeniodawców było zobowiązanych do realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, co w niektórych przypadkach istotnie wpłynęło na możliwość prowadzenia rehabilitacji, a tym samym na osiągnięte wyniki. W innych przypadkach ograniczyło koszty działalności lub pozwoliło uzyskać przychody z leczenia pacjentów z COVID-19.

W przypadku ośrodków powstawania kosztów, które odpowiadały komórkom organizacyjnym ustalono, że wskaźnik pokrycia kosztów przychodami wyniósł:

- w przypadku pracowni fizjoterapii (fizjoterapia ambulatoryjna) średnio 87,3% 2019 r. (od 45,0% do 175%) oraz średnio 65,4% w 2020 r. (od 31,7% do 115,9%);
- w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych) średnio 68,6% w 2019 r. (od 30,3% do 93,3%) oraz średnio 66,5% w 2020 r. (od 31,2% do 23,4%);
- w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej średnio 97,1% w 2019 r. (od 77,6% do 136,6%) oraz średnio 77,1% w 2020 r. (od 53,7% do 107,8%).

³⁷ Ośrodki powstawania kosztów były wyodrębniane w sposób różnorodny. Najczęściej były to poszczególne komórki organizacyjne udzielające świadczeń rehabilitacyjnych. Niektórzy świadczeniodawcy zdecydowali się jednak na inne metody wyodrębnienia ośrodków. Na przykład: rozliczenie działalności wszystkich form rehabilitacji ambulatoryjnej, jako jednego ośrodka powstawania kosztów; łączenie wszystkich oddziałów rehabilitacyjnych w jeden ośrodek powstawania kosztów. Jeden ze świadczeniodawców nie wyodrębnił oddziałów rehabilitacji w trybie stacjonarnym, jako ośrodki powstawania kosztów, gdyż oddziały te udzielały świadczeń głównie dla pacjentów przenoszonych po leczeniu na innych oddziałach, z którymi tworzyły ośrodki powstawania kosztów. Należy także zaznaczyć, że na wykazywany przez jednostkę wynik finansowy ustalany dla części działalności wpływ miały stosowane przez poszczególnych świadczeniodawców zasady rachunkowości (np. zasady przypisywania kosztów pośrednich, kosztów zarządu, rozliczania usług na rzecz innych ośrodków powstawania kosztów).

³⁸ W tym dwa działy u jednego świadczeniodawcy, który miał wyodrębnione trzy ośrodki powstawania kosztów w ramach jednostki organizacyjnej zajmującej się fizjoterapią ambulatoryjną.

³⁹ W jednym przypadku w 2019 r. był to ośrodek powstawania kosztów obejmujący razem oddział rehabilitacyjny oraz oddział rehabilitacji neurologicznej.

⁴⁰ W analizie nie uwzględniono szpitala, który w 2020 r. na oddziałach rehabilitacyjnych udzielał głównie świadczeń dla pacjentów chorych na COVID-19, ze względu na ograniczoną porównywalność danych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dane te potwierdzają, że świadczeniodawcy uzyskiwali najwyższą rentowność w przypadku rehabilitacji neurologicznej. Obrazują również spadek rentowności w 2020 r., który należy wiązać z epidemią SARS-CoV-2.

Świadczenia „niewykonane”

Potwierdzeniem wpływu epidemii SARS-CoV-2 na wyniki finansowe świadczeniodawców są również dane o wartości „świadczeń niewykonanych”, tj. różnica pomiędzy kwotą zobowiązania NFZ a wartością świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców, ustalona na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych. W siedmiu objętych kontrolą OW NFZ wartość ta, dla zakresów objętych kontrolą, wzrosła z 3300,6 tys. zł w 2019 r. do 187 016,3 tys. zł w 2020 r., tj. o 5566,2%. Blisko połowa tej kwoty (47,9%) dotyczyła umów zawartych przez Mazowiecki OW NFZ, kolejne 34,9% przez Śląski OW NFZ.

Wartość „świadczeń niewykonanych” wyniosła 12,4% zaplanowanych kosztów świadczeń w skontrolowanych OW NFZ, przy czym najwyższą procentowo wartość odnotowano dla zakresu *Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych*, gdzie wartość „świadczeń niewykonanych” stanowiła aż 44,9% planu dla tego zakresu. Najwyższą wartość kwotowo odnotowano dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 29 490,5 tys. zł, co stanowiło aż 22,7% łącznej planowanej kwoty kosztów dla tych OW NFZ.

Liczba świadczeniodawców, którzy w 2020 r. nie wykonali w całości umów zawartych ze skontrolowanymi OW NFZ, w stosunku do 2019 r., zmniejszyła się w przypadku tylko trzech zakresów świadczeń (*Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności*). W przypadku pozostałych zakresów liczba ta wzrosła, przy czym największy wzrost dotyczył fizjoterapii ambulatoryjnej (z 226 do 612). Największy wzrost (z 22 do 178) liczby świadczeniodawców prowadzących rehabilitację, którzy nie wykonali umów dotyczył tych, którzy wykonywali umowy w zakresie rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych.

Należy zaznaczyć, że przedstawione wyżej dane dotyczą umów, które były zmieniane. Skontrolowane OW NFZ oraz skontrolowani świadczeniodawcy aktywnie korzystali z możliwości dokonywania zmian w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie § 21 OWU, co pozwalało na dostosowanie lub przybliżenie kwoty zobowiązania NFZ do rzeczywistego wykonania umowy przez świadczeniodawcę.

Ustalanie kwoty zobowiązania NFZ w postępowaniach o zawarcie umów

Na rentowność działalności rehabilitacyjnej istotny wpływ miał jednak również proces zawierania umów o udzielanie świadczeń oraz ustalania kwoty zobowiązania NFZ na kolejny rok.

W toku postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferenci składają oferty, które zawierają opis deklarowanego potencjału wykonawczego (personel, sprzęt, czas) oraz proponowane warunki finansowe (cena za punkt rozliczeniowy, liczba punktów rozliczeniowych). Podmioty lecznicze konstruując oferty muszą uwzględnić koszty działalności prowadzonej w zadeklarowanym wymiarze

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

i możliwe do uzyskania z tej działalności przychody. Należy więc przyjąć, że podmiot leczniczy, będący podmiotem profesjonalnym, konstruując ofertę stara się co najmniej zbilansować koszty zadeklarowanego potencjału z proponowanym wynagrodzeniem.

Ustalenia kontroli wskazują, że w postępowaniach prowadzonych przez NFZ, na etapie negocjacji, składane oferty są istotnie zmieniane, na co oferenci wyrażają zgodę. Alternatywą jest bowiem brak umowy na udzielanie świadczeń. Należy jednak pamiętać, że wśród świadczeniodawców dominują podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, których zadaniem jest nie tyle uzyskiwanie zysku z działalności, co zapewnienie dostępności usługi społecznej, jaką są świadczenia opieki zdrowotnej. Tym samym akceptują oferty zakładając możliwość zbilansowania całej działalności.

Wprowadzane do ofert, w toku negocjacji, zmiany dotyczyły najczęściej zmniejszenia maksymalnej liczby punktów rozliczeniowych, które wykona dany świadczeniodawca, a więc również maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ (wynagrodzenia).

W jaki sposób takie postępowanie przekłada się na sytuację finansową świadczeniodawców obrazuje postępowanie przeprowadzone przez Świętokrzyski OW NFZ na udzielanie świadczeń z zakresów fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, w wyniku którego zawarto obowiązujące umowy. Wartość przedmiotu zamówienia określono na 581 932,49 zł⁴¹.

Skontrolowany świadczeniodawca, jako oferent, zaferował wykonanie 349 155 punktów rozliczeniowych za cenę 1,03 zł za punkt, co przekładało się na wynagrodzenie w wysokości 359 629,65 zł. W toku negocjacji komisja konkursowa zaproponowała 148 018 punktów za cenę 1,03 zł, co dawało 152 458,54 zł. W kolejnej turze negocjacji oferent zaferował wykonanie 277 827 punktów za niższą cenę (1,00 zł), a komisja konkursowa 161 646 punktów przy tej samej cenie. Ostatecznie oferent przystał na taką propozycję.

Podobna sytuacja wystąpiła w postępowaniu dla zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, w którym szpital oferował 28 161 punktów rozliczeniowych w cenie 1,03 zł za punkt, a ostatecznie zawarta umowa opiewała na 17 877 punktów przy utrzymaniu ceny za punkt.

Oznacza to, że w stosunku do pierwotnej oferty liczba punktów rozliczeniowych została zmniejszona o ponad połowę (o 53,7%) w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej, a cena za punkt została zmniejszona o 0,03 zł, oraz o 36,5% w przypadku lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

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.

⁴¹ Kod postępowania 13-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W innym postępowaniu prowadzonym przez Mazowiecki OW NFZ⁴², w którym wartość przedmiotu zamówienia wynosiła 429 994,40 zł⁴³, kontrolowany świadczeniodawca zaoferował wykonanie 205 840 punktów rozliczeniowych w cenie 1,00 zł za punkt. Dążąc do uzyskania wysokiej oceny oferty, świadczeniodawca wydłużył czas pracy komórki organizacyjnej i zwiększył etaty fizjoterapeutów, zatrudnił fachowy personel przekładający się na ocenę oferty, a dodatkowo uruchomił zabiegi w kriokomorze. Ostatecznie oferta uplasowała się na drugim miejscu w rankingu końcowym.

Po kilku turach negocjacji, świadczeniodawca otrzymał propozycję w wysokości 84 000 punktów rozliczeniowych po 1,00 zł za punkt, co stanowiło zaledwie 40,8% pierwotnej oferty. Pomimo obniżenia wartości oferty, świadczeniodawca zobowiązany jest do utrzymania potencjału zgłoszonego w ofercie przez cały okres obowiązywania umowy.

W rezultacie realizacja świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, objętych wspomnianym wyżej postępowaniem, przyniosła świadczeniodawcy, w 2019 r., stratę w wysokości (-)502 133,01 zł, a w 2020 r. stratę (-)556 464,41 zł, i to pomimo uzyskania dodatkowych środków po przeprowadzeniu dodatkowego postępowania przez Mazowiecki OW NFZ⁴⁴.

Co istotne w tym postępowaniu, suma ofert złożonych przez najwyższej sklasyfikowanego oferenta oraz skontrolowanego świadczeniodawcę, była niższa niż wartość przedmiotu zamówienia wskazania w ogłoszeniu, co pozwalało na zawarcie z nimi umów na przedstawionych przez nich warunkach. Ostatecznie Mazowiecki OW NFZ zawarł maksymalną przewidzianą liczbę (10) umów. Wyjaśnieniem takiego toku postępowania nie może być dążenie do zapewnienia dostępności świadczeń w rozumieniu dywersyfikacji miejsc ich udzielania, gdyż ośmiu z 10 wybranych świadczeniodawców zadeklarowało miejsce udzielania świadczeń w największym mieście obszaru kontraktowania, a dwaj pozostali uzyskali do realizacji 8,2% wartości przedmiotu zamówienia.

O skali zmian treści ofert dokonywanych w toku negocjacji może świadczyć stan ustalony w trakcie kontroli w Zachodniopomorskim OW NFZ. W objętych kontrolą postępowaniach, dotyczących fizjoterapii ambulatoryjnej, Oddział oceniając potencjał świadczeniodawcy do realizacji świadczeń, w trakcie negocjacji ustalał z oferentami zmniejszenie liczby punktów rozliczeniowych, w odniesieniu do zaproponowanej w ofercie, od 5,2% do 57,8% w 14 na 15 złożonych ofert. W jednym przypadku nie zmieniono zaproponowanej w ofercie liczby punktów rozliczeniowych, z powodu uznania przez komisję konkursową, że, cyt.: *posiadany przez podmiot leczniczy potencjał wykonawczy wykazany w ofercie i prognozowaną ilość punktów w ofercie, oszacowano przez oferenta w sposób obiektywny w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń*. W jednym przypadku (z 15) uzgodniono obniżenie ceny za punkt.

⁴² Kod postępowania 07-17-001082/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

⁴³ Na okres rozliczeniowy od 01.12.2017 r. do 31.12.2017 r. Okres obowiązywania umowy od 01.12.2017 r. do 30.06.2022. Max. Liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które miały być zawarte po przeprowadzeniu postępowania – 10.

⁴⁴ Co wynikało z rozwiązania umowy z jednym ze świadczeniodawców.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Komisja konkursowa proponując liczby punktów brała pod uwagę pozycję w rankingu, potencjał wykonawczy w ofercie w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz realizację świadczeń w poprzedzających okresach rozliczeniowych. Należy jednak zauważyć, że poziom realizacji świadczeń jest z w dużym stopniu wypadkową maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ. Rozpatrując ofertę, należy również mieć na uwadze, że świadczeniodawca ma możliwość zwiększenia swojego potencjału wykonawczego w trakcie obowiązywania umowy. Nie można więc zakładać, że nie będzie w stanie zrealizować umowy.

Część świadczeniodawców wskazała, że byłiby w stanie realizować więcej świadczeń, jednak wyłącznie pod warunkiem zwiększenia kwoty zobowiązania NFZ. W przeciwnym wypadku nie mają gwarancji zapłaty za udzielone świadczenia.

Trzeba zaznaczyć, że nie we wszystkich postępowaniach o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej występowały tak jaskrawe przypadki zmiany ofert. Np. po postępowaniu prowadzonym przez Śląski OW NFZ⁴⁵, jeden ze skontrolowanych świadczeniodawców zawarł umowę na udzielanie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej o wartości 64 783 punktów rozliczeniowych miesięcznie, przy cenie 1,10 zł za punkt, co odpowiadało 99,7% oferowanej do wykonania liczby punktów rozliczeniowych, przy utrzymaniu oferowanej ceny.

W wyniku innego postępowania, przeprowadzonego przez Podkarpacki OW NFZ⁴⁶, jeden ze skontrolowanych świadczeniodawców zawarł umowę o udzielanie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej o wartości 35 561 punktów rozliczeniowych miesięcznie, przy cenie 1,00 zł za punkt, co odpowiadało 96,1% oferowanej do wykonania liczby punktów rozliczeniowych, przy utrzymaniu oferowanej ceny.

Nie można również wykluczyć, że oferenci świadomi przebiegu negocjacji zawyżają wartość ofert, aby w toku negocjacji dysponować możliwością przystania na propozycje komisji konkursowych. Może to oznaczać, że wskazanie przez OW NFZ wartości przedmiotu zamówienia w istocie nie miało żadnego znaczenia dla kalkulacji oferty przez oferentów, gdyż wysokość tej kwoty nie stanowi o sposobie podziału zamówienia.

