



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU. 410.016.02.2022

Pan
Jerzy Wawerek
Dyrektor Kolejowego Szpitala
Uzdrowskiego
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Nałęczowie
ul. Michała Górskiego 6
24-140 Nałęczów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

*Kontrola nr P/22/057 Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie
COVID-19*

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nałęczowie (dalej: Szpital lub KSU), ul. Michała Górskiego 6, 24-140 Nałęczów.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Wawerek, Dyrektor Szpitala, od 16 października 2019 r., od 21 lipca do 15 października 2019 r. p.o. Dyrektora.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja udzielania świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19. 2. Realizacja i rozliczanie świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2022 (do 2 września), z uwzględnieniem dowodów dotyczących zdarzeń wcześniejszych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Katarzyna Kuzioła, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/92/2022 z 28 czerwca 2022 r. (akta kontroli tom 1 str. 3-5)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił kompleksową realizację świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19, ale w przypadku 22,5% pacjentów objętych próbą kontrolną³ nie zostało to w pełni udokumentowane. Udzielanie przez KSU tych świadczeń było procesem prawidłowo zorganizowanym, ale stwierdzono przypadki naruszenia wymogów zawartych w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁴ (dalej: Prezes NFZ) obowiązujących w zakresie warunków realizacji „Programu rehabilitacji pocovidowej”⁵.

U żadnego spośród 40 pacjentów, których dokumentacja została poddana analizie, nie udokumentowano oceny stanu zdrowia przy pomocy kwestionariusza oceny

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: ustawa o NIK).

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

³ Dotyczy dziewięciu spośród 40 pacjentów objętych próbą kontrolną.

⁴ Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. (NFZ poz. 42, ze zm.), zmienione zarządzeniami Prezesa NFZ nr.: 63/2021/DSOZ z 9 kwietnia, 87/2021/DSOZ z 6 maja, 98/2021/DSOZ z 2 czerwca i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r.

⁵ „Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrawiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów,” wdrożony zarządzeniami Prezesa NFZ zmieniającymi zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 nr.: 63/2021/DSOZ, 78/2021/DSOZ, 87/2021/DSOZ, 98/2021/DSOZ, 134/2021/DSOZ i 172/2021/DSOZ (dalej: Program rehabilitacji pocovidowej lub Program).

codziennego funkcjonowania pacjenta po przebyciu COVID-19. W dokumentacji medycznej 40% pacjentów z próby kontrolnej nie było kompletnych badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji do leczenia w ramach Programu, a w przypadku wymogu przedłożenia aktualnego badania EKG, nie zostało ono wykonane dla 30% pacjentów. KSU nie zapewnił także pacjentom korzystającym ze świadczeń w ramach Programu, całodobowego dostępu do RTG i gazometrii oraz sprzętu do treningów interwałowych w wymaganym zakresie. KSU rzetelnie sprawozdawał do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie (dalej: LOW NFZ) dane dotyczące okresu leczenia i liczby osobodni, ale nierzetelnie w zakresie procedur medycznych według kodów ICD-9 i/lub ich liczby dla 100% pacjentów z próby kontrolnej. Nie miało to jednak wpływu na rozliczenie świadczeń rehabilitacji pocovidowej przez LOW NFZ. W związku z akceptacją złożonych raportów KSU otrzymało za każdy dzień pobytu pacjenta stawkę 188 zł niezależnie czy był to osobodzień rehabilitacji pocovidowej czy był to dzień bez rehabilitacji (dzień ustawowo wolny od pracy dla fizjoterapeutów, masażyści). Zwiększenie liczby przyjętych pacjentów spowodowało, że w okresie od 24 stycznia do 31 maja 2022 r. wymiar czasu pracy zatrudnionego psychologa nie stanowił równoważnika co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego na 25 pacjentów. Świadczenia w ramach rehabilitacji pocovidowej udzielane były przez personel medyczny posiadający wymagane kwalifikacje. Na dzień 31 grudnia 2021 r. oraz 31 maja 2022 r. KSU za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI) zgłosił do LOW NFZ odpowiednio 11,9% i 14,63% pracowników w innym wymiarze, niż wynikało to z wymiaru rzeczywistego zatrudnienia, co było działaniem nierzetelnym.

Ponadto w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie dokonywano regularnie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego. Skutkiem tego było korzystanie z trzech spośród 10 kontrolowanych aparatów i/lub sprzętów medycznych (przez okres od 48 do 62 dni) bez wymaganych przeglądów technicznych. Mimo posiadania przez KSU przejrzystych zasad kwalifikowania i przyjmowania pacjentów na rehabilitację pocovidową, nie były one w pełni przestrzegane. Szpital nie zaktualizował wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁶ prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego w zakresie dotyczącym jednostki organizacyjnej Laboratorium, która nie funkcjonowała od 2013 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja udzielania świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19

Opis stanu faktycznego

1. Świadczenia objęte Programem udzielane były na podstawie umów zawartych z LOW NFZ w następujących zakładach leczniczych KSU:

- Szpitalu Jednospecjalistycznym (na oddziale rehabilitacji kardiologicznej, dalej: WRK) – 25 miejsc;
- Zakładzie Lecznictwa Uzdrawiskowego⁸ (dalej: SAN) - 158 miejsc.

W okresie od 19 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. w KSU rehabilitację w ramach Programu odbyły 723 osoby, a koszt świadczeń wyniósł 3035 tys. zł.

⁶ Dalej: Rejestr Podmiotów lub RPWDL.

⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ W jego skład wchodziły następujące jednostki organizacyjne zakładów: Szpital Uzdrawiskowy, Sanatorium Uzdrawiskowe oraz Zakład Przyrodolecznicy i Fizjoterapii.

Dane dotyczące ww. jednostek i komórek organizacyjnych zawarte były w Księdze rejestrowej⁹ i były zgodne z zapisami Regulaminu organizacyjnego Szpitala¹⁰.

Zarówno w Księdze rejestrowej, jak i w Regulaminie, w ramach Szpitala Jednospecjalistycznego została wyodrębniona jednostka organizacyjna – Laboratorium, która nie funkcjonowała w ramach KSU od 2013 r. Od 1 marca 2018 r. do 2 września 2022 r. usługi medyczne w zakresie badań laboratoryjnych dla KSU świadczył inny podmiot. W związku z powyższym dane wpisane do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą były w tym zakresie nieaktualne. KSU nie posiadał także zaktualizowanego w tym zakresie Regulaminu.

(akta kontroli tom 1 str. 6-214, 216-219, 234-298, tom 2 str. 12, 16-17)

2. W Regulaminie Szpitala określono organizację i zadania komórek organizacyjnych oraz przebieg procesu udzielania świadczeń dla pacjentów objętych działalnością profilaktyczną, w rodzaju leczenie uzdrowiskowe i rehabilitacja lecznicza, w zakresie chorób układu krążenia. Mimo udzielania przez Szpital świadczeń z zakresu rehabilitacji pocovidowej w okresie od 19 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. Regulamin nie został zaktualizowany o ww. zakres świadczeń.

Dyrektor wyjaśnił, że przystępując do realizacji Programu, w Szpitalu nie były uruchamiane żadne nowe świadczenia zdrowotne a w związku z tym nie były tworzone nowe komórki organizacyjne. Szpital realizując ten program wykorzystał dotychczas posiadany potencjał i sprzęt mieszczący się w jednostkach i komórkach organizacyjnych KSU.

(akta kontroli tom 1 str. 258-298, tom 2 str. 17)

3. Zasady przyjmowania osób skierowanych na rehabilitację zostały wprowadzone Instrukcją przyjęcia pacjenta na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19 do KSU z 2 czerwca 2021 r. (dalej: Instrukcja przyjęcia) oraz Procedurą prowadzenia list oczekujących na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19 w KSU z 19 kwietnia 2021 r. (dalej: Procedura prowadzenia list).

