



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.004.04.2021



00466121

Pan Grzegorz Tomaszuk  
Dyrektor Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Hajnówce  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce  
ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 - Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku  
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok  
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33  
lbi@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Szpital im. lek. med. Włodzimierza Mantiuka <sup>1</sup> , ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Tomaszuk, Dyrektor Szpitala <sup>2</sup> od 30 sierpnia 2000 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej.</li><li>2. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych.</li><li>3. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019–2021 (I półrocze) z wykorzystaniem również dowodów dotyczących okresu objętego kontrolą a sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Stanisław Żukowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/38/2021 z 19 marca 2021 r. (akta kontroli str. 1)

<sup>1</sup> Zwany dalej *Szpitałem* albo *SP ZOZ*.

<sup>2</sup> Zwany dalej *Dyrektorem Szpitala*.

<sup>3</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 1200. Ustawa zwana dalej: *ustawą o NIK*.

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

OCENA OGÓLNA

SP ZOZ był właściwie organizacyjnie i kadrowo przygotowany do realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej<sup>5</sup>. Umożliwił pacjentom uzyskanie kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych na każdym etapie leczenia oraz osiągnięcie pożądanych efektów terapii.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

SP ZOZ udzielał świadczeń rehabilitacyjnych w formie ambulatoryjnej (poradnia, pracownia i gabinet fizjoterapii), oddziału dziennego i stacjonarnej (rehabilitacja: ogólnoustrojowa, neurologiczna i kardiologiczna). Zapewnił wymaganą liczbę personelu medycznego, którego kwalifikacje – w zakresie objętych badaniem kontrolnym 15 osób (lekarzy lub fizjoterapeutów) – były zgodne z obowiązującymi przepisami. Przy udzielaniu świadczeń wykorzystywał sprzęt i aparaturę medyczną, które poddano wymaganym przeglądom technicznym.

W latach 2019–2020 SP ZOZ realizował świadczenia rehabilitacyjne wyłącznie w ramach umów zawartych z NFZ, uzyskując odpłatność za wszystkie wykonane w tym okresie świadczenia. Odnotował jednak na nich ujemny wynik finansowy, który w 2020 roku – w relacji do poprzedniego roku – pogorszył się ponad dwukrotnie i wyniósł (–) 2.595 tys. zł (w obu latach dodatni wynik finansowy odnotowała tylko fizjoterapia ambulatoryjna). Towarzyszyło temu zmniejszenie liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej formy rehabilitacji leczniczej z 599 do 465 (o 22,4%), porad lekarskich w Poradni Rehabilitacyjnej – z 4.740 do 3.504 (o 26,1%) oraz liczby wykonanych zabiegów w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej z 170.147 do 104.541 (o 38,6%), na co wpływ miały uwarunkowania związane z epidemią SARS-CoV-2. Na zbliżonym poziomie pozostała liczba pacjentów poddanych leczeniu w Oddziale Dziennym Rehabilitacji (212 i 218).

SP ZOZ prowadził harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących na udzielenie świadczeń gwarantowanych, stosownie do wymogów art. 19a ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup> i § 13 ust. 1 i 3 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<sup>7</sup>. Zapewniał dostępność świadczeń dla pacjentów wymagających rehabilitacji po hospitalizacji, a proces rehabilitacji w opiece ambulatoryjnej odbywał się według wskazań lekarza specjalisty. Analiza 30 dokumentacji losowo wybranych pacjentów, którzy rozpoczęli w SP ZOZ rehabilitację w trybie ambulatoryjnym oraz 16 z 30 dokumentacji pacjentów, którzy po zakończeniu leczenia szpitalnego skierowani zostali na kontynuowanie leczenia w formie rehabilitacji (14 pacjentów nie zgłosiło się do komórek organizacyjnych SP ZOZ) wykazała, że wszystkim pacjentom udzielono świadczeń zgodnie z wystawionym skierowaniem i planem rehabilitacji.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2, mimo wystąpienia ograniczeń dostępności tych świadczeń. W tym czasie podjęto działania, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom w trakcie udzielania świadczeń, wprowadzając własne unormowania oraz wykorzystując wytyczne opracowane przez kompetentne podmioty. Pacjentom umożliwiono korzystanie z Poradni Rehabilitacyjnej w formie teleporad (bądź w uzgodnieniu z nimi przełożono terminy wizyt), a w komórkach wykonujących zabiegi fizjoterapeutyczne umożliwiono ukończenie przerwanych cykli zabiegów. Nie rozwiązano jednak problemu ewentualnej kontynuacji rehabilitacji pacjentom oddziałów szpitalnych wypisanym przed

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. Zgodnie z założeniami kontroli, badania kontrolne ograniczono do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych w komórkach organizacyjnych i zakresach świadczeń, które nie były przeznaczone dla dzieci i młodzieży.

<sup>5</sup> Badania kontrolne objęły lata 2019–2021 (I półrocze) i były ograniczone do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych w komórkach organizacyjnych i zakresie świadczeń, które nie są przeznaczone dla dzieci i młodzieży.

<sup>6</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm. Ustawa zwana dalej *ustawą o świadczeniach zdrowotnych*.

<sup>7</sup> Dz.U. poz. 1207, ze zm. Rozporządzenie zwanej dalej *rozporządzeniem w sprawie informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, sposobu ich rejestrowania i przekazywania*. Poprzedzone rozporządzeniem 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.).

zaplanowanym okresem trwania procesu rehabilitacji, z powodu przeznaczenia łóżek na potrzeby pacjentów z Covid-19 lub zagrożeń z nim związanych.

Stwierdzone nieprawidłowości nie miały zasadniczego wpływu na zakres i sposób udzielania świadczeń. Polegały one na: niezaktualizowaniu danych w *Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*, nierzetelnym przekazaniu danych o personelu realizującym te świadczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pominięciu trybu konkursowego przy zawarciu umowy na świadczenie usług medycznych. Nieskutecznie realizowano obowiązek przekazywania – lekarzowi wystawiającemu skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne – pisemnych informacji fizjoterapeutów o efektach tych zabiegów. Do takich lekarzy nie trafiły bowiem informacje o 19 z 27 pacjentów, których na zabiegi skierowali lekarze z poradni SP ZOZ. Tym samym nie zapewniono pełnego monitorowania efektów rehabilitacji.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Organizacja systemu rehabilitacji leczniczej

1.1. SP ZOZ został wpisany do *Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*<sup>9</sup>. Na dzień rozpoczęcia kontroli NIK (22 marca 2021 r.), wpisy w nim ujęte i odnoszące się do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej były zgodne ze stanem faktycznym i zapisami regulaminu organizacyjnego Szpitala<sup>10</sup>, z wyjątkiem wykazania Gabinetu Fizjoterapii w Narewce, który nie funkcjonował w okresie objętym kontrolą (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). W okresie objętym kontrolą, Szpital nie zgłaszał zmian danych objętych rejestrem w zakresie przedmiotowych komórek organizacyjnych. (akta kontroli str. 3-14, 41)

1.2. Świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju rehabilitacja lecznicza (w formie stacjonarnej, oddziału dziennego lub ambulatoryjnej) w okresie objętym kontrolą udzielały następujące komórki organizacyjne umiejscowione w lokalizacji Szpitala: Oddział Rehabilitacji Leczniczej – 24 łóżka, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 26 łóżek, Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej – 20 łóżek, Oddział Dzienny Rehabilitacji – 20 miejsc pobytu dziennego, Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Dzieci – 20 miejsc pobytu dziennego, Poradnia Rehabilitacyjna. Natomiast poza lokalizacją SP ZOZ funkcjonowały: Pracownia Fizjoterapii w Hajnówce i Gabinet Fizjoterapii w Kleszczelach. Zakres udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych, w umowach z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>11</sup>, obejmował: [1] rehabilitację kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w warunkach stacjonarnych, fizjoterapię ambulatoryjną<sup>12</sup>, [2] lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną<sup>13</sup>, [3] rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych (również po leczeniu operacyjnym), rehabilitację neurologiczną, a także rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku / oddziale dziennym<sup>14</sup>. Dla poszczególnych rodzajów rehabilitacji, umowy obejmowały także rehabilitację dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. (akta kontroli str. 15-85)

1.3. Stosownie do wymogów art. 24 ust. 1 pkt 6–7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>15</sup>, w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ w ogólny sposób określono przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a także organizację i zadania komórek organizacyjnych udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 15-40)

<sup>8</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>9</sup> Pod numerem 00000010655 Księgi rejestrowej (<https://rpwd.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>), z datą dokonania wpisu / datą faktyczną rozpoczęcia działalności leczniczej – 16 maja 1994 r.

<sup>10</sup> Regulamin organizacyjny ustalony zarządzeniem Nr 53/2017 z dnia 20 września 2017 r. Dyrektora SP ZOZ (ze zm.).

<sup>11</sup> Zwany dalej *POW NFZ*.

<sup>12</sup> Umowa nr 10-00-00088-16-66-05 z 30 czerwca 2016 r.

<sup>13</sup> Umowa nr 10-00-00088-17-59-05 z 27 września 2017 r.

<sup>14</sup> Umowa nr 10-00-00088-17-62-03/08 z 30 września 2017 r., dotycząca świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>15</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 711.

1.4. W Szpitalu udostępniono pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz pozostałe informacje określone w § 11 ust. 4 ogólnych warunków umów<sup>16</sup>, określonych załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>17</sup>, z wyjątkiem – wymaganego § 11 ust. 4 pkt 10a powołanego załącznika – adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że *informacje na temat danych teleadresowych komórki NFZ, w której można pozyskać przedmiotowe informacje nie zostały jak dotąd upowszechnione przez NFZ, stąd też nie były one udostępnione pacjentom Szpitala. [...] na terenie obiektów Zakładu rozmieszczone są numery kontaktowe do POW NFZ, które mogą ułatwić pozyskiwanie tego typu danych.* (akta kontroli str. 86-90, 333-336)

1.5. W zakresie personelu medycznego realizującego świadczenia rehabilitacyjne, SP ZOZ spełniał wymogi określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>18</sup>. W poszczególnych komórkach organizacyjnych, na 1 stycznia i 31 grudnia 2019 r. oraz 31 grudnia 2020 r. zatrudniano :

- a) Na Oddziale Rehabilitacji Leczniczej odpowiednio 51, 51 i 58 osób (15, 13,87 i 17,14 etatu), w tym:
- kolejno 11, siedmiu i 12 lekarzy (2,85, 1,5 i 2,19 etatu), z tego: trzech specjalistów rehabilitacji medycznej (0,76 etatu) – na umowę o pracę (0,73, 0,47 i 0,47 etatu) lub umowę o świadczenie usług medycznych (0,03, 0,29 i 0,29 etatu), czterech, trzech i siedmiu lekarzy specjalistów innych dziedzin<sup>19</sup> na umowy o pracę lub świadczenie usług medycznych (1,32, 0,48 i 1,14 etatu) oraz czterech, jednego i dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji (0,77, 0,26 i 0,29 etatu)<sup>20</sup>,
  - 18, 18 i 21 pielęgniarek (6,07, 6,07 i 8,78 etatu), większość, tj. 13, 13 i 16 na umowy o pracę (4,3, 4,3 i 7,04 etatu),
  - 12, 14 i 14 fizjoterapeutów (2,87, 2,8 i 2,53 etatu), większość, tj. 10, 13 i 13 na umowy o pracę (2,08, 2,72 i 2,45 etatu),
  - dwóch, trzech i trzech masażystów (0,77, 1,03 i 1,03 etatu), z tego dwóch na umowy o pracę (0,77 etatu), a trzeciego na umowę zlecenie (0,26 etatu),
  - dwóch, dwóch i jednego psychologa (0,06, 0,06 i 0,03 etatu), a w 2019 roku jednego logopedę (0,33 etatu) – wszystkich na umowy o pracę,
  - czterech, czterech i pięciu opiekunów medycznych (dwa, dwa i 2,5 etatu) oraz jednego, dwóch i dwóch terapeutów zajęciowych (0,05, 0,08 i 0,08 etatu), wszystkich na umowy o pracę;
- b) na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej odpowiednio – 51, 55 i 61 osób (27,27, 27,43 i 24,96 etatu), tj.:
- 10, siedmiu i ośmiu lekarzy (3,73, 2,64 i 3,3 etatu), z tego: trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej (1,02, 1,14 i 1,14 etatu) – na umowę o pracę (0,73, 0,84 i 0,84 etatu) lub umowę o świadczenie usług medycznych (0,29, 0,3 i 0,3 etatu), dwóch,

<sup>16</sup> Były to m.in. informacje dotyczące: trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, praw pacjenta, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, miejsc udzielania świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów alarmowych, adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>17</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 320, ze zm. Warunki zwane dalej OWU.

<sup>18</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 265. Rozporządzenie zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych*. Wymagania dotyczące personelu zostały określone w: załączniku nr 1 – wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej; załączniku nr 4 – wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji; załączniku nr 5 – wykaz kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji.

<sup>19</sup> Tj. z zakresu: chorób wewnętrznych (0,87, 0,21 i 0,82 etatu), neurologii (0,21, 0,03 i 0,03 etatu), ortopedii i traumatologii Ruchu (0,24, 0,24 i 0,24 etatu), kardiologii (0,05 etatu na koniec 2020 roku).

<sup>20</sup> Z tego jeden na początku 2019 roku (0,24 etatu) i jeden na koniec 2020 roku (0,03 etatu) w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Pozostali w trakcie specjalizacji z: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, psychiatrii.