Zgodnie z § 32 *OWU*, w przypadku, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. Z ustaleń kontroli wynika, że w praktyce „ustalenie” oznaczało informację OW NFZ o proponowanej kwocie zobowiązania, która nie podlegała negocjacjom. Z drugiej strony OW NFZ, działając w ramach ograniczonych środków, traktowały jako priorytetowe utrzymanie dotychczasowej dostępności świadczeń w ramach zawartych przez Oddział kontraktów. Należy również mieć na uwadze wspomniane wyżej, zwiększające się koszty świadczeń w zakresach nieobjętych limitem, które wymagając zabezpieczenia środków, ograniczały

Ustalanie kwoty
zobowiązania NFZ
na kolejny rok

⁴⁵ Kod postępowania 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

⁴⁶ Kod postępowania 09-17-000334/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Zmiany w wycenie świadczeń

OW NFZ możliwość zwiększania kwot zobowiązania w ramach limitów. W tej sytuacji, jak zgodnie wskazali dyrektorzy OW NFZ, proponując kwotę zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy, opierają się w pierwszej kolejności na wysokości kwoty zobowiązania z roku planowania oraz wykonaniu umowy za rok poprzedzający planowanie w danym roku, w tym wartości świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania.

Zgodnie z treścią art. 31b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej określenie taryfy świadczeń należy do zadań Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W przypadku świadczeń rehabilitacji leczniczej, do dnia zakończenia kontroli NIK, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie określił taryfy świadczeń, poza taryfą dla świadczeń gwarantowanych leczenia chorych ze śpiączką⁴⁷.

W takiej sytuacji wycenę świadczeń określał Prezes NFZ. W okresie objętym kontrolą najważniejsze zmiany w wycenie świadczeń rehabilitacji leczniczej wprowadził Prezes NFZ zarządzeniem Nr 75/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Tym zarządzeniem Prezes NFZ podwyższył wagę punktową większości świadczeń rehabilitacji leczniczej⁴⁸.

W 2020 r. NFZ poddał pod konsultacje projekt zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką⁴⁹. W projekcie założono podwyższenie wagi punktowej dla indywidualnej pracy z pacjentem, masażu suchego ręcznego i limfaticznego (o 20%) oraz zabiegów kinezyterapeutycznych (o 15%). Aby nie naruszać planu finansowego, podniesienie wagi punktowej tych świadczeń miało odbyć się kosztem zmniejszenia o 50% wagi punktowej zabiegów fizykalnych. W uzasadnieniu projektu wskazano, że obniżenie wagi punktowej zabiegów fizykalnych było związane „z wielokrotnie podkreślaną przez KIF małą skutecznością w procesie terapeutycznym zabiegów fizykalnych oraz brakiem naukowego potwierdzenia dla ich działania”.

Takie założenie spotkało się z krytycznymi uwagami, także przywołanej wcześniej KIF, w imieniu której Wiceprezes podniósł, że nigdy nie było akceptacji KIF „na zmniejszenie wyceny zabiegów fizykalnych, na co może wskazywać treść uzasadnienia do projektu. Wręcz przeciwnie, wskazane

⁴⁷ Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 31 maja 2021 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorych ze śpiączką (ICD-10 R40.2). <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swadczen/7435-062021-obwieszczenie-leczenie-chorych-ze-spiaczka>.

⁴⁸ Część z nich została skorygowana na mocy zarządzenia Nr 85 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, co uzasadniono korektą błędów pisarskich.

⁴⁹ Projekt został opublikowany na stronie internetowej NFZ w dniu 26 października 2020 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzania-leczenie-dzieci-i-doroslych-ze-spiaczka,6699.html> [dostęp na dzień 7 sierpnia 2021 r.].

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

uzasadnienie wprost wskazuje na nieporozumienie. Bowiem przekazana dotychczas do Centrali NFZ dokumentacja, dotycząca badania skuteczności zabiegów, odnosiła się do urządzeń wymaganych do kontraktowania wskazując alternatywne rozwiązania i możliwość zastosowania nowoczesnych form bodźcowania fizykalnego”.

W odpowiedzi na projekt zarządzenia, Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej przedłożył NFZ listę 106 publikacji potwierdzających skuteczność zabiegów fizykalnych.

Również Konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej dla województwa mazowieckiego podniósł, że zmniejszenie wyceny punktowej zabiegów fizykalnych o 50% nie pokrywa nawet kosztów ich wykonania (koszty sprzętowe, pracy fizjoterapeuty oraz energii). Wielu pacjentów wymaga jednak zabiegów fizykalnych a nie tylko kinezyterapii. W szczególności dotyczy to pacjentów po urazach, po leczeniu operacyjnym. Co istotne konsultant wojewódzki nie kwestionował skuteczności zabiegów fizykalnych.

Jeszcze dobitniej podkreślił to Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii stwierdzając, że teza zawarta w uzasadnieniu projektu zarządzenia o braku skuteczności działań fizjoterapeutycznych podważa wypracowane standardy nauczania, standardy pracy i metodykę terapii opartą na równoprawnych działaniach kinezyterapii i fizykoterapii.

Po przeprowadzeniu konsultacji Prezes NFZ wydał *zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką*. W uzasadnieniu do zarządzenia wskazano, że w licznych uwagach dotyczących opublikowanego projektu zarządzenia wyrażony został stanowczy sprzeciw wobec obniżenia wyceny zabiegów fizykalnych, uzasadniony ekonomiką ich realizacji. W związku z tym, podjęto decyzję o pozostawieniu wysokości wycen produktów rozliczeniowych na dotychczasowym poziomie.

W dniu 7 kwietnia 2021 r. opublikowane zostało *zarządzenie Nr 62/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 07.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką*. W uzasadnieniu zaznaczono, że zmiany wprowadzone zarządzeniem, polegające na nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 1m⁵⁰, mają charakter porządkujący, a wprowadzona zmiana nie powoduje negatywnych skutków dla podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Przepisy zarządzenia miały mieć zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2021 r., a projekt zarządzenia z uwagi na charakter zmian, w ocenie NFZ, nie wymagał przeprowadzenia konsultacji zewnętrznych.

⁵⁰ Załącznik 1m stanowi „Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych”, w którym jest określona waga punktowa produktów rozliczeniowych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W tym zarządzeniu zrealizowane zostały, projektowane wcześniej, zmiany wyceny wagi punktowej produktów, tj. podwyższenie wyceny kinezyterapii oraz masażu suchego i limfatycznego, przy jednoczesnym obniżeniu wyceny zabiegów fizykalnych.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, „pierwotnie zmiana miała dotyczyć wyłącznie dodania do przywołanego załącznika procedur z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, które funkcjonowały w sprawozdawczości od 2020 r. Dlatego też w treści normatywnej zapisano, że przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2021 r., co umożliwiłoby podmiotom rozliczanie wspomnianych procedur wstecznie. Z uwagi na nadal trwającą epidemię, taka modyfikacja była oczekiwana przez środowiska. Ponieważ miała to być jedynie zmiana porządkowa, projektu nie poddano konsultacjom zewnętrznym”.

Zmiany w załączniku 1m zostały cofnięte już dwa dni później *zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 64/2021 z dnia 9 kwietnia 2021 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką*. Zgodnie z treścią uzasadnienia tej zmiany, „wprowadzone zarządzeniem Nr 62/2021/DSOZ zmiany wycen w wyniku publikacji nieprawidłowego załącznika, z wstecznym okresem obowiązywania, w szczególności ich obniżenie, powodowałyby negatywne skutki dla świadczeniodawców, co stałoby w sprzeczności z zasadą *lex retro non agit*. Tym samym zaistniała konieczność przywrócenia wycen świadczeń obowiązujących przed wejściem w życie zarządzenia zmienianego”.

Jednakże kolejne zarządzenie Nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką przywróciło zmiany w wycenie świadczeń wprowadzone zarządzeniem Nr 62/2021, z tym, że te zmiany mają obowiązywać od 1 października 2021 r.

Co istotne, w uzasadnieniu zarządzenia Nr 65/2021 NFZ powrócił do argumentacji podniesionej w uzasadnieniu projektu zarządzenia z października 2020 r., że zmniejszenie o 50% wagi punktowej zabiegów fizykalnych jest związane „z wielokrotnie podkreślaną przez KIF małą skutecznością w procesie terapeutycznym zabiegów fizykalnych oraz brakiem naukowego potwierdzenia dla ich działania”. Na pytanie NIK, dlaczego w związku z brakiem naukowego potwierdzenia działania zabiegów fizykalnych, jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia nr 65/2021/DSOZ, nie zrezygnowano z ich finansowania w ramach umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a jedynie zmniejszono ich wycenę, Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ odpowiedział, że „zmiany wynikały z wielokrotnie podkreślanej przez środowiska wyższej skuteczności terapeutycznej zabiegów kinezyterapeutycznych, ćwiczeń indywidualnych, terapii manualnej”, w istocie nie odnosząc się do kluczowego w pytaniu „braku naukowego potwierdzenia działania zabiegów fizykalnych”.

W okresie objętym kontrolą skontrolowane OW NFZ nałożyły na 101 świadczeniodawców realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej kary umowne w łącznej kwocie 620,7 tys. zł. Z tego wyegzekwowano 501,5 tys. zł, a 119,2 tys. zł (w Mazowieckim OW NFZ), na dzień zakończenia czynności kontrolnych, było dochodzone na drodze sądowej.

Kary umowne

W okresie objętym kontrolą, na żadnego ze skontrolowanych świadczeniodawców, NFZ nie nałożył kar umownych z tytułu nieprawidłowej realizacji umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej.

5.2. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych

Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej nie zapewniała pacjentom możliwości uzyskania kompleksowych świadczeń, o czym świadczy przede wszystkim niski odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację krótko po leczeniu szpitalnym.

Przeprowadzenie postępowań o zawarcie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, mających służyć zabezpieczeniu ich dostępności, NFZ poprzedza zdefiniowaniem obszaru kontraktowania. Jest to obszar prowadzenia działalności leczniczej oferenta, w zakresie, którego dotyczy dane postępowanie, a zawarte przez NFZ umowy powinny zabezpieczać dostęp do świadczeń dla osób ubezpieczonych, zamieszkałych na tym obszarze. Obowiązek definiowania takich obszarów wynika z treści art. 131b ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Wyznaczanie obszarów kontraktowania

Skontrolowane OW NFZ w różny sposób definiowały obszary kontraktowania. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, dla których przeprowadzane postępowania miały charakter uzupełniający w stosunku do systemu zabezpieczenia, były z reguły kontraktowane dla obszarów odpowiadających powiatom lub grupom powiatów, natomiast świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych co do zasady kontraktowano dla obszarów odpowiadających powiatom lub grupie gmin. W przypadku obszarów obejmujących duże miasta, OW NFZ wyznaczały również obszary kontraktowania obejmujące poszczególne dzielnice lub ich grupy. Odrębną metodę przyjął Świętokrzyski OW NFZ, który jako jedyny ze skontrolowanych OW NFZ, za obszary kontraktowania przyjął obszar gmin, dzięki czemu zapewniał lepszą, niż w pozostałych skontrolowanych OW NFZ, dostępność do świadczeń ze względu na lokalizację placówek. Dzięki temu np. w 2020 r. fizjoterapię ambulatoryjną prowadziło w województwie świętokrzyskim 124 świadczeniodawców – w 89 na 102 gminy. Świętokrzyski OW NFZ podejmował również działania dla zakontraktowania świadczeń w pozostałych gminach. W dniu 26 maja 2021 r. ogłoszone zostały postępowania o zawarcie umów dla gmin: Mirzec i Stopnica, w których nie udzielano takich świadczeń w okresie objętym kontrolą.

Innym problemem, zidentyfikowanym w Zachodniopomorskim OW NFZ, było funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia placówek, które przy ugruntowanej wśród pacjentów reputacji, są jednocześnie jednostkami

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wyspecjalizowanymi w udzielaniu świadczeń dla pewnych grup pacjentów. W województwie zachodniopomorskim takim świadczeniodawcą jest Centrum Rehabilitacji SM w Bornem Sulimowie, prowadzone przez SM Spółka z o.o. Kierując się potrzebami zdrowotnymi chorych na stwardnienie rozsiane wyodrębniono obszar kontraktowania „gmina Borne Sulimowo”. Ogłoszenie postępowania dla dużego obszaru, przy uwzględnieniu, że większość świadczeniodawców przystępuje do ogłaszanych konkursów ofert, rodziło ryzyko niezabezpieczenia, wyspecjalizowanych świadczeń rehabilitacyjnych, ukierunkowanych na rehabilitację osób chorujących na stwardnienie rozsiane.

Równy dostęp do świadczeń a obszary kontraktowania

W trakcie kontroli dokonano analizy zabezpieczenia dostępności świadczeń poprzez porównanie nakładów na świadczenia lekarskiej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej w odniesieniu do liczby mieszkańców lub ubezpieczonych⁵¹ na obszarze kontraktowania, który został ustalony na potrzeby przeprowadzania postępowań o zawarcie umów na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalono, że w każdym ze skontrolowanych OW NFZ różnice te były bardzo istotne, a planowana kwota środków na zakup świadczeń na 10 tys. mieszkańców lub ubezpieczonych różniła się nawet kilkunastokrotnie.

Na przykład w Mazowieckim OW NFZ, w przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej⁵², wartość planowanych na rok 2019 umów na 10 tys. mieszkańców wahała się od 44 881,38 zł dla obszaru kontraktowania – grupa gmin – Bielsk, Bodzanów, Brudzeń Duży, Bulkowo, Drobin, Mała Wieś, Radzanowo, Słupno, Stara Biała, Staroźreby, Wyszogród (10 gmin – jedna umowa), do 761 205,72 zł dla obszaru kontraktowania Warszawa Śródmieście (10 umów), tj. blisko 17 razy więcej. Z kolei wartość planowanych na rok 2020 umów, na 10 tys. mieszkańców, dla Warszawa Śródmieście była ponad 17 razy wyższa niż dla ww. obszaru grupy gmin (823 590,13 zł do 47 794,26 zł).

Duże różnice występowały nawet w ramach obszaru samej Warszawy. Planowana wartość jedynej umowy dla obszaru kontraktowania Wilanów, na 10 tys. mieszkańców, wyniosła 85 957,58 zł – w 2019 r., a 91 404,26 zł – w 2020 r., co stanowiło odpowiednio 11,3% wartości dla Śródmieścia w 2019 r. i 11,1% w 2020 r.

W Śląskim OW NFZ największą różnicę, wg planu na 2019 r., stwierdzono pomiędzy obszarem miasto Chorzów a obszarem powiat rybnicki, gdzie kwota planowana wartość świadczeń była blisko ośmiokrotnie niższa (403 059 zł do 50 503 zł na 10 tys. mieszkańców). Jednocześnie przy nieco większej liczbie ubezpieczonych w mieście Chorzów (97 094 do 72 301) zaplanowano zawarcie tam 10 umów, podczas gdy w powiecie rybnickim pięciu umów.

⁵¹ Poszczególne OW NFZ posługiwały się w określeniu wielkości populacji jedną ze wskazanych kategorii.