W Instrukcji przyjęcia ustalono m.in., że:

- przyjęcia pacjentów mogą odbywać się w trybie planowym (przypadek stabilny), po uprzednim zapisaniu na listę oczekujących lub poprzez przeniesienie z innego szpitala, po telefonicznym uzgodnieniu (przypadek pilny);
- podstawą do przyjęcia rezerwacji na turnus jest otrzymanie przez Szpital prawidłowo wystawionego skierowania – zgodnie z wytycznymi, po zakończonym leczeniu potwierdzonej choroby COVID-19 dodatnim wynikiem testu PCR lub wypisem ze szpitala.

W Procedurze prowadzenia list określono m.in., że:

- na listę oczekujących wprowadza się numer prawidłowo wystawionego skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- uzupełnia się datę wypisu ze szpitala oraz numer kontaktowy do pacjenta;
- ustala się termin udzielania świadczeń;
- przydziela się pokój;
- w przypadku rezygnacji z pobytu, następne osoby w kolejce oczekujących mają możliwość skorzystania z wcześniejszego terminu rehabilitacji.

⁹ Księga rejestrowa była prowadzona oddzielnie dla każdego podmiotu leczniczego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Każda Księga posiada numer, za pośrednictwem którego identyfikuje się dany podmiot oraz daje możliwość sprawdzenia podmiotu w systemie RPWDL.

¹⁰ Zarządzenie Nr 7/2021 Dyrektora KSU z 24 marca 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego KSU w Nałęczowie SP ZOZ, dalej: Regulamin.

Przyjęte w KSU zasady przyjmowania pacjentów oraz ustalania terminów leczenia zapewniały równy dostęp do świadczeń dla osób kierowanych na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19.

Rzetelność prowadzenia ewidencji oczekujących¹¹ i realizacji obowiązku zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń, sprawdzono na podstawie losowo wybranej grupy 40 pacjentów zapisanych na dwie listy oczekujących¹² w miesiącach: czerwiec 2021 r. oraz luty, marzec i kwiecień 2022 r. (po 10 osób). Listy oczekujących WRK i SAN, zawierały: liczbę porządkową, datę i godzinę wpisu, nazwisko i imię oraz adres, PESEL, rozpoznanie (kod icd-9) oraz informację o rodzaju stanu (stabilny, pilny), nr telefonu, planowaną datę pobytu, nr pokoju, imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie, datę i przyczynę skreślenia (na listach przyczyna skreślenia nie była podawana). W ewidencji oczekujących, w 15 przypadkach spośród ww. grupy 40 pacjentów, dokonano zmiany terminu udzielenia świadczenia. W sześciu przypadkach nastąpiło przyjęcie na rehabilitację w skróconym terminie¹³ z pominięciem kolejki oczekujących w sytuacji oczekiwania pozostałych pacjentów na miejsce, a w 13 przypadkach pacjenci zapisani w terminach późniejszych na listę oczekujących, zostali przyjęci przed pacjentami zapisanymi w terminach wcześniejszych.

(akta kontroli tom 1 str. 318, 322-323, 386-387, tom 2 str. 12-13, 17-18)

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacji postcovidowej na dzień 30 czerwca i 31 grudnia 2021 r. oraz na dzień 31 marca 2022 r. wyniosła w przypadku pacjentów Zakładu Lecznictwa Uzdrowskiego odpowiednio: 272, 362 i 536, a w przypadku pacjentów Szpitala Jednospecjalistycznego 0, 69 i 134. Osoby zapisane na ww. rodzaje rehabilitacji były w stanie stabilnym. W okresie od 19 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. w komórkach organizacyjnych KSU rehabilitację pocovidową odbywało jednocześnie od trzech do 71 pacjentów.

(akta kontroli tom 1 str. 393, tom 2 str. 2-11)

4. Analiza dokumentacji medycznej 40 pacjentów¹⁴ wykazała, że:

- świadczenia w ramach Programu realizowane były (w 40 przypadkach) na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu potwierdzonej¹⁵ choroby COVID-19;
- skierowania zostały złożone do KSU, a rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 nastąpiło w terminie do 12 miesięcy (w 37 przypadkach) oraz w terminie do sześciu miesięcy (w trzech), od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19;
- dokonywano oceny dolegliwości (w 40 przypadkach) utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od zera do 10;
- nie dokonywano oceny stanu zdrowia w skali od zera do czterech (w 40 przypadkach) na podstawie codziennego funkcjonowania pacjenta i odczuwania objawów po przebyciu COVID-19;
- nie udokumentowano (w 40 przypadkach) weryfikacji wcześniejszego udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej lub w Programie pilotażowym (weryfikacja odbywała się na podstawie ustnego zapewnienia pacjenta);

¹¹ Kolejka oczekujących (rehabilitacja pocovidowa wrk) i Kolejka oczekujących (rehabilitacja pocovidowa sanatoryjny) (dalej odpowiednio: Lista oczekujących wrk i Lista oczekujących san).

¹² W KSU realizacja Programu prowadzona była w Oddziale Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej, (dalej: WRK) i w Sanatorium Uzdrowskim (dalej: Sanatorium) oraz z korzystaniem ze świadczeń w Zakładzie Przyrodoleczniczym i Fizjoterapii (dalej: Zakład).

¹³ Różnica między datą wpisu na listę oczekujących, a datą planowanego terminu rehabilitacji wynosiła od zera do sześciu dni. Według ewidencji prowadzonej w KSU (list oczekujących) wszyscy pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia wpisywani byli jako przypadki stabilne.

¹⁴ Dobór próby opisano w pkt 3 wystąpienia.

¹⁵ Dodatnim wynikiem testu PCR w kierunku SARS-CoV-2 lub wypisem z leczenia szpitalnego.

- w 24 przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentów znajdowały się wyniki badań diagnostycznych wymagane przy kwalifikacji do leczenia¹⁶, a w 16 przypadkach badania te były niekompletne, tj.: w trzech nie było wyników badań CRP, w 12 aktualnych wyników badań EKG, w dwóch aktualnej morfologii; w jednym wyniku badania obrazowego RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem wykonanym w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, w jednym nie było natomiast żadnych badań.

(akta kontroli tom 1 str. 388-392)

5. Zgodnie z Programem, organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego, w którym miały być wykonywane świadczenia, powinny być zgodne z wymogami wynikającymi z rozporządzeń Ministra Zdrowia¹⁷. Podmiot zobowiązany był również zapewnić: stanowisko do tlenoterapii (jedno na 10 pacjentów); kardiomonitor; pulsoksymetrię; wagę medyczną; aparat EKG; defibrylator; spirometr; nebulizatory; inhalatory dżwiękowe; stół do terapii manualnej; system do treningów monitorowanych oraz wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych (ergometr rowerowy, wiosłowy lub bieżnia ruchoma, nie mniej niż jeden na 10 świadczeniobiorców). Szpital posiadał ww. wyposażenie w ilości wymaganej (za wyjątkiem sprzętu do treningów interwałowych¹⁸) oraz zapewnił całodobowy dostęp do badań diagnostycznych (za wyjątkiem gazometrii oraz całodobowego dostępu do RTG), co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Podczas przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że:

- 1) wejście do budynku Szpitala usytuowane było na poziomie gruntu (bez progu) i było dostosowane dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;
- 2) w częściach wspólnych (mieszczących się na I, II i III piętrze) nie zapewniono węzłów sanitarnych dla świadczeniobiorców, z wyjątkiem poziomu minus jeden (dwa osobne pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla kobiet i mężczyzn); pacjenci korzystali z węzłów sanitarnych we własnych pokojach¹⁹ lub na poziomie minus jeden, w których nie było poręczy i uchwytów;
- 3) w obiekcie znajdowały się trzy pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową (w tym jedno w pokoju przeznaczonym na pobyt osób niepełnosprawnych);
- 4) w budynku wielokondygnacyjnym Szpitala znajdowały się dwie windy, umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich;
- 5) w zakładzie rehabilitacyjnym w zakresie wyposażenia do zabiegów kinezyterapeutycznych wymaganego w miejscu udzielania świadczeń była:
 - a) sala kinezyterapii wyposażona w: drabinki rehabilitacyjne, materace do kinezyterapii, rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych, Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL), stół do ćwiczeń manualnych

¹⁶ Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia: 1) badania obrazowe RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem, wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; 2) aktualna morfologia, CRP; 3) aktualne badanie EKG (nie było obowiązkowe w przypadku, gdy realizator rehabilitacji mógł je wykonać przy przyjęciu pacjenta); 4) inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta; 5) przy dominującym problemie kardiologicznym badanie echokardiograficzne serca, wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.