- dwóch i trzech lekarzy specjalistów innych dziedzin<sup>21</sup> (0,42, 0,24 i 1,24 etatu) na umowy o pracę lub świadczenie usług medycznych oraz pięciu, dwóch i dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji (2,29, 1,26 i 0,92 etatu)<sup>22</sup>,
  - 18, 18 i 19 pielęgniarek (10,94, 10,94 i 7,15 etatu), większość, tj. 13 na umowę o pracę (8,69, 8,69 i 4,72 etatu),
  - 11, 17 i 18 fizjoterapeutów (5,41, 5,5 i 5,27 etatu), większość, tj. dziewięciu, 14 i 15 na umowę o pracę (4,72, 4,47 i 4,24 etatu),
  - dwóch, trzech i trzech masażyistów (1,23, 1,49 i 1,49 etatu), z tego dwóch na umowy o pracę (1,23 etatu),
  - dwóch, dwóch i trzech psychologów (1,34, 1,34 i 1,4 etatu), z tego dwóch na umowy o pracę (1,34, 1,34 i jeden etat),
  - dwóch logopedów (1,07, 1,07 i 1,4 etatu), z tego jednego na umowę o pracę (0,67, 0,67 i jeden etat),
  - czterech, czterech i pięciu opiekunów medycznych (dwa, dwa i 2,5 etatu) oraz dwóch, trzech i trzech terapeutów zajęciowych (1,55, 2,45 i 2,45 etatu) – na umowy o pracę;
- c) na Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej – 33, 36 i 32 osoby (13,91, 12,99 i 11,32 etatu):
- 14, 13 i 10 lekarzy (5,7, 5,22 i 3,62 etatu), z tego: dwóch, dwóch i trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej na umowy o świadczenie usług medycznych lub zlecenia (jeden etat), 11, dziewięciu i pięciu – na umowy o pracę lub umowy o świadczenie usług medycznych – lekarzy specjalistów innych dziedzin<sup>23</sup> (4,44, 3,96 i 2,02 etatu) oraz jednego, jednego i dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji (0,26, 0,26 i 0,6 etatu)<sup>24</sup>,
  - 13, 13 i 12 pielęgniarek na umowy o pracę (5,2, 3,9 i 4,45 etatu),
  - czterech, dziewięciu i ośmiu fizjoterapeutów (2,01, 2,49 i 2,25 etatu), z tego jeden na umowę o świadczenie usług medycznych (0,54 etatu), a pozostali na umowy o pracę,
  - dwóch psychologów na umowy o pracę (jeden etat),
  - jeden opiekun medyczny na umowę o pracę (0,41 etatu), tylko na koniec 2019 roku;
- d) na Oddziale Dziennym Rehabilitacji – 12, 10 i dziewięć osób (3,24, 3,6 i 3,41 etatu), w tym:
- trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej (0,51 etatu) na początku 2019 roku (w tym dwóch na umowy o pracę – 0,4 etatu i jednego na umowę o świadczenie usług medycznych – 0,11 etatu), a na koniec lat 2019–2020 jednego takiego lekarza na umowę o pracę (0,5 etatu),
  - siedmiu, siedmiu i sześciu fizjoterapeutów (2,01, 2,38 i 2,19 etatu), z tego większość na umowy o pracę (2,01, 2,3 i 2,11 etatu),
  - jednego masażyistę (0,5 etatu) i jednego terapeuty zajęciowego na umowy o pracę (0,22 etatu);
- e) w Pracowni Fizjoterapii – 11, 11 i 12 osób (7,88, 7,86 i 8,79 etatu), w tym:
- dziewięciu fizjoterapeutów w 2019 roku (5,88 etatu na początek i 5,86 etatu na koniec roku), w tym: trzech na umowę o pracę (2,5 etatu), jeden na umowę o świadczenie usług medycznych (0,33 etatu na początek i 0,11 etatu na koniec roku), pięciu na umowę zlecenia (3,05 etatu na początek i 3,25 etatu na koniec roku), a na koniec 2020 roku – 10 fizjoterapeutów (6,79 etatu), w tym: czterech na umowę o pracę (3,5 etatu), jeden na umowę o świadczenie usług medycznych (0,11 etatu), pięciu na umowę zlecenie (3,18 etatu),

<sup>21</sup> Tj. z zakresu: chorób wewnętrznych (0,21, 0,03 i 1,03 etatu), neurologii (0,21, 0,21 i 0,26 etatu).

<sup>22</sup> Z tego dwóch, jeden i jeden lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej (1,76, jeden i 0,66 etatu). Pozostali w trakcie specjalizacji z: chorób wewnętrznych (0,26, 0,26 i 0,26 etatu), medycyny rodzinnej, psychiatrii.

<sup>23</sup> Tj. z zakresu: chorób wewnętrznych (3,44, 2,96, 1,52 etatu), kardiologii (jeden, jeden i 0,5 etatu).

<sup>24</sup> Z tego jeden na koniec 2020 roku (0,34 etatu) w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Poza nim, jeden lekarz w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych.

- dwóch masażyistów na umowę o pracę (dwa etaty);
- f) w Gabinetach Fizjoterapii w Kleszczelach – czterech fizjoterapeutów (2,18, 2,45 i 2,45 etatu), w tym dwóch na umowę o pracę (dwa etaty), jeden na umowę o świadczenie usług medycznych (0,13 etatu) i jeden na umowę zlecenie (0,05, 0,32 i 0,32 etatu);
- g) w Poradni Rehabilitacyjnej – trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej na umowy o świadczenie usług medycznych (0,51 etatu). (akta kontroli str. 91-111)

Badanie kwalifikacji 15 osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w tych komórkach organizacyjnych na dzień 31 grudnia 2019 r. (losowo wybranych dziewięciu lekarzy i sześciu fizjoterapeutów)<sup>25</sup> wykazało, że ich kwalifikacje odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. (akta kontroli str. 115-132)

Analiza wykazów personelu medycznego przekazanych przez SP ZOZ do POW NFZ (za pośrednictwem SZOI<sup>26</sup>), według stanu ze stycznia 2019 roku 2020 roku, wykazała przypadki ujęcia w nich – jako udzielających świadczeń medycznych – osób, które faktycznie tych świadczeń nie udzielały, a także przypadki udzielania świadczeń medycznych przez osobę, która nie została zgłoszona do POW NFZ. Kwestię tę szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 133-140)

1.6. W latach 2019–2021 (I kwartał) Szpital nie realizował świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych bezpośrednio przez pacjentów (tj. poza umową z NFZ). Świadczeń takich nie przewidziano w cenniku świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych (ustalonym w załączniku Nr 1 do regulaminu organizacyjnego SP ZOZ)<sup>27</sup>. (akta kontroli str. 29-30, 34-36, 39-41)

1.7. W poddanych badaniu kontrolnemu dokumentach sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>28</sup> udokumentowano zachowanie wymaganej częstotliwości przeprowadzenia przeglądów technicznych w przypadku ośmiu z 10 urządzeń. Platformę stymulującą kontrolę równowagi (statyczno-dynamiczne parapodium z biofeedbackiem Balance Trainer) poddano przeglądowi 17 grudnia 2020 r., tj. 17 dni po terminie wyznaczonym przez serwisanta (listopad 2020 roku), przy czym pracownik SP ZOZ już 3–4 listopada nawiązał kontakt z dwiema firmami w celu realizacji przeglądu. Z kolei pierwszy przegląd urządzenia Luna EMG (typ robot rehabilitacyjny), przyjętego do eksploatacji 12 grudnia 2019 r., wykonano 9 lutego 2021 r., tj. 59 dni po roku od rozpoczęcia eksploatacji. W toku kontroli NIK serwisant przedłożył oświadczenie i potwierdzenie wykonania 13 października 2020 r. zdalnej usługi serwisowej. Według umowy zakupu urządzenia na dostawcy ciążył obowiązek, w *czasie gwarancji i rękojmi (24 miesięcznej), wykonywania na własny koszt przeglądów i testów specjalistycznych [...] nie rzadziej niż raz w roku, licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego*.

Oba te urządzenia stanowiły wyposażenie Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, który od 1 listopada do 31 grudnia 2020 r. był przeznaczony na potrzeby leczenia pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Kierownik Sekcji Elektrotechnicznej i Aparatury Medycznej, wyjaśnił, że: *terminy przeglądów technicznych zbiegły się z decyzją Wojewody Podlaskiego polecającą SP ZOZ [...] zapewnienie 40 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2) [...] Fakt ten miał bezpośredni wpływ na możliwość przeprowadzenia przeglądów [...] (kwestie organizacyjne, ograniczenia dotyczące przemieszczania, bezpieczeństwo i zdrowie osób związanych z przeprowadzeniem przeglądów technicznych wymienionych urządzeń)*.

<sup>25</sup> W 2020 roku w objętych kontrolą komórkach organizacyjnych rozpoczęła pracę jedna osoba (fizjoterapeuta w Pracowni Fizjoterapii) posiadająca wymagane kwalifikacje.

<sup>26</sup> System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal internetowy Narodowego Funduszu Zdrowia – dla Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego dostępny pod adresem <https://sdsikch.nfz-bialystok.pl/ap-mzwi/>. Służy do wymiany informacji między POW NFZ i podmiotami, które mają kontrakt z NFZ, do przesyłania raportów statystycznych, aktualizacji danych dotyczących personelu i urządzeń stanowiących wyposażenie tych placówek.

<sup>27</sup> Obejmował on m.in. badania: laboratoryjne, biochemiczne, immunochemiczne, bakteriologiczne, a także inne świadczenia (np. interwencje anestetyczne, badania lekarskie ogólne z wydaniem zaświadczenia, porady lekarskie specjalistyczne, badanie lekarskie w Poradni Medycyny Pracy, iniekcje dożylnie w gabinecie zabiegowym lub w domu chorego, wybrane szczepienia).

<sup>28</sup> Badaniem objęto 10 ze 111 takich urządzeń ujętych w ewidencji środków trwałych Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddziału Dzielnej Rehabilitacji, Pracowni Fizjoterapii. Doboru próby dokonano w oparciu o kryterium najwyższej wartości urządzeń.

Przeglądy wykonano w terminach najszybszych z możliwych. W przypadku [...] urządzenia Luna wyposażonego w możliwość zdalnego monitorowania, usługa została wykonana zdalnie, a fizyczną kontrolę przeprowadzono [...] 9 lutego 2021 r., kontrola potwierdziła prawidłowe działanie urządzenia. (akta kontroli str. 145-161, 352-363)

1.8. W okresie objętym kontrolą Szpital nie udzielał podmiotom wykonującym działalność leczniczą zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza ani nie miał zawartych umów z takimi podmiotami. Odnosnie osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, Kierownik Sekcji Służb Pracowniczych wyjaśnił: *postępowania konkursowe w tym zakresie ogłaszane były ostatnio w 2016 roku. Zawarte w tym przedmiocie umowy, których okres obowiązywania upływał [...], były prolongowane na mocy stosownych aneksów.* (akta kontroli str. 41-42, 164)

Analiza umów zawartych z czterema lekarzami specjalistami w zakresie rehabilitacji medycznej i jednym lekarzem będącym w trakcie takiej specjalizacji (udzielającymi świadczeń w oddziałach szpitalnych na 31 grudnia 2019 r.) wykazała, że dwóch z nich zatrudniano na podstawie umów o świadczenie usług medycznych<sup>29</sup>. Treść obu tych umów odpowiadała wymogom określonym w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowę z pierwszym z nich zawarto w 2016 roku w wyniku rozstrzygniętego konkursu ofert i w okresie objętym kontrolą przedłużono jej ważność o dziewięć miesięcy<sup>30</sup>. Natomiast z drugim z tych lekarzy w 2019 roku zawarto umowę bez zachowania trybu konkursu ofert, mimo że wartość przedmiotu zamówienia przekraczała wyrażoną w złotych równowartość 30.000 euro (sprawę tę szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). (akta kontroli str. 119-121, 129-132, 615-629)

W zakresie personelu medycznego objętego badaniem (szerzej opisanym w pkt 1.5 niniejszego wystąpienia) nie stwierdzono przypadków świadczenia pracy przez pracowników etatowych (zatrudnionych na umowę o pracę) i zarazem na podstawie umów cywilnoprawnych, obejmujących tożsamą rodzajowo pracę z określoną w umowie o pracę. Dwóch z dziewięciu lekarzy było zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w Poradni Rehabilitacyjnej, a na umowę o pracę w oddziałach szpitalnych, przy tym jeden z nich realizował dyżury w oddziałach szpitalnych na podstawie umowy cywilnoprawnej. (akta kontroli str. 129-132)

1.9. W latach 2019–2021 (I kwartał) Narodowy Fundusz Zdrowia nie nakładał na Szpital kar umownych w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umów zawartych na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W tym czasie, w SP ZOZ nie przeprowadzano kontroli zewnętrznych w zakresie realizacji takich świadczeń. (akta kontroli str. 41, 162-163)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>31</sup> (pod Lp. 116) oraz w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ (§ 7 ust. 3 pkt 3.11. ppkt 1) ujęty był, jako działający, Gabinet Fizjoterapii w Narewce, który faktycznie nie funkcjonował w okresie objętym kontrolą (po 1 stycznia 2019 r.). Gabinet ten został wpisany do rejestru z datą rozpoczęcia działalności leczniczej – 8 grudnia 2009 r. i do 13 maja 2021 r. Szpital nie zgłosił do rejestru zmian dotyczących zakończenia lub czasowego zaprzestania działalności tej komórki organizacyjnej (nie było wpisów w tych rubrykach). Zaprzestanie działalności całkowite lub częściowe podlega zgłoszeniu do rejestru w terminie 14 dni od dnia powstania tej zmiany (art. 107).

Dyrektor SP ZOZ, mimo braku faktycznego funkcjonowania Gabinetu przez ponad 2 lata, nie podjął działań w celu wyeliminowania rozbieżności między stanem faktycznym, a stanem ujawnionym w rejestrze. Dyrektor wyjaśnił, że działalność tego Gabinetu

<sup>29</sup> Trzech takich lekarzy zatrudniano na umowę o pracę.

<sup>30</sup> Aneksami (ostatni z 27 grudnia 2019 r.) do umowy z 20 czerwca 2016 r. ze specjalistą z zakresu rehabilitacji medycznej, obejmującej samodzielne sprawowanie opieki diagnostyczno-leczniczej w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej, przedłużono jej obowiązywanie od 1 lipca 2019 r. do 31 marca 2020 r.

<sup>31</sup> Pod numerem 000000010655 Księgi rejestrowej (<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>), wg stanu na 22 marca 2021 r.

zawieszono, co spowodowane było problemami kadrowymi związanymi z brakiem możliwości pozyskania na lokalnym rynku pracy wykwalifikowanego personelu dla zabezpieczenia ciągłości pracy Gabinetu. [...] Gabinet ten nie został dotychczas usunięty z Rejestru [...], gdyż z uwagi na sygnalizowane przez mieszkańców gminy Narewka potrzeby i oczekiwania czyniono starania mające na celu jego ponowne uruchomienie.

W rezultacie zmiany regulaminu organizacyjnego SP ZOZ w toku kontroli NIK, od 28 kwietnia 2021 r. nie figuruje w nim Gabinet Fizjoterapii w Narewce. W dniu 13 maja 2021 r. wysłano wniosek o zmianę wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Na dzień zakończenia kontroli NIK nie nastąpiła aktualizacja przedmiotowego wpisu. (akta kontroli str. 9-10, 17, 41, 333-335, 346-351)

2. SP ZOZ nierzetelnie przekazywał do POW NFZ (za pośrednictwem SZO) dane o personelu medycznym udzielającym świadczeń rehabilitacyjnych. W zgłaszanych wykazach ujęto bowiem osoby, które faktycznie nie udzielały takich świadczeń, tj.:

a) w styczniu 2019 roku wykazano: [1] w Gabinetcie Fizjoterapii i Pracowni Fizjoterapii – fizjoterapeutę, przy czym brak danych o zatrudnieniu, [2] w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej – lekarza na urlopie macierzyńskim od 17 października 2018 r. do 5 marca 2019 r., [3] w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej / Oddziale Rehabilitacji Leczniczej: fizjoterapeutę – brak danych o zatrudnieniu, lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, zatrudnionego od 1 maja 2012 r. do 5 maja 2018 r., fizjoterapeutę na zwolnieniu lekarskim od stycznia do kwietnia 2019 roku, pielęgniarkę zatrudnioną na umowę zlecenie od 1 maja do 31 grudnia 2019 r., lekarza na urlopie macierzyńskim od 17 października 2018 r. do 5 marca 2019 r.;

b) w styczniu 2020 roku wykazano: [1] w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej – fizjoterapeutę na urlopie rodzicielskim od 8 listopada 2019 r. do 18 czerwca 2020 r., [2] w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej / Oddziale Rehabilitacji Leczniczej: terapeutę zajęciowego na urlopie rodzicielskim od 1 grudnia 2019 r. do 11 lipca 2020 r., fizjoterapeutę na urlopie rodzicielskim od 21 września 2019 r. do 1 maja 2020 r., fizjoterapeutę na urlopie rodzicielskim od 8 listopada 2019 r. do 18 czerwca 2020 r., technika masażystę, która rozwiązała umowę za wypowiedzeniem z dniem 30 września 2019 r.

