



LKA. 430.001.2023
Nr ewid. 8/2023/P/22/057/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**DOSTĘPNOŚĆ I JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ REHABILITACJI
DLA PACJENTÓW PO PRZEBYTEJ CHOROBY COVID-19,
FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ
Z FUNDUSZU PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19**

DELEGATURA W KATOWICACH

MISJA

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

Informacja o wynikach kontroli

Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

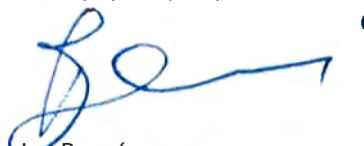
Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach



Piotr Miklis

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 12.05.2023r

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	9
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	11
4. WNIOSKI.....	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	16
5.1. Oddziały wojewódzkie NFZ.....	18
5.2. Podmioty lecznicze (świadczeniodawcy).....	36
5.2.1. Organizacja udzielania świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19	36
5.2.2. Realizacja i rozliczanie świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19.....	42
6. ZAŁĄCZNIKI	46
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	46
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	51
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	66
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	67
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	68
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	72

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OW NFZ lub Oddział NFZ	oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
COVID-19	choroba zakaźna wywołana koronawirusem SARS-CoV-2;
Jakość świadczeń rehabilitacji pocovidowej	zdefiniowana jako zgodność z wymaganiami określonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ, ustalających programy i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej składają się w szczególności standardy dotyczące: warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz personelu medycznego (odnoszące się do minimalnych kwalifikacji personelu oraz norm zatrudnienia);
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach zdrowotnych);
Program rehabilitacji pocovidowej	<i>Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów, opracowany i wdrożony zarządzeniem Nr 63/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2021 r. (zmieniony kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ);</i>
Program fizjoterapii pocovidowej	<i>Program fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19, opracowany i wdrożony zarządzeniem Nr 78/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 kwietnia 2021 r. (zmieniony kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ), ustalający: Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki ambulatoryjne i ośrodka/oddziału dziennego, Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki domowe;</i>
Programy	pojęcie obejmujące zarówno <i>Program rehabilitacji pocovidowej</i> i <i>Program fizjoterapii pocovidowej</i> ;
Rehabilitacja pocovidowa	świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 udzielane w ramach realizacji Programów;
RPWDL	Rejestr Podmiotów Leczniczych Wykonujących Działalność Leczniczą;
SZOI lub Portal Świadczeniodawcy	System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal służący do wymiany informacji pomiędzy OW NFZ a świadczeniodawcą;
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.);
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623);
Ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.);

Ustawa o zwalczaniu COVID-19 ustawa z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.);

Zarządzenie ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w okresie objętym kontrolą było to: zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 marca 2021 r. oraz zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2021 r., oba zmienione kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji pocovidowej oraz organizacja udzielania świadczeń pozwalały na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów po przebytej chorobie COVID-19?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji pocovidowej pozwalały zapewnić jakość i dostępność świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19?
2. Czy proces udzielania świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 został zorganizowany prawidłowo?
3. Czy prawidłowo realizowano i rozliczano świadczenia rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19?

Jednostki kontrolowane

Pięć OW NFZ oraz 10 podmiotów leczniczych (świadczeniodawców)

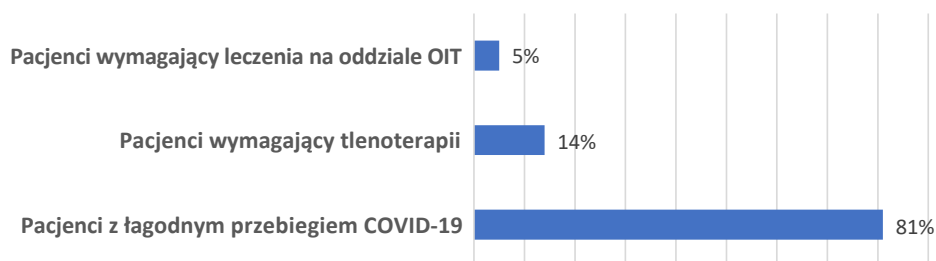
Okres objęty kontrolą

Lata 2021–2022 (do czasu zakończenia kontroli), z uwzględnieniem dowodów dotyczących zdarzeń wcześniejszych.