¹⁷ Z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnicy lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1838, ze zm.) (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań) lub z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265) (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń).

¹⁸ Szpital posiadał: jeden cykloergometr, dwa ergometry rowerowe, bieżnię ruchomą oraz dwa rowery rehabilitacyjne stacjonarne.

¹⁹ W części pokoi na I piętrze w węzłach sanitarnych znajdowały się poręcze i uchwyty, na II i III piętrze brak było poręczy i uchwytów w węzłach sanitarnych mieszczących się w pokojach pacjentów.

(ręki), stół rehabilitacyjny (podczas oględzin znajdował się w innej sali zabiegowej);

- b) sala do zabiegów fizykoterapeutycznych wyposażona w: zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości, lampę do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym, zestaw do magnetoterapii; zestaw do terapii falą ultradźwięków oraz zestaw do biostymulacji laserowej.

Szpital Uzdrowski mieścił się na I i II piętrze²⁰, stanowił wydzieloną część zakładu lecznictwa uzdrowskiego i położony był w strefie „A” ochrony uzdrowskiej. Pokoje łóżkowe wyposażone były w system sygnalizacji przywoławczej. Budynek Szpitala składał się z zespołów pomieszczeń pielęgnacyjnych i wspólnych pomieszczeń ogólnych. W skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych wchodziły: pokoje łóżkowe (wyposażone m.in. w umywalkę z zimną i ciepłą wodą), gabinet lekarski oraz dwa punkty pielęgniarskie²¹. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów przy pokojach łóżkowych lub zbiorowe, wyposażone były w: miskę ustępową, umywalkę i natrysk²², nie posiadały natomiast dozownika z mydłem w płynie, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnika na zużyte ręczniki, tj. wyposażenia wymaganego przez ww. rozporządzenie. Jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne na I piętrze i jedno na II piętrze było dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich. W Szpitalu nie było odrębnego gabinetu zabiegowego (był jeden wspólny dla Szpitala Jednospecjalistycznego, Szpitala Uzdrowskiego, Sanatorium Uzdrowskiego oraz Zakładu Przyrodoleczniczego i Fizjoterapii). Podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, były wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych. Ściany wokół umywalk i zlewozmywaków były wykończone w sposób zabezpieczający ściany przed zawilgoceniem. Szpital nie posiadał samodzielnego zespołu pomieszczeń ogólnych. W skład zespołu pomieszczeń ogólnych wchodziły: pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu (na II piętrze) oraz pomieszczenie porządkowe²³. W Szpitalu nie było pokoju²⁴ dla pracowników medycznych i administracyjnych oraz oddzielnej jadalni i pomieszczenia przeznaczonego do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów. W Szpitalu prowadzącym leczenie w zakresie kardiologii, nie było wymaganego stanowiska wzmożonego nadzoru kardiologicznego w wydzielonym pomieszczeniu, z możliwością prowadzenia stałego nadzoru, w szczególności zapewniającego pracownikom możliwość obserwacji pacjenta. Stanowisko takie mieściło się jedynie w Szpitalu Jednospecjalistycznym²⁵.

Sanatorium Uzdrowskie mieściło się na II i III piętrze²⁶ i stanowiło wydzieloną część zakładu lecznictwa uzdrowskiego, położone w strefie „A” ochrony

²⁰ Odpowiednio 25 i 29 łóżek.

²¹ Wspólne odpowiednio na: I piętrze dla Szpitala i WRK, na II piętrze – dla Szpitala i Sanatorium Uzdrowskiego.

²² W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych zbiorowych nie było natrysku.

²³ Znajdujące się na II piętrze pomieszczenie służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, również do zbierania brudnej bielizny i odpadów, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym.

²⁴ Pokój socjalny pełnił funkcję pokoju salowych.

²⁵ Wyposażone było w: dwa antystatyczne łóżka do intensywnej terapii dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych; zestaw do reanimacji, w skład którego wchodzi co najmniej: defibrylator, elektryczne urządzenie do ssania, zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny), instalacje gazów medycznych, kardiomonitor przy każdym łóżku.

²⁶ Odpowiednio na II piętrze 41 łóżek i na III piętrze 63 łóżka.

uzdrowiskowej. W skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych wchodziły: pokoje łóżkowe²⁷; dwa gabinety lekarskie i dwa punkty pielęgniarskie²⁸. Podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane były świadczenia zdrowotne były wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów przy pokojach łóżkowych wyposażone były co najmniej w: miskę ustępową, umywalkę i natrysk. W pomieszczeniach tych nie było: dozownika z mydłem w płynie, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnika na zużyte ręczniki, tj. wyposażenia, o którym mowa w rozporządzeniu. Jedno pomieszczenie na III piętrze było dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich. Ściany wokół umywalk i zlewozmywaków były wykończone w sposób zabezpieczający ścianę przed zawilgoceniem. W Sanatorium Uzdrowiskowym nie było gabinetu zabiegowego²⁹ oraz samodzielnego zespołu pomieszczeń ogólnych³⁰.

Zakład Przyrodolecznicy i Fizjoterapii mieścił się na poziomie minus jeden oraz na I i na II piętrze. W skład Zakładu wchodziły następujące pomieszczenia:

- sala kinezyterapii stanowiąca odrębne pomieszczenie³¹,
- sale do terapii indywidualnej³²;
- gabinet masażu leczniczego, stanowiący odrębne pomieszczenie.

W Zakładzie nie było gabinetów lekarskich, punktów pielęgniarskich oraz pomieszczeń zabiegowych zaopatrzonych w leki pierwszej pomocy i w zestaw do udzielania pierwszej pomocy.

W Zakładzie Przyrodolecznicy i Fizjoterapii znajdowały się urządzenia wykorzystywane w:

- balneoterapii - wanny do kąpieli leczniczych;
- peloidoterapii;
- hydroterapii – wanny do kąpieli perełkowych, wirowych i hydromasażu;
- termoterapii - zestaw do kriostymulacji parami azotu;
- fototerapii (lampa do naświetlań promieniowaniem podczerwonym lub ultrafioletowym; zestaw do biostymulacji laserowej);
- fizykoterapii (zestaw do elektroterapii z osprzętem, zestaw do magnetoterapii, zestaw do ultradźwięków).

Sala wypoczynkowa umożliwiająca wypoczynek po danym rodzaju zabiegów znajdowała się:

- przy kąpielach i zawijalniach peloidowych, ale bez liczby leżanek odpowiadającej liczbie, co najmniej 1,5 razy większej od liczby stanowisk zabiegowych³³ wspólna dla obydwu płci, wykorzystana naprzemiennie;
- przy sali muzykoterapii - umożliwiającej wypoczynek w pozycji siedzącej.

W Zakładzie nie było sali wypoczynkowej przy kąpielach mineralnych, wypoczynek odbywał się w pokojach pacjentów, co było niezgodne z wymogami o których mowa

²⁷ Wyposażone co najmniej w umywalkę z zimną i ciepłą wodą oraz pojemniki na odpadki.

²⁸ Jeden na III piętrze oraz wspólny na II piętrze dla Szpitala Uzdrowiskowego i Sanatorium Uzdrowiskowego.

²⁹ Jeden wspólny dla Szpitala Jednospecjalistycznego, Szpitala uzdrowiskowego, Sanatorium uzdrowiskowego i Zakładu Przyrodolecznicy i Fizjoterapii.

³⁰ Pokoju pracowników medycznych i administracyjnych; pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu; pomieszczenia porządkowego; jadalni i pomieszczenia przeznaczonego do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.