⁵² Zakres świadczeń o kodzie 05.1310.208.02.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dla pozostałych skontrolowanych OW NFZ różnice nie były aż tak duże, choć również występowały. W Podlaskim OW NFZ planowana na 2019 r. wartość środków na fizjoterapię ambulatoryjną w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców/ubezpieczonych dla obszaru powiat sejneński była dwa razy wyższa niż dla obszaru miasto Łomża i powiat łomżyński. W Podkarpackim OW NFZ największa różnica wyniosła 2,46 dla obszarów miasto Rzeszów i powiat jarosławski (odpowiednio 573 970,4 zł i 233 659,3 zł na 10 tys. ubezpieczonych).

Tak zróżnicowany podział środków występował również na etapie planowania poszczególnych postępowań o zawarcie umów z NFZ.

W 2019 r. Mazowiecki OW NFZ przeprowadził dwa postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, dla obszaru kontraktowania – powiat wołomiński⁵³ (249 299 mieszkańców), oraz dla obszaru kontraktowania – miasto Siedlce⁵⁴ (78 185 mieszkańców). Wartość zamówienia na okres rozliczeniowy od 01 lipca 2019 do 31 grudnia 2019 wynosiła nie więcej niż 200 438,70 zł dla powiatu wołomińskiego, i nie więcej niż 498 633,10 zł dla miasta Siedlce. Na zawarcie umów w powiecie wołomińskim zaplanowano więc 8049 zł na 10 tys. ubezpieczonych, podczas gdy w mieście Siedlce – 24 931 zł na 10 tys. ubezpieczonych, tj. ponad trzykrotnie więcej.

W 2019 r. Świętokrzyski OW NFZ przeprowadził postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna dla obszaru kontraktowania gmina Radoszyce⁵⁵ oraz dla obszaru kontraktowania – gmina Złota⁵⁶. W obu wymienionych przypadkach wartość przedmiotu zamówienia była taka sama. Tymczasem liczba ubezpieczonych na obszarze kontraktowania – Gmina Radoszyce wynosiła 7361 osób, a na obszarze kontraktowania gminy Złota – 3894 osób. Zaplanowane nakłady na 10 tys. ubezpieczonych w gminie Złota były więc niemal dwukrotnie wyższe niż w gminie Radoszyce.

Kontrola wykazała, że zmiany w wartości czy liczbie umów, a tym samym miejsc udzielania świadczeń na danym obszarze, zachodzą w zasadzie tylko w przypadku przeprowadzania postępowań o zawarcie umów wieloletnich. Oznacza to, że pomiędzy tymi postępowaniami, zmiany są niewielkie i wynikają z reguły z rozwiązania umów ze świadczeniodawcami.

Podobnie jak w przypadku ustalania kwoty zobowiązania na kolejny rok, tak w przypadku planowania liczby umów i ich wartości, decydujące znaczenie mają dane historyczne. W przypadku przeprowadzania postępowania, deklарowana w ogłoszeniu OW NFZ liczba umów planowanych do zawarcia oraz wartość przedmiotu zamówienia, są ustalane najczęściej na podstawie liczby i wartości umów już zawartych na danym obszarze.

⁵³ Nr 07-19-000177/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

⁵⁴ Nr 07-19-000178/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

⁵⁵ Nr 13-19-000014/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

⁵⁶ Nr 13-19-000015/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W rezultacie skontrolowane OW NFZ, jeżeli nie przewidywały w danym roku przeprowadzania postępowań o zawarcie umów, ograniczały się do prezentacji w planie zakupu skumulowanych danych, tj. dla danego zakresu świadczeń wskazywano kwotę łączną planowanych kosztów świadczeń oraz łączną liczbę planowanych do zawarcia (przedłużenia) umów na obszarze działania danego OW NFZ. Planowane kwoty wynikały przede wszystkim z danych historycznych, tj. liczby uprzednio zawartych umów oraz wartości świadczeń rozliczonych w ramach tych umów.

Dopiero po sporządzeniu planu zakupu świadczeń OW NFZ przystępowały do ustalenia kwot zobowiązania na rok planowania dla poszczególnych świadczeniodawców, a tym samym dla danego obszaru kontraktowania. Oznacza to, że kwota zaplanowanych kosztów świadczeń nie była w istocie pochodną potrzeb zdrowotnych ustalonych w toku procesu analizy i ustalenia kwot zobowiązania dla poszczególnych świadczeniodawców, ale była w stosunku do nich pierwotna. W ten sposób plan zakupu świadczeń nie służył podziałowi dostępnych środków stosownie do potrzeb.

Zgodne są z tym wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ, który wyjaśnił, że w procesie planowania poziomu kontraktowania świadczeń rehabilitacji leczniczej najistotniejszym czynnikiem jest wartość i poziom wykonania umów, natomiast kolejki oczekujących, w procesie planowania zakupu świadczeń, są elementem drugoplanowym. Również Zastępca Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ wyjaśniła, że Oddział szacował liczbę umów niezbędnych do zabezpieczenia dostępu do świadczeń na podstawie aktualnie obowiązujących umów w korelacji do planu finansowego, określonego dla danego rodzaju świadczeń, a priorytetem dla Oddziału było zapewnienie dostępności do świadczeń na dotychczasowym poziomie, w oparciu o zawarte umowy.

Poszczególne OW NFZ w trakcie kontroli argumentowały również, że różnice w nakładach wynikają m.in. z migracji pacjentów do większych ośrodków miejskich w celu uzyskania tam świadczenia. Należy uznać, że jest to jednak skutek, a nie przyczyna zróżnicowania nakładów. Pacjenci są zmuszeni migrować, gdyż poziom dostępności świadczeń na niektórych obszarach jest niewystarczający.

Obszary kontraktowania a system zabezpieczenia

Nierozwiązanym problemem dotyczącym kontraktowania świadczeń jest uwzględnienie w planie zakupu umów zawartych w ramach systemu zabezpieczenia. Zgodnie z definicją zawartą w art. 95l ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej* system zabezpieczenia, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do tego systemu, którzy prowadzą jednocześnie rehabilitację w warunkach stacjonarnych lub ośrodka/oddziału dziennego, zawierają umowy na te zakresy świadczeń poza trybem konkurencyjnym. Intencją ustawodawcy było, aby dyrektor OW NFZ na podstawie porównania planu zakupu świadczeń

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane w przez świadczeniodawców w ramach systemu zabezpieczenia, przeprowadził konkursy ofert na te świadczenia zdrowotne, w odniesieniu do których, potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone⁵⁷.

Nie została opracowana metodyka uwzględnienia systemu zabezpieczenia w planowaniu zakupu świadczeń. Z tego powodu ogłaszano postępowania również dla obszarów, na których w całości lub w części dostępność rehabilitacji zabezpieczali świadczeniodawcy z systemu zabezpieczenia.

W Zachodniopomorskim OW NFZ przeprowadzano takie postępowania, aby zachować dostępność do świadczeń na poziomie nie niższym niż w latach poprzednich. Określone w planach zakupu obszary zabezpieczenia pokrywały się częściowo z obszarami, w których dostęp do świadczeń został zabezpieczony przez umowy w ramach systemu zabezpieczenia. Np:

- a) rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku/oddziale dziennym – w planie zakupu na II półroczu 2019 r. zabezpieczono na obszarze grup powiatów:
 - białogardzkiego, kołobrzeskiego, koszalińskiego, sławieńskiego, świdwińskiego, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielał jeden podmiot leczniczy w Kołobrzegu,
 - goleniowskiego, gryfickiego, kamieńskiego, łobeskiego, polickiego, powiatu – miasta Świnoujście, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Goleniowie i Gryficach,
 - powiatu – miasto Szczecin, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielały trzy podmioty lecznicze w Szczecinie,
 - miasta Koszalin, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielał jeden podmiot leczniczy w Koszalinie;
- b) rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono na obszarze grup powiatów:
 - białogardzkiego, drawskiego, kołobrzeskiego, sławieńskiego, szczecineckiego, świdwińskiego, wałeckiego oraz powiatu i miasta Koszalin, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Kołobrzegu i Białogardzie,
 - choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu – miast Szczecin, oraz powiatu – miasto Świnoujście, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielało pięć podmiotów leczniczych w Choszcznie, w Stargardzie, w Gryficach, w Szczecinie (dwa);
- c) rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono na obszarze grupy powiatów:
 - choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu – miast Szczecin, oraz powiatu – miast Świnoujście, a w jednym z tych powiatów w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielał jeden podmiot leczniczy (w Szczecinie);

⁵⁷ Uzasadnienie do z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- d) rehabilitacji neurologicznej – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono na obszarze grupy powiatów:
- białogardzkiego, drawskiego, kołobrzесьkiego, sławieńskiego, szczecińskiego, świdwińskiego, wałeckiego oraz powiatu – miasta Koszalin; a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Białogardzie i Kołobrzegu;
 - choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego, powiatu – miasta Szczecin, oraz powiatu – miasta Świnoujście, a w ramach systemu zabezpieczenia takich świadczeń udzielały cztery podmioty lecznicze w Choszcznie, Stargardzie, Gryfiach, Szczecinie.

Takie postępowanie Zachodniopomorskiego OW NFZ wynikało z oceny, że placówki realizujące rehabilitację leczniczą w ramach systemu zabezpieczenia nie były w stanie zapewnić samodzielnie dostępności do świadczeń na takim poziomie, jaka była w latach poprzednich. Było to uwarunkowane niezbędną bazą łóżkową i kadrowo-sprzętową.

W 2019 r. Mazowiecki OW NFZ przeprowadził postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zakres świadczeń podstawowy – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. Nr postępowania 07-19-000194/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Obszar kontraktowania został określony poprzez wskazanie numerów TERYT – „1403 GARWOLIŃSKI, 1410 ŁOSICKI, 1412 MIŃSKI, 1464 SIEDLCE, 1426 SIEDLECKI, 1429 SOKOŁOWSKI, 1433 WĘGROWSKI”. Tymczasem na dzień ogłoszenia postępowania, na tym obszarze, świadczeń w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym udzielało trzech świadczeniodawców, którzy mieli zawarte cztery umowy o udzielanie takich świadczeń, ponieważ byli zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia (szpitale w Sokołowie Podlaskim, Łosicach, Siedlcach i Rudce).

Wahania liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji

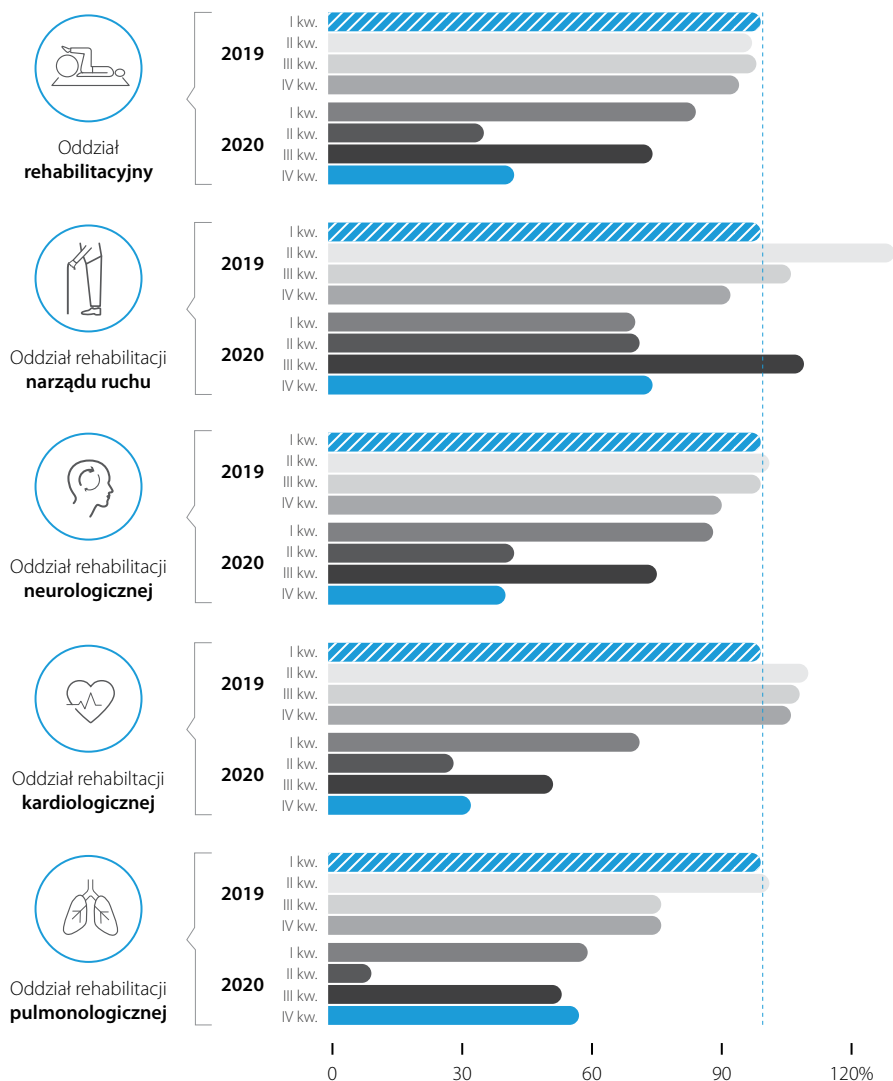
Liczba pacjentów, którzy korzystali z rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych w latach 2019–2020 wskazuje na duże ograniczenie dostępności świadczeń w II kwartale 2020 r. oraz mniejszą dostępność w III i IV kwartale 2020 r. Wpływ na to miała bez wątpienia epidemia SARS-CoV-2 i związane z nią ograniczenia pracy placówek medycznych. W II kwartale 2020 r. nastąpiło czasowe zawieszenie prowadzenia rehabilitacji leczniczej (z wyjątkiem niezbędnych zabiegów i wizyt oraz dokończenia leczenia), które trwało od 1 kwietnia 2020 r. do 4 maja 2020 r. Natomiast w III i IV kwartale 2020 r. doszło do ograniczenia leczenia także w warunkach stacjonarnych ze względu na konieczność zapewnienia opieki pacjentom chorym na COVID-19, czy to poprzez przekształcenie oddziałów w „covidowe”, czy też ze względu na konieczność skierowania dodatkowego personelu na takie oddziały.

Przyjmując za punkt odniesienia I kwartał 2019 r. zmiana liczby pacjentów leczonych na oddziałach rehabilitacyjnych w skontrolowanych podmiotach leczniczych zmieniała się następująco:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 1

Fluktuacja liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji stacjonarnej



Źródło: opracowanie własne NIK.

Z przedstawionego obrazu wynika, że jedynie w przypadku oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, liczba pacjentów tam leczonych w 2020 r. była zbliżona do poziomu z roku 2019 (w skontrolowanych podmiotach leczniczych funkcjonowały dwa takie oddziały). Wszystkie pozostałe oddziały ujęte na wykresie, znacząco ograniczyły swoją działalność, a porównując średnią liczbę pacjentów rehabilitowanych w 2020 r. do 2019 r. najwyższy spadek odnotowano w przypadku oddziałów rehabilitacji kardiologicznej (spadek o 56,2%) i rehabilitacji pulmonologicznej (spadek o 48,5%).