Pierwszy potwierdzony przypadek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w Polsce odnotowano w dniu 4 marca 2020 r. Od tego czasu w Polsce potwierdzono łącznie ponad 6,4 mln przypadków zakażeń¹. Liczba ozdowieńców wynosi obecnie ponad 5,3 mln osób. Część z nich zmaga się jednak z uciążliwymi dolegliwościami, które wystąpiły po przebytej chorobie COVID-19, wywołanej tym wirusem. Ogółem do 31 marca 2022 r. odnotowano 525,0 tys. hospitalizacji pacjentów z COVID-19.

Przebieg choroby COVID-19 jest zróżnicowany: od bezobjawowego, przez łagodną chorobę układu oddechowego (podobną do przeziębienia), po ciężkie zapalenie płuc z zespołem ostrej niewydolności oddechowej i/lub niewydolnością wielonarządową. Z opracowanego w 2021 r. raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji² wynika, że ok. 19% pacjentów z COVID-19 jest narażonych na ciężki przebieg choroby.

Wykres nr 1
Przebieg choroby COVID-19



Źródło: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2021/RPT/RAPORT_rekom_art_48aa_Covid_rehabilitacja.pdf.

W tym samym roku, zarówno środowisko medyczne (lekarze i fizjoterapeuci) oraz NFZ, szacowali że przynajmniej jedna trzecia ozdowieńców ma powikłania po chorobie wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2³. Trudności z oddychaniem, uszkodzenie mięśnia sercowego, tworzenie się zagrażających życiu zakrzepów to tylko niektóre skutki infekcji. Lekarze wskazują, że zaobserwowano niemal 50 rodzajów powikłań. Część osób przechodzi je ciężiej niż samą chorobę – zdarzają się przypadki poważnych powikłań u osób, które przeszły zakażenie łagodnie. W odzyskaniu pełni sił po chorobie COVID-19 pomaga profesjonalna rehabilitacja.

Począwszy od września 2020 roku pacjenci mieli możliwość skorzystania z Programu pilotażowego rehabilitacji pocovidowej⁴, wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19⁵, realizowanego w jednym ośrodku w Polsce

¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

² Dalej: AOTM. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów – pt. „Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19”, Warszawa, kwiecień 2021 r.

³ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zmiany-w-rehabilitacji-po-covid-19-skorzysta-z-niej-wiecej-pacjentow,8074.html>

⁴ Dalej: Program pilotażowy lub Pilotaż.

⁵ Dz. U. poz. 1246, ze zm.

– w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Specjalistycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II. Program pilotażowy był realizowany od 1 września 2020 r. i w okresie do końca czerwca 2021 r. objęto nim 1000 pacjentów. Na początku Program pilotażowy realizowany był z wykorzystaniem 62 łóżek. Z powodu dużego zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń, systematycznie zwiększano dostęp do tej formy leczenia poprzez zwiększanie bazy łóżkowej. W styczniu 2021 r. świadczenia były realizowane przy wykorzystaniu 90 łóżek, a od kwietnia tego samego roku – 120⁶.

Z uwagi na stale rosnące zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, Minister Zdrowia⁷ w dniu 2 kwietnia 2021 r. wydał Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia dwa polecenia⁸, które umożliwiły uruchomienie rehabilitacji pocovidowej finansowanej przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19⁹.

Zarządzeniem Nr 63/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wprowadzono Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów. Celem Programu rehabilitacji pocovidowej była poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego pacjentów.

W Programie rehabilitacji pocovidowej mogły uczestniczyć placówki, które miały podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym i zostały wpisane do wykazu podmiotów udzielających świadczeń covidowych¹⁰.

Zarządzeniem Nr 78/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 kwietnia 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wdrożono Program fizjoterapii pocovidowej realizowany w trybie ambulatoryjnym lub domowym.

⁶ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz. U. poz. 1831) przedłużono okres realizacji Pilotażu z 24 do 28 miesięcy, tj. do 31 grudnia 2022 r. Z uwagi na to, że termin sporządzenia sprawozdania z realizacji Programu pilotażowego, obejmującego ocenę wskaźników wraz z opracowaniem danych statystycznych, ustalono do 3 miesięcy od dnia jego zakończenia, Pilotaż nie podlegał szczegółowej kontroli NIK.

⁷ Dalej też: Minister lub MZ.

⁸ Decyzje znak: DLG.745.7.2021.IJ oraz DLG.744.19.2021.IJ.