³¹ Z następującym wyposażeniem: drabinki rehabilitacyjne, piłki lekarskie, sensoryczne oraz gimnastyczne z uchwytami, taśmy do ćwiczeń, trenery dłoni, rzemień rehabilitacyjny, skakanki, materace gimnastyczne.

³² Z następującym wyposażeniem: uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego, rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych, stół do ćwiczeń manualnych ręki, cykloergometr, brak stołu rehabilitacyjnego oraz bieżni ruchomej (znajdowała się na korytarzu przy dyżurce pielęgniarek w Szpitalu Jednospecjalistycznym).

³³ Były: cztery stanowiska do zawijania, a dwie leżanki i dwa stanowiska siedzące.

w rozporządzeniu w sprawie wymagań. Ściany i posadzki pomieszczeń, w których odbywały się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii były wyłożone materiałem wodoszczelnym i pozwalającym na ich łatwe mycie i dezynfekcję, a posadzki dodatkowo były wyłożone materiałem zabezpieczającym przed poślizgiem. Do pomieszczeń, w których odbywały się zabiegi balneoterapii, peloidoterapii i hydroterapii, do stanowisk zabiegowych była doprowadzona woda ciepła i zimna; przy wannach kąpielowych były zamocowane uchwyty ułatwiające pacjentowi wejście i wyjście z wanny oraz instalacja przywoławcza; pomieszczenia, w których wykonywane były zabiegi, były wyposażone w zegary pozwalające na określenie czasu trwania zabiegu. W Zakładzie Przyrodoleczniczym (tylko na poziomie minus jeden) znajdowały się trzy pomieszczenia higieniczno-sanitarne, osobno dla personelu, kobiet i mężczyzn. Pomieszczenia Zakładu posiadały: wentylację grawitacyjną (za wyjątkiem pomieszczeń hydroterapeutycznych - tylko wentylacja nawiewno-wywiewna); wentylację nawiewno-wywiewną w: kuchniach borowinowych, pomieszczeniach peloidoterapii, pomieszczeniach zabiegów hydroterapeutycznych i salach kinezyterapii. W pomieszczeniu zabiegów inhalacyjnych była tylko wentylacja grawitacyjna, nie było wentylacji nawiewno-wywiewnej. Pomieszczenie, w którym w celach leczniczych wykorzystywany był dwutlenek węgla (CO₂) było wyposażone w wentylację mechaniczną wyposażoną w wyciąg dolny. Pomieszczenie zabiegowe do zawiązań lub kąpieli peloidowych nie było wyposażone, oprócz urządzenia zabiegowego, w wannę do kąpieli oczyszczającej z baterią natryskową lub kabinę natryskową. Zużyta borowina była odprowadzona poza obręb Szpitala, a proces technologiczny użytkowania peloidów wykluczał możliwość używania do zabiegów, peloidów zużytych (odpadowych). Przechowywane peloidy były odpowiednio zabezpieczone przed ich zanieczyszczeniem i wysuszeniem – znajdowały się w magazynie borowinowym na poziomie minus jeden.

W Zakładzie wód leczniczych nie było układu instalacji, która powinna zabezpieczać przed nadmiernymi stratami składników gazowych, a doprowadzenie do wanien wód leczniczych zgazowanych nie następowało od dołu, gdyż wody te były wlewane z butelek litrowych otwieranych przed zabiegiem. Instalacje wody ciepłej i zimnej dla hydroterapii zapewniały zasilanie w wodę o ciśnieniu co najmniej czterech atmosfer. Urządzenia i instalacje doprowadzające wodę ciepłą i zimną były oznakowane w sposób umożliwiający ich rozróżnienie. Preparaty używane do kąpieli i sole kąpielowe były przechowywane w trwałych pojemnikach chroniących przed ich zanieczyszczeniem. Przepisy porządkowe dla korzystających z urządzeń Zakładu oraz informacja o rodzaju zabiegów wykonywanych w Zakładzie i godzinach ich wykonywania, były wywieszane w widocznym miejscu. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej podlegały okresowym przeglądom, czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, a dokonanie tych czynności zostało udokumentowane. Szpital zgodnie z § 18 rozporządzenia w sprawie wymagań należy dostosować w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2022 r.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital posiada zaakceptowany³⁴ przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego program dostosowania do wymagań zawartych w rozporządzeniu. Szpital obecnie spełnia większość wymagań rozporządzenia. W obecnej sytuacji pandemicznej nie jesteśmy pewni roli jaką możemy pełnić w przyszłości. Niepewna sytuacja pandemiczna i ekonomiczna sprawia, że trudno jest podejmować decyzje strategiczne o charakterze rozwojowym. Istnieje wysokie ryzyko niedotrzymania terminu określonego w rozporządzeniu.

³⁴ Z dnia 5 lipca 2012 r.

Na podstawie analizy dokumentacji technicznej 10 szt. aparatury i sprzętu medycznego o najwyższej wartości ustalono, że trzy urządzenia zostały poddane przeglądowi technicznemu po upływie od 48 do 62 dni od dnia ważności ostatniego przeglądu technicznego.

(akta kontroli tom 1 str. 310-311, tom 2 str. 14-15, 20-21, 43-44, 126-159)

6. Na dzień 31 grudnia 2021 r. oraz 31 maja 2022 r. personel medyczny, zatrudniony w KSU i wykonujący swoje obowiązki w komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji pocovidowej w ramach Programu, spełniał wymogi w zakresie posiadanych kwalifikacji oraz liczby etatów. We wskazanych terminach w KSU, w tym przy realizacji świadczeń w ramach Programu, zatrudnionych było odpowiednio dziewięciu³⁵ i ośmiu lekarzy³⁶, w tym siedmiu posiadających przynajmniej dwie wymagane zarządzeniami Prezesa NFZ specjalizacje (pierwsza w zakresie chorób wewnętrznych³⁷ i druga w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub medycyny nuklearnej lub kardiologii). Jeden lekarz, który był zatrudniony do 31 grudnia 2021 r., posiadał dwie specjalizacje (pierwszego i drugiego stopnia z medycyny ogólnej oraz z medycyny rodzinnej), które nie zostały wskazane w zarządzeniach Prezesa NFZ.

Na dzień 31 grudnia 2021 r. oraz 31 maja 2022 r. w KSU, w tym w komórkach realizujących świadczenia w ramach Programu zatrudnionych było 15 pielęgniarek (co pozwalało na zapewnienie całodobowej opieki pacjentów), 13 fizjoterapeutów, trzech masażyistów (zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy) oraz psycholog w wymiarze jednego etatu. Odpowiednio pięciu (11,9%) spośród 42 pracowników oraz dziewięciu (14,63%) spośród 41 pracowników, zostało zgłoszonych do LOW NFZ za pośrednictwem SZOI w innym wymiarze, niż byli zatrudnieni. Ponadto dwóch masażyistów zostało zgłoszonych do LOW NFZ w SZOI jako świadczących pracę w WRK, mimo, że nie posiadali uprawnień fizjoterapeuty.

(akta kontroli tom 1 str. 6-214, 216-219, 299-309, tom 2 str. 48-51, 170-171)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Szpital nie zgłosił Wojewodzie Lubelskiemu, który prowadzi Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, informacji o likwidacji jednostki organizacyjnej – Laboratorium, w terminie 14 dni od zaprzestania jej funkcjonowania (tj. od 2013 r.; w związku ze świadczeniem usług medycznych w tym zakresie przez podmioty zewnętrzne), co było niezgodne z art. 107 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁸.

Dyrektor wyjaśnił, że brak decyzji o likwidacji tej jednostki organizacyjnej podyktowany był dbałością o interes Szpitala na wypadek, gdyby jakość udzielanych świadczeń przez podwykonawcę w zakresie usług laboratoryjnych lub ich koszty były niewspółmierne do rzeczywistych kosztów wykonywania takich badań. KSU nadal korzysta z usług podwykonawcy, a obowiązek dokonania zmiany w Księdze Rejestrowej został przeoczony.