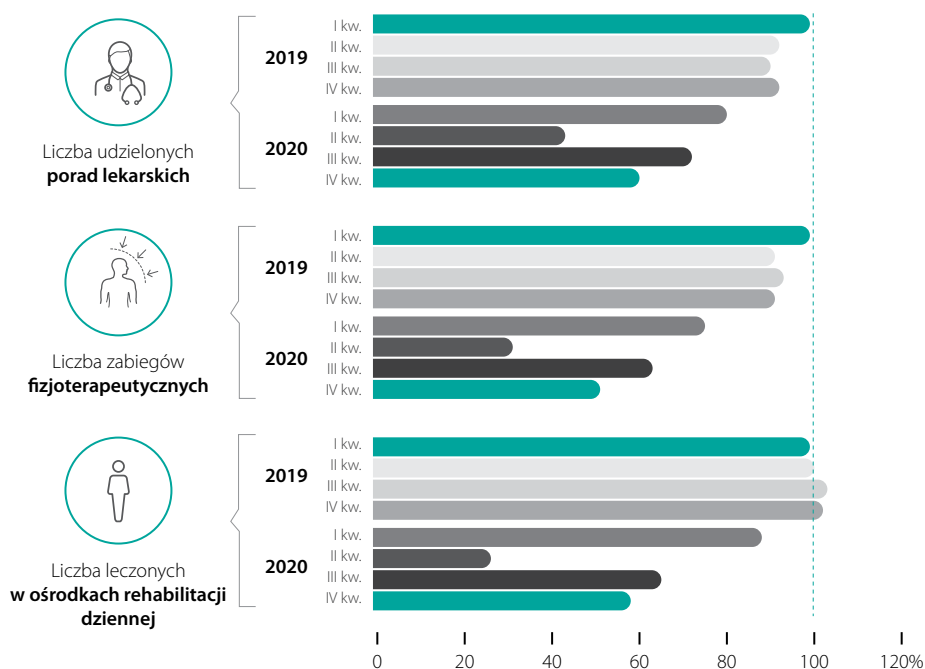
Podobne trendy, choć w mniejszym wymiarze, stwierdzono w przypadku rehabilitacji prowadzonej w trybie ambulatoryjnym. Łączna liczba porad udzielonych w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w skontrolowanych podmiotach leczniczych, w 2020 r. zmniejszyła się o 31,2% w stosunku do 2019 r. Liczba zrealizowanych zabiegów fizjoterapeutycznych zmniejszyła się o 40,5%, a liczba pacjentów leczonych w ośrodkach rehabilitacji dziennej – o 41,2%.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przyjmując za punkt odniesienia I kwartał 2019 r. zmiana liczby porad lekarskich, zabiegów fizjoterapeutycznych oraz leczonych w ośrodkach rehabilitacji dziennej kształtowała się następująco:

Infografika nr 2

Fluktuacja liczby porad lekarskich, zabiegów fizjoterapeutycznych i pacjentów korzystających z rehabilitacji prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych



Źródło: opracowanie własne NIK.

Struktura wiekowa

Zgromadzone w trakcie kontroli dane wskazują, że najczęściej ze świadczeń rehabilitacyjnych korzystali pacjenci w przedziale wiekowym 40–65 lat, którzy stanowili 47,1% wszystkich pacjentów. Pacjenci, którzy ukończyli 65 lat stanowili 35% ogółu, a pozostali (17,9%) nie ukończyli 40 roku życia.

W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej, pacjenci w wieku 40–65 lat stanowili ponad połowę (50,3%), natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w trybie stacjonarnym najwięcej było pacjentów po 65. roku życia, którzy stanowili 59,2% pacjentów tak leczonych.

Rehabilitacja lecznicza osób o znacznym stopniu niepełnosprawności

Z dniem 1 lipca 2018 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁵⁸. Ich konsekwencją było przyznanie prawa do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej poza kolejnością osobom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także osobom z orzeczoną niepełnosprawnością oraz wskazaniem do stałej lub długoterminowej opieki drugiej osoby. Ponadto świadczenia dla takich osób zostały objęte nielimitowanym finansowaniem. Dotyczy to także dzieci ze znaczeniem ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, wymagających stałej obecności opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.

⁵⁸ Dz. U. poz. 932.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zgromadzone w trakcie kontroli dane wskazują, że osoby takie nie stanowiły dużej grupy świadczeniobiorców. U skontrolowanych świadczeniodawców stanowili ogółem 4,3% leczonych w 2019 r. oraz 3,2% w 2020 r. Na podstawie weryfikacji terminów udzielenia świadczenia 200 takim osobom ustalono, że poszczególni świadczeniodawcy zapewnili tym osobom możliwość korzystania z rehabilitacji poza kolejnością, choć nie zawsze oznaczało to udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia. Przy braku możliwości rozpoczęcia rehabilitacji w dniu zgłoszenia, czas oczekiwania wynosił z reguły do kilkunastu dni. Przypadki dłuższego oczekiwania na rehabilitację wynikały z reguły z uzgodnienia z pacjentem innego, późniejszego terminu, lub przekładania terminu na prośbę pacjenta.

Część świadczeniodawców zwróciła uwagę, że uprawnieni pacjenci, którzy chcą skorzystać z rehabilitacji poza kolejnością nie zawsze są w stanie wylegitymować się dokumentem potwierdzającym prawo do uzyskania świadczenia poza kolejnością, lub nie zgłaszają, że takie prawo im przysługuje, dlatego umieszczani są na liście oczekujących wraz z innymi pacjentami.

W okresie objętym kontrolą istotnie zmieniły się zasady sprawozdawania informacji o listach oczekujących. Od 1 września 2019 r. część sprawozdawczości przeniesiono do aplikacji AP-KOLCE⁵⁹, co spowodowało, że świadczeniodawcy zweryfikowali listy oczekujących. Jednocześnie w miejsce sprawozdawczości opartej o wskazanie komórki organizacyjnej wprowadzono sprawozdawczość opartą o wskazanie świadczenia⁶⁰. Umożliwiło to wdrożenie zasady, wynikającej z *art. 20 ust. 10a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, że w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. W przypadku wystąpienia potrzeby rehabilitacji z powodu różnych schorzeń, świadczeniodawca powinien przy planowaniu cyklu leczenia uwzględnić wszystkie wystawione skierowania. Spowodowało to znaczące obniżenie liczby oczekujących na fizjoterapię ambulatoryjną w 2019 r. – o 227 170 osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (spadek o 22,9%) oraz o 15 062 osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne (spadek o 12,8%).

Zmiany w listach oczekujących

W związku z epidemią SARS-CoV-2, od 1 kwietnia 2020 r., zawieszono obowiązek sprawozdawania list oczekujących⁶¹. Stan taki trwał do 4 września 2020 r. Następnie, na podstawie art. 7ab ustawy z *dnia 2 marca 2020 r.*

⁵⁹ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

⁶⁰ W miejsce dotychczas sprawozdanych danych dla komórek oddział rehabilitacji kardiologicznej; oddział rehabilitacji narządu ruchu; oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci; oddział rehabilitacji neurologicznej; oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci; oddział rehabilitacji pulmonologicznej; oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci; oddział rehabilitacyjny; oddział rehabilitacyjny dla dzieci raportowane są dane o oczekujących na świadczenia rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych (71004); rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych (71002); rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (71001); rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych (71003); kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych (71005).

⁶¹ 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1192), dodanego art. 15 pkt 4 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁶², obowiązek sprawozdawania list oczekujących został zawieszony w przypadku podmiotów leczniczych, wobec których wydano polecenie lub nałożono obowiązek zobowiązujące do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zakażonych. Zważywszy na te okoliczności nie można w sposób obiektywny ocenić stanu dostępności do rehabilitacji na podstawie ogólnej liczby oczekujących.

Pacjenci niezgłaszający się na umówioną rehabilitację

U skontrolowanych świadczeniodawców w latach 2019–2020, na umówioną w konkretnym dniu rehabilitację lub poradę, nie zgłosiło się w sumie 12 934 osób. Ponad połowę tych osób (51,1%) stanowili pacjenci zarejestrowani do działów (pracowni) fizjoterapii. Drugą największą grupę stanowili pacjenci poradni rehabilitacyjnych (34,5%). W przypadku rehabilitacji stacjonarnej, najwięcej pacjentów nie stawiło się do oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej (10,5%).

W 2020 r. liczba osób, które nie zgłosiły się, na umówioną rehabilitację lub poradę, była wyższa niż w 2019 r. o 11,4%. W największym stopniu dotyczyło to fizjoterapii ambulatoryjnej (w 2020 r. nie zgłosiło się o 340 osób więcej niż w 2019 r., wzrost o 16,5%) i poradni rehabilitacyjnej (w 2020 r. nie zgłosiło się o 322 osób więcej niż w 2019 r. – wzrost o 10,5%). W przypadku rehabilitacji stacjonarnej wzrost liczby pacjentów, którzy nie zgłosili się na umówiony termin leczenia dotyczył oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej (o 98 osób więcej w 2020 r. – wzrost o 15,6%), oddziałów rehabilitacji narządu ruchu (o 50 osób więcej w 2020 r. – wzrost o 119,0%) oraz oddziałów rehabilitacji neurologicznej (o 33 osoby więcej w 2020 r. – wzrost o 66,0%).

Wzrósł także odsetek pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, którzy nie zgłosili się na umówiony termin leczenia – z 83,7% w 2019 r. do 86,8% w 2020 r. Dane te korespondują z ustaleniami, które pokazały że od kwietnia 2020 r., po czasowym ograniczeniu działalności placówek prowadzących rehabilitację, część pacjentów. rezygnowała z rehabilitacji w obawie przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Dostępność i kompleksowość świadczeń

W trakcie kontroli zbadano czy pacjenci po hospitalizacji mieli dostęp do rehabilitacji leczniczej. Badanie zostało oparte na danych NFZ i objęło dwie grupy pacjentów: pierwsza – pacjenci po udarze mózgu⁶³, a druga – pacjenci ze schorzeniami dolnego odcinka kręgosłupa^{64, 65}.

⁶² Dodany przez art. 20 pkt 4 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112).

⁶³ Pacjenci rozliczeni w grupach JGP: A48 – „Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym”, A49 – „Udar mózgu - leczenie > 3 dni” oraz A50 – „Udar mózgu – leczenie”. Dalej zwani zbiorczo „pacjentami po udarach”.

⁶⁴ Pacjenci rozliczeni w grupach JGP: H51 – „Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa”, H52 – „Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów”, H53 – „Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów”, H55 – „Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa”, H56C – „Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni” oraz H56D – „Zespoły bólowe kręgosłupa > 3 dni”. Dalej zwani zbiorczo „pacjentami z chorobami kręgosłupa”.

⁶⁵ W badaniu uwzględnione zostały osoby, które miały szansę skorzystać z rehabilitacji, tj. dla każdego z terminów brano pod uwagę osoby, które po zakończeniu hospitalizacji żyły w danym dniu. Np. jeżeli mowa o procencie pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie 90 dni od zakończenia hospitalizacji, to punktem odniesienia jest liczba pacjentów, która dożyła 90. dnia po hospitalizacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku pacjentów po udarze mózgu, w latach 2019–2020, rehabilitację w terminie 90 dni od zakończenia leczenia szpitalnego uzyskało 42,6% pacjentów. W żadnym OW NFZ udział pacjentów, którzy rozpoczęli w tym terminie rehabilitację nie przekroczył 50,0%. Najwyższy był w Opolskim OW NFZ – 47,4%, a najniższy w Lubuskim OW NFZ – 34,3%.

Dostępność rehabilitacji dla pacjentów po udarze

Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę czy rehabilitację prowadził ten sam świadczeniodawca, który sprawozdał hospitalizację danego pacjenta, związaną z leczeniem udaru, to wartości te są dużo niższe. W latach 2019–2020 tylko 14,4% pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu rozpoczęło rehabilitację w terminie 90 dni w tym samym szpitalu. Przy czym najwyższą wartość odnotowano dla Świętokrzyskiego OW NFZ – 23,8%, a najniższą dla Opolskiego OW NFZ – zaledwie 2%.

Należy zaznaczyć, że w roku 2020 zmniejszył się wskaźnik pacjentów, którzy dostali się na rehabilitację, w stosunku do 2019 r. Wskaźnik ten w przypadku grupy pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie do 90 dni od zakończenia leczenia szpitalnego, najbardziej obniżył się w Śląskim OW NFZ – o 9,6 punktu procentowego, a w grupie pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne u tego samego świadczeniodawcy w Podlaskim OW NFZ – o 4,6 punktu procentowego. W jednym OW NFZ (Małopolskim) w 2020 r. odnotowano wzrost wskaźnika pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie 90 dni od zakończenia leczenia szpitalnego, również w grupie pacjentów rehabilitowanych u tego samego świadczeniodawcy, u którego byli hospitalizowani (odpowiednio o 2,4 i 0,1 punktu procentowego).

Dla pełnego obrazu zmniejszenia dostępności do rehabilitacji w 2020 r. należy dodać, że populacja pacjentów, która była podstawą obliczeń (pacjenci, którzy żyli w 90 dniu po zakończeniu hospitalizacji) była w 2020 r. niższa, niż 2019 r., o 9,6%. Tak więc przy zmniejszonej grupie pacjentów wymagającej leczenia, i tak mniejsza grupa pacjentów uzyskała rehabilitację.