⁹ Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 został utworzony w I połowie 2020 r. w BGK, jako szczególny instrument stanowiący wsparcie finansowe realizacji zadań w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

¹⁰ Dalej: Wykaz podmiotów. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ sporządził i prowadził, zgodnie z właściwością miejscową, wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Wykaz podmiotów, odrębnie dla każdego z województw, podlegał ogłoszeniu w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Jako cel główny Programu fizjoterapii pocovidowej ustalono wspomaganie pełnego powrotu do zdrowia i aktywności (w tym zawodowej) osób, po przebyciu COVID-19. Cele szczegółowe obejmowały:

- 1) poprawę tolerancji wysiłku fizycznego,
- 2) zmniejszenie natężenia objawów związanych z przebyciem COVID-19,
- 3) edukację „ozdrowieńców” w zakresie samodzielnego radzenia sobie z objawami związanymi z przebyciem COVID-19.

Placówkami mogącymi udzielać świadczeń w ramach Programu fizjoterapii pocovidowej – warunki ambulatoryjne, były podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającą realizacji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, wpisane do rejestrów określonych w ustawie *o działalności leczniczej*.

Program ten mógł być realizowany przez podmioty spełniające wymagania określone w Programie fizjoterapii pocovidowej, posiadające podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie *fizjoterapia ambulatoryjna*.

Placówkami mogącymi udzielać świadczeń w ramach Programu fizjoterapii pocovidowej – warunki domowe, były podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającą realizacji fizjoterapii w warunkach domowych, wpisane do rejestrów określonych w ustawie *o działalności leczniczej*.

Program mógł być realizowany przez podmioty spełniające wymagania określone w Programie fizjoterapii pocovidowej, posiadające podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie *fizjoterapia domowa*.

Zarządzeniem Nr 172/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 października 2021 r. dodano realizatora świadczeń Programu fizjoterapii pocovidowej – świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w ramach ośrodka/oddziału dziennego.

W dniu 14 lipca 2021 r. opublikowano zarządzenie Nr 134/2021/DSOZ Prezesa NFZ wprowadzające rehabilitację psychiatryczną pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Świadczenia z tego zakresu mogły być wykonywane przez podmioty lecznicze posiadające podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*.

W związku z poleceniem Ministra Zdrowia z 31 marca 2022 r., w dniu 4 kwietnia 2022 r. Narodowy Fundusz Zdrowia rozesłał do świadczeniodawców komunikat, w którym poinformował o zakończeniu możliwości wystawiania skierowań na rehabilitację pocovidową w dotychczas funkcjonujących Programach. Realizacja już wystawionych skierowań musiała się zakończyć do 30 czerwca 2022 r. Zauważono przy tym, że pacjenci po przebyciu COVID-19, których stan zdrowia wskazuje na konieczność rehabilitacji, będą mogli korzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych na podstawie umów z NFZ w rodzaju *rehabilitacja lecznicza*.

W podmiotach leczniczych kontrolą objęto świadczenia rehabilitacji pocovidowej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji psychiatrycznej pocovidowej, ze względu na ich szczególny charakter.

2. OCENA OGÓLNA

Organizacja udzielania świadczeń w ramach Programów rehabilitacji pocovidowej nie pozwoliła na pełne zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów wymagających tych świadczeń, pomimo zapewnienia całkowitego ich finansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w kwocie 133,9 mln zł.

W pięciu skontrolowanych oddziałach wojewódzkich NFZ przed przystąpieniem do realizacji Programu nie przeprowadzono szacowania potrzeb w zakresie rehabilitacji dla pacjentów, którzy chorowali na COVID-19. Oszacowania tych potrzeb dokonano dopiero w trakcie realizacji Programów tylko w dwóch z pięciu kontrolowanych Oddziałów NFZ. Wskazuje to, że Programy zostały rozpoczęte bez rzetelnego określenia, jakie jest potencjalne zapotrzebowanie na objęte nimi świadczenia.

Dostępność do świadczeń udzielanych w ramach Programów nie była powszechna i równomierna, gdyż na terenie wszystkich województw, objętych działalnością skontrolowanych Oddziałów NFZ, wystąpiły powiaty, w których nie było ani jednego podmiotu uczestniczącego w Programach. Z tego powodu ich mieszkańcy nie mieli możliwości uzyskania dostępu do świadczeń w ramach żadnej z form leczenia objętych Programami.