(akta kontroli tom 1 str. 234-250, tom 2 str. 12, 16-17)

³⁵ W łącznym wymiarze czasu pracy wynoszącym cztery etaty (dotyczy pięciu specjalistów), dwóch zatrudnionych na umowę kontraktową oraz dwóch na umowę zlecenie (w tym jeden w trakcie specjalizacji z kardiologii).

³⁶ W łącznym wymiarze czasu pracy wynoszącym 3,2 etatu (dotyczy pięciu specjalistów), dwóch zatrudnionych na umowę kontraktową oraz jeden na umowę zlecenie (w trakcie specjalizacji z kardiologii).

³⁷ Co najmniej pierwszego stopnia - dotyczy siedmiu lekarzy.

³⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm. (dalej: ustawa o działalności leczniczej).

2. W okresie od 19 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. przy realizacji świadczeń w ramach Programu³⁹, w Szpitalu nie przestrzegano zasad określonych w Instrukcji przyjęcia. Szpital przyjął sześciu pacjentów na rehabilitację poza kolejnością⁴⁰, w sytuacji oczekiwania pozostałych na miejsce. Przyjęto także 13 pacjentów zapisanych w terminach późniejszych na listę oczekujących przed pacjentami zapisanymi w terminach wcześniejszych, nie dokonując stosownych adnotacji na listach oczekujących na temat przyczyn i okoliczności tych zmian. Według prowadzonych przez Szpital ewidencji oczekujących wszystkie przypadki (19) były przypadkami stabilnymi. Zgodnie z ww. Instrukcją, przyjęcia pacjentów odbywają się w trybie planowym dla przypadków stabilnych po uprzednim zapisaniu ich na listę oczekujących, a dla przypadków pilnych poprzez przeniesienie z innego szpitala po telefonicznym uzgodnieniu.

Dyrektor wyjaśnił, że w dwóch przypadkach nastąpiło natychmiastowe przyjęcie na rehabilitację, pomimo oczekiwania pozostałych pacjentów na miejsce, w celu umożliwienia jak najszybszej rehabilitacji w związku z ciężkim przebiegiem choroby. W przypadku pozostałych czterech osób ulegliśmy prośbom pacjentów i przychyliliśmy się do ustalenia terminu jak najszybciej w związku z pojawiającymi się wolnymi miejscami. Z naszego doświadczenia wynikało, że wielu pacjentom zależało na odbyciu rehabilitacji pocovidowej w dogodnym dla nich terminie. W 13 przypadkach pacjenci zapisani w terminach późniejszych na listach oczekujących zostali przyjęci przed pacjentami zapisanymi w terminach wcześniejszych z powodu niewyrażenia zgody na zmianę terminu. W przypadku wszystkich pacjentów podejmowane były próby zmian terminów na wcześniejsze podczas kontaktów telefonicznych. Niestety działania te nie zostały udokumentowane.

(akta kontroli tom 1 str. 318, 322-323, 386-387, tom 2 str. 12-13, 17-18)

3. W ramach badanej próby 40 pacjentów stwierdzono działania niezgodne z wymogami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr.: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r., tj.:

a) w 40 przypadkach nie udokumentowano przy pomocy kwestionariusza oceny codziennego funkcjonowania pacjenta po przebyciu COVID-19 wg F.A. Klok 2020.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że nie były wypełniane te kwestionariusze przez przeoczenie, gdyż nie było takiego wymogu w pierwszej wersji zarządzenia. Wszyscy przyjęci pacjenci spełniali kryterium kwalifikacji (wynik 1-4 przy ocenie stanu zdrowia w skali od 0 do 4 na podstawie codziennego funkcjonowania pacjenta i odczuwania objawów po przebyciu COVID-19), co było oceniane w trakcie pierwszego badania lekarskiego, a istniejące deficyty odnotowane w dokumentacji.

(akta kontroli tom 1 str. 388-392, tom 2 str. 13-14, 43)

b) w 16 przypadkach w dokumentacji medycznej nie było badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji do leczenia w ramach Programu lub były one niekompletne. Dla 12 pacjentów KSU nie wykonywał badań EKG, w przypadku braku aktualnego;

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że pacjenci przedstawili wymagane badania dodatkowe w chwili przyjęcia na rehabilitację. Niestety, niektórym pacjentom, były one zwracane przy wyjeździe po zakończeniu rehabilitacji, bez archiwizacji ich w wersji elektronicznej, co było błędem. W trakcie kontroli Szpital skontaktował się z częścią pacjentów i odzyskał ww. wyniki. Poza tym badania te

³⁹ Sprawdzono na podstawie losowo dobranej grupy 40 pacjentów zapisanych na dwie listy oczekujących w miesiącach: czerwiec 2021 r. oraz luty, marzec i kwiecień 2022 r. (po 10 osób ze wskazanych miesięcy).

⁴⁰ Termin oczekiwania na przyjęcie dla tych pacjentów wynosił od zera do sześciu dni.

miały ułatwić kwalifikację do rehabilitacji, wykluczając pacjentów z toczącym się zakażeniem. Można to było zweryfikować innymi metodami (wywiad i badanie lekarskie, odległość w czasie od przebytego zachorowania). W pojedynczych przypadkach niekompletnych wyników, dużym problemem była decyzja o odesłaniu pacjentów z tego powodu do miejsca zamieszkania, nierzadko wiele kilometrów. Dlatego uznano, że w takich przypadkach priorytetem jest wykonanie świadczenia.

(akta kontroli tom 1 str. 388-392, tom 2 str. 13-14, 43)

4. KSU nie zapewnił pacjentom⁴¹ korzystającym ze świadczeń w ramach Programu, całodobowego dostępu do RTG i gazometrii, co było niezgodne z warunkami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr.: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że Szpital zapewnia całodobowy dostęp do niezbędnych badań diagnostycznych, tj.: pomiary RR, EKG, spirometria, badania diagnostyczne wykonywane w stanach nagłych na miejscu (oznaczenie troponin, glikemii, SaO₂ za pomocą pulsoksymetru) oraz badań laboratoryjnych zgodnie z umową zawartą z podwykonawcą. Szpital nie posiada pracowni RTG i urządzeń do wykonywania gazometrii, o czym wiedział Płatnik przy podpisywaniu umowy. Badania RTG były wykonywane u wybranych pacjentów w innym podmiocie w Nałęczowie, bez konieczności zawierania umowy, realizowane po zgłoszeniu telefonicznym i przewiezieniu pacjenta naszym transportem w godzinach 8-15. W godzinach nocnych i świątecznych dostęp do badań RTG w stanach nagłych był możliwy jedynie po przewiezieniu do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Wykonywanie gazometrii jest wskazane u pacjentów z nasiloną dusznością, hospitalizowanych w oddziałach pulmonologicznych. W naszych warunkach wystarczającym wskaźnikiem jest oznaczenie wysycenia hemoglobiny tlenem SaO₂, który decyduje o konieczności skierowania pacjenta na oddział pulmonologiczny w celu leczenia specjalistycznego. W stanach zagrożenia życia dostęp do gazometrii był realizowany poprzez przewiezienie chorego do SOR. Szpital nie posiada zawartych umów z podwykonawcą na wykonywanie całodobowo badań RTG i gazometrii.

NIK zauważa, że art. 3 ust 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴² definiuje szpitalny oddział ratunkowy jako komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednostka ta nie jest wykorzystywana do leczenia planowego.

(akta kontroli tom 2 str. 14, 43-44, 126-137)

5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie dokonano przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego w terminie wynikającym z przedostatniego przeglądu technicznego. Trzy spośród 10 szt. aparatury i sprzętu medycznego (objętych próbą kontrolną) zostały poddane przeglądowi technicznemu po upływie od 48 do 62 dni od daty ważności poprzedniego przeglądu technicznego, co było niezgodne z zaleceniami producenta sprzętu.