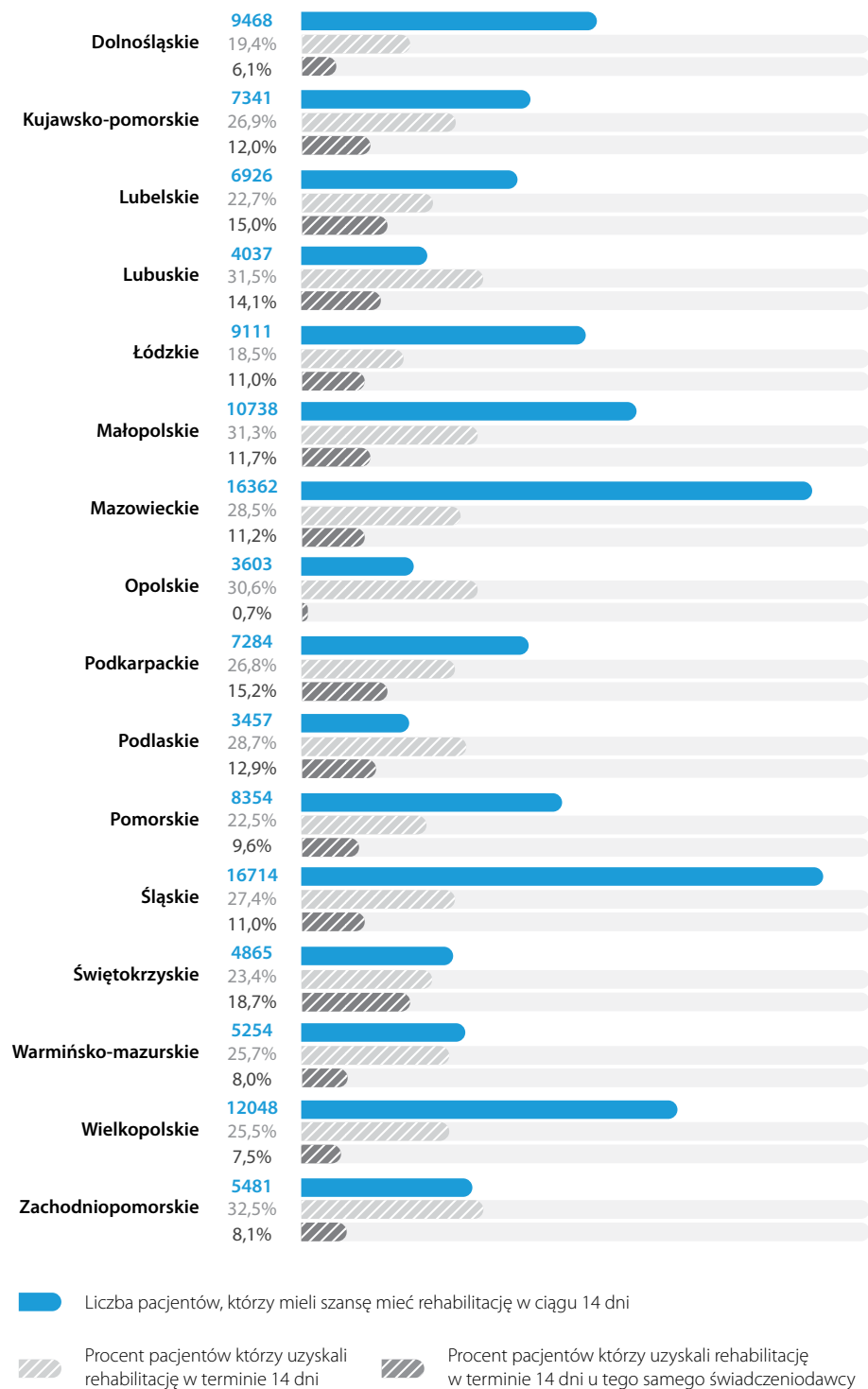
O wiele niższe wartości wskaźników świadczących o ograniczeniu dostępu do rehabilitacji stwierdzono w przypadku pacjentów po udarze mózgu, którzy uzyskali rehabilitację w terminie 14 dni od zakończenia hospitalizacji. W latach 2019–2020 nie było OW NFZ, w którym więcej niż 1/3 pacjentów uzyskała takie świadczenie rehabilitacyjne. Najwięcej takich pacjentów było w Zachodniopomorskim OW NFZ – 32,5%⁶⁶, a najmniej w Łódzkim OW NFZ – 18,5%. W całej Polsce świadczenie rehabilitacyjne w terminie 14 dni uzyskało 26,1% pacjentów po udarze mózgu, przy czym u tego samego świadczeniodawcy gdzie byli hospitalizowani z powodu udaru mózgu, tylko 10,7% (najmniej w Opolskim OW NFZ – 0,7% – w okresie objętym kontrolą w OW NFZ nie było ani jednego świadczeniodawcy, który udzielałby jednocześnie świadczeń w profilu zabezpieczenia „Neurologia-Hospitalizacja” oraz w ramach oddziału rehabilitacji neurologicznej).

⁶⁶ 34,6% w 2019 r. i 30,2% w 2020 r.

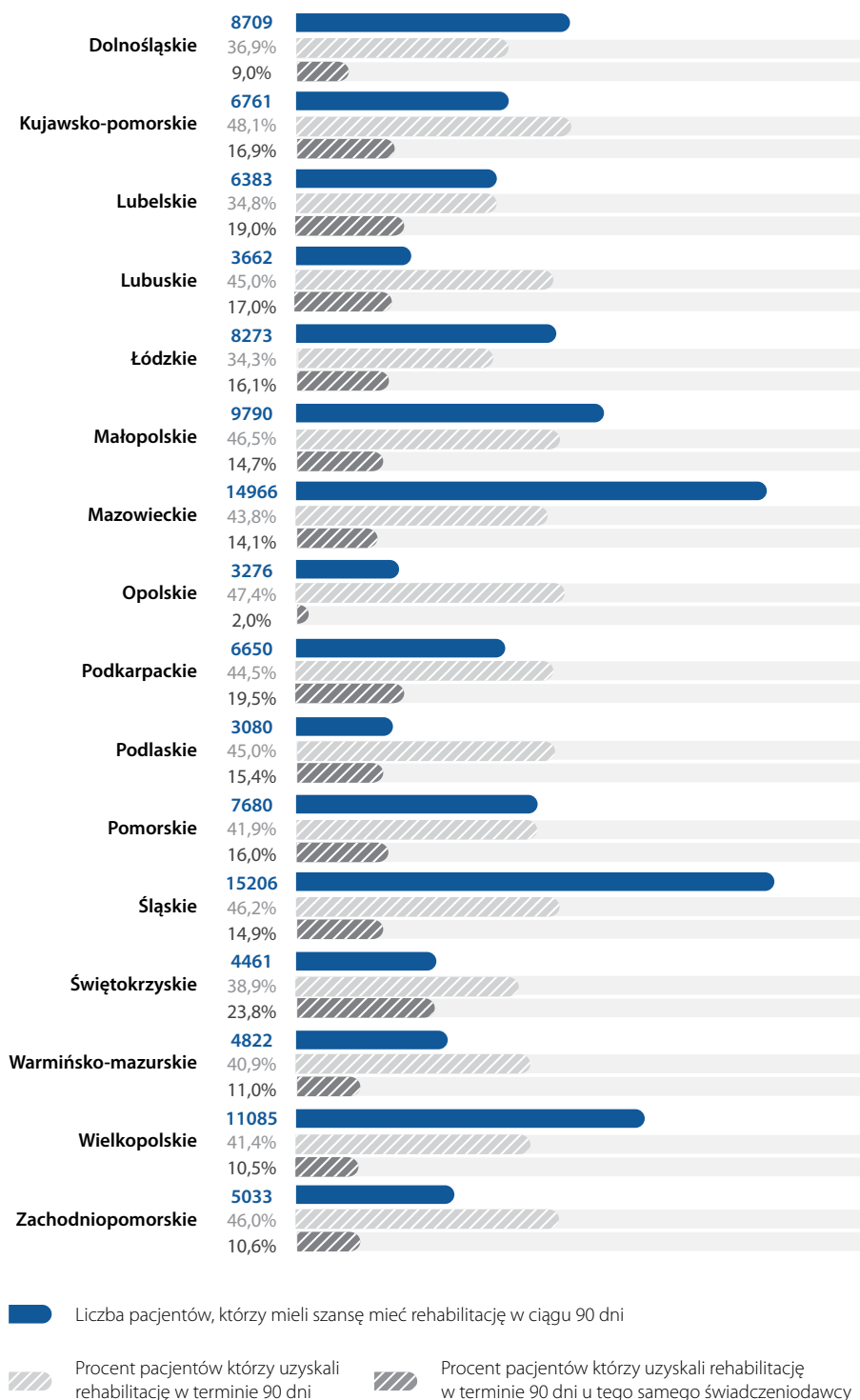
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 3

Dostępność rehabilitacji leczniczej dla pacjentów po udarze mózgu w terminie 14 i 90 od zakończenia leczenia szpitalnego



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych NFZ.

Jeszcze mniej pacjentów po udarze mózgu uzyskuje rehabilitację neurologiczną. Na przełomie lat 2020–2021 NIK przeprowadziła kontrolę P/20/057 „Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim”. Kontrola objęła okres 2018 r.–2020 r. (do 30 września). Ustalenia tej kontroli wykazały, że odsetek pacjentów, którzy po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu rozpoczęli reha-

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

bilitację neurologiczną w ciągu pierwszych 14 dni od wypisu ze szpitala, w zależności od analizowanego kwartału, wynosił od 12,9% do 16,7%, a w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej w ciągu 90 dni od zakończenia hospitalizacji związanej z udarem mózgu, odsetek pacjentów w województwie podlaskim odsetek ten wyniósł od 16,6% do 22,1%⁶⁷. W poszczególnych latach okresu objętego tą kontrolą, w województwie podlaskim, rehabilitację neurologiczną uzyskało odpowiednio tylko 9%, 9% i 6% wszystkich pacjentów, których hospitalizacje zostały rozliczone grupami JPG od A48 do A51⁶⁸.

Dostępność rehabilitacji dla pacjentów z chorobami kręgosłupa

W grupie pacjentów z chorobami kręgosłupa ogólna dostępność rehabilitacji okazała się niższa niż w przypadku pacjentów po udarze mózgu. Spośród pacjentów hospitalizowanych w latach 2019–2020, świadczenie rehabilitacyjne w terminie 90 dni od zakończenia hospitalizacji uzyskało 30,3%, przy czym u tego samego świadczeniodawcy, gdzie pacjent odbył leczenie szpitalne zaledwie 5,8%. Najwięcej pacjentów, w ujęciu procentowym, uzyskało rehabilitację w terminie 90 dni od zakończenia hospitalizacji w Łódzkim OW NFZ – 41,3%, a najmniej w Podlaskim OW NFZ – 21,1%. W przypadku pacjentów, którzy byli rehabilitowani u tego samego świadczeniodawcy, u którego byli leczeni z powodu choroby kręgosłupa, najwyższy wskaźnik odnotowano w Mazowieckim OW NFZ – 10,5%, a najmniejszy w Wielkopolskim OW NFZ – 2,5%.

Podobnie jak w przypadku pacjentów po udarze mózgu, udział pacjentów, którzy uzyskali rehabilitację w terminie 14 dni od zakończenia hospitalizacji jest niższy. W latach 2019–2020 6,5% pacjentów z chorobami kręgosłupa uzyskało rehabilitację w terminie 14 dni (dla żadnego OW NFZ wartość ta nie przekroczyła 10%, najwięcej odnotowano w Łódzkim OW NFZ – 9,4%), a tylko dla 1,8% rehabilitacja odbywała się u tego samego świadczeniodawcy, u którego pacjent był hospitalizowany (najwięcej 5,0% w Lubelskim OW NFZ, z kolei w Opolskim OW NFZ było to zaledwie 0,4%).

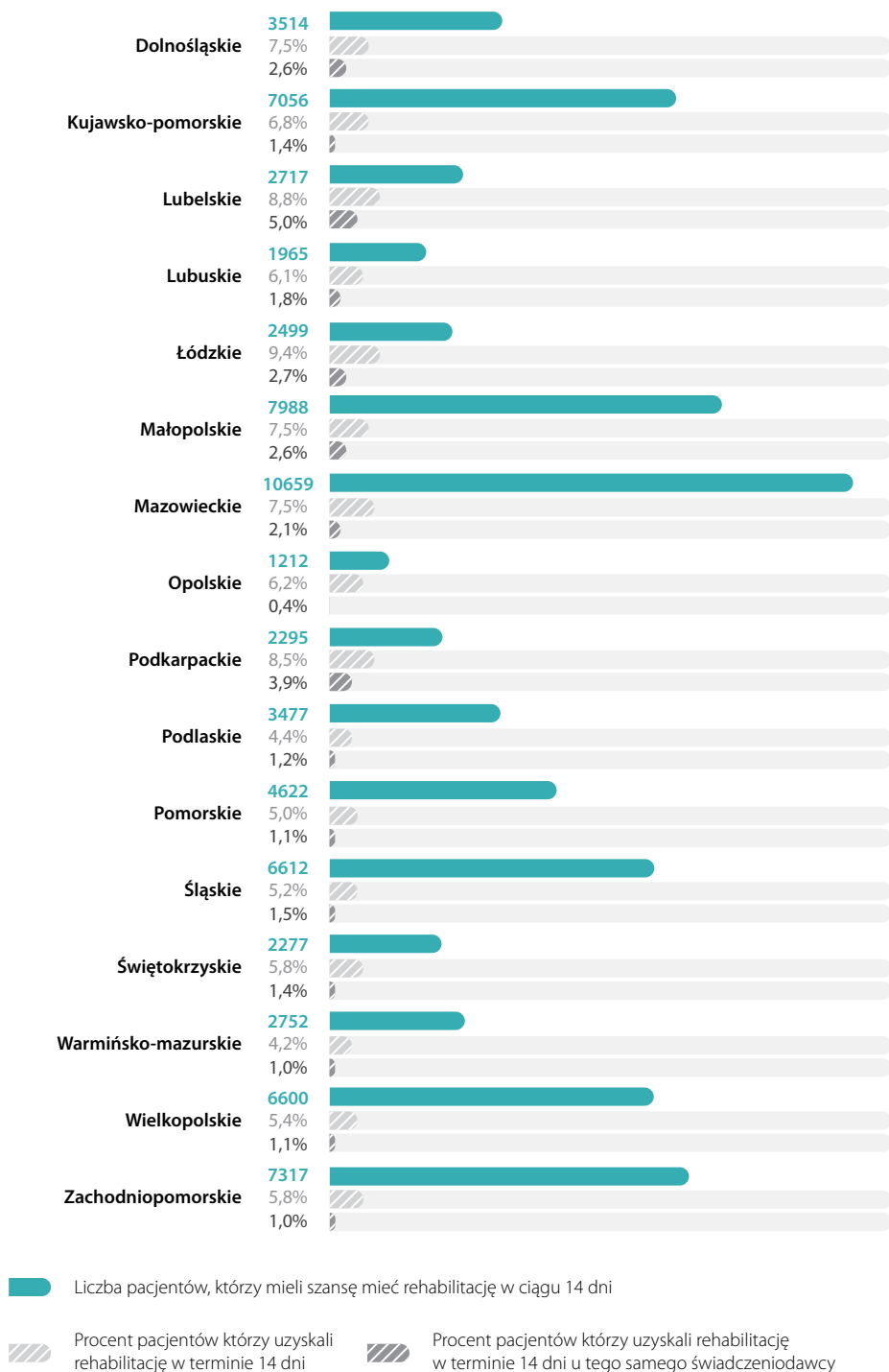
⁶⁷ Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim”, str. 12. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/20/057/LBI/>.

⁶⁸ Tamże, str. 43.