Stosownie do postanowień § 2 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z POW NFZ, SP ZOZ zobowiązany był do *bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się ... m.in. osoby udzielające tych świadczeń.*

Kierownik Sekcji Planowania, Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej wyjaśniła, że fizjoterapeutę (I.G.), zatrudnionej na umowę cywilnoprawną; *nie usunięto z wykazu osób udzielających świadczeń w Gabinetcie Fizjoterapii i Pracowni Fizjoterapii, gdyż mogła podjąć się udzielania świadczeń w każdej chwili, poza tym w czasie jej nieobecności pozostały personel zastępował ją w komórkach, w których powinna udzielać świadczeń, bez uszczerbku dla pacjentów. Do Oddziału Rehabilitacji I.G. była oddelegowana do świadczenia usług, a ponieważ była na urlopie macierzyńskim zapomniano o tym powiadomić Sekcję Planowania [...] w celu usunięcia jej z harmonogramu. Poprawiono harmonogram w dniu 8 marca 2019 r. U.G (lekarz) pracowała na oddziałach, niestety porzuciła pracę, [...]. Informacja o tej sytuacji przez pomyłkę dotarła do osoby zajmującej się zgłaszaniem zmian w harmonogramach dopiero w kwietniu 2020 roku i wtedy dokonano zmian w harmonogramach. W przypadku M.G. (masażysty) nie dotarła w porę do Sekcji Planowania [...] informacja o zakończeniu pracy. Wykreślono ją z harmonogramu w 2021 roku. Natomiast w przypadku osób przebywających na zwolnieniu lub urlopie macierzyńskim / rodzicielskim [...] zwykle nie zmieniamy harmonogramów pracy tych osób w komórkach, w których udzielają świadczeń, gdyż zawsze mogą wrócić wcześniej do pracy, poza tym zastępują je inne osoby, bez konieczności zgłaszania przerwy w udzielaniu świadczeń danego miejsca.*

(akta kontroli str. 133-144)

Z kolei jednego logopedy nie ujęto w wykazie personelu za styczeń 2019 roku, chociaż osoba ta faktycznie udzielała takich świadczeń i podpisywała listę obecności Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej / Oddziału Rehabilitacji Leczniczej. Kierownik Sekcji Planowania, Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych i Statystki Medycznej wyjaśniła, że spowodowane to było błędem technicznym. [...] czasem bywa tak, iż z powodów technicznych nie przekopiuje się cały personel. [...] Niestety przy ogromie sprawdzanych danych nie zauważyliśmy tego ani my, ani pracownicy NFZ. Wstecznych zmian nie mogliśmy niestety wprowadzić. (akta kontroli str. 134-135, 141-144)

3. Z pominięciem trybu konkursu ofert – wymaganego art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej – 13 maja 2019 r. Dyrektor SP ZOZ zawarł umowę ze specjalistą z zakresu rehabilitacji medycznej oraz neurologii, obejmującą samodzielne sprawowanie kompleksowej opieki diagnostyczno-leczniczej w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej / Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, na okres od 13 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2022 r. (tj. około 36 miesięcy), z kwotą wynagrodzenia podstawowego w wysokości 12.000 zł brutto w skali miesiąca<sup>32</sup>. Stosownie do postanowień art. 26 ust. 4a powołanej ustawy, zawarcie umowy bez uprzedniego przeprowadzenia konkursu ofert byłoby dopuszczalne, gdyby jej wartość – z uwzględnieniem zasad szacowania wartości przedmiotu zamówienia – nie przekraczała równowartości 30.000 euro. Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług (art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej), a jeżeli zamówienia udziela się na czas oznaczony – wartością zamówienia jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia (art. 26a ust. 7 tej ustawy). W rozpatrywanym przypadku wartość ta wynosi około 432.000 zł. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że taki sposób udzielenie zamówienia, wynikał z konieczności pilnej finalizacji przyjętej i realizowanej w tym czasie koncepcji reorganizacji funkcjonowania pionu rehabilitacji stacjonarnej hajnowskiego Szpitala, która [...] wiązała się jednocześnie z przeprowadzeniem zmian personalnych na stanowisku ordynatora / koordynatora oddziałów rehabilitacji leczniczej / neurologicznej. Wedle nieformalnego, przeprowadzonego drogą telefoniczną rozeznania na rynku pracy zawodów medycznych osoba, z którą zawarto umowę była wówczas jedynym lekarzem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do objęcia wspomnianej wyżej funkcji, który byłby skłonny zaakceptować możliwe do przyjęcia przez Zakład warunki organizacyjno-finansowe dotyczące jego zatrudnienia w Zakładzie. Ponadto w trakcie przeprowadzanych wstępnie negocjacji lekarz ten wyraził swoje oczekiwania dotyczące zachowania stabilności zatrudnienia na przedmiotowym stanowisku, stąd też umowa cywilnoprawna z w/w osobą zawarta została na 3-letni okres. [...] Zakład podejmował uprzednio próby uzupełnienia niedoborów kadrowych w pionie personelu oddziałów rehabilitacji [...], jednakże czynione przez nas w tym kierunku starania (ogłoszenia umieszczane na portalach internetowych, a także siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku oraz siedzibach okręgowych izb lekarskich z województw ościennych) nie przynosiły pozytywnych rezultatów. Warto również zaznaczyć, iż rehabilitacja medyczna jest jedną z najbardziej deficytowych specjalności lekarskich, stąd też pozyskując specjalistę w tej dziedzinie musieliśmy we własnym zakresie znaleźć odpowiedniego kandydata i spełnić jego warunki. W tej sytuacji sam fakt ogłoszenia procedury konkursowej naszego problemu by nie rozwiązał. (akta kontroli str. 622-632)

Zdaniem NIK, przeprowadzenie konkursu było obligatoryjne, a ograniczona dostępność usługi na rynku nie powinna stanowić podstawy do wydatkowania środków publicznych z pominięciem obowiązujących przepisów. Stabilność zatrudnienia można było natomiast zapewnić zawierając umowę o pracę.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital był organizacyjnie i kadrowo przygotowany do realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2019–2021 (I półrocze). Zapewniał udzielanie świadczeń zdrowotnych zarówno w formie ambulatoryjnej (poradnia, pracownia i gabinet fizjoterapii), oddziału dziennego i stacjonarnej (rehabilitacja ogólnoustrojowa, neurologiczna i kardiologiczna). Zatrudniał wymaganą liczebność personelu medycznego, którego kwalifikacje były zgodne

<sup>32</sup> Przyjmujący zamówienie nie był podatnikiem podatku od towarów i usług.

z obowiązującymi przepisami. Zapewniono przeglądy techniczne wykorzystywanego wyposażenia. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na: niezaktualizowaniu danych w *Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą*, nierzetelnym przekazaniu danych do POW NFZ o personelu realizującym te świadczenia oraz niezachowaniu trybu konkursu ofert przy udzieleniu zamówienia na świadczenie usług medycznych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą SP ZOZ miał zawarte trzy umowy na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej z POW NFZ (z innymi podmiotami takich umów nie zawierano). Wartość wykonanych świadczeń w latach 2019–2020 i w I kwartale 2021 roku wyniosła odpowiednio:

[1] umowa nr 10-00-00088-16-56-05 z 30 czerwca 2016 r. w zakresie:

- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych (kod 05.4308.300.02) – 520,1 tys. zł, 347,2 tys. zł i 35,1 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 99,4% wartości umownej),
- fizjoterapia ambulatoryjna (kod 05.1310.208.02) – 998,5 tys. zł, 641,8 tys. zł i 115,7 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 69,8% wartości umownej) oraz taką fizjoterapię dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (kod 05.1310.508.02) – odpowiednio 17,7 tys. zł, 9,1 tys. zł i 0,5 tys. zł (co stanowiło 100%, 95,8% i 33,3% wartości umownej);

[2] umowa nr 10-00-00088-17-59-05 z 27 września 2017 r. w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (kod 05.1300.207.02) – 134,5 tys. zł, 113,5 tys. zł i 28,3 tys. zł (co stanowiło 100%, 90,8% i 99,5% wartości umownej) oraz taka opieka dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (kod 05.1300.507.02) – odpowiednio 3,9 tys. zł, 4,2 tys. zł i 0,9 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 99,4% wartości umownej);

[3] umowa nr 10-00-00088-17-62-03/08 z 30 września 2017 r. (świadczenia w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) w zakresie:

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (kod 05.4300.300.02) – 807,6 tys. zł, 343,3 tys. zł i 48,1 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 100% wartości umownej) oraz taka rehabilitacja dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (kod 05.4300.500.02) – odpowiednio 73,7 tys. zł, 59,4 tys. zł i 21,3 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 287% wartości umownej),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym (kod 05.4300.200.02) – 19,4 tys. zł, 97,5 tys. zł i 0 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 0% wartości umownej),
- rehabilitacja neurologiczna (kod 05.4306.300.02) – 1.826,8 tys. zł, 1.512 tys. zł i 450,2 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 106,1% wartości umownej),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym (kod 05.2300.022.02) – odpowiednio 327 tys. zł, 332,4 tys. zł i 86,8 tys. zł (co stanowiło 100%, 100% i 105,4% wartości umownej).  
(akta kontroli str. 165-166)

2.2. W obu latach objętych kontrolą umowy SP ZOZ z POW NFZ były wielokrotnie aneksowane, co skutkowało sukcesywnym zwiększaniem kwoty zobowiązania NFZ w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych w 2019 roku, a – w większości – ich zmniejszeniem w 2020 roku.

a) W zakresie umowy nr 10-00-00088-16-56-05 z 30 czerwca 2016 r. – zobowiązanie NFZ zwiększono w 2019 roku z 1.446,3 tys. zł do 1.626,4 tys. zł<sup>33</sup>, a w 2020 roku zmniejszono z 1.337,7 tys. zł do 1.087,6 tys. zł<sup>34</sup>. Ceny jednostki rozliczeniowej w poszczególnych zakresach pozostawały na tym samym poziomie i wynosiły: dla rehabilitacji kardiologicznej / kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych i takiej rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1,20 zł,

<sup>33</sup> Aneksami z 19 lipca i 13 września, 18 października, 18 i 28 listopada, 10 grudnia 2019 r., 3, 12 i 14 lutego 2020 r.

<sup>34</sup> Aneksy z 22 lipca i 21 sierpnia 2020 r. oraz z 1, 8 i 11 lutego 2021 r.

dla fizjoterapii ambulatoryjnej i takiej fizjoterapii dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1 zł w Dziale Rehabilitacji (Pracowni Fizjoterapii) i 0,90 zł w Gabinetcie Fizjoterapii w Kleszczelach.

- b) W zakresie umowy nr 10-00-00088-17-59-05 z 27 września 2017 r. – zobowiązanie NFZ zwiększono w 2019 roku z 113,2 tys. zł do 138,3 tys. zł<sup>35</sup>, a zmniejszono w 2020 roku z 130,5 tys. zł do 129,2 tys. zł<sup>36</sup>. Cena jednostki rozliczeniowej, w objętej tą umową lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej i takiej opiece dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, pozostawała na stałym poziomie – 1,05 zł.
- c) W zakresie umowy nr 10-00-00088-17-62-03/08 z 30 września 2017 r. – zobowiązanie NFZ zwiększono w 2019 roku z 46.200,3 tys. zł do 55.163,8 tys. zł<sup>37</sup>, a w 2020 roku najpierw zwiększono z 48.547,6 tys. zł do 53.044,7 tys. zł<sup>38</sup>, po czym zmniejszono do 52.191,2 tys. zł<sup>39</sup>. Ceny jednostki rozliczeniowej w poszczególnych zakresach pozostawały na tym samym poziomie i wynosiły: dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i takiej rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1,10 zł, dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym – 1,10 zł, dla rehabilitacji neurologicznej i takiej rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1,02 zł, dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym i takiej rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1 zł.

Zmniejszenie w 2020 roku kwoty zobowiązania NFZ bezpośrednio wiązało się z ograniczeniami w przyjmowaniu pacjentów w poszczególnych komórkach organizacyjnych, co szerzej opisano w pkt 3 niniejszego wystąpienia. (akta kontroli str. 364-492)

Odnośząc się do uwarunkowań dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: *dostępność do takich świadczeń nie była co do zasady ilościowo ograniczana i udzielane były one niezależnie od aktualnych limitów określonych w umowach z NFZ. W międzyczasie Zakład występował do POW NFZ z wnioskami o zwiększenie wartości świadczeń w poszczególnych zakresach pod kątem ich aktualnego wykonania, by ostatecznie uzyskać odpłatność za wszystkie wykonane w tym okresie świadczenia ponadlimitowe. Wprowadzone w tym czasie ograniczenia w dostępie do rehabilitacji leczniczej uwarunkowane były wyłącznie aktualną sytuacją epidemiologiczną [...] i wynikały przede wszystkim z wprowadzanych w tym zakresie przepisów prawa, założeń oraz wytycznych dotyczących zasad postępowania w okresie pandemii. Ponadto w związku z zaleceniem Wojewody Podlaskiego nakazującym zwiększenie ilości łóżek [...] dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażeniem SARS-CoV-2 [...] podjęta została decyzja o ich wydzieleniu i przeznaczeniu dla tego typu potrzeb w salach łóżkowych Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, skutkiem czego była konieczność okresowego zawieszenia przyjęć pacjentów do obu oddziałów o profilu rehabilitacyjnym. [...] mając na uwadze powyższe staraliśmy się w miarę możliwości podejmować działania mające na celu normalizację funkcjonowania pionu rehabilitacji leczniczej.*

W opinii Dyrektora SP ZOZ: *realizacja kontraktu na wyższym poziomie ilościowym, w oparciu o obecnie posiadany potencjał organizacyjno-kadrowy pionu rehabilitacji leczniczej, byłaby możliwa przede wszystkim w przypadku oddziałów stacjonarnych, przy czym uwarunkowane byłoby to ustabilizowaniem [...] sytuacji epidemiologicznej oraz możliwością dysponowania przez oddziały pełną bazą łóżkową [...] W przypadku jednostek [...] realizujących świadczenia w trybie ambulatoryjnym byłoby to przy obecnym stanie zatrudnienia personelu problematyczne, gdyż z uwagi na niską wycenę punktową (w chwili obecnej poziom finansowania świadczeń w tym zakresie ustalony jest poniżej rzeczywistych kosztów ich realizacji) sam fakt zwiększenia ilości zakontraktowanych świadczeń nie znalazłby pozytywnego przełożenia na ogólną sytuację finansową placówki. Potencjalny wzrost wartości wykonania kontraktu wiązałby się z koniecznością zwiększenia ilości zatrudnionego personelu oraz zakupu dodatkowego sprzętu i wyposażenia. Okresowo*

<sup>35</sup> Aneksami z 19 lipca i 13 września, 18 października, 28 listopada 2019 r. i 3 lutego 2020 r.

<sup>36</sup> Aneksami z 22 lipca i 21 sierpnia 2020 r. oraz z 1 lutego 2021 r.

<sup>37</sup> Aneksami z 22 lipca i 17 września, 11 i 18 października, 28 listopada, 9 grudnia 2019 r., 3 i 12 lutego 2020 r.

<sup>38</sup> Aneksami z 10 kwietnia, 22 lipca, 21 sierpnia, 27 października i 17 listopada 2020 r.