Dyrektor wyjaśnił, że przyjętą zasadą w Szpitalu jest zgłaszanie telefoniczne wszystkich zapotrzebowań na okresowe przeglądy techniczne jednostkom uprawnionym na miesiąc przed upływem terminu ważności. Takie działanie w przeszłości było wystarczającym dla zachowania ciągłości sprawności urządzeń. Podczas kontaktowania się z wymienionymi firmami informowano o występujących

⁴² Dz. U. z 2022 r. poz. 1720.

u nich utrudnieniach w związku z pandemią. Zlecenia dokonano na miesiąc przed upływem terminu, w każdym z omawianych przypadków, a czynniki zewnętrzne sprawiły, iż termin oczekiwania na przegląd wydłużył się. Przyjęty sposób działania w omawianej sprawie w przeszłości nie powodował przekroczeń terminów.

(akta kontroli tom 2 str. 14, 19-20, 126-137)

6. Szpital nie zapewnił wymaganego sprzętu do treningów interwałowych (w postaci ergometrów rowerowych lub/i bieżni ruchomej) w liczbie nie mniejszej niż jeden na 10 świadczeniobiorców, co było niezgodne z warunkami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r. W okresie od 19 maja 2021 r. do 31 maja 2022 r. w komórkach organizacyjnych KSU rehabilitację pocovidową odbywało jednocześnie od 51 do 71 pacjentów⁴³, mimo, że na wyposażeniu Szpitala znajdował się m.in. system do treningów monitorowanych i wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych składające się z dwóch ergometrów rowerowych i bieżni ruchomej, tj. w liczbie mniejszej niż jeden na 10 świadczeniobiorców.

Dyrektor wyjaśnił, że przystępując do prowadzenia rehabilitacji pocovidowej Szpital posiadał wymagane wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny. Plany zakładały przyjęcie 50 pacjentów. W niektórych okresach doszło do przekroczenia liczby pacjentów powyżej 50, co było spowodowane dużą liczbą chorych pacjentów w czasie trwania epidemii. Przyjmując powyżej 50 pacjentów Szpital kierował się ich dobrem. Zestaw cykloergometrów zawiera pięć urządzeń, w sytuacji podłączenia pacjenta cykloergometry były wyłączane z zestawu i spełniały swoje funkcje. Poinformował, że pacjentom zostały udzielone świadczenia zgodne ze zleceniem lekarskim.

(akta kontroli tom 2 str. 2-11, 126-137, 170, 182-183)

7. W okresie od 24 stycznia do 31 maja 2022 r. Szpital zatrudniał psychologa w wymiarze jednego etatu tj. niższym niż odpowiadający co najmniej ½ etatu przeliczeniowego na 25 pacjentów, co było niezgodne z warunkami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r. W ww. okresie w komórkach organizacyjnych KSU jednocześnie rehabilitację pocovidową odbywało od 51 do 71 pacjentów (w tym od 24 stycznia do 15 lutego 2022 r. – od 53 do 71 pacjentów; od 24 do 27 lutego, od 4 do 7 i od 21 do 28 marca, od 1 do 8 kwietnia oraz od 19 do 31 maja⁴⁴ 2022 r. – od 51 do 61 pacjentów).

Dyrektor wyjaśnił, że przystępując do prowadzenia rehabilitacji pocovidowej Szpital spełniał wymagania dotyczące zatrudnienia personelu w odpowiednim wymiarze. Plany zakładały przyjęcie 50 pacjentów. W niektórych okresach doszło do przekroczenia liczby pacjentów powyżej 50. Było to spowodowane dużą liczbą pacjentów wymagających natychmiastowego leczenia w czasie trwania epidemii. Od początku realizacji umowy na rehabilitację pocovidową liczba pacjentów odbywających jednocześnie rehabilitację nie przekraczała 50. Kolejne osoby były planowane w kolejce na następne miesiące, żeby nie przekraczać tego limitu. W kwietniu 2022 r. po decyzji Prezesa NFZ o zakończeniu Programu z dniem 30 czerwca 2022 r., powstał problem z wykonaniem świadczenia osobom oczekującym, zaplanowanym na lipiec, sierpień i wrzesień 2022 r. W celu zapewnienia im możliwości odbycia rehabilitacji, zostali oni przeplanowani i przyjęci przed 30 czerwca, co spowodowało w okresie kwiecień-czerwiec 2022 r., czasowe

⁴³ W tym od 19 maja do 2 czerwca 2021 r. – od 51 do 60 pacjentów, od 24 stycznia do 15 lutego 2022 r. – od 53 do 71 pacjentów; od 24 do 27 lutego, od 4 do 7 i od 21 do 28 marca, od 1 do 8 kwietnia oraz od 19 do 31 maja 2022 r. (wyjątkiem 22 maja) – od 51 do 61 pacjentów.

⁴⁴ Z wyjątkiem 22 maja.

zwiększenie liczby pacjentów powyżej 50, jednak wszystkie świadczenia z udziałem psychologa zostały u nich wykonane. Przyjmując większą ilość pacjentów powyżej 50 osób Szpital kierował się dobrem pacjenta.

(akta kontroli tom 1 str. 309, tom 2 str. 3-11, 48-51, 170, 182-183)

8. Szpital w sposób nierzetelny dokonywał zgłoszeń pracowników do LOW NFZ. Za pośrednictwem SZOI zgłosił⁴⁵ do LOW NFZ odpowiednio: pięciu (11,9%) spośród 42 pracowników oraz sześciu (14,63%) spośród 41 pracowników w innym wymiarze, niż wynikało to z rzeczywistego zatrudnienia, tj.: 1) masażysta - na dzień 31 grudnia 2021 r. i na dzień 31 maja 2022 r. zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu, a zgłoszony w SZOI odpowiednio w wymiarze – 30,0, i 43,4 godzin tygodniowo; 2) fizjoterapeuta - na dzień 31 grudnia 2021 r. i na dzień 31 maja 2022 r. zgłoszony w SZOI w wymiarze – 33,05 godzin tygodniowo, a zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu; 3) fizjoterapeuta - na dzień 31 grudnia 2021 r. i na dzień 31 maja 2022 r. zgłoszony w SZOI w wymiarze – 33,05 godzin tygodniowo, a zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu; 4) fizjoterapeuta - na dzień 31 grudnia 2021 r. i na dzień 31 maja 2022 r. zgłoszony w SZOI w wymiarze – 24,15 godzin tygodniowo, a zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu; 5) dietetyk - na dzień 31 grudnia 2021 r. i na dzień 31 maja 2022 r. zgłoszony w SZOI w wymiarze – 75,5 godzin tygodniowo, a zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu; 6) masażysta - na dzień 31 maja 2022 r. zgłoszony w SZOI w wymiarze – 50,36 godzin tygodniowo, a zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze jednego etatu.

Dyrektor wyjaśnił, że zgłoszenie w SZOI dotyczące wymaganego personelu medycznego do realizacji umowy WRK zostało dokonane właściwie, a technicy masażyści (którzy nie są wymagani) zostali błędnie zgłoszeni, jako dodatkowy personel. Spowodowało to jednocześnie nieprawidłowe wyliczenie zgłoszonych godzin pracy masażyistów przekraczające ich zatrudnienie, co było błędem i zostanie skorygowane. W związku z zatrudnieniem większej liczby fizjoterapeutów (niż wynika to z zawartych umów) kilku z nich zostało zgłoszonych w SZOI jedynie w wymaganym wymiarze godzin. Pozostałe godziny pracy tych fizjoterapeutów dotyczą pacjentów pełnopłatnych.

Pracownik zatrudniony na etacie dietetyka został zgłoszony w SZOI osobno do każdej umowy. Szpital posiada jeden Dział Żywienia i zatrudnia jednego dietetyka w wymiarze jednego etatu. Warunki obu umów nie precyzują wymaganego wymiaru zatrudnienia dietetyka, w związku z tym zostanie dokonana zmiana zgłoszenia w SZOI w tym zakresie (do połowy etatu do każdej z dwóch umów). Aktualne zgłoszenie było błędem Szpitala i zostanie to skorygowane.

NIK nie kwestionuje potrzeby zapewnienia wykonywania świadczeń we wskazanym wymiarze, jednak zwraca uwagę, że zgłoszenia w SZOI powinny odzwierciedlać faktyczny stan zatrudnienia.