Brak podmiotów chętnych do udzielania świadczeń wynikał z kolei z faktu, iż przystąpienie do Programów związane było z koniecznością posiadania lub uzupełnienia w krótkim czasie, w warunkach epidemii COVID-19, zarówno specjalistycznych kadr medycznych, jak i sprzętu oraz wyposażenia. Stawianie w Programach wysokich wymogów kadrowych i sprzętowych, przy jednoczesnym wyznaczeniu krótkiego czasu ich trwania dowodzi, że przystąpiono do ich realizacji bez odpowiedniego przygotowania i rozeznania możliwości, jakie w tym zakresie posiadali świadczeniodawcy.

W Programach nie ujęto mechanizmów służących do dokonania oceny osiągniętych wyników, nie zapewniono też wykorzystania w toku ich realizacji wniosków i doświadczeń z Programu pilotażowego.

Dane wskazywane przez MZ jako podstawa do zakończenia Programów nie zawierały uzasadnienia ich wygaszenia. Zasadności takiego postępowania nie dowodzą także nieznanne wciąż wyniki Programu pilotażowego. Brak jest także korelacji zakończenia realizacji Programów z przebiegiem epidemii, nastąpiło ono bowiem decyzją Ministra z 31 marca 2022 r., czyli w okresie następującym po kulminacji V fali hospitalizacji, gdy w szpitalach pozostawało jeszcze ponad 4 tys. osób chorych, które nie mogły przez to płynnie przystąpić do rehabilitacji w trybie stacjonarnym w szpitalach.

Krótki termin (do 30 czerwca 2022 r.) jaki został wyznaczony na realizację już wystawionych skierowań, ustalony przez Ministra Zdrowia w decyzji o zakończeniu Programów z 31 marca 2022 r. spowodował, że tylko część pacjentów, którzy mieli już wystawione skierowania mogła skorzystać z tego świadczenia.

Wystąpiły przypadki nierównego traktowania świadczeniodawców na etapie naboru do realizacji Programów, bądź zawarcia umowy z podmiotami niespełniającymi wszystkich wymogów w zakresie warunków realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej.

Z uzyskanych przez NIK danych z Centrum e-Zdrowie wynika, że ponad połowa pacjentów, którym wystawiono skierowania na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19, nie skorzystała z niej. Zdaniem NIK znaczący wpływ na tak wysoki odsetek niewykorzystanych skierowań mógł mieć ograniczony dostęp i zbyt szybkie zakończenie realizacji Programów.

Świadczeniodawcy, którzy zdecydowali się na przystąpienie do Programów, co do zasady byli przygotowani organizacyjnie i kadrowo do realizacji świadczeń rehabilitacji, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i w trybie ambulatoryjnym. Nieprawidłowości wystąpiły natomiast w toku kwalifikowania

Organizacja rehabilitacji pocovidowej nie pozwalała na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów po przebytej chorobie COVID-19

OCENA OGÓLNA

pacjentów do leczenia (u pięciu z 10 świadczeniodawców stwierdzono brak lub niekompletną dokumentację wymaganą do kwalifikacji danego pacjenta do leczenia – co świadczeniodawcy wyjaśniali m.in. chęcią udzielenia świadczeń nawet gdy były wątpliwości co do kompletności dokumentacji pacjenta).

Niektórzy świadczeniodawcy przekazywali do NFZ sprawozdania zawierające nierzetelne dane o udzielonych świadczeniach. W wyniku braku skutecznej weryfikacji tych sprawozdań przez dwa spośród pięciu skontrolowanych Oddziałów NFZ wystąpiły różnice pomiędzy kwotami wypłaconymi a poprawnie obliczonymi.