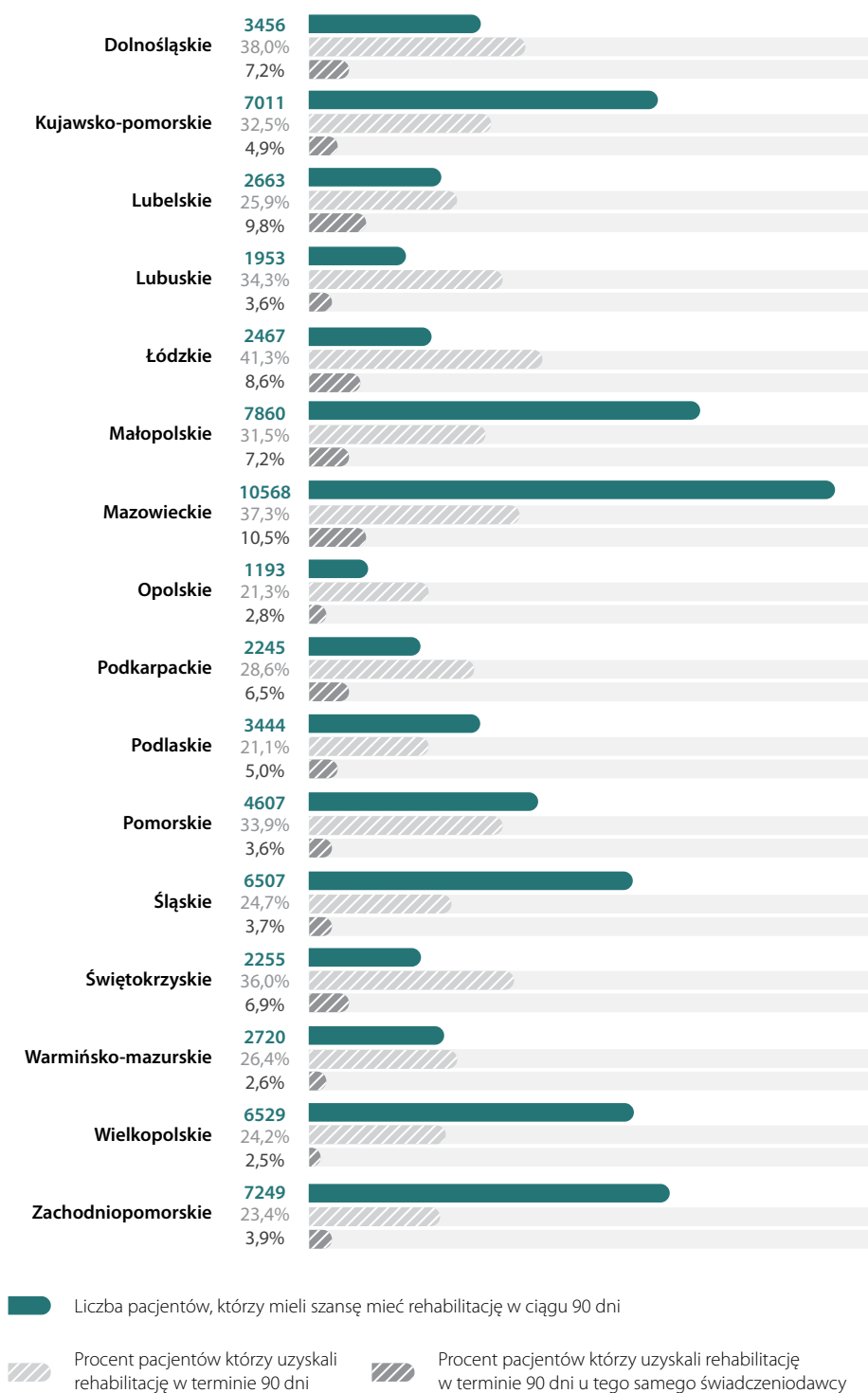
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 4

Dostępność rehabilitacji leczniczej dla pacjentów z chorobami kręgosłupa



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych NFZ.

Dane zaprezentowane na wykresach należy odnieść do zawartych w Obszarze I informacji o liczbie świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, którzy realizują świadczenia rehabilitacji leczniczej.

Dane te należy uzupełnić informacją, że w 2019 r., na 585 świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, 212 prowadziło leczenie szpitalne w ramach umowy z NFZ, w ramach profilu zabezpie-

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

czenia „Neurologia-Hospitalizacja”⁶⁹, przy czym tylko 110 z nich, tj. 51,8%, miało jednocześnie zakontraktowane świadczenia rehabilitacji neurologicznej. Na I poziomie zabezpieczenia było 24 takich świadczeniodawców na 47 (53,2%), na II poziomie zabezpieczenia 37 na 76 świadczeniodawców (48,7%), na III poziomie zabezpieczenia 33 na 49 świadczeniodawców (67,3%), wśród szpitali ogólnopolskich 14 na 37 (37,8%), a w grupie szpitali onkologicznych i pulmonologicznych wszyscy świadczeniodawcy realizujący zakres „Neurologia-Hospitalizacja” prowadzili również rehabilitację neurologiczną (łącznie trzech świadczeniodawców).

W tym miejscu należy również przywołać wyniki kontroli NIK P/20/052 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 r.”, w której ustalono, że w roku 2019 odsetek pacjentów, którzy uzyskali rehabilitację kardiologiczną w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) wyniósł 69,9%, a w grupie pacjentów, którzy nie zostali taką opieką objęci – 24,9%.

Przeprowadzone przez NIK badanie, na grupie 600 pacjentów, wykazało, że dla pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych ustalano plan rehabilitacji (tylko w jednym przypadku stwierdzono brak takiego planu), przy czym był on określany zarówno przez lekarzy kierujących, jak i fizjoterapeutów. Plany rehabilitacji były zamieszczane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów. Trzynastu pacjentów (2,2%) odbywało rehabilitację na podstawie więcej niż jednego skierowania. W przypadku 89,7% pacjentów skierowania na rehabilitację zawierały wskazania lekarskie co do zakresu i kierunku rehabilitacji. W trzech przypadkach stwierdzono, że realizowane zabiegi nie odpowiadały planom rehabilitacji, przy czym w dwóch przypadkach stwierdzono brak udokumentowania wykonanych zabiegów, a w jednym pacjent nie zgłosił się na dwa ostatnie zabiegi. W 102 przypadkach nie zostało przeprowadzone badanie fizjoterapeutyczne, przy czym w pięciu przypadkach pacjenci nie dokończyli cyklu leczenia lub nie zgłosili się na badanie.

W 100 przypadkach (16,7%) nie przekazano lekarzowi kierującemu informacji o efektach leczenia, w tym w 11 przypadkach był to lekarz z tego samego podmiotu leczniczego.

5.3. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2

W okresie epidemii SARS-CoV-2 świadczeniodawcy zapewnili pacjentom dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych, a największy wpływ na możliwość uzyskania świadczenia miały ograniczenia w prowadzeniu rehabilitacji wynikające z aktów prawnych oraz decyzji i poleceń administracji.

Epidemia SARS-CoV-2 wpłynęła istotnie na możliwości realizacji rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych. Pomijając ograniczenia w udzielaniu świadczeń wynikające z przepisów, połowa spośród 20 objętych kontrolą świadczeniodawców musiała na różnym etapie ograniczyć

Plan rehabilitacji
informacja
dla kierującego

Ograniczenia
dostępności

⁶⁹ Zgodnie z założeniami kontroli pod uwagę nie wzięto profili i zakresów świadczeń przeznaczonych wyłącznie dla leczenia świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia.

lub wstrzymać prowadzenie rehabilitacji leczniczej w wyniku nałożonych na nich obowiązków lub nakazów. Najczęściej dotyczyły one wydzielenia w ramach danego szpitala określonej bazy łóżkowej czy pomieszczeń dla leczenia chorych na COVID-19. Dwóch ze skontrolowanych świadczeniodawców pełniło również rolę szpitali „jednoimiennych”.

Podstawą ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej był § 10 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*⁷⁰ oraz rozporządzeń po nim następujących⁷¹. Okres zawieszenia trwał do dnia 3 maja 2020 r.

Wszyscy skontrolowani świadczeniodawcy zastosowali się do przywołanych przepisów, uwzględniając możliwości kontynuacji leczenia rozpoczętego przed 1 kwietnia 2020 r. oraz leczenia pacjentów objętych opieką w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. Mając na uwadze te wymagania, pięciu skontrolowanych świadczeniodawców nie zawiesiło w pełni działalności rehabilitacyjnej. Dotyczyło to oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz oddziałów rehabilitacji neurologicznej.

Niektóre działania ograniczające ryzyko transmisji koronawirusa SARS-CoV-2 świadczeniodawcy podejmowali jeszcze przed wprowadzeniem ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej, często w następstwie zaleceń Centrali NFZ⁷². Najczęściej wprowadzano ograniczenia w odwiedzinach i zawieszenie nowych przyjęć.

Dostępność po wznowieniu

Po zniesieniu czasowych ograniczeń w prowadzeniu działalności leczniczej, świadczeniodawcy stopniowo wznawiali działalność komórek organizacyjnych prowadzących rehabilitację leczniczą. Wymagało to jednak wprowadzenia zmian w organizacji pracy, ułożenia planów zabiegów, ustalenia zasad kontynuacji leczenia pacjentów oraz weryfikacji listy oczekujących. W tym celu świadczeniodawcy kontaktowali się z pacjentami drogą telefoniczną ustalając nowe terminy leczenia. Wielu pacjentów rezygnowało jednak z kontynuacji lub rozpoczęcia leczenia z obawy przed zakażeniem, a niektórzy pacjenci po prostu nie stawiali się w wyznaczonym terminie. Proces wznowienia działalności u poszczególnych świadczeniodawców i w zależności od komórki organizacyjnej trwał od kilku dni do dwóch tygodni.

⁷⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 566, ze zm.

⁷¹ § 10 pkt 2 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii* (Dz. U. poz. 658, ze zm.), § 10 pkt 2 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii* (Dz. U. poz. 697, ze zm.) oraz § 10 ust. 1 pkt 1 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii* (Dz. U. poz. 792, ze zm.).

⁷² Komunikat przesłany 15 marca 2020 r. poprzez portal SZOI do świadczeniodawców oraz udostępniony na stronie internetowej NFZ. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnoscicentrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opiekizdrowotnej%2C7646.html> [dostęp na dzień 3 sierpnia 2021 r.].

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przeprowadzona w trakcie kontroli weryfikacja wykazała, że pacjenci, którym przerwano cykl leczenia, byli leczeni w późniejszym terminie. Jednocześnie na barierę organizacyjną natknęli się świadczeniobiorcy, którym przerwano leczenie w trybie stacjonarnym. Leczenie w warunkach stacjonarnych, poza trybem nagłym, odbywa się na podstawie skierowania lekarza. W przypadku przerwania leczenia pacjenci byli wypisywani ze szpitala, więc dla kontynuacji faktycznie przerwane leczenie niezbędne było wystawienie nowego skierowania. Świadczeniodawcy, którzy spotkali się z taką sytuacją, rozwiązali tę kwestię kierując świadczeniobiorców do własnych poradni, w celu wystawienia dla nich nowego skierowania, na podstawie którego ponownie przyjmowano ich do szpitala.

Pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 spowodowało konieczność dostosowania wewnętrznych procedur podmiotów leczniczych do nowej sytuacji. Dokonano przeglądu obowiązujących procedur lub wprowadzono nowe, a następnie w okresie trwania epidemii aktywnie dokonywano w nich zmian, w celu dostosowania ich do aktualnego stanu wiedzy i występujących zagrożeń. Przy opracowywaniu procedur świadczeniodawcy korzystali z *Wytycznych dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce*, opracowanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii oraz Głównego Inspektora Sanitarnego przy współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. Wytyczne zostały opublikowane na stronie Ministerstwa pod adresem <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/rehabilitacja> 18 sierpnia 2020 r.⁷³

Działania na rzecz bezpieczeństwa

Poza procedurami i instrukcjami wprowadzane były różne środki i procedury organizacyjne. Przede wszystkim wprowadzono obowiązkowy pomiar temperatury ciała u osób wchodzących do placówek, ograniczenia w przemieszczaniu się personelu i pacjentów pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitali, zmniejszono dzienną liczbę pacjentów lub liczbę zabiegów, zmieniano i wydłużano godziny pracy, udostępniano pacjentom środki ochrony osobistej (maseczki, rękawiczki) i dezynfekcyjne, wykonywano test Abbotta⁷⁴ u pacjentów przyjmowanych na oddziały oraz w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Nie wykonywano niektórych zabiegów prowadzonych grupowo (np. w kriokomorze). U jednego ze świadczeniodawców rozdzielono porę udzielania świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych i leczonych w trybie ambulatoryjnym, którzy w trakcie leczenia korzystali dotąd z tej samej infrastruktury.

Pomimo wprowadzenia dodatkowych zabezpieczeń ograniczających możliwość zakażenia wirusem SARS-CoV-2, u trzynastu ze skontrolowanych świadczeniodawców wystąpiły ogniska epidemiczne SARS-CoV-2, które spowodowały ograniczenie lub zawieszenie udzielania świadczeń.

Świadczeniodawcy zwrócili także uwagę na problemy z realizacją świadczeń, które nie były wprost związane z wystąpieniem ognisk epidemicznych, a wynikały z braków personelu. Jeden świadczeniodawca był

⁷³ Dostęp na dzień 3 sierpnia 2021 r.

⁷⁴ Antygenowy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

na przykład zmuszony czasowo zawiesić udzielanie świadczeń w warunkach stacjonarnych, gdy 15 z 16 osób personelu skorzystało ze zwolnienia od pracy na czas choroby lub pełnienia opieki nad dzieckiem. Inny świadczeniodawca musiał zawiesić świadczenia w poradni rehabilitacyjnej, gdyż jeden lekarz zachorował, a drugi został skierowany do pracy przy pacjentach chorych na COVID-19.

Teleporady Jednym z elementów mających z jednej strony ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, a z drugiej zapewnić dostępność świadczeń, było wprowadzenie możliwości prowadzenia porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli nie zagrażało to pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Podstawę do udzielania świadczeń w tej formie stanowi § 4a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W okresie objętym kontrolą, w takiej formie świadczeń rehabilitacji udzielało 13 z 20 skontrolowanych świadczeniodawców, ale liczba udzielonych świadczeń była mocno zróżnicowana: od jednej porady lekarskiej (trzech świadczeniodawców) do 619. Natomiast tylko jeden świadczeniodawca wykazał udzielanie świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności przez fizjoterapeutów w ramach porady lub wizyty fizjoterapeutycznej. Skontrolowani świadczeniodawcy wskazywali na niską przydatność takiej formy udzielania świadczeń w sytuacji, gdy podstawą realizacji cyklu leczenia jest badanie podmiotowe pacjenta, służące określeniu zindywidualizowanego zestawu zabiegów czy ćwiczeń.

W żadnym podmiocie leczniczym nie stwierdzono uzależnienia przyjęcia od przedłożenia przez pacjentów negatywnego testu na SARS-CoV-2 na ich koszt. W przypadku przyjęć planowych świadczeniodawcy zapewniali możliwość wykonania testu.

Przykład

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie opracowano „Instrukcję postępowania na oddziale, w którym stwierdzono zakażenie Covid-19”, zgodnie z którą pacjent przed przyjęciem na oddział rehabilitacji, na 72 godziny przed przyjęciem miał pobierany wymaz PCR w kierunku SARS-CoV-2, jeżeli wynik był ujemny był przyjmowany na oddział. Następnie w szóstej dobie pobierany był od pacjenta wymaz do testu antygenowego. Pacjenci do tego czasu mieli przebywać w salach jednoosobowych. Jeżeli badanie w szóstej dobie wykluczyło obecność wirusa SARS-CoV-2, pacjent był przenoszony na salę dwuosobową. Pacjenta, u którego wynik antygenowy był dodatni, przekazywano do izolatorium lub do oddziału zakaźnego.