(akta kontroli tom 2 str. 3-11, 48-51, 170-171, 183-184)

9. Szpital pomimo obowiązku, wynikającego z § 2 ust. 4 i 8-10 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza⁴⁶ (z kolejnymi aneksami) zawartej z LOW NFZ, nie dokonywał na bieżąco aktualizacji danych o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy. W okresie od 1 marca 2018 r. do 2 września 2022 r., KSU zlecał podmiotowi zewnętrznemu, który nie został wyszczególniony w „Wykazie podwykonawców” stanowiącym załącznik do umowy zawartej z LOW NFZ, wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań laboratoryjnych.

⁴⁵ Na dzień 31 grudnia 2021 r. oraz 31 maja 2022 r.

⁴⁶ Umowa nr 03-00-02949-17-03/03-17-05-02949-01.

Nie wykazał również podwykonawcy tej umowy w SZOI. Aneks w tej sprawie został zawarty dopiero 5 sierpnia 2022 r., a dane te zostały wprowadzone do SZOI.

Zgodnie z § 2 ust. 4 ww. umowy, świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy. Według § 2 ust. 8 tej umowy zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga aneksu do umowy oraz zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i zabiegów. Zmiany wymagają zgłoszenia dyrektorowi najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po ich powstaniu (§ 2 ust. 9). Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 9, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez NFZ aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu NFZ, na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. (ze zm.) w sprawie korzystania z Portalu NFZ oraz umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza to podwykonawca miał obowiązek dokonania wpisu w systemie SZOI. Obowiązek ten spełnił, ale wadliwie. Po interwencji NFZ zwróciliśmy się z prośbą do podwykonawcy o prawidłowe dokonanie wpisu.

NIK zauważa, że podwykonawca dokonuje wpisu w systemie SZOI po umożliwieniu tego w systemie przez Świadczeniodawcę, ale sprawdzenie wykonania tego obowiązku należy do Świadczeniodawcy. Wynika to z faktu, że Świadczeniodawca ma zawartą umowę z LOW NFZ i to Świadczeniodawca jest zobligowany do wskazania w załączniku nr 3 do umowy wszystkich podwykonawców zgodnie z ww. uregulowaniami umowy.

(akta kontroli tom 1 str. 6-105, 211-214, tom 2 str. 164-170, 181)

OCENA CZĄSTKOWA

Udzielanie przez KSU świadczeń rehabilitacyjnych po przebytej chorobie COVID-19 nie zawsze było prowadzone zgodnie z wymogami Programu. Podmiot nie zaktualizował wpisu do RPWDL prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego w zakresie dotyczącym wykreślenia jednostki organizacyjnej Laboratorium, która od 2013 r. nie funkcjonowała. KSU posiadał przejrzyste zasady kwalifikowania i przyjmowania pacjentów na rehabilitację pocovidową, ale nie były one w pełni przestrzegane. W skontrolowanej próbie dokumentacji medycznej 40 pacjentów brak było dokumentów potwierdzających, że dokonano weryfikacji czy osoby te brały już wcześniej udział w Programie rehabilitacji pocovidowej lub w Programie pilotażowym oraz oceny stanu zdrowia przy pomocy wymaganego kwestionariusza. W 16 przypadkach w dokumentacji medycznej nie było kompletnych badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji do leczenia w ramach Programu, a w przypadku braku aktualnego badania EKG nie wykonano go w KSU w 12 przypadkach. KSU nie zapewnił pacjentom całodobowego dostępu do RTG i gazometrii. W związku z zwiększonym przyjęciem pacjentów (w okresie od 19 maja 2021 r. do 31 maja 2022 r.) Szpital nie zapewnił posiadania wymaganego sprzętu do treningów interwałowych w ilości nie mniejszej niż 1 na 10 świadczeniobiorców. Nie dokonywano także regularnie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego, co skutkowało użytkowaniem trzech spośród 10 kontrolowanych

aparatów i/lub sprzętów medycznych przez okres od 48 do 62 dni bez ważnych i wymaganych przeglądów technicznych.

W okresie od 24 stycznia do 31 maja 2022 r. wymiar czasu pracy psychologa zatrudnionego w KSU (w tym w komórkach realizujących świadczenia w ramach Programu) nie stanowił równoważnika, co najmniej ½ etatu przeliczeniowego na 25 pacjentów. Personel udzielający świadczeń posiadał kwalifikacje spełniające wymagania określone w obowiązujących przepisach. Szpital w sposób nierzetelny dokonywał zgłoszeń pracowników do LOW NFZ, tj. w wymiarze niewynikającym z rzeczywistego zatrudnienia.

OBSZAR

2. Realizacja i rozliczanie świadczeń rehabilitacji pocovidowej

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Szpital zapewnił pacjentom:

- codzienny (w dniach wykonywania zabiegów) dostęp do lekarza w celu ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia oraz interwencji lekarskich;
- pomoc lekarską w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych, na wezwanie pielęgniarki;
- badanie lekarskie – co najmniej: wstępne (w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu); cotygodniowe kontrolne i końcowe (w ciągu 24 godzin przed wypisem);
- całodobową opiekę pielęgniarską (dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń);
- codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski;
- codzienny wieczorny obchód pielęgniarski;
- od 3,33 do 4,10 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, w tym dla 23 pacjentów zabiegi bodźcowe z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej;
- terapię psychologiczną i/lub psychoedukację i/lub terapię wspierającą pacjenta;
- edukację zdrowotną i dotyczącą promocji zdrowia.

Jednemu pacjentowi zapewniono specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia.

Dokonując analizy dokumentacji medycznej 40 losowo wybranych pacjentów w zakresie przeprowadzania przez Szpital oceny stanu zdrowia i monitorowania leczenia stwierdzono, że:

- nie dokonywano (w 40 przypadkach) oceny funkcjonowania pacjentów po przebyciu COVID-19, według wzoru określonego w załączniku nr 1 do Programu (ocena taka powinna być przeprowadzona co najmniej trzykrotnie);
- dokonano (w 40 przypadkach), co najmniej raz oceny dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od 0 do 10, według wzoru określonego w załączniku nr 2 do Programu;
- w zależności od dominującego problemu zdrowotnego, u 31 pacjentów dwukrotnie w trakcie pobytu wykonano na początku lub najszybciej, jak pozwalał stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta oraz na końcu leczenia: ocenę nasilenia duszności (w skali mMRC) lub ocenę funkcjonalną (w skali Barthel); u sześciu pacjentów jednokrotnie dokonano oceny funkcjonalnej (w skali Barthel); u jednego jednokrotnie oceny funkcjonalnej (w skali Barthel) i przeprowadzono test wysiłkowy z oceną tolerancji wysiłkowej; u jednego jednokrotnie oceny funkcjonalnej (w skali Barthel) i oceny stopnia wydolności serca (w skali NYHA); u jednego jednokrotnie oceny funkcjonalnej (w skali Barthel) i oceny nasilenia

duszności (w skali mMRC) oraz spirometrycznej oceny czynnościowej układu oddechowego.

W przypadku ww. 40 pacjentów, czas trwania rehabilitacji po COVID-19 wynosił od dwóch do 4,5 tygodnia (łącznie 830 dni). Pacjenci zgodnie z rekomendowanym programem leczenia – ustalonym według indywidualnych wskazań – korzystali z: kinezyterapii ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń ogólnousprawniających indywidualnych; usprawniania układu oddechowego; ćwiczeń równoważnych; ćwiczeń samoobsługi; innych ćwiczeń przywracających czynność układu oddechowego; metod neurofizjologicznych oraz treningu wytrzymałościowego; ćwiczeń na wolnym powietrzu; inhalacji indywidualnych; balneoterapii; masażu leczniczego; hydroterapii, fizykoterapii; treningów relaksacyjnych; edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia; leczenia dietetycznego; wspomaganie rehabilitacyjnego schorzeń współistniejących; terapii psychologicznej. Ponadto w ramach dodatkowych świadczeń: 10 pacjentom wykonano EKG, 34 miało codzienny pomiar, co najmniej ciśnienia i tętna, 14 otrzymywało leki niezbędne w procesie leczenia oraz jednej osobie wykonano badania laboratoryjne.