<sup>39</sup> Aneksami z 29 stycznia i 15 lutego 2021 r.

notowany dodatni wynik na działalności ambulatoryjnej wynika głównie z faktu, iż większość fizjoterapeutów wykonujących usługi medyczne w tym zakresie zatrudnionych jest na podstawie umów cywilnoprawnych, zgodnie z którymi poziom odpłatności z tytułu realizacji ich przedmiotu uzależniony jest od wartości wykonanych zabiegów. Tym samym niska wycena świadczeń znajduje przełożenie na niską wartość ponoszonych przez Zakład kosztów osobowych. Zakładając perspektywę osiągnięcia optymalnych warunków funkcjonowania wartość finansowa realizowanych świadczeń przez Zakład mogłaby osiągnąć co najmniej poziom z roku 2019, czyli o ok. 1,3 mln zł wyższy niż obecnie. Zwiększenie wartości kontraktu [...] mogłoby przyczynić się do poprawy rentowności realizowanych świadczeń, przy czym uzależnione byłoby to [...] przede wszystkim od podjęcia przez NFZ decyzji o zwiększeniu nie tylko ilościowym, ale również wartościowym ustalonych limitów kontraktowych. (akta kontroli str. 333-336, 607-609)

**2.3. Koszty i ich struktura dla poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2019–2020 przedstawiały się następująco:**

- a) Oddział Rehabilitacji Leczniczej i Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – odpowiednio 3.790,2 tys. zł i 4.347,9 tys. zł, w tym:
- koszty działalności leczniczej – 3.102,7 tys. zł i 3.609,8 tys. zł, w których strukturze dominowały: wynagrodzenia – 1.913,1 tys. zł i 2.223,1 tys. zł (odpowiednio 61,7% i 61,6%), koszty medycznych usług obcych – 358,3 tys. zł i 500,2 tys. zł<sup>40</sup> oraz pozostałe koszty działalności leczniczej<sup>41</sup> – 518,5 tys. zł i 564,6 tys. zł,
  - pozostałe koszty – 7,0 tys. zł i 8,2 tys. zł,
  - przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu – 680,6 tys. zł i 729,8 tys. zł;
- b) Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej – kolejno 1.043,6 tys. zł i 797,2 tys. zł, w tym:
- koszty działalności leczniczej – 849,3 tys. zł i 623,7 tys. zł, w których strukturze dominowały: wynagrodzenia – 340,8 tys. zł i 313,8 tys. zł (odpowiednio 40,1% i 50,3%), koszty medycznych usług obcych – 367,4 tys. zł i 170,0 tys. zł<sup>42</sup> oraz pozostałe koszty działalności leczniczej – 109,6 tys. zł i 106,5 tys. zł,
  - pozostałe koszty – 2,0 tys. zł i 2,2 tys. zł,
  - przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu – 192,3 tys. zł i 171,3 tys. zł;
- c) Oddział Dzienny Rehabilitacji – odpowiednio 400,8 tys. zł i 528,8 tys. zł, w tym:
- koszty działalności leczniczej – 326,1 tys. zł i 440,5 tys. zł, w których strukturze dominowały: wynagrodzenia – 208,7 tys. zł i 281,1 tys. zł (odpowiednio 52,1% i 53,1%), koszty medycznych usług obcych<sup>43</sup> – 24,4 tys. zł i 75,0 tys. zł, pozostałe koszty działalności leczniczej – 47,2 tys. zł i 60,8 tys. zł,
  - pozostałe koszty – 1,4 tys. zł i 1,5 tys. zł,
  - przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu – 73,3 tys. zł i 86,9 tys. zł;
- d) fizjoterapia ambulatoryjna (Pracownia Fizjoterapii i Gabinet Fizjoterapii) – kolejno 579,9 tys. zł i 640,9 tys. zł, w tym:
- koszty działalności leczniczej – 525,0 tys. zł i 580,5 tys. zł, w których strukturze dominowały: wynagrodzenia – 176,1 tys. zł i 225,2 tys. zł (odpowiednio 33,5% i 38,8%), koszty medycznych usług obcych<sup>44</sup> – 232,5 tys. zł i 238,0 tys. zł, pozostałe koszty działalności leczniczej – 63,7 tys. zł i 69,5 tys. zł,
  - pozostałe koszty – 3,0 tys. zł i 3,2 tys. zł,
  - przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu – 51,9 tys. zł i 57,3 tys. zł;

<sup>40</sup> Głównie kontrakty z personelem medycznym – 345,5 tys. zł i 490,6 tys. zł.

<sup>41</sup> Tj. usługi transportu lotniczego, naprawa i przegląd sprzętu medycznego w oddziale, pranie bielizny z oddziału, usługi telefoniczne, w oddziale, spalanie odpadów medycznych z oddziału, wywóz nieczystości stałych z oddziału, odpis na ZFSS, odzież ochronna pracowników oddziału, amortyzacja sprzętów z oddziału.

<sup>42</sup> Głównie kontrakty z personelem medycznym – 365,3 tys. zł i 168,7 tys. zł.

<sup>43</sup> Wyłącznie kontrakty z personelem medycznym.

<sup>44</sup> Wyłącznie kontrakty z personelem medycznym.

e) Poradnia Rehabilitacyjna – odpowiednio 119,1 tys. zł i 139,2 tys. zł, w tym:

- koszty działalności leczniczej – 65,3 tys. zł i 72,2 tys. zł, w tym: koszty medycznych usług obcych<sup>46</sup> – 63,5 tys. zł i 70,1 tys. zł), zużycie materiałów – 0,7 tys. zł i 0,6 tys. zł, pozostałe koszty działalności leczniczej – 1,1 tys. zł i 1,4 tys. zł,
- pozostałe koszty – 0,2 tys. zł i 0,2 tys. zł oraz przypisane koszty pośrednie i koszty zarządu – 53,6 tys. zł i 66,9 tys. zł.

W obu latach, koszty pozostałe oraz koszty pośrednie i zarządu stanowiły od 17% do 21,8% ogółu kosztów w komórkach udzielających świadczenia zdrowotne w formie stacjonarnej (rehabilitacja ogólnoustrojowa, neurologiczna i kardiologiczna), 18,6% i 16,7% w przypadku oddziału dziennego, około 9,5% w ambulatoryjnych komórkach świadczących zabiegi fizjoterapeutyczne, a najwyższe – 45,2% i 48,1% w Poradni Rehabilitacyjnej.

(akta kontroli str. 167-177)

System ewidencji i podziału kosztów został określony w polityce rachunkowości SP ZOZ<sup>46</sup>. Ewidencję kosztów prowadzono w układzie rodzajowym przy wykorzystaniu kont zespołu 4 i 5, stosownie do ustaleń dotyczących ewidencji i rozliczeń kosztów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców<sup>47</sup>. (akta kontroli str. 178-223)

2.4. W ramach świadczeń rehabilitacyjnych SP ZOZ w 2019 roku odnotował ujemny wynik finansowy. Różnica między przychodami z tytułu udzielanych świadczeń rehabilitacji leczniczej uzyskanymi z tytułu umów zawartych z POW NFZ (4.864,3 tys. zł), a poniesionymi kosztami (5.933,6 tys. zł) wyniosła (-) 1.069,3 tys. zł. W 2020 roku wynik ten pogorszył się ponad dwukrotnie i wyniósł (-) 2.595 tys. zł (przychody – 3.859,1 tys. zł, koszty – 6.454 tys. zł). Dodatni wynik finansowy w obu latach odnotowała fizjoterapia ambulatoryjna (Pracownia Fizjoterapii i Gabinet Fizjoterapii), a w 2019 roku także Poradnia Rehabilitacyjna.

Wynik finansowy poszczególnych komórek organizacyjnych, w latach 2019–2020, kształtował się jak niżej:

- Oddział Rehabilitacyjny (Oddział Rehabilitacji Leczniczej i Oddział Rehabilitacji Neurologicznej): (-) 972,5 tys. zł i (-) 1.937,0 tys. zł,
- Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej: (-) 523,4 tys. zł i (-) 450,0 tys. zł,
- Oddział Dzienny Rehabilitacji: (-) 28,8 tys. zł i (-) 196,4 tys. zł,
- Poradnia Rehabilitacyjna: 19,2 tys. zł i (-) 21,5 tys. zł,
- fizjoterapia ambulatoryjna (Pracownia i Gabinet Fizjoterapii): 436,3 tys. zł i 9,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 172)

Odnosząc się do problemu rentowności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ w latach 2019–2021 (w tym ryzyka likwidacji nierentownych komórek organizacyjnych realizujących takie świadczenia) oraz działań Szpitala w tym kontekście, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: *rentowność brutto sprzedaży, określająca stosunek procentowy w wyniku na sprzedaży do przychodów ze sprzedaży, jest ujemna i wynosi w roku 2019 „-” 22%, a w roku 2020 „-” 67%, co oznacza, że przychody z zawartych kontraktów nie pokrywały kosztów świadczonych usług medycznych. [...] jak dotąd nie planowaliśmy i w dalszej perspektywie nie planujemy ewentualnego zawieszenia bądź też likwidacji działalności jednostek organizacyjnych pionu rehabilitacyjnego tylko i wyłącznie z uwagi na nierentowność udzielanych świadczeń. W przypadku tego typu działań Zakład nadal byłby bowiem zmuszony do ponoszenia tzw. kosztów stałych związanych z ich*

<sup>46</sup> Wyłącznie kontrakty z personelem medycznym.

<sup>46</sup> Do kosztów pozostałych zaliczono m.in. koszty: reprezentacji, ubezpieczeń (majątkowych, komunikacyjnych, od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego), opłat za korzystanie ze środowiska, podróży służbowych. Księgowanie kosztów pośrednich na poszczególne komórki kosztowe odbywało się m.in. za pomocą wskaźników, np.: apteka – wartością wydanych leków, magazyn medyczny i techniczny – wartością rozchodu, koszty ogólnozakładowe Szpitala – kosztami bezpośrednimi ośrodka, koszty wody, ścieków, kotłowni – wskaźnikiem procentowym, administracja, zarząd – wskaźnik (klucz podziału zależny od liczby zatrudnionego personelu w danej komórce organizacyjnej), laboratorium – ilość punktów z wykonanych badań, EKG, EEG – ilość badań, magazyn spożywczy – liczba punktów z wyżywienia, centralna dezynfekcja – ilość dezynfekcji.

<sup>47</sup> Dz.U. poz. 1126. Rozporządzenie utraciło moc z dniem 6 marca 2020 r., a z dniem 14 listopada 2020 r. zostało zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w tej samej sprawie (Dz.U. poz. 2045).

dotychczasowym funkcjonowaniem, co w połączeniu z pozbawieniem przychodów z tego tytułu miałyby zdecydowanie bardziej negatywny wpływ na sytuację finansową naszej placówki niż obecnie. [...] rehabilitacja medyczna nie jest w naszym przypadku jedynym zakresem udzielanych świadczeń, w przypadku których uzyskiwane przychody nie pokrywają generowanych kosztów działalności, jednakże biorąc pod uwagę pełen przekrój realizowanych usług, Zakład jako całość jest w stanie na dzień dzisiejszy swój budżet zbilansować. Na ujemny wynik finansowy jednostek pionu rehabilitacji medycznej miał wpływ przede wszystkim dość znaczny wzrost cen towarów i usług (w szczególności energii elektrycznej – o ok. 48% oraz sprzętu i akcesoriów medycznych), a także konieczność realizacji podwyżek wynagrodzenia personelu [...]. Ponadto negatywny wpływ na ich sytuację finansową miał, spowodowany sytuacją epidemiologiczną, spadek przychodów połączony z koniecznością ponoszenia tzw. kosztów stałych związanych z ich dotychczasowym funkcjonowaniem. (akta kontroli str. 333-337, 607-609)

**2.5.** Liczby pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, średni okres pobytu<sup>48</sup> i średnie obłożenie łóżek<sup>49</sup> w poszczególnych oddziałach szpitalnych w latach 2019–2020 przedstawiały się następująco:

- a) Oddział Rehabilitacji Leczniczej (z 24 łózkami) – przyjęto odpowiednio 266 i 204 pacjentów (6.732 i 4.438 osobodni); najwięcej pacjentów przyjęto w III kwartale 2019 roku – 80, a najmniej w II kwartale 2020 roku – 20; ich średni okres pobytu wyniósł 25,3 i 21,8 dnia, a średnie obłożenie łóżek – 11,5 i 8,5;
- b) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (z 26 łózkami) – przyjęto odpowiednio 171 i 145 pacjentów (6.577 i 5.328) osobodni; najwięcej pacjentów przyjęto w II kwartale 2019 roku – 48, a najmniej w IV kwartale 2020 roku – 30; ich średni okres pobytu wyniósł 38,5 i 36,7 dnia, a średnie obłożenie łóżek – 6,6 i 5,6;
- c) Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej (z 20 łózkami) – przyjęto odpowiednio 162 i 116 pacjentów (2.812 i 1.803 osobodni); najwięcej pacjentów przyjęto w I kwartale 2019 roku – 43, a najmniej w IV kwartale 2020 roku – 11<sup>50</sup>; ich średni okres pobytu wyniósł 17,4 i 15,5 dnia, a średnie obłożenie łóżek – 8,1 i 5,8. (akta kontroli str. 224-226)

Natomiast liczby udzielonych porad, pacjentów oraz wizyt i zabiegów fizjoterapeutycznych, w latach 2019 – 2020, w innych komórkach organizacyjnych wynosiły odpowiednio:

- a) 4.740 i 3.504 porad lekarskich udzielonych w Poradni Rehabilitacyjnej (ze świadczeń tych pacjenci najczęściej korzystali w I kwartale 2019 roku – udzielono 1.331 porad, a najrzadziej w II kwartale 2020 roku – 613, średniorocznie udzielono 1.185 i 876 porad);
- b) 212 i 218 pacjentów poddano leczeniu w Oddziale Dziennym Rehabilitacji (średnio w kwartale 53 i 55),
- c) 170.147 i 104.541 zabiegów fizjoterapeutycznych w Pracowni Fizjoterapii (w Hajnówce) i Gabinetzie Fizjoterapii (w Kleszczelach). Dodatkowo w 2020 roku odbyło się 525 wizyt fizjoterapeutycznych. Pacjenci najczęściej korzystali z zabiegów w I kwartale 2019 roku (46.504), a najrzadziej w IV kwartale 2020 roku (18.134). Średnia liczba zabiegów wykonywanych w latach 2019–2020 wynosiła 42.537 i 26.135. Większość zabiegów wykonanych w okresie objętym kontrolą (90%) stanowiły zabiegi w Pracowni Fizjoterapii. Wykonywano w niej 34 rodzaje zabiegów (najczęściej: okłady parafinowe, ćwiczenia izometryczne, ultrafona – kolejno 13,8%, 10,8% i 9,4% wszystkich wykonanych), a w Gabinetzie – 32 rodzaje zabiegów (najczęściej: laseroterapia punktowa, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – kolejno 16,5%, 11,6% i 10% wszystkich wykonanych). (akta kontroli str. 227-231)

Bezpośrednią i główną przyczyną mniejszej liczby pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych, udzielonych porad i wykonanych zabiegów w 2020 roku były ograniczenia w udzielaniu świadczeń, związane z epidemią SARS-Co-2, szerzej opisane w pkt 3 niniejszego wystąpienia.

<sup>48</sup> Średni okres pobytu chorego w oddziale szpitalnym wyraża się stosunkiem liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

<sup>49</sup> Średnie obłożenie łóżek – stosunek liczby chorych hospitalizowanych do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

<sup>50</sup> W IV kwartale 2020 roku tylko 11 osobodni, gdyż 11 pacjentów Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej zostało wypisanych 2 października 2020 r., w związku z zawieszeniem działalności, spowodowanym sytuacją epidemiologiczną.