Rehabilitacja po COVID-19

Ponieważ na etapie wyboru jednostek do kontroli nie było jeszcze wyodrębnionych świadczeń dla pacjentów po przebytych COVID-19, nie można było w trakcie niniejszej kontroli ocenić zapotrzebowania oraz dostępności tego rodzaju świadczeń⁷⁵. Niemniej dwunastu ze skontrolowanych

⁷⁵ Program rehabilitacji przeznaczony dla pacjentów po chorobie COVID-19 został stworzony na podstawie zarządzenia nr 63/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

świadczeniodawców udzielało świadczeń rehabilitacji leczniczej pacjentom po przebytej chorobie COVID-19. W pozostałych przypadkach nie można wykluczyć, że tacy pacjenci również wystąpili, jednakże nie zostali zidentyfikowani, gdyż świadczeniodawcy nie byli zobligowani do prowadzenia tego rodzaju ewidencji. Liczba pacjentów, którzy przeszli COVID-19, zidentyfikowanych u poszczególnych świadczeniodawców, nie była wysoka i wynosiła z reguły do kilkunastu osób. Tylko jeden ze świadczeniodawców zidentyfikował 50 takich pacjentów.

Pacjenci po COVID-19 przechodzili rehabilitację na podstawie zindywidualizowanych planów leczenia, gdyż charakter diagnozowanych schorzeń był na tyle zróżnicowany, że nie pozwalał na zastosowanie ustandaryzowanego leczenia. Najczęściej prowadzono ćwiczenia oddechowe, czynne wolne, ogólnokondycyjne i koordynacyjne. Ponadto u jednego ze skontrolowanych świadczeniodawców rehabilitacją zostali objęci pacjenci, u których wystąpił udar mózgu spowodowany chorobą COVID-19.

Zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁶, na wniosek świadczeniodawcy, w okresie 180 dni od wejścia w życie 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, należność, o której mowa w § 18 ust. 2 OWU, mogła być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Podstawą wypłaty był wniosek składany w OW NFZ do 10. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Płatność nie mogła dotyczyć świadczeń, których świadczeniodawca zaprzestał udzielać świadczeń, chyba że zaprzestanie ich udzielania wynikało z decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub wprowadzenia ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego albo stanem epidemii⁷⁷.

Płatności „zaliczkowe”

We wszystkich kontrolowanych OW NFZ świadczeniodawcy skorzystali z takiej możliwości. OW NFZ rzetelnie rozpatrywały wnioski. Nie wszystkie zostały jednak uwzględnione. Wynikało to z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawców (np. złożenie wniosku po terminie, przerwa w udzielaniu świadczeń, brak wskazania zakresów świadczeń, których wniosek dotyczył).

Zapewnieniu świadczeniodawcom środków na prowadzenie działalności leczniczej służyć miało skrócenie terminu wypłaty należności dla świadczeniodawców za udzielone świadczenia. Termin ten, który pierwotnie wynosił 14 dni, został skrócony do pięciu dni. W trakcie kontroli zweryfikowano płatności dokonywane dla dziesięciu świadczeniodawców przez każdy z OW NFZ. Ustalono, że płatności były dokonywane terminowo, jedynie w jednym przypadku termin został przekroczony o trzy dni.

Terminowość płatności

⁷⁶ Dz. U. poz. 437.

⁷⁷ Warunek dodany na podstawie § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696), z mocą obowiązującą od 14 marca 2020 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przedłużanie umów

Zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁸, na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Z dniem 23 kwietnia 2021 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁹, które stanowi, że w przypadku, gdy okres rozliczeniowy został przedłużony na warunkach wskazanych wyżej, na wniosek świadczeniodawcy, okres ten mógł zostać przedłużony po raz kolejny, nie dłużej niż do 31 grudnia 2021 r.

Odpowiedni komunikat został opublikowany na stronie NFZ 26 kwietnia 2021 r.⁸⁰ W trakcie kontroli ustalono, że poszczególne OW NFZ przedłużały okres rozliczeniowy wszystkim świadczeniodawcom, którzy wyrazili taką wolę, z wyjątkiem przypadków, gdy wnioski zostały wycofane lub były spóźnione (w sumie siedem wniosków w trzech OW NFZ).

⁷⁸ Dz. U. poz. 1548, ze zm.

⁷⁹ Dz. U. poz. 745.

⁸⁰ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/placowki-medyczne-zyskaja-wiecej-czasu-na-rozliczenie-umow-z-2020-roku,8000.html>

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Czy organizacja i finansowanie rehabilitacji leczniczej zapewniają pacjentom równy dostęp do świadczeń i umożliwiają uzyskanie pożądaných efektów terapii?

Cel główny kontroli

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji leczniczej pozwalał na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów w tym zakresie?
2. Czy organizacja systemu rehabilitacji leczniczej umożliwiała pacjentom uzyskanie kompleksowych i skoordynowanych świadczeń rehabilitacyjnych na każdym etapie leczenia?
3. Czy w okresie epidemii SARS-CoV-2 zapewniona została dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej?

Kontrolą objęto 27 jednostek, w tym siedem oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 20 podmiotów leczniczych.

Zakres podmiotowy

Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) przeprowadził kontrolę w jednym oddziale wojewódzkim NFZ i czterech podmiotach leczniczych, a sześć jednostek organizacyjnych NIK (tj. LBI, LBY, LKA, LKI, LRZ, LSZ) w sześciu oddziałach wojewódzkich NFZ (każda w jednym) oraz w 16 podmiotach leczniczych (po trzy, z wyjątkiem LSZ, który przeprowadził kontrolę w jednym).

W przypadku oddziałów wojewódzkich NFZ kontrolę prowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*⁸¹, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o *NIK*, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Kryteria kontroli

W podmiotach leczniczych:

- w których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o *NIK*, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o *NIK*, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- w których podmiotem właścicielskim (100% udziałów) jest jednostka samorządu terytorialnego oraz w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o *NIK*, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o *NIK*, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności;

Lata 2019–2021 (I półrocze) z wykorzystaniem również dowodów dotyczących badanego okresu, a sporządzonych przed lub po tym okresie.

Okres objęty kontrolą

Kontrola została zrealizowana w dniach od 15 marca do 27 lipca 2021 r.

Terminy realizacji kontroli

W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 ustawy o *NIK*, uzyskano informacje:

Działania na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o *NIK*

⁸¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Dalej: ustawa o *NIK*.

ZAŁĄCZNIKI

- od Ministra Zdrowia na temat liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach balneologia i medycyna fizykalna oraz rehabilitacja medyczna, a także dotyczące realizacji zadań przez konsultantów krajowych;
- z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne i rehabilitacja lecznicza, wykonaniu umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, umowach finansowanych z Funduszu Solidarnościowego, świadczeniach udzielonych pacjentom po udarze oraz z chorobami kręgosłupa, liczbie lekarzy i fizjoterapeutów zgłoszonych do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o realizacji zadań w obszarze prewencji rentowej;
- z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o realizacji zadań podejmowanych na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia, wykazującym całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującym jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonym całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym;
- z Naczelnej Izby Lekarskiej o liczbie lekarzy specjalistów w dziedzinach związanych z rehabilitacją leczniczą,
- z Krajowej Izby Fizjoterapeutów o liczbie fizjoterapeutów wykonujących zawód, w tym legitymujących się tytułem specjalisty;
- z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o stanie prac nad taryfą świadczeń rehabilitacji leczniczej;
- z 19 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy o realizacji zadań związanych z rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową.

Pozostałe informacje Kontrola P/21/054 „Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej” została przeprowadzona z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Wybór jednostek do kontroli wynikał z realizacji ich zadań:

- oddziały wojewódzkie NFZ jako odpowiedzialne za zawieranie umów ze świadczeniodawcami,
- podmioty lecznicze udzielające świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych.

Wyniki kontroli przedstawiono w 27 wystąpieniach pokontrolnych, do których dwie jednostki kontrolowane zgłosiły zastrzeżenia.

Wnioski pokontrolne i zgłoszone zastrzeżenia

Sformułowano 73 wnioski pokontrolne, z których 30 zostało zrealizowanych, 13 było w trakcie realizacji, a 30 nie zostało zrealizowanych (stan na 21 października 2021 r.).

Jednostki kontrolowane (dwie) zgłosiły w sumie trzy zastrzeżenia, z czego jedno zostało uwzględnione w całości, jedno w części, a jedno oddalone.

Finansowe rezultaty kontroli

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości finansowe w łącznej kwocie 2 836 300,00 zł, w której 2 704 300,00 zł stanowiły kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, a 132 000,00 zł potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Kontrolowane jednostki	Kierownik jednostki
1.	Departament Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie ul. Tytusa Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa	Zbigniew Terek Dyrektor Oddziału
2.	Departament Zdrowia	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie sp. z o.o. ul. Ludwika Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa	Teresa Maria Bogiel Prezes Zarządu
3.	Departament Zdrowia	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ul. ks. Stanisława Konarskiego 13, 05-400 Otwock	Prof. dr hab n. med. Jarosław Czubak Dyrektor
4.	Departament Zdrowia	Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce	Marcin Kulicki Prezes Zarządu
5.	Departament Zdrowia	Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. ul. Kościuszki 28, 09-402 Płock	Ewa Grażyna Nieścierenko Prezes Zarządu
6.	Delegatura NIK w Białymstoku	Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok	Maciej Bogdan Olesiński Dyrektor
7.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach ul. Niepodległości 9, 19-100 Mońki	mgr Marek Stanisław Karp Dyrektor
8.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce ul. doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka	Grzegorz Tomaszuk Dyrektor
9.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce ul. gen Władysława Sikorskiego 40, 16-100 Sokółka	Jerzy Kułakowski Dyrektor
10.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Narodowy Fundusz Zdrowia Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy ul. Łomżyńska 33, 85-863 Bydgoszcz	Jan Gessek Dyrektor
11.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś Dyrektor
12.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Regionalny Szpital Specjalistyczny Im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz	Maciej Hoppe Dyrektor
13.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie Pl. Rydygiera 1, 86-200 Chełmno	Agata Ożyńska Dyrektor
14.	Delegatura NIK w Katowicach	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice	Piotr Nowak Dyrektor

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Kontrolowane jednostki	Kierownik jednostki
15.	Delegatura NIK w Katowicach	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P. w Częstochowie ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa	Zbigniew Bajkowski Dyrektor Naczelny
16.	Delegatura NIK w Katowicach	Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza	dr n. med. Tomasz Szczepanik p.o. Dyrektora
17.	Delegatura NIK w Katowicach	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie ul. Józefa Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno	mgr Gabriela Buczowska p.o. Dyrektora
18.	Delegatura NIK w Kielcach	Narodowy Fundusz Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce	Małgorzata Kiebzak Dyrektor
19.	Delegatura NIK w Kielcach	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu ul. dr Zygmunta Schinźla 13, 27-600 Sandomierz	dr n. med. Marek Kos Dyrektor Naczelny
20.	Delegatura NIK w Kielcach	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna	mgr inż. Leszek Lepiarz Dyrektor
21.	Delegatura NIK w Kielcach	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Karola Szymanowskiego 11, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski	Andrzej Gruza Dyrektor Naczelny
22.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Narodowy Fundusz Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów	Robert Bugaj Dyrektor
23.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów	Barbara Rogowska Dyrektor
24.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie, ul. Adama Mickiewicza 168, 37-600 Lubaczów	Leszek Kwaśniewski Dyrektor
25.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy ul. Krakowska 91, 39-200 Dębica	mgr Przemysław Wojtys Dyrektor Naczelny
26.	Delegatura NIK w Szczecinie	Narodowy Fundusz Zdrowia Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin	Agnieszka Pietraszewska- Macheta p.o. Dyrektora
27.	Delegatura NIK w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	Małgorzata Usielska Dyrektor

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Art. 68 ust. 1–2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁸² stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej został, więc oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń, zasady, tryb finansowania i kwalifikowania świadczeń, jako gwarantowanych.

Obowiązki państwa
w ochronie zdrowia

Zadania władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej* (art. 6 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*).

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W ramach świadczeń gwarantowanych (finansowanych ze środków publicznych) świadczeniobiorcy przysługują także świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej (art. 15 ust. 2 pkt 5 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*).

Prawo do świadczeń
opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 31d ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej* Minister Zdrowia, *rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*, określił wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W załącznikach do tego rozporządzenia określone zostały warunki lokalowe, wymagania dotyczące personelu, warunki udzielania świadczeń oraz czas trwania rehabilitacji.

Świadczenia
gwarantowane z zakresu
rehabilitacji leczniczej

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego oraz stacjonarnych (§ 4 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*). Świadczenia realizowane w warunkach domowych są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, a wymagają rehabilitacji leczniczej (§ 6 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*). Świadczenia realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, są udzielane świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymaga

⁸² Dz.U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego (§ 8 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*). Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego (§ 9 pkt 1 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*).

Z dniem 11 kwietnia 2020 r., na podstawie § 4a tego rozporządzenia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w świadczeniach określonych w § 4 pkt 1–3 dopuszczono realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne (§ 10 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*).

Finansowanie świadczeń zdrowotnych

Podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*, która statuuje NFZ, jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*). Ustawa określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania z środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1–2 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*).

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*).

Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, a większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawował nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustalał jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców (art. 102 ust. 5 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*). Z dniem 1 września 2020 r. weszły w życie przepisy o tzw. centralizacji Funduszu. Część dotychczasowych zadań dyrektorów oddziałów wojewódzkich zostało przypisanych Prezesowi Funduszu. Natomiast dyrektorzy oddziałów wojewódzkich wykonują część zadań w ramach upoważnienia Prezesa.

W celu realizacji swoich kompetencji Prezes wydaje zarządzenia.

Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W systemie opieki zdrowotnej Fundusz wypełnia funkcję płatnika: ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki z środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

W kontraktowaniu świadczeń Prezes NFZ określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej (art. 146 ust. 1 pkt 1–2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Szczegółowe warunki umów określone przez Prezesa NFZ nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Od 1 września 2020 r. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadza Prezes.

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 3 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zawartą z Funduszem zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnymi warunkami umów oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 tej ustawy.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z § 3 ust. 2 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności. Zgodnie z § 7 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146

ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ww. ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny ze stosownymi certyfikatami, atestami lub innymi dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumentami potwierdzającymi dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Świadczeniodawcy

Świadczeniodawcą może być podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne (art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą określono w ustawie o działalności leczniczej.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8 ustawy o działalności leczniczej).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne polegają na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, oraz zapewniają im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Obejmują także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej).

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta (art. 10 ustawy o działalności leczniczej).

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą winny być odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych i wymagań określonych w rozdziałach 2–6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸³. Szczegó-

⁸³ Dz. U. poz. 595, ze zm.

łowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej będącego zakładem leczniczym zostały zawarte w Załączniku 6 do rozporządzenia.

Powierzenie realizacji świadczeń zdrowotnych innym podmiotom zostało wyłączone z obowiązku stosowania przepisów zamówień publicznych (art. 26 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*), a zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej* przewidziano dla tych zamówień procedurę konkursu ofert. W art. 26 ust. 1 i 2 ustawy określono warunki do udzielania zamówień na podstawie tej ustawy, z których wynika, że obok podmiotu leczniczego i grupowych praktyk zawodowych, świadczeń zdrowotnych może udzielać wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny, albowiem przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Udzielanie zamówień
na świadczenia
zdrowotne

Nie każde zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga przeprowadzenia konkursu ofert. Stosowanie procedury konkursowej zawężone zostało tylko do tych zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, których wartość przekraczała próg kwotowy 30 000 euro (art. 26 ust. 4a ustawy *o działalności leczniczej*). Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie netto przyjmującego zamówienie, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością (art. 26a ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*). Jednocześnie wprowadzony został zakaz dzielenia zamówienia na części lub zaniżania jego wartości w celu uniknięcia procedury konkursowej (art. 26a ust. 2 ustawy *o działalności leczniczej*). Ominięciu procedury nie może również służyć wybór podstawy ustalenia wartości zamówienia świadczeń powtarzających się okresowo (art. 26a ust. 6 ustawy *o działalności leczniczej*). Ustalenia wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż trzy miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia (art. 26a ust. 8 ustawy *o działalności leczniczej*). Sposób przeprowadzenia konkursu reguluje art. 26 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*.

Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy udzielającym i przyjmującym zamówienie, którą zawiera się na piśmie na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony, co do zasady na okres nie krótszy niż trzy miesiące (art. 27 ust. 1 i 3 ustawy *o działalności leczniczej*). Art. 27 ust. 4 tej ustawy wskazuje na obligatoryjne elementy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Umowa winna również, jeżeli strony dopuszczą taką możliwość, zawierać postanowienia dotyczące możliwości przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy na osobę trzecią (art. 27 ust. 6 ustawy *o działalności leczniczej*).

Postanowienia ograniczające prawo do swobodnych zmian warunków umowy (art. 27 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*) zawierają przepis, który każe uznać za nieważną „zmianę postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie, której doko-

nano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy”.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta, z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia oraz bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy (art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej).

Dokumentacja medyczna

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w art. 24–30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸⁴ oraz w art. 11, 13a, 13b i 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁸⁵, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸⁶. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. jednak podmioty lecznicze mogły prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami tego rozporządzenia do dnia 31 grudnia 2020 r.

Zgodnie z treścią § 1, uchylonego rozporządzenia, dokumentacja medyczna mogła być prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej. Dokumentacja zbiorcza to dokumentacja dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (§ 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej). Dokumentacja indywidualna dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych; obejmuje dokumentację indywidualną wewnętrzną (np. historia choroby) i zewnętrzną (np. skierowanie do szpitala, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie). W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (§ 2 ust. 1 pkt 1, ust. 2 i 4 pkt 1–2, ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Zgodnie z § 80 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;

⁸⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

⁸⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.

⁸⁶ Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, (tj. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, w tym: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis);
- 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 8) funkcjonalność wydruku dokumentacji.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych. W przypadku, gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię, nazwisko, stanowisko i podpis. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (§ 83 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*).

Z dniem 15 kwietnia 2020 r. weszło w życie *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁸⁷.

Zgodnie z § 1 ust. 1–3 *rozporządzenia*, dokumentację medyczną – w postaci elektronicznej – prowadzi podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis *rozporządzenia* tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne unieumożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Zgodnie z art. 90 ust. 6 ustawy o *wyrobach medycznych*, świadczeniodawca jest zobowiązany mieć dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące danego wyrobu. Świadczeniodawca jest obowiązany mieć dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji,

Używanie i utrzymanie
wyrobów medycznych

⁸⁷ Dz. U. poz. 666, ze zm.

Ograniczenia
w prowadzeniu
działalności leczniczej
w okresie epidemii
SARS-CoV-2

kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały uprzednio te czynności (art. 90 ust. 7 ustawy o wyrobach medycznych). Świadczeniodawca jest zobowiązany przechowywać dokumentację nie krócej niż przez okres pięciu lat od dnia zaprzestania używania wyrobu do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udostępnić organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczeniodawcą lub upoważnionym do jego kontroli (art. 90 ust. 8 i ust. 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁸⁸).

Na podstawie § 10 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁸⁹, oraz kolejnych aktów prawnych, wprowadzono czasowe ograniczenia wykonywania działalności leczniczej polegające m.in. na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem:

- a) świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną tele-rehabilitację hybrydową,
- b) świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby, w rozumieniu tych przepisów.

Zgodnie z treścią § 19 ust. 4 przywołanego rozporządzenia, ograniczenia nie stosowało się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej w dniu 1 kwietnia 2020 r, do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń.

To rozporządzenie zostało uchylone z dniem 10 kwietnia 2020 r., a czasowe ograniczenia wykonywania działalności leczniczej wprowadzano kolejno na podstawie § 10 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁹⁰, § 10 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁹¹ oraz § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁹². W ostatnim z wymienionych rozporządzeń czasowe ograniczenia ustanowiono do dnia 3 maja 2020 r.

⁸⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 1565.

⁸⁹ Dz. U. poz. 566, ze zm., uchylone z dniem 10 kwietnia 2020 r.

⁹⁰ Dz. U. poz. 658, ze zm., uchylone z dniem 19 kwietnia 2020 r.

⁹¹ Dz. U. poz. 697, ze zm., uchylone z dniem 2 maja 2020 r.

⁹² Dz. U. poz. 792, ze zm., uchylone z dniem 16 maja 2020 r.

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 kryzysowych⁹³ zawieszono, na czas trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, wykonywanie obowiązków związanych z przekazywaniem NFZ informacji o listach oczekujących, udostępnianiem elektronicznej rejestracji i monitorowania kolejki on-line oraz przypominaniem o wyznaczonym terminie udzielania świadczeń. Na mocy art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁹⁴, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przepis ten utracił 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-2⁹⁵).

Zgodnie z art. 7c, ustawy, w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadzano konkursów ofert i rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z wyłączeniem konkursów ofert i rokowań dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16 tej ustawy. Przepis wszedł w życie w 1 kwietnia 2020 r., a uchylony został z dniem 9 października 2020 r.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁹⁶, konkursy ofert i rokowania, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zostały od tego dnia zawieszane i zostają wznowione po odwołaniu danego stanu, jeżeli wszyscy oferenci, którzy złożyli oferty w konkursie lub w rokowaniach, potwierdzą ich ważność w terminie określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Przywołany przepis uchylony został przez art. 19 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19, z dniem 9 października 2020 r.⁹⁷.

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

⁹³ Dz. U. poz. 374, ze zm.

⁹⁴ Dz. U. poz. 567, ze zm.

⁹⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 737, ze zm.

⁹⁶ Dz. U. poz. 567, ze zm.

⁹⁷ Dz. U. poz. 1747.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553).
8. Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932).
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).
12. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2021 r. poz. 737, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.). Uchylone z dniem 1 lipca 2019 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897). Utraciło moc 22 października 2020 r.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1858).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).
22. 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). Uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1319).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605, ze zm.).
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 566, ze zm.). Utraciło moc.
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 658, ze zm.). Utraciło moc.
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 697, ze zm.). Utraciło moc.
32. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792). Utraciło moc.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 18 listopada 2021

NKM.0911.11.2021.5.KCZ

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/21/054 *Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej*, która została przekazana przy piśmie z dnia 2 listopada 2021 r. o znaku: KZD.430.005.2021, przedstawiam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Część IV. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 13.

Odnosząc się do wniosku skierowanego do Ministra Zdrowia o *rozważenie uwzględnienia rehabilitacji leczniczej, jako obowiązkowego profilu leczenia w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*, uprzejmie informuję, że postulat wprowadzenia rehabilitacji leczniczej jako obowiązkowego profilu realizowanego przez szpitale działające w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zwanego dalej „PSZ”) nie wydaje się uzasadniony, nawet gdyby został doprecyzowany poprzez wskazanie konkretnych profili szpitalnych, które mogłyby być realizowane w PSZ tylko w powiązaniu z rehabilitacją.

Kluczowy z punktu widzenia poprawy dostępu do rehabilitacji, której nieprzeprowadzenie w odpowiednim terminie może skutkować zaprzepaszczaniem korzyści zdrowotnych uzyskanych przez pacjenta dzięki leczeniu szpitalnemu, jest wniosek nr 2 skierowany do Ministra Zdrowia, tj. powiązanie finansowania wybranych świadczeń szpitalnych

(a nie całych profili) z zapewnieniem odpowiedniej rehabilitacji pozabiegowej. Wprowadzenie takich rozwiązań jest możliwe na poziomie tzw. rozporządzenia koszykowego i miałyby skutek również w przypadku finansowania świadczeń w ramach PSZ.

Część IV. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 13.

W odniesieniu do wniosku skierowanego do Ministra Zdrowia o *wypracowanie katalogu świadczeń leczenia szpitalnego, które powinny być finansowane wyłącznie w przypadku zrealizowania również rehabilitacji leczniczej. Odstąpienie od rehabilitacji powinno wynikać z przeciwwskazań lub braku zasadności stwierdzonych przez lekarza i opisanych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta*, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii konsultantów krajowych podejmie decyzję co do zasadności wprowadzenia zmian w obowiązujących przepisach prawa w kierunku wypracowania katalogu świadczeń leczenia szpitalnego, które powinny być finansowane wyłącznie w przypadku zrealizowania również rehabilitacji leczniczej.

Część IV. Wnioski, wniosek do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, str. 13.

Odnosząc się do wniosku skierowanego do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ”) o *opracowanie modelu zabezpieczenia dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, będącego podstawą ich kontraktowania, z uwzględnieniem zasady równego dostępu*, w związku z fragmentem na str. 31 w ww. Informacji, wiersz drugi *Wyznaczanie obszarów kontraktowania*, w odniesieniu do zarzutu niewłaściwego ustalania obszarów kontraktowania, który powodował powstanie znacznych dysproporcji w zabezpieczeniu świadczeń w poszczególnych częściach województw, uprzejmie informuję, iż w okresie objętym kontrolą, na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, plan zakupu świadczeń był przygotowywany przez Dyrektora właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Obowiązek ten potwierdza również wewnętrzna procedura NFZ pn. *Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej*.

Powyższe przepisy wykluczały wówczas ingerencję Centrali NFZ w ustalanie obszarów kontraktowania na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Działania takie budziłyby kontrowersje w odniesieniu do braku znajomości zapotrzebowania na poszczególne świadczenie przez organ centralny.

Centrala NFZ niezmiennie rekomenduje, aby świadczeniodawcy byli wyłaniani na terenie jak najmniejszej jednostki terytorialnej. Mimo starań NFZ, zdarza się, że na obszarze danej gminy nie udaje się zabezpieczyć świadczeń, z uwagi na niespełnienie warunków realizacji świadczeń przez odpowiednią liczbę podmiotów lub brak chętnych do przystąpienia do konkursu w określonej lokalizacji. Powyższe czynniki są niezależne od działań Centrali NFZ, jak i oddziałów wojewódzkich NFZ.

Jednocześnie NFZ planuje doprecyzować zapisy zarządzenia Prezesa NFZ, tj. wprowadzając zapis jednoznacznie ograniczający obszar kontraktowania przez oddziały wojewódzkie, do najmniejszej jednostki terytorialnej, zgodnie z aktualną kompetencją działań Prezesa NFZ.

Część V. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 14.

Odnosząc się do fragmentu ww. Informacji *Poziom finansowania rehabilitacji leczniczej nie był wystarczający w stosunku do kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Jednocześnie w systemie zabezpieczenia funkcjonowała duża liczba świadczeniodawców, którzy nie prowadzili rehabilitacji, co ograniczało możliwość uzyskania takiego świadczenia*, uprzejmie informuję, iż wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej jest zdeterminowana poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹.

Podkreślić należy, że wartość środków finansowych, jakie NFZ może skierować na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynika z wartości prognozowanych przychodów NFZ, w tym w szczególności z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki.

Plany finansowe NFZ na rok 2019, 2020 i 2021 zostały sporządzone zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych.

Z uwagi na powyższe, należy stwierdzić, iż w sytuacji zdefiniowania środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, podnoszenie wyceny poszczególnych świadczeń do poziomu satysfakcjonującej

¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.

świadczeniodawców rentowności z tytułu prowadzenia działalności leczniczej, w sposób oczywisty i znaczny ograniczy dostępność do przedmiotowych świadczeń, a to stoi w sprzeczności z podstawowym celem NFZ, jakim jest zapewnienie możliwie nieograniczonego dostępu do świadczeń.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace zmierzające do zmiany modelu organizacji rehabilitacji leczniczej, których celem jest poprawa efektywności systemu, co wiąże się również ze zmianą rozwiązań dotyczących finansowania świadczeń, których wyceny dokonuje wyspecjalizowana państwowa jednostka organizacyjna, jaką jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Biorąc pod uwagę brak prowadzenia rehabilitacji przez świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia należy wskazać, że kwalifikacja do systemu (tak zwanej sieci szpitali) obejmowała oddziały rehabilitacji stacjonarnej i dziennej, które posiadały w tym czasie obowiązującą umowę. Jednocześnie należy zauważyć, że w ramach rehabilitacji stacjonarnej prowadzona jest (poza oddziałami ogólnostacjonarnymi) rehabilitacja sprofilowana, w tym neurologiczna, kardiologiczna i pulmonologiczna. Z prowadzonych ze świadczeniodawcami rozmów wynika, że pod względem ekonomicznym oraz jakościowym dużo większe znaczenie mają duże, wyspecjalizowane centra rehabilitacji, obsługujące kilka podmiotów w ramach kompleksowej opieki pacjentów po udarach, zawałach mięśnia sercowego czy endoprotezoplastykach.

Kierunki działań, zmierzające do zapewnienia kompleksowego trybu udzielania świadczeń, zakładają jako równorzędną formę zawieranie porozumień z wyspecjalizowanymi podmiotami, których głównym obszarem działania jest rehabilitacja. Taką metodologię przyjęto w dającym dobre efekty programie KOS-zawał. Biorąc pod uwagę konieczność optymalnego wykorzystania zasobów (w tym przede wszystkim kadrowych) Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że prowadzenie wyspecjalizowanych oddziałów rehabilitacji dziennej i stacjonarnej ma kluczowe znaczenie w przypadku dużych, specjalistycznych ośrodków szpitalnych (jak na przykład SPSK im. Prof. Grucy w Otwocku), natomiast w przypadku mniejszych szpitali powiatowych I stopnia lepszy efekt da współpraca z innymi ośrodkami, zapewniającymi dużą liczbę łóżek i obsługujących większy niż jeden powiat obszar.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/