(akta kontroli tom 1 str. 388-392, tom 2 str. 22-42, 172-180)

2. Analiza dokumentacji medycznej 40 pacjentów wykazała, że Szpital sprawozdawał do NFZ, m.in. informacje w zakresie realizacji świadczenia rehabilitacji pocovidowej dotyczące:

- okresu leczenia,
- liczby osobodni,
- procedur medycznych według kodów ICD-9 i ich liczby.

Okres leczenia oraz liczba osobodni sprawozdana do NFZ była zgodna i wynikała z zapisów w dokumentacji medycznej pacjentów. W przypadku sprawozdawania procedur medycznych stwierdzono, że były one sprawozdawane nierzetelnie dla wszystkich osób z ww. próby.

(akta kontroli tom 1 str. 339-385, tom 2 str. 14, 18-19, 22-42)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W przypadku dziewięciu pacjentów (spośród 40, których dokumentację medyczną skontrolowano), nie udokumentowano wykonania, dwukrotnie w trakcie pobytu jednego z następujących badań: testu wysiłkowego z oceną tolerancji wysiłkowej, oceny nasilenia duszności (w skali mMRC), oceny stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA), oceny stopnia wydolności serca (w skali NYHA), spirometrycznej oceny czynnościowej układu oddechowego lub oceny funkcjonalnej (w skali Barthel). Było to niezgodne z warunkami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr.: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że dwukrotnej oceny skalą Barthel dokonywano rutynowo u wszystkich pacjentów, a dodatkowo każdy pacjent miał wykonaną spirometrię na początku rehabilitacji. Z powodu zaniedbań personelu wykonującego (pielęgniarki), ocena skalą Barthel u niektórych pacjentów, była wpisana do dokumentacji tylko jeden raz.

(akta kontroli tom 1 str. 388-392, tom 2 str. 13-14, 43)

2. Szpital zgłaszając do LOW NFZ 37 pacjentów (spośród 40) wykazał wszystkie dni pobytu pacjentów w Szpitalu (tj. 767 dni), zamiast osobodni zrealizowanej rehabilitacji pocovidowej. Tym samym Szpital nie zapewnił średnio co najmniej czterech zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie (pacjenci otrzymali średnio od 3,33 do 3,94 zabiegów fizjoterapeutycznych), co było niezgodne z uregulowaniami

zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr.: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r.

Dyrektor wyjaśnił, że w rozliczeniach ilości zabiegów, w umowach z NFZ, od wielu lat stosowane są zasady wymagane przez płatnika: 1) zgodnie z umową z NFZ zabiegi są wykonywane w „dni zabiegowe” od poniedziałku do soboty, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (niedziele i święta). W przypadku wykonywania zabiegów w sobotę pracownik otrzymuje jeden dzień wolny w tygodniu, a w związku z tym, liczba osobodni ujmowana w rozliczeniach z NFZ jest wyższa od liczby dni zabiegowych. Niedziela stanowi osobodzień zgłoszony do NFZ, ale nie stanowi ona dnia zabiegowego. 2) Jeśli przyjazd i wyjazd pacjenta następują w dniu zabiegowym, to pierwszy i ostatni dzień rozliczany jest łącznie jako jeden. 3) Jeśli z powodu pogorszenia stanu zdrowia, pacjent czasowo nie może korzystać z zabiegów, to są one wykonywane w kolejnych dniach jako dodatkowe, zachowując średnią dzienną liczbę zabiegów w całym okresie leczenia, z wyjątkiem, kiedy ww. zdarzenie ma miejsce w ostatnim tygodniu zaplanowanego pobytu (wtedy ze względu na brak możliwości wykonania pominiętych zabiegów, płatnik nie wymaga ich uzupełnienia). Po uwzględnieniu ww. zasad, u wszystkich zakwestionowanych pacjentów, średnia dzienna liczba zabiegów wyniosła co najmniej cztery.

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień Dyrektora, gdyż stawka 188 zł za udzielone świadczenia, została przyjęta za każdy osobodzień zrealizowanej rehabilitacji pocovidowej, na który składać się miały określone przez lekarza zabiegi. Świadczenia te miały zostać sfinansowane na podstawie sprawozdań i rachunków składanych przez realizatorów programu do właściwych Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

(akta kontroli tom 2 str. 22-42, 45-47, 169, 172-180, 184)

3. W przypadku 40 osób (których dokumentację medyczną skontrolowano) Szpital nierzetelnie sprawozdawał do LOW NFZ liczbę oraz rodzaj procedur medycznych wg kodów ICD-9, tj. m.in. procedur 89.08 i 94.335, mimo ich wykonania system informatyczny nie wykazywał ich do rozliczeń z NFZ. Procedurę 94.336 - wykazywał do rozliczeń z NFZ zawsze jako jeden, niezależnie, ile razy ta procedura miała zastosowanie. Skutkowało to powstaniem rozbieżności pomiędzy rzeczywiście udzielonymi świadczeniami, a informacjami przekazanymi do LOW NFZ w formie raportów z załącznikami xml.

Dyrektor wyjaśnił, że różnice pomiędzy procedurami medycznymi odnotowanymi w papierowej dokumentacji medycznej, a procedurami medycznymi sprawozdawanymi do NFZ w postaci pliku xml wynikały, m.in. z domyślnych ustawień systemu informatycznego w KSU, np.: „nie sprawozdaj do NFZ” lub w przypadku procedury wykonanej kilkakrotnie wysyłana była informacja do NFZ jako jeden.

NIK stwierdza, że Szpital nie przekazując kompletnych danych do LOW NFZ nierzetelnie wykonywał obowiązki sprawozdawcze. Skutkowało to powstaniem rozbieżności pomiędzy rzeczywiście udzielonymi świadczeniami, a informacjami przekazanymi w formie raportów z załącznikami. Nie miało to jednak wpływu na rozliczenie świadczeń rehabilitacji pocovidowej przez LOW NFZ, który akceptował składane przez Szpital raporty.

(akta kontroli tom 2 str. 14, 18-19, 22-42)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie od 19 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. KSU zapewnił kompleksową realizację świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19, lecz w przypadku dziewięciu pacjentów nie zostało to udokumentowane, co było

niezgodne z uregulowaniami zawartymi w załączniku nr 6a do zarządzeń Prezesa NFZ nr.: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r. KSU rzetelnie sprawozdawał do LOW NFZ dane dotyczące okresu leczenia i liczby osobodni, ale nierzetelnie (w przypadku 40 pacjentów, których dokumentację medyczną skontrolowano) w zakresie Procedur medycznych według kodów ICD-9 i/lub ich liczby. Nie miało to jednak wpływu na rozliczenie świadczeń rehabilitacji pocovidowej przez LOW NFZ, gdyż KSU otrzymało akceptację wszystkich złożonych raportów, a związku z tym stawkę 188 zł za każdy dzień pobytu każdego pacjenta.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski	<ol style="list-style-type: none">1. Dokonanie aktualizacji RPWDL w zakresie wykreślenia z niej jednostki organizacyjnej – Laboratorium.2. Rzetelne prowadzenie ewidencji pacjentów oczekujących na przyjęcie do Szpitala.3. Rzetelne dokumentowanie przeprowadzanych procedur medycznych.4. Udzielanie zabiegów w liczbie wymaganej zarządzeniami Prezesa NFZ.5. Rzetelne sprawozdawanie do LOW NFZ danych dotyczących udzielanych pacjentom procedur medycznych.6. Rzetelne zgłaszanie do LOW NFZ wymiaru zatrudnienia personelu medycznego.7. Zapewnienie sprzętu medycznego w rodzaju i ilości zgodnej z wymogami określonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ.8. Zapewnienie zatrudnienia personelu medycznego w wymiarze wymaganym zarządzeniami Prezesa NFZ.9. Terminowe dokonywanie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego.
Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Lublin, 21 października 2022 r.

Kontroler
Katarzyna Kuzioła
Główny specjalista kontroli państwowej

p.o. Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Szempruch

.....
podpis

.....
podpis