2.6. W latach 2019–2020 w strukturze wiekowej pacjentów oddziałów szpitalnych przeważali pacjenci powyżej 65. roku życia (od 60,5% do 65,7%), a w Poradni Rehabilitacyjnej i pozostałych komórkach udzielających świadczeń rehabilitacyjnych – pacjenci w wieku od 41 do 65 lat (od 52,4% do 61,4%). Pacjenci do 40 lat stanowili od 1,7% do 3,4% ogółu pacjentów oddziałów szpitalnych, a od 6,3% do 17,2% w pozostałych komórkach (najwięcej w Poradni Rehabilitacyjnej). Pacjenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności stanowili stosunkowo niewielką grupę w Poradni Rehabilitacyjnej (3,4%), Pracowni Fizjoterapii (1,9%), Gabinetzie Fizjoterapii (2,3%) i Oddziale Rehabilitacji Leczniczej (11,7%), a w ogóle nie korzystali ze świadczeń Oddziału Dziennego Rehabilitacji, Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej.

Struktura wiekowa pacjentów korzystających w latach 2019–2020 ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych komórkach organizacyjnych przedstawiała się jak niżej (w nawiasie podano liczby pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w art. 47 ust. 1b ustawy o świadczeniach zdrowotnych<sup>51</sup>).

- Oddział Rehabilitacji Leczniczej – czterech (jeden) i sześciu (dwóch) pacjentów w wieku do 40 lat, 59 (ośmiu) i 34 pacjentów od 41 do 65 lat oraz 124 (12) i 63 (11) pacjentów powyżej 65 lat,
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – po dwóch pacjentów w wieku do 40 lat, 28 i 26 pacjentów od 41 do 65 lat oraz 55 i 56 pacjentów powyżej 65 lat,
- Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej – dwóch i trzech pacjentów w wieku do 40 lat, 73 i 35 pacjentów od 41 do 65 lat oraz 119 i 54 pacjentów powyżej 65 lat,
- Oddział Dzienny Rehabilitacji – 16 i dziewięciu pacjentów w wieku do 40 lat, 129 i 113 pacjentów od 41 do 65 lat oraz 69 i 58 pacjentów powyżej 65 lat,
- Poradnia Rehabilitacyjnej – 659 (24) i 479 (31) pacjentów w wieku do 40 lat, 1.927 (25) i 1.542 (27) pacjentów od 41 do 65 lat oraz 1.133 (58) i 882 (58) pacjentów powyżej 65 lat,
- Pracownia Fizjoterapii – 371 (jeden) i 338 (jeden) pacjentów w wieku do 40 lat, 1.194 (18) i 1.382 (11) pacjentów od 41 do 64 lat, 651 (40) i 737 (18) pacjentów powyżej 65 lat,
- Gabinet Fizjoterapii – 32 i 34 pacjentów w wieku do 40 lat, 140 (pięciu) i 137 (trzech) pacjentów od 41 do 65 lat oraz 98 (jeden) i 87 (trzech) pacjentów powyżej 65 lat.  
(akta kontroli str. 232-238)

2.7.1. Odnosnie ustalenia kolejności dostępu do świadczeń gwarantowanych w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ (§ 16, § 23 i § 36) zapisano, że: *w sytuacji ograniczonej możliwości udzielania wszystkim potrzebującym odpowiedniego rodzaju świadczeń medycznych, ustalanie kolejności dostępu pacjentów do świadczeń odbywa się w oparciu o zasady określone w ustawie o świadczeniach zdrowotnych, a ponadto w odniesieniu do:*

- leczenia stacjonarnego – dodano, że: *uwzględniając dobro pacjenta i możliwości Szpitala, lekarz przyjmujący do właściwego oddziału podejmuje decyzję o natychmiastowym przyjęciu, odmowie przyjęcia lub wyznacza termin przyjęcia, dokonując jednocześnie odpowiednich wpisów w dokumentacji zbiorczej Szpitala<sup>52</sup>,*
- leczenia ambulatoryjnego – dodano, że: [1] w pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego, a przyjmowanie pozostałych pacjentów odbywa się bez zbędnej zwłoki, [2] gdy jest to niemożliwe – pacjent wpisywany jest na listę oczekujących wraz z podaniem terminu przyjęcia, [3] lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej.

<sup>51</sup> Tj. z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (art. 47 ust. 1b pkt 1) lub o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (art. 47 ust. 1b pkt 2).

<sup>52</sup> Tj. w Księdze Przyjęć i Wypisów, Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych lub Księdze Oczekujących na Przyjęcie do Szpitala, prowadzonej w danym Oddziale.

W regulaminie organizacyjnym (§ 20) i w informacjach dla pacjentów wskazano także uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

(akta kontroli str. 15-20)

W SP ZOZ nie opracowano szczegółowych procedur / zasad obowiązujących przy rejestracji pacjentów oczekujących na wizytę lub leczenie w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, np. określających: osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących i harmonogramów przyjęć oraz sposób ich prowadzenia, wyznaczone dni zapisów pacjentów bądź rejestrowanie na bieżąco pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: *czynności w tym zakresie były realizowane w ramach ogólnie przyjętych rozwiązań wewnątrzorganizacyjnych i obowiązujących przepisów, w tym rozporządzenia w sprawie informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, sposobu ich rejestrowania i przekazywania, które nie były implementowane do aktów prawa zakładowego. I tak, w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach: [a] ambulatoryjnych w Poradni Rehabilitacyjnej i Oddziale Dziennym Rehabilitacji – wszelkie wymagane informacje gromadzone i przetwarzane są przez osoby odpowiedzialne za realizację sprawozdawczości statystycznej w danej komórce organizacyjnej i następnie przekazywane za pośrednictwem Sekcji Planowania, Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej, [b] stacjonarnych i z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej – przedmiotowe dane wprowadzane są przez osoby odpowiedzialne bezpośrednio w poszczególnych komórkach organizacyjnych i przekazywane do POW NFZ za pośrednictwem portalu AP KOLCE.*

(akta kontroli str. 41, 333-338)

2.7.2. Według stanu na 1 stycznia i 31 grudnia 2019 r., 31 grudnia 2020 r. i 31 marca 2021 r. liczby oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych przedstawiały się następująco (w nawiasie podano dane dotyczące przypadków pilnych):

- Pracownia Fizjoterapii – 36 (16), 35 (15), 69 (38) i 66 (39) osób, a pierwsze wolne terminy przypadały kolejno za: 194 (54) dni, 138 (62) dni, 75 (45) dni i 185 (129) dni;
- Gabinet Fizjoterapii – 291 (55), 288 (262), 494 (338) i 381 (237) pacjentów, a pierwsze wolne terminy przypadały odpowiednio za: 214 (84) dni, 220 (83) dni, 102 (75) dni i 136 (60) dni;
- Poradnia Rehabilitacyjna – 73 (11), 202 (89), 186 (40) i 172 (34) osób, a pierwsze wolne terminy przypadały kolejno za: 119 (80) dni, 141 (65) dni, 124 (26) dni i 157 (48) dni;
- Oddział Rehabilitacji Leczniczej – 25 (0), 69 (13), 67 (14) i 26 (sześć) osób, a pierwsze wolne terminy przypadały odpowiednio za: 47 (3) dni, 126 (98) dni, 174 (144) dni i 205 (170) dni.

Na bieżąco przyjmowano świadczeniobiorców w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddziale Dziennym Rehabilitacji, Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej (w których czas oczekiwania nie przekroczył czterech dni). W obu ostatnich komórkach organizacyjnych w latach 2019–2020 nie wystąpiły również przypadki niestawienia się pacjentów na wyznaczone terminy. W pozostałych zjawisko takie wystąpiło i przedstawiało się następująco (w nawiasie dane dotyczące przypadków pilnych): w Pracowni Fizjoterapii – 113 (54) i 105 (107), w Gabinetach Fizjoterapii – 126 (54) i 18 (13), w Poradni Rehabilitacyjnej – 65 (35) i 50 (34), w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej – 25 (trzy) i 12 (sześć), w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej – 10 i osiem. (akta kontroli str. 239-245)

2.7.3. Prowadzenie list oczekujących i harmonogramów przyjęć w oddziałach szpitalnych, Pracowni Fizjoterapii i Gabinetach Fizjoterapii odbywało się w systemie AP-KOLCE, a w Poradni Rehabilitacyjnej – w informatycznym Systemie Obsługi Pacjenta OPTIMed<sup>63</sup>.

W ramach oględzin – którymi objęto sposób prowadzenia harmonogramów przyjęć w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej, Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, Pracowni Fizjoterapii i Gabinetach Fizjoterapii oraz Poradni Rehabilitacyjnej – ustalono m.in., że:

<sup>63</sup> W tym systemie ujmowano także pacjentów Oddziału Dziennego Rehabilitacji, w którym nie było listy oczekujących – przyjęcia zakwalifikowanych pacjentów odbywały się na bieżąco.

1. Dochowane zostały wymogi z § 13 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, sposobu ich rejestrowania i przekazywania, tj. prowadzono – w formie elektronicznej – harmonogramy przyjęć na udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie: [a] rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – od 1 września 2020 r. (nie prowadzono ich w zakresie rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, z uwagi na brak listy oczekujących – pacjentów wpisywano do systemu w dniu przyjęcia i w tym samym dniu skreślano<sup>54</sup>), [b] fizjoterapia ambulatoryjna – od 1 stycznia 2020 r.

W Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej – według wyjaśnienia jego Koordynatora – była prowadzona tylko wewnętrzna, bieżąca lista pacjentów oczekujących w formie kalendarza – notatnika, porządkująca daty i tryb przyjęć, gdyż pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, bezpośrednio z ośrodków prowadzących leczenie ostrej fazy zachorowania. Przyjęcia takie ustalane były prawie zawsze po bezpośrednim kontakcie takich ośrodków, często z dnia na dzień, przy uwzględnieniu jako kluczowego kryterium czasowego przyjęcia, kolejności zgłoszeń. Bezpośredni kontakt ośrodków kierujących był przez nas preferowany m.in. w celu fachowej weryfikacji z lekarzami prowadzącymi stan rokowań co do możliwości dalszej poprawy, ogólnego stanu zdrowia i schorzeń towarzyszących. W trakcie takich rozmów, na bieżąco ustalany był również termin przyjęć. Gross przyjmowanych chorych to pacjenci po przebytych udarach mózgu, rzadziej chorzy po urazach czaszkowo-mózgowych i urazach rdzenia kręgowego, czy operacjach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

2. Wpisów do harmonogramu przyjęć (w systemie AP-KOLCE) dokonuje się każdego dnia na bieżąco, w godzinach udzielania świadczeń (nie wyznaczono dni zapisów pacjentów), z wyjątkiem Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, w którym wpis poprzedzony był kwalifikacją pacjenta ze skierowaniem do przyjęcia, która odbywała się raz w tygodniu (we wtorki). Wpisów dokonywały wyznaczone osoby – rejestratorki i sekretarki medyczne w poszczególnych komórkach organizacyjnych (z wyjątkiem Gabinetu Fizjoterapii, w którym ze względu na ograniczoną liczbę zatrudnionych osób, zajmowali się tym fizjoterapeuci).
3. System AP-KOLCE nie podpowiadał pierwszego wolnego terminu, stąd też pomocniczo w formie papierowej prowadzono wykazy wolnych terminów. Data przyjęcia była wpisywana przez osobę rejestrującą (nie była nadawana automatycznie).
4. Wpisów do harmonogramu przyjęć Poradni Rehabilitacyjnej dokonywano każdego dnia na bieżąco, w godzinach pracy Centralnej Rejestracji Szpitala. Rejestracja odbywała się z uwzględnieniem podziału na: [a] NFZ – pierwsza wizyta pacjenta w Poradni (lub w przypadku, gdy ostatnia wcześniejsza wizyta miała miejsce do dwóch lat wstecz) albo skierowanie (kontynuacja leczenia) – kolejna wizyta w ramach tego samego skierowania (do dwóch lat od ostatniej wizyty), [b] przypadek pilny albo przypadek stabilny (na 30 kwietnia 2021 r. pierwsze wolne terminy przypadały odpowiednio na 18 czerwca i 9 listopada 2021 r.). Po wpisaniu do systemu OPTIMed danych pacjenta, system podpowiadał pierwszy wolny termin (datę, bez godziny), który rejestratorka mogła zmienić na późniejszy (np. na życzenie pacjenta), dokonując adnotacji o przyczynie zmiany. System pokazywał liczbę pacjentów zapisanych na dany dzień do konkretnego lekarza. W celu zachowania ustalonej (przez lekarza) liczby wizyt pomocniczo prowadzono, w formie papierowej, wykazy takich wizyt na dany dzień dla pacjentów pierwszorazowych (tryb NFZ), dokonując wykreślenia wolnej wizyty w przypadku zarejestrowania na nią pacjenta. W przypadku rezygnacji przez pacjenta z wizyty, przyjęto zasadę, że na to miejsce wpisywano pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością lub pacjentów kontynuujących leczenie. Liczby pacjentów przyjmowanych w dniu w trybach „NFZ” bądź „skierowanie” ustalane były przez lekarzy Poradni. (akta kontroli str. 249-250, 342-345, 610-614)

<sup>54</sup> W Oddziale Dziennym Rehabilitacji, w którym również nie prowadzono listy oczekujących, pacjent w dniu przyjęcia do Oddziału (rozpoczęcia zabiegów) był umiowany w systemie informatycznym OPTIMed, w którym odnotowywano fakt codziennego zgłaszania się pacjenta na zabiegi do Oddziału.

2.8. Stosownie do postanowień regulaminu organizacyjnego SP ZOZ, rejestracja pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogła odbywać się osobiście, telefonicznie, w formie elektronicznej lub za pomocą osób trzecich (§ 34 ust. 2). W informacji udostępnionej pacjentom doprecyzowano, że „oryginał skierowania do poradni należy dostarczyć w ciągu 14 dni roboczych od zarejestrowania, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących”, a opcja „przez internet” dotyczy strony [www.ezdrowie.wrotapodlasia.pl](http://www.ezdrowie.wrotapodlasia.pl). Nie istniała jednak możliwość rejestracji poprzez tę stronę do Poradni Rehabilitacyjnej. Według wyjaśnień Dyrektora i Kierownika Sekcji Informatyki SP ZOZ, w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, jako możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną traktowano zapewnienie rejestracji poprzez pocztę elektroniczną ([rejestracja@spzoz.hajnowka.pl](mailto:rejestracja@spzoz.hajnowka.pl), tj. adres udostępniony na stronie internetowej Szpitala), ale dotyczyło to tylko Poradni Rehabilitacyjnej.

Powyższy stan nie spełniał wymogów art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych (obowiązującego od 1 stycznia 2020 r.), w myśl których świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Obowiązek ten był jednak okresowo zawieszony<sup>65</sup>. (akta kontroli str. 19-20, 41, 333-341)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: system informatyczny wdrażany w procesie informatyzacji Szpitala, w ramach projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie, nie przewidywał, z uwagi na ograniczenia finansowe oraz bariery technologiczne, opcji uruchomienia oprogramowania medycznego w jednostkach pionu rehabilitacji medycznej. Wynikało to z faktu, iż oprogramowanie przygotowane w ramach projektu miało postać ujednoliconej wersji przeznaczonej dla wszystkich placówek partnerskich i stąd nie uwzględniało w pełni specyfiki ich funkcjonowania. (akta kontroli str. 346-348)

2.9. W SP ZOZ nie wprowadzono unormowań uszczegółwiających ustawowe regulacje art. 47c ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, dotyczące korzystania poza kolejnością ze świadczeń rehabilitacji leczniczej przez osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności i inne wyszczególnione w art. 47 ust. 1b powołanej ustawy.

Z analizy 20 wpisów dotyczących rejestracji w latach 2019–2020 losowo wybranych pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności na wizyty w Poradni Rehabilitacyjnej, wynikało, że dwóch pacjentów zapisano na wizyty w dniu ich zgłoszenia się do rejestracji, 13 – na wizyty najpóźniej w piątym dniu, a kolejnych dwóch – w szóstym i siódmym dniu po dniu rejestracji. Kierująca Rejestracją Centralną Szpitala wyjaśniła: przy rejestracji do Poradni Rehabilitacyjnej stosowano zasadę, wynikającą z art. 47c ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w myśl której w przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, a świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu siedmiu dni roboczych od dnia zgłoszenia. Jednemu z pacjentów ustalono termin wizyty przypadający w ósmym dniu od zgłoszenia się pacjenta do rejestracji, co – jak wyjaśniła kierująca Rejestracją – wynikało z tego, że: pacjent wyraził zgodę na zaproponowany termin wizyty, ponieważ chciał mieć zrealizowaną wizytę u innego lekarza od zaproponowanego przez osobę rejestrującą. Wizyty pozostałych dwóch z 20 pacjentów przypadły odpowiednio w 35. i 55. dniu po zgłoszeniu do rejestracji. Kierująca Rejestracją wyjaśniła, że spowodowane to było tym, że: podczas rejestracji do Poradni pacjenci nie poinformowali rejestratorki o posiadaniu orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności. System automatycznie nie informuje rejestratorki o w/w dokumencie. Stwierdziła, że uprawnienie do świadczeń poza kolejnością przedmiotowej

<sup>65</sup> Tj. od 1 kwietnia do 4 września 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 kryzysowych (Dz.U. poz. 1842, ze zm.), a następnie – od 29 listopada 2020 r. na podstawie art. 7ab powołanej ustawy, stanowiącego, że zawieszono wykonywanie m.in. obowiązku umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty. Zawieszenie dotyczy podmiotów leczniczych, wobec których zostało wydane polecenie lub nałożony obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

grupy pacjentów nie wpłynęło istotnie na terminy wizyt pozostałej grupy pacjentów [...], gdyż lekarze pracujący w Poradni Rehabilitacyjnej wyrazili zgodę na dopisywanie do harmonogramu oraz przyjmowanie pacjentów z orzeczeniem ze znacznym stopniem niepełnosprawności – poza kolejnością, jednak nie więcej niż dwóch pacjentów dziennie spoza istniejącej listy oczekujących. (akta kontroli str. 304-309)

Analiza ustalenia terminów rozpoczęcia zabiegów fizjoterapeutycznych 10 losowo wybranym pacjentom ze znacznym stopniem niepełnosprawności w Pracowni Fizjoterapii w 2020 roku wykazała, że wyznaczono je na sześć, 14, 15, 19, 26, 38, 46, 62, 64 i 64 dni po zgłoszeniu się pacjentów. Według wyjaśnienia Kierownik Działu Rehabilitacji, przy rejestracji do komórek realizujących zabiegi fizjoterapeutyczne, stosowano się do opinii Krajowej Izby Fizjoterapeutów, według której maksymalny 7-dniowy termin udzielenia świadczeń odnosi się wyłącznie do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a tym samym nie odnosi się on do świadczeń realizowanych w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Co oznacza, że świadczenia w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna powinny być udzielane poza kolejnością wynikającą z prowadzenia listy oczekujących, jednak data rozpoczęcia cyklu może być wyznaczona w terminie dłuższym niż siedem dni od dnia zgłoszenia. Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła, że: *skutkuje to nieznacznym wyłączeniem czasu na realizację świadczeń dla pozostałych pacjentów. Nie spowodowało to zmiany udzielania świadczeń pacjentom wpisanym do harmonogramów przyjęć i list oczekujących. Dla grupy pacjentów poza kolejnością jest uwzględnione dodatkowe miejsce, występują przypadki gdy ktoś z innych pacjentów rezygnuje – wtedy w to miejsce jest przyjmowany pacjent uprawniony do przyjęcia poza kolejnością. [...] zależne jest to również od zleconej terapii; może być pacjent z jednym zabiegiem lub pacjent z pięcioma zabiegami, w tym z masażem suchym (z najdłuższym czasem oczekiwania). Wtedy czas oczekiwania na zabiegi się wydłuża. Pozostałe zabiegi fizykalne czy kinezyterapia są umawiane wcześniej.*

(akta kontroli str. 297-303)

**2.10.1.** Z analizy dokumentacji dotyczącej 30 pacjentów, którym przy wypisie z oddziałów szpitalnych SP ZOZ zalecono rehabilitację (sześciu pacjentów z Oddziału Chorób Wewnętrznych i 24 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej)<sup>56</sup>, wynikało, że:

1. Siedmiu pacjentów tych oddziałów (w tym wszystkich sześciu z Oddziału Chorób Wewnętrznych) w dniu wypisu – w ramach przeniesienia międzyoddziałowego – zostało przyjętych do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Pozostałym 23 pacjentom wystawiono skierowania na: rehabilitację ogólnoustrojową (21 pacjentom do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej), do Oddziału Dziennego Rehabilitacji (dwóm pacjentom) lub do Poradni Rehabilitacyjnej (14 pacjentom).

Ośmiu z tych 23 pacjentów zostało przyjętych do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, a jeden pacjent trafił do Oddziału Dziennego Rehabilitacji.

Pozostałych 14 pacjentów nie poddało się rehabilitacji w komórkach organizacyjnych SP ZOZ. Byli to pacjenci po artrozie biodra bądź kolana (pięciu z nich z powiatu hajnowskiego, a dziewięciu spoza tego powiatu (w tym ośmiu spoza województwa podlaskiego). Niepodejmowanie rehabilitacji przez pacjentów w SP ZOZ – zdaniem Dyrektora Szpitala – wynikało stąd, iż duża część pacjentów kwalifikujących się do podjęcia rehabilitacji pochodzi spoza powiatu hajnowskiego i zazwyczaj rozpoczyna proces rehabilitacji w placówkach położonych w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. Ponadto w okresie zastrzonej sytuacji epidemiologicznej (Sars-CoV-2), duży odsetek pacjentów odczuwał obawy z tym związane, rezygnując tym samym z kontynuowania pobytu w Szpitalu w warunkach stacjonarnych. Koordynator Oddziału Rehabilitacji Leczniczej wyjaśnił, że: *w przypadku zalecenia kontynuacji rehabilitacji [...] i skierowań na rehabilitację mają one charakter zaleceń ogólnych i to po stronie chorego leży ostateczna decyzja dotycząca trybu i formy dalszej rehabilitacji. Można zatem domniemywać, iż pacjenci [...] nie podjęli jej w wyznaczonych miejscach, gdyż jej już nie potrzebowali i / lub znaleźli inne możliwe formy jej realizacji i / lub nie odpowiadały*

<sup>56</sup> Było to 30 pacjentów, którym po pobycie na oddziałach szpitalnych SP ZOZ zalecono rehabilitację. W przypadku Oddziału Chorób Wewnętrznych byli to pacjenci po przebytych udarach mózgu, natomiast Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 18 pacjentów po artrozie biodra bądź kolana, a pozostałych sześciu po urazach (powypackowych, złamaniach kości kończyn, kręgosłupa).

*im zaplanowane terminy i forma realizacji świadczenia i / lub nie podjęli rehabilitacji ze względu np. na zmianę stanu zdrowia, realizację taką uniemożliwiającą.*

(akta kontroli str. 607-614)

2. W przypadku ośmiu pacjentów (tj. z wyjątkiem siedmiu objętych przeniesieniem międzyoddziałowym) czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej (liczony od dnia wypisu z oddziału, w którym otrzymali skierowanie) wynosił: od 10 do 17 dni dla trzech pacjentów, a w przypadku pozostałych pięciu pacjentów – powyżej 60 dni (było to kolejno 94, 136, 162, 196 i 216 dni). Według wyjaśnienia Koordynatora Oddziału Rehabilitacji Leczniczej – wynikało z tego, że: *dokładny czas przyjęcia danego chorego [...] ustalany jest zawsze adekwatnie do bieżącego stanu listy oczekujących, jak i z uwzględnieniem możliwych do realizacji preferencji przyjmowanych chorych i posiadanych dodatkowych uprawnień (np. pierwszeństwo chorych z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności, kombatantów wojennych i innych). W tym też kontekście, w niektórych przypadkach, termin przyjęcia był odraczany na wyraźną prośbę chorych, co było uzasadnione zazwyczaj potrzebą wykonywania dodatkowych prac czy innymi obowiązkami.*

(akta kontroli str. 610-614)

3. Zaleconą rehabilitację neurologiczną (obejmującą rehabilitację neurologopedyczną, psychologiczną, kinezyterapię lub terapię zajęciową) odbyło siedmiu pacjentów przyjętych do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, a rehabilitację ogólnoustrojową (obejmującą usprawnienie pacjenta po przebytych urazie albo zabiegu operacyjnym lub ortopedycznym – kinezyterapię, fizjoterapię lub terapię zajęciową) siedmiu z ośmiu pacjentów przyjętych do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej<sup>57</sup>.

Kolejnemu pacjentowi zrealizowano plan terapii w Oddziale Dziennym Rehabilitacji, który został rozpoczęty 35 dni po wypisie z oddziału szpitalnego.

4. Przy wypisie pacjentów z Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziału Rehabilitacji Leczniczej odnotowano ich usprawnienie, poprawę funkcji i wydolności narządu ruchu itp., z wyjątkiem jednego pacjenta, który został wypisany bez poprawy w zakresie sprawności ruchowej. Zalecono mu dalsze leczenie w warunkach ambulatoryjnych pod nadzorem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (bez dalszych zaleceń rehabilitacyjnych). Koordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, wyjaśnił, że: *w niektórych przypadkach [...], mimo stosowanej intensywnej rehabilitacji nie udaje się osiągnąć zadowalającej poprawy stanu, a do tego długofalowy przebieg rehabilitacji i obserwacji w szpitalu sugerują, iż poprawy nie uda się osiągnąć, odstępujemy wówczas od ustalenia szczegółowych zaleceń rehabilitacyjnych, zakładając zalecenie ogólne dotyczące pielęgnacji, profilaktyki przeciw-odleżynowej itp.*

Z pozostałych 13 pacjentów: ośmiu wypisano bez dalszych zaleceń rehabilitacyjnych, dwóm wystawiono skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej, jednemu – skierowanie na rehabilitację domową, a kolejnym dwóm zalecono systematyczną rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych oraz kontrolę w Poradni Rehabilitacyjnej (bez wystawienia skierowań). Koordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, wyjaśnił, że: *w przypadku większości chorych [...] stosowane jest ogólne zalecenie kontynuacji rehabilitacji. Kontynuacja taka może odbywać się w różnych formach, jak np. rehabilitacji w warunkach Poradni rehabilitacyjnej, Oddziału Dziennego Rehabilitacji, Rehabilitacji Domowej czy samodzielnego wykonywania ćwiczeń usprawniających [...]. Wielu chorych poddaje się rehabilitacji w trybie długofalowym, mając stałe okresowe wizyty np. w Poradni Rehabilitacyjnej. [...] jeśli chory deklaruje, iż pozostaje pod opieką Poradni Rehabilitacyjnej w innym szpitalu / ośrodku, lekarz kierujący nie ma możliwości weryfikacji takiego stanu. Po stronie chorego leży też ostateczny wybór ośrodka i tryb, w którym chce się dalej rehabilitować, niektórzy chorzy z powyższych powodów sami podają, iż po prostu nie chcą skierowania i nie jest im wtedy wydawane.*

(akta kontroli str. 346-348, 493-504, 610-614)

<sup>57</sup> Jeden pacjent po tygodniu pobytu w tym Oddziale został przekazany (z powodu pogorszenia stanu klinicznego) do Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie nastąpił zgon.

Spośród 16 pacjentów, którzy bezpośrednio po pierwotnym pobycie na oddziale szpitalnym podjęli rehabilitację w komórkach organizacyjnych SP ZOZ: jeden był dwukrotnie pacjentem Oddziału Dziennego Rehabilitacji (zrealizowano z nim dwa plany terapii), kolejny – Pracowni Fizjoterapii (odbył plan terapii), a sześciu zgłosiło się do Poradni Urazowo-Ortopedycznej (jednemu z nich wystawiono w niej skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej, ale pacjent nie zgłosił się na wyznaczony termin wizyty). Natomiast z 14 pacjentów, którzy rehabilitacji w SP ZOZ nie podjęli – pięciu zgłosiło się do Poradni Urazowo-Ortopedycznej (jeden z nich miał zarejestrowane skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej, ale nie zgłosił się na wizytę).

(akta kontroli str. 505-506)

**2.10.2.** Według wyjaśnienia Koordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, szpitalny etap rehabilitacji pacjenci rozpoczynali w dniu przyjęcia lub w kolejnej dobie hospitalizacji (z wyłączeniem niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy), a czas rozpoczęcia rehabilitacji uwarunkowany był przede wszystkim godziną przybycia do Oddziału. *W większości pacjenci wcześniej hospitalizowani w Oddziałach Neurologicznych leczących ostrą fazę zachorowania zaczęli rehabilitację już w tych oddziałach, na zasadach i warunkach w nich określonych [...]. Po przyjęciu do tuł. Oddziału, pacjenci prowadzeni są przez lekarza prowadzącego, będącego przy tym również koordynatorem przebiegu rehabilitacji. Zaraz po przyjęciu, oceniany jest – przez lekarza prowadzącego – stan ogólny, neurologiczny i funkcjonalny chorego oraz adekwatnie do potrzeb i możliwości, ustalany jest plan rehabilitacji dla zespołu terapeutycznego, w skład którego – w przypadku każdego chorego – wchodzi lekarz prowadzący, fizjoterapeuci, psycholog i/lub logopeda, terapeuta zajęciowy, opiekun pacjenta, personel pielęgniarski i pomocniczy. Poszczególne chory przydzielani są do lekarzy prowadzących zazwyczaj przez koordynatora Oddziału lub jego zastępcę bądź na zasadzie kolejności.*

(akta kontroli str. 610-614)

Natomiast Koordynator Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej wyjaśniła, że w przypadku pacjentów, którzy trafiają na ten Pododdział proces rehabilitacji zwykle rozpoczynał się w Oddziale, z którego był kierowany pacjent (oddziały kardiologii lub kardiochirurgii innych placówek). Chorzy do Pododdziału byli kierowani z oddziałów leczenia ostrej fazy, przez lekarzy prowadzących, możliwe były sporadyczne skierowania również z Poradni Kardiologicznej i Rehabilitacyjnej bądź byli to chorzy, którzy po hospitalizacji w w/w oddziałach – celem kontynuacji leczenia byli przekazywani – do Oddziału Chorób Wewnętrznych tegoż Szpitala i następnie po wyrównaniu stanu klinicznego do Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej. W Pododdziale pacjenci byli objęci wczesną poszpitalną rehabilitacją kardiologiczną (kompleksową opieką personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka). Na wstępie wykonywano badanie lekarskie, laboratoryjne oraz dodatkowe (najczęściej echokardiogram i test wysiłkowy, rzadziej holter EKG), pozwalające na ocenę stanu klinicznego pacjenta. W oparciu o uzyskaną wiedzę kliniczną, pacjentów poddawano odpowiedniemu modelowi rehabilitacji. Kwalifikacja chorych do hospitalizacji w Pododdziale dokonywana była przez Koordynatora Pododdziału.

(akta kontroli str. 507-509)

**2.11.** Badanie dokumentacji 30 pacjentów<sup>58</sup>, którzy odbyli cykle zabiegów w Pracowni Fizjoterapii lub w Gabinetach Fizjoterapii, wykazało że w szczególności:

1. We wszystkich przypadkach zabiegi były zrealizowane na podstawie jednego skierowania wystawionego dla danego pacjenta.
2. Większości pacjentów (28) skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne wystawili lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej, którzy – zgodnie ze swoimi uprawnieniami – określili w nich rodzaj zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, ilość powtórzeń, parametry oraz okolice ciała (plan rehabilitacji). Dwóm pacjentom skierowania wystawili lekarze innych specjalności (z Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SP ZOZ), w związku z czym plany ich rehabilitacji zostały sporządzone przez mgr. fizjoterapii z Pracowni Fizjoterapii. Plany rehabilitacji dołączono do dokumentacji medycznej pacjenta.

<sup>58</sup> Badaniem objęto dokumentację 30 pacjentów, którzy odbyli rehabilitację w trybie ambulatoryjnym (po 10 pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację w grudniu 2019 roku, czerwcu 2020 roku i styczniu 2021 roku).

3. W 23 skierowaniach (z 30 zbadanych) na zabiegi fizjoterapeutyczne nie wskazano celu terapii (krótkoterminowego i długoterminowego), a w pozostałych zawarto ogólne wskazanie (poprzez użycie sformułowań takich, jak np. *usprawnienie, zmniejszenie bólu, poprawa funkcji*). Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła, że: *nie stanowiło to przeszkody w realizowaniu takich skierowań. Fizjoterapeuta ze zleconego przez lekarza planu terapii jest w stanie sam ustalić jaki jest cel zabiegów.*

4. Monitorowanie przebiegu rehabilitacji i jej zgodność z ustalonym planem we wszystkich przypadkach udokumentowano na wystawionym skierowaniu, umieszczając datę, ilość i rodzaj zabiegów, okolice ciała, a potwierdzali to fizjoterapeuta i pacjent własnoręcznymi podpisami (nie odnotowano modyfikacji zaleconych zabiegów). Udokumentowanie efektów zakończonego cyklu zabiegów stanowiły informacje dla lekarza kierującego na zabiegi fizjoterapeutyczne, jednak w większości przypadków nie trafiły one do lekarza, który wystawił skierowanie na zabiegi (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Odnosząc się do kwestii monitorowania przebiegu i efektów rehabilitacji przez lekarza kierującego na fizjoterapię, Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła: *jeśli pacjent zgłasza się na wizytę kontrolną [...], lekarz powinien egzekwować od pacjenta informację o odbytej fizjoterapii i dołączyć ją do dokumentacji medycznej. Jeśli lekarz takiej informacji nie posiada, to poprzez przeprowadzenie badania fizykalnego może określić efekty zrealizowanej fizjoterapii.*

Odnosnie kwestii w jaki sposób oceniano skuteczność i efekty fizjoterapii, a także przyczyn nieopracowania sposobu monitorowania oraz mierników oceny skuteczności i efektów fizjoterapii, Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła: *ocena skuteczności efektów terapii podczas zabiegów fizjoterapeutycznych oceniana była poprzez postępowanie fizjoterapeutyczne, tj. wywiad lub test funkcjonalny ostatniego dnia zabiegowego i była wystawiana informacja zwrotna do lekarza kierującego o efektach fizjoterapii. Kwestia dalszego monitorowania jest niedostatecznie opracowana, ponieważ pacjent po skończonych zabiegach bardzo często nie ma już kontaktu z fizjoterapeutą i z lekarzem kierującym. Pacjenci nie zgłaszają się na wizytę.*

(akta kontroli str. 260-296, 298-302)

2.12. Stosownie do wymogu § 5 ust. 4 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych*, po ukończonym cyklu zabiegów wszystkim 30 pacjentom objętym badaniem kontrolnym (szerzej opisanym w pkt 2.11 niniejszego wystąpienia), fizjoterapeuci wystawili pisemną informację o efektach tych zabiegów (nie wystawiano takich informacji w formie elektronicznej). W 16 takich informacjach (wystawionych w Pracowni Fizjoterapii w 2019 roku i w Gabinetcie Fizjoterapii w Kleszczelach w latach 2019–2021) zamieszczono ogólne sformułowania typu: *minimalna poprawa, nieznaczna poprawa, lekka poprawa, pacjentka nie odczuwa poprawy, dolegliwości bólowe nadal utrzymują się*. W pozostałych 14 informacjach wystawionych w latach 2020–2021 w Pracowni Fizjoterapii, poza ogólnym sformułowaniem odnoszącym się do efektów (poprawa: nieznaczna, umiarkowana, znaczna/całkowita), zawarto zapisy dotyczące zaleceń: [1] kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych, [2] wskazana kontynuacja postępowania fizjoterapeutycznego (opcje do zaznaczenia *TAK / NIE*), co było konsekwencją zastosowania zmienionego druku takiej informacji. (akta kontroli str. 260-296)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezapewnieniu w Dziale Rehabilitacji Leczniczej skutecznego przekazywania – lekarzowi wystawiającemu skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne – pisemnych informacji fizjoterapeutów o efektach tych zabiegów, tj. informacji, do której przekazania zobowiązuje fizjoterapeutę przepis § 5 ust. 4 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych*. Informacji te nie trafiły bowiem do dokumentacji 19 z 27 pacjentów<sup>59</sup>, których na zabiegi skierowali lekarze z Poradni będących komórkami organizacyjnymi SP ZOZ (mimo że sześcioro z nich po zakończeniu cyklu zabiegów odbyło kolejne wizyty w Poradniach). W kwestii niezapewnienia skutecznego sposobu informowania lekarza kierującego na zabiegi o sposobie realizacji zlecenia

<sup>59</sup> W zakresie objętej badaniem kontrolnym grupy 30 pacjentów, informacje te znalazły się w dokumentacji zaledwie ośmiu z 27 pacjentów, których na zabiegi skierowali lekarze z Poradni będących komórkami organizacyjnymi SP ZOZ.

i efektach zabiegów wykonanych u pacjenta, Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła: *informacja jest przekazywana za pośrednictwem pacjenta w postaci papierowej [...] Pacjent poprzez swój podpis zobowiązuje się do przekazania tej informacji lekarzowi, który wystawił skierowanie. Pacjent jest o tym informowany przez fizjoterapeutę. Nie mamy możliwości wysyłania tej informacji elektronicznie.* (akta kontroli str. 260-271, 298-302)

NIK zwraca uwagę, że istotą powołanego na wstępie przepisu jest przekazanie lekarzowi przedmiotowej informacji, a nie tylko umożliwienie tej czynności poprzez sporządzenie informacji i przekazanie pacjentowi. Brak takich informacji w dokumentacji medycznej pacjenta u lekarza kierującego na zabiegi fizjoterapeutyczne utrudnia rzetelne monitorowanie i ocenę – przez tego lekarza – efektów rehabilitacji oraz potrzeby jej ewentualnego kontynuowania.

#### OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2019–2020 SP ZOZ udzielał świadczeń rehabilitacyjnych wyłącznie w ramach umów zawartych z NFZ, uzyskując odpłatność za wszystkie wykonane świadczenia. Przychody z tego tytułu nie zbilansowały jednak kosztów ich realizacji, a wynik finansowy był ujemny i w 2019 roku zamknął się kwotą (-) 1.069,3 tys. zł. W 2020 roku strata wzrosła ponad dwukrotnie i wyniosła (-) 2.595 tys. zł. Towarzyszyło temu zmniejszenie liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej formy rehabilitacji leczniczej z 599 do 465 (o 22,4%) i porad lekarskich w Poradni Rehabilitacyjnej – z 4.740 do 3.504 (o 26,1%). Na zbliżonym poziomie pozostała liczba pacjentów poddanych leczeniu w Oddziale Dziennym Rehabilitacji (212 i 218). Pomimo zmniejszenia liczby wykonanych zabiegów w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej z 170.147 do 104.541 (o 38,6%) SP ZOZ wypracował w tym zakresie dodatni wynik finansowy – 436,3 tys. zł w 2019 roku i 9,9 tys. zł w 2020 roku.

SP ZOZ prowadził prawidłowo harmonogramy przyjęć i listy oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne, zgodnie z wymogami art. 19a ust. 7 ustawy o świadczeniach zdrowotnych i § 13 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, sposobu ich rejestrowania i przekazywania. Nieskutecznie realizowano jednak obowiązek przekazywania – lekarzowi wystawiającemu skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne – pisemnych informacji fizjoterapeutów o efektach tych zabiegów, przez co nie zapewniono pełnego monitorowania efektów rehabilitacji.

#### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

3.1.1. Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ – w związku z decyzją Wojewody Podlaskiego z 29 lutego 2020 r., dotyczącą wystąpienia ryzyka epidemiologicznego (zagrożeniem zarażeniem Covid-19) od 2 marca 2020 r. – wprowadzono stan podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tym samym dniu powołano pięcioosobowy *Komitet ds. przeciwdziałania epidemii koronawirusa*, do którego zadań przypisano m.in.: [a] analizę potencjalnych zagrożeń i stopnia przygotowania Szpitala do podjęcia działań zapobiegawczych oraz leczniczych na wypadek stwierdzenia wśród osób korzystających z usług SP ZOZ przypadków zarażenia koronawirusem, [b] opracowanie planów alarmowych i procedur postępowania w przypadku potwierdzenia obecności koronawirusa u takich osób, w tym: określenie zasad koordynacji pracy personelu medycznego (m.in. mającego kontakt z pacjentami z podejrzeniem zarażenia koronawirusem), ustalenie lokalizacji i organizacji pracy pomieszczeń kwarantanny, gdy liczba kierowanych pacjentów przewyższać będzie możliwości organizacyjne Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, określenie zasad organizacji ochrony i zabezpieczenia terenu obiektów Szpitala w przypadku hospitalizacji pacjenta z podejrzeniem zarażenia koronawirusem, [c] formułowanie wniosków, zaleceń i wytycznych w tym zakresie. Ustalone i wdrożone – zarządzeniami Dyrektora SP ZOZ – rozwiązania związane z zapobieganiem zagrożeniom związanym z Covid-19 szerzej opisano w pkt 3.2 niniejszego wystąpienia. (akta kontroli str. 511-514)

3.1.2. SP ZOZ, realizując decyzje Wojewody Podlaskiego, polecające zapewnienie w Szpitalu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (w różnych okresach – od 20 do 40), przeznaczył na takie potrzeby m.in. łóżka w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej – 20 łóżek od 1 listopada do 31 grudnia 2020 r. i 16 łóżek

od 15 marca do 9 maja 2021 r.<sup>60</sup> Skutkowało to wstrzymaniem przyjęć pacjentów w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w tych okresach.

(akta kontroli str. 515-522)

Pacjenci wypisani przed pierwszym zamknięciem tego Oddziału nie kontynuowali później leczenia (ich pobyt w Oddziale trwał co najmniej trzy tygodnie). Natomiast w przypadku 10 pacjentów wypisanych przed 15 marca 2021 r. ich pobyt przerwano przed upływem trzech tygodni, tj. przed zaplanowanym okresem trwania procesu rehabilitacji.

Na skutek wstrzymania przyjęć pacjentów do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej:

- 137 osób<sup>61</sup> było zakwalifikowanych i oczekujących na hospitalizację (najdłuższy termin oczekiwania – od 30 czerwca 2020 r.), a w systemie AP-KOLCE sukcesywnie przesuwano terminy przyjęć o kolejne tygodnie (z adnotacją z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy),
- kolejnym zgłaszającym się osobom udzielana była informacja o potrzebie ponownego kontaktu (gdyż nie był znany końcowy termin wstrzymania przyjęć).

Koordynator Oddziału Rehabilitacji Leczniczej – w pierwszym tygodniu po wznowieniu przyjęć – wyjaśnił, że: *chorym, którym wprowadzenie zmian spowodowało przerwę w udzielaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej zaproponowano lub zostanie zaproponowana kontynuacja na tych samych warunkach jak przed zaistnieniem przerwy.*

(akta kontroli str. 344-345, 610-614)

Na Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej (mieszczącym się w miejscu działania Oddziału Chorób Wewnętrznych) – w związku z ustanowionym od 31 marca 2020 r. czasowym ograniczeniem wykonywania działalności leczniczej – chorzy, którzy byli hospitalizowani na dzień 1 kwietnia 2020 r., odbyli rehabilitację zgodnie z planem. Ponownie Oddział wznowił przyjęcia 6 maja 2020 r. Później wstrzymano przyjęcia pacjentów w okresach:

- od 5 października 2020 r. do 10 stycznia 2021 r., z uwagi na ognisko koronawirusa wśród personelu Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i konieczność dyslokacji przebywających w nim pacjentów, od 23 października – ze względu na konieczność położenia pacjentów z COVID-19, a później – pacjentów z innych oddziałów,
- od 18 stycznia do 14 lutego 2021 r., najpierw z powodu nasilenia zachorowań na COVID-19 w sąsiadujących oddziałach, głównie Oddziale Chorób Wewnętrznych, a od 26 stycznia w związku z ujawnieniem kolejnych ognisk wśród personelu tego Oddziału i zwiększonym napływem pacjentów spowodowanym zawieszeniem działalności takiego oddziału szpitalnego w sąsiednim powiecie,
- od 13 do 23 kwietnia 2021 r., ze względu na nasilenie zachorowań na COVID-19 wśród pacjentów sąsiadujących oddziałów, głównie Oddziału Chorób Wewnętrznych, w którym przebywało pięciu pacjentów z kontaktu z chorymi zakażonymi wirusem SARS-Cov-2.

(akta kontroli str. 524-531)

W związku z zaistniałą sytuacją ośmiu pacjentów zostało wypisanych 2 października 2020 r. przed zaplanowanym okresem trwania procesu rehabilitacji. Koordynator Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej wyjaśniła, że nie ma rozwiązań systemowych, które pozwoliłyby kontynuować ich rehabilitację, gdyż przepisy na to pozwalające, dotyczą przypadków jej przerwania po 23 października 2020 r. Później nie doszło do przypadków przerwania zaplanowanego procesu rehabilitacji. Od 1 lutego do 12 kwietnia 2021 r. było przyjętych 11 pacjentów. Siedmiu z nich odbyło hospitalizację zgodnie z planem, czterech pozostałych miało krótszy pobyt: w przypadku dwóch było to związane z zakażeniem COVID 19, jeden preferował odbycie kwarantanny w warunkach domowych, a kolejny poprosił o wypisanie wcześniej niż było to zaplanowane. Na dzień 14 maja 2021 r. było przyjętych dwóch pacjentów (6 i 7 maja).

(akta kontroli str. 507-510)

<sup>60</sup> Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ: nr 65/2020 z 28 października 2020 r., nr 66/2020 z 9 listopada 2020 r., nr 84/2020 z 15 grudnia 2020 r., nr 13/2021 z 11 marca 2021 r. i nr 21/2021 z 27 kwietnia 2021 r.

<sup>61</sup> Według stanu na dzień oględzin, tj. 30 kwietnia 2021 r.

**3.1.3.** W zakresie innych komórek organizacyjnych, niż oddziały szpitalne, przerwy w udzielaniu świadczeń rehabilitacyjnych (ze względów epidemiologicznych, których nie udało się przewidzieć wcześniej) wystąpiły w następujących okresach:

- od 16 marca do 30 kwietnia 2020 r. w Oddziale Dziennym Rehabilitacji (pacjentom zapisanym na te terminy umożliwiono kontynuację zabiegów po ustaniu przerwy lub wyznaczono nowy termin zabiegów),
- od 16 marca do 3 kwietnia 2020 r. w Gabinetach Fizjoterapii i Pracowni Fizjoterapii (w Pracowni dodatkowo od 20 do 23 października 2020 r., ze względu na rozwijającą się sytuację epidemiologiczną – przebywanie personelu na kwarantannie oraz izolacji). Później, do 30 kwietnia 2020 r. świadczeń udzielano tylko pacjentom w sytuacjach pilnych i bezwzględnie koniecznych, przez personel pracujący w ograniczonej obsadzie<sup>62</sup>. Pozostałym pacjentom wyznaczano nowe terminy rehabilitacji.

Następnie w Gabinetach Fizjoterapii i Pracowni Fizjoterapii – ze względu na niestabilną sytuację epidemiologiczną oraz zmieniającymi się odgórnymi wytycznymi dotyczącymi pracy fizjoterapeutów – wystąpiły ograniczenia polegające na skróceniu harmonogramu pracy w udzielaniu świadczeń (8<sup>00</sup> – 15<sup>30</sup>, 8<sup>00</sup> – 16<sup>00</sup>), które miały trwać do 29 maja 2020 r., ale w Pracowni trwały do 15 maja 2020 r.<sup>63</sup> Ze względu na zmniejszoną obsadę personalną skrócony harmonogram pracy w Pracowni Fizjoterapii obowiązywał także od 15 do 19 i od 24 do 30 października 2020 r.). (akta kontroli str. 253-254, 532-546)

Większość opisanych przerw w działaniu tych komórek organizacyjnych pokrywała się zatem z ustanowionym od 31 marca 2020 r. – 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 epidemii<sup>64</sup> – czasowym ograniczeniem wykonywania działalności leczniczej, polegającym na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>65</sup>. Okres zawieszenia zakończył się 3 maja 2020 r.

Kierownik Działu Rehabilitacji wyjaśniła, że w takich sytuacjach pacjentom wyznaczano nowe terminy, co powodowało wydłużenie czasu oczekiwania. Przy tym, *pacjenci w dużym stopniu sami przesuwali terminy zabiegów lub rezygnowali całkowicie ze względu na powstałą sytuację epidemiologiczną. Pacjenci, którzy rozpoczynają rehabilitację bardzo często ją przerywają np. po trzecim dniu zabiegowym, ze względu na chorobę lub kwarantannę i proszą o ustalenie nowego terminu dalszej rehabilitacji. Bywa tak, że nie zgłaszają się na wyznaczony termin, powodując kolejne przesunięcie terminu w czasie. Pacjent ma prawo zmieniać termin trzy razy. W praktyce bywa, że pacjent później się nie zgłasza, a czas oczekiwania znów się wydłuża.* (akta kontroli str. 298-302)

Z badania kontrolnego obejmującego 15 pacjentów (10 pacjentów Pracowni Fizjoterapii i pięciu pacjentów Gabinetu Fizjoterapii), których zabiegi miały być zrealizowane w terminach od 9 do 20 marca, od 12 do 23 października 2020 r. (a zostały przerwane na skutek przerw w udzielaniu świadczeń) wynikało, że rozpoczęte cykle zabiegów kontynuowano po wznowieniu udzielania świadczeń i ukończono je odpowiednio w maju i październiku 2020 r. (akta kontroli str. 251-252)

<sup>62</sup> W takich sytuacjach przyjęto ośmiu pacjentów w Pracowni Fizjoterapii i czterech pacjentów w Gabinetach Fizjoterapii.

<sup>63</sup> Pismem z 14 maja 2020 r. SP ZOZ poinformował POW NFZ, że od 18 maja 2020 r. Pracownia Rehabilitacji będzie pracowała w normalnym wymiarze czasu, tj. od 8<sup>00</sup> do 18<sup>00</sup>.

<sup>64</sup> Dz. U. poz. 566, ze zm. Rozporządzenie uchylono z dniem 10 kwietnia 2020 r., a podstawę zawieszenia udzielania świadczeń stanowiły następujące: § 10 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 658, ze zm.), § 10 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 697, ze zm.) oraz § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 792, ze zm.).

<sup>65</sup> Z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a także z wyjątkiem: a) świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności b) świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach zdrowotnych, udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. W myśl § 19 ust. 4 powołanego rozporządzenia, ograniczenia tego nie stosowało się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej 1 kwietnia 2020 r., do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń.

Poradnia Rehabilitacyjna – z powodów związanych z COVID-19 oraz zwolnień lekarskich – była nieczynna przez 19 dni w 2020 roku (odpowiednio 17, 20, 26, 27, 31 marca, 1–3, 7–10, 15–17 i 24 kwietnia oraz 8, 15, 22 maja). W okresach przerw w działaniu tej Poradni, pacjentom z listy oczekujących (pierwszorazowych) – których terminy wizyt przypadają w czasie przerw w udzielaniu świadczeń – wyznaczono nowe terminy<sup>66</sup>, w telefonicznym uzgodnieniu z tymi pacjentami i po konsultacjach z lekarzami (którzy dopuścili zwiększenie liczby pacjentów na dany dzień). Natomiast wizyty pacjentów kontynuujących leczenie (kontrolnych) – według wyjaśnienia starszej rejestratorki koordynującej pracę Rejestracji – zostały odwołane telefonicznie przez Rejestrację z informacją, że pacjenci mają dowiadywać o datę wznowienia działalności Poradni. Pacjentom tym proponowano nowe terminy, które pojawiły się z uwagi na zgodę lekarzy na zwiększenie liczby pacjentów na dany dzień. (akta kontroli str. 342-343, 547-553)

**3.1.4.** O przerwach w realizacji świadczeń zdrowotnych spowodowanych okolicznościami związanymi w SARS-Cov-2, tj. o braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, stosownie do § 9 ust. 5 OWU, SP ZOZ niezwłocznie powiadamiał POW NFZ (pisma w tej sprawie były datowane najpóźniej na pierwszy dzień okresów wystąpienia ograniczeń). (akta kontroli str. 515-553)

**3.2.** W ramach działań zapewniających bezpieczeństwo pacjentom i pracownikom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zarządzeniami Dyrektora SP ZOZ wprowadzono m.in.:

- całkowity zakaz odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych (od 4 marca 2020 r.),
- upoważnienie koordynatorów oddziałów / kierowników jednostek organizacyjnych do zmian w organizacji pracy, tj. umożliwienia pracownikom wykonywania: części zadań służbowych w formie pracy zdalnej, pracy w dogodnych dla nich porach (ze względu na ich sytuację rodzinną, osobistą, dojazdy do pracy itp.), a także ograniczenie do minimum bezpośrednich kontaktów pracowników (16 marca 2020 r.),
- zasady stosowania masek ochronnych przez osoby przebywające w obiektach SP ZOZ (7 kwietnia 2020 r.),
- obowiązek i zasady pomiaru temperatury ciała personelu (niezależny od pomiaru przeprowadzanego w ramach wstępnej segregacji osób wchodzących do obiektów SP ZOZ) i sposób postępowania w zależności od wyniku tego pomiaru (8 kwietnia 2020 r.),
- zasady funkcjonowania poradni specjalistycznych w warunkach podwyższonego ryzyka epidemiologicznego, w których określono procedurę wizyty w poradni (gdy kontakt danego pacjenta w formie teleporady nie będzie możliwy), w tym: częstotliwość wizyt, proces wstępnej segregacji (pomiar temperatury ciała, wypełnienie oświadczenia dotyczącego możliwości zakażenia SARS Cov-2, weryfikacja zabezpieczenia pacjenta w maskę ochronną, dezynfekcja rąk), sposób dalszego postępowania z pacjentem (29 kwietnia 2020 r.),
- wykazy stanowisk, na których osoby wykonujące zawód medyczny mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS Cov-2 (5 maja, 5 i 22 czerwca 2020 r.),
- zasady realizacji diagnostyki w kierunku SARS-Cov-2 dla potrzeb personelu SP ZOZ (14 maja 2020 r.),
- *formularz świadomej zgody na hospitalizację oraz wykonanie badania / zabiegu w czasie trwania pandemii wywołanej wirusem SARS-Cov-2* (28 maja 2020 r.).

Ponadto wprowadzano reorganizację funkcjonowania wybranych komórek organizacyjnych, m.in. związane z wydzieleniem sal łóżkowych z przeznaczeniem na uruchomienie pododdziału przejściowego dla potrzeb przeprowadzenia kwarantanny pacjentów

<sup>66</sup> Przykładowe związane z tym zmiany terminów wizyt przedstawiały się następująco: z 26 i 31 marca oraz 2 kwietnia – na 14 kwietnia 2020 r., z 2, 9 kwietnia – na 21 kwietnia 2020 r., z 7 kwietnia – na 27 kwietnia 2020 r., z 15 kwietnia – na 22 i 23 kwietnia 2020 r., z 17 kwietnia – na 29 i 30 kwietnia 2020 r.

kierowanych do danego oddziału i określeniem sposobu postępowania z pacjentami w zależności od wyniku testu (10 i 16 kwietnia 2020 r.). (akta kontroli str. 554-578)

Wprowadzone rozwiązania dotyczyły całego Szpitala. Pismem z 12 lutego 2021 r., skierowanym do personelu Działu Rehabilitacji Leczniczej, Dyrektor Szpitala przypomniał o obowiązku stosowania się do wszelkich zaleceń w celu zapobieżenia rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-Cov-2 i podstawowe zasady w tym zakresie. Pracownicy ambulatoryjnych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacyjne zostali zapoznani z procedurami związanymi z COVID-19, co potwierdzili swoimi podpisami na stosownych listach (w marcu i maju 2020 roku, lutym 2021 roku). Zapoznano ich w szczególności z: *Informacją Głównego Inspektora Sanitarnego dla szpitali w związku z dynamicznie rozwijającą się sytuacją epidemiologiczną związaną z szerzeniem się nowego koronawirusa SARS-CoV-2* (z 27 lutego 2020 r.), *Schematem postępowania w przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 dla POZ, AOS NiSOZ* (28 lutego 2020 r.), *instrukcją zakładania /zdejmowania środków ochrony osobistej, Wytycznymi dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce*<sup>67</sup> oraz *Zaleceniami dla oddziałów / ośrodków dziennych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej [...] w stanie epidemii wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19*<sup>68</sup>. (akta kontroli str. 579-606)

3.3. W związku z epidemią SARS-CoV-2, w Poradni Rehabilitacyjnej wykorzystywano – wynikającą z § 4a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych – możliwość udzielania świadczeń w formie teleporad. Od 16 marca do 31 grudnia 2020 r. udzielono 487 teleporad (najwięcej w kwietniu – czerwcu), a w I kwartale 2021 roku – 10 teleporad (według danych z systemu *KS PPS*<sup>69</sup>). Rejestracja na ten rodzaj wizyt odbywała się za pośrednictwem Centralnej Rejestracji, a fakt odbycia teleporad został odnotowany w dokumentacji pacjenta. (akta kontroli str. 307-310-320, 343)

Nie udzielano świadczeń rehabilitacyjnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w zakresie Pracowni Fizjoterapii, Gabinetu Fizjoterapii i Oddziału Dziennego Rehabilitacji, gdyż – jak wyjaśniła Kierownik Działu Rehabilitacji – *specyfika zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych uniemożliwia wykonywanie ich w systemie online*. (akta kontroli str. 298-302)

3.4. SP ZOZ nie udzielał świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom po przebytej chorobie COVID-19. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: *hajnowski Szpital nie spełniał wymogów organizacyjno-technicznych wymaganych przez NFZ przy realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji dla pacjentów po przebytych Covid-19. W wyniku pojawienia się nowego Zarządzenia Nr 63/2021/DSOZ z 9 kwietnia 2021 r. SP ZOZ podejmie działania by móc w przyszłości spełniać wymogi w/w zarządzenia. Wiąże się to z koniecznością doposażenia w sprzęt i zatrudnieniem dodatkowego personelu*. (akta kontroli str. 333-339)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2, mimo występowania ograniczeń w ich dostępności. Pacjentom umożliwiono w tym czasie korzystanie z Poradni Rehabilitacyjnej w formie teleporad bądź w uzgodnieniu z nimi przełożono terminy wizyt. W komórkach wykonujących zabiegi fizjoterapeutyczne umożliwiono ukończenie przerwanych cykli zabiegów. Nie rozwiązano jednak problemu ewentualnej kontynuacji rehabilitacji pacjentom oddziałów szpitalnych wypisanym przed zaplanowanym okresem trwania procesu rehabilitacji, z powodu przeznaczenia części łóżek na potrzeby pacjentów z Covid-19.

<sup>67</sup> Wytyczne zostały opracowane przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii i Głównego Inspektora Sanitarnego przy współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. Opublikowano je 18 sierpnia 2020 r. pod adresem <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/rehabilitacja> (wcześniej dostępne od 4 maja 2020 r.).

<sup>68</sup> Były one rekomendacją Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji (z 1 czerwca 2020 r.).

<sup>69</sup> Podstawowy Program Świadczeniodawcy jest systemem, którego głównym zadaniem jest wspomaganie obsługi kontraktów zawieranych pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ.

SP ZOZ podjął działania w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom w trakcie udzielania świadczeń, wprowadzając własne unormowania i wykorzystując wytyczne opracowane przez kompetentne podmioty, dotyczące m.in. środków ochrony osobistej i zasad kontaktów z pacjentami.

#### IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zgłaszanie na bieżąco zmian danych objętych Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, stosownie do postanowień art. 107 *ustawy o działalności leczniczej*.
2. Rzetelne przekazywanie do POW NFZ wykazów personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych, zgodnie z wymogami umów zawartych z NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Udzielanie zamówień na świadczenie usług medycznych, z zachowaniem trybu konkursu ofert, wymaganego art. 26 *ustawy o działalności leczniczej*.
4. Skuteczne przekazywanie informacji o sposobie realizacji zlecenia i efektach cyklu zabiegów lekarzowi, który wystawił skierowanie na te zabiegi, wymaganych postanowieniami § 5 ust. 4 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

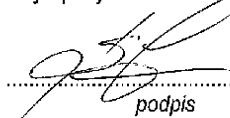
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

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

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

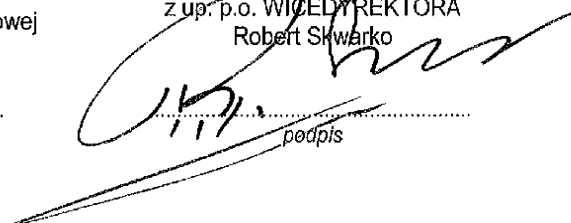
Białystok, 8 czerwca 2020 r.

Kontroler:  
Stanisław Żukowski  
główny specjalista kontroli państwowej



.....  
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
z up. p.o. WICEDYREKTORA  
Robert Skwarko



.....  
podpis