W Oddziałach tych procedury kontrolne obowiązujące w całym NFZ nie pozwoliły na wykrycie przypadków skorzystania ze świadczeń przez osoby nieuprawnione lub rozliczenia świadczeń udzielonych w wymiarze niezgodnym z warunkami Programów. Powtórna weryfikacja danych przeprowadzona na wniosek NIK w jednym z Oddziałów wykazała, że świadczeniodawcy uzyskali, bez spełnienia wymogów Programów, zapłatę za świadczenia w kwocie 1,8 mln zł. W związku z powyższymi ustaleniami dokonano korekty rozliczeń.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Spośród skontrolowanych OW NFZ, tylko dwa i to dopiero wyłącznie w czasie realizacji Programów, przeprowadziły analizy zabezpieczenia świadczeń w zakresie rehabilitacji pocovidowej, przy czym w obu przypadkach przyjęto różne podejście do oceny dostępności świadczeń. Kierownicy objętych kontrolą OW NFZ wskazywali przy tym na ograniczone możliwości prowadzenia analiz długości czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń w ramach Programów. [str. 33–34]

Niewielka skala analiz dostępności świadczeń rehabilitacji pocovidowej

Objęte kontrolą oddziały wojewódzkie NFZ odpowiednio do polecenia Ministra Zdrowia i zarządzenia Prezesa NFZ ws. *zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, przeprowadziły nabory świadczeniodawców do udziału w realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej. Stwierdzono jednak przypadki (w trzech spośród pięciu skontrolowanych OW NFZ) nierównego traktowania świadczeniodawców przez Fundusz, polegającego na niezakwalifikowaniu części z nich do udziału w Programach, pomimo iż spełnili wymagania realizacji świadczeń, bądź na zawarciu umowy ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymogów ww. zarządzenia. [str. 18–25]

Nierówne traktowanie realizatorów Programów rehabilitacji pocovidowej

W informacji otrzymanej z Centrali NFZ podano, że w 16 OW NFZ nakłady na świadczenia rehabilitacji pocovidowej udzielone w 2021 r. (od kwietnia do grudnia) w ramach Programów wyniosły blisko 70,0 mln zł, z tego najwięcej sfinansowano świadczeń udzielonych na oddziałach szpitalnych (za kwotę 37,2 mln zł) oraz w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (za kwotę 27,8 mln zł). Wartość świadczeń fizjoterapii pocovidowej udzielonych w warunkach ambulatoryjnych wyniosła ponad 4,5 mln zł, a w warunkach domowych blisko 0,4 mln zł. Koszty świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej wyniosły 13 776 zł.

Finansowanie świadczeń

W 2022 r. (od stycznia do czerwca) na sfinansowanie świadczeń w ramach Programów przeznaczono łącznie ponad 63,9 mln zł, w tym najwięcej na rehabilitację w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (32,8 mln zł) oraz na leczenie w trybie stacjonarnym w szpitalach (26,9 mln zł). Koszty świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej wyniosły ponad 3,6 mln zł, a w warunkach domowych blisko 0,3 mln zł. Wartość świadczeń rehabilitacji pocovidowej psychiatrycznej wyniosła prawie 0,4 mln zł. [str. 25–26]

W poszczególnych regionach, objętych właściwością skontrolowanych OW NFZ, występował nierówny dostęp do świadczeń udzielanych w ramach Programów, bowiem we wszystkich objętych kontrolą województwach były powiaty, w których żaden świadczeniodawca nie miał zawartej umowy na udział w realizacji tych świadczeń. Najgorsza pod tym względem była sytuacja w województwie śląskim, w którym na obszarze takich powiatów zamieszkiwało 45% populacji ubezpieczonych tego województwa. Najlepiej sytuacja prezentowała się na obszarze działania Lubelskiego OW NFZ, choć i tutaj w dwóch powiatach nie było świadczeniodawców uczestniczących w Programach. [str. 27–28]

Nierówny dostęp pacjentów do rehabilitacji pocovidowej

Realizacja Programów została zakończona bez powiązania z przebiegiem epidemii. Programy zakończono bowiem decyzją wydaną 31 marca 2022 r., a wystawianie skierowań możliwe było do 4 kwietnia 2022 r. W okresie tym, następującym po kulminacji V fali hospitalizacji, w szpitalach pozostawało jeszcze ponad 4 tys. pacjentów z COVID-19. [str. 16–18]

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Rzetelne prowadzenie Wykazów podmiotów	Dyrektorzy wszystkich skontrolowanych OW NFZ, zgodnie z wymogami § 1 ust. 1 zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, rzetelnie wywiązywali się z zadania sporządzania i prowadzenia Wykazu podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji pocovidowej (według miejsca prowadzenia działalności). [str. 29]
Nieskuteczna weryfikacja rachunków z tytułu udzielonych świadczeń	Weryfikacja przekazanych rachunków i raportów statystycznych nie zapewniła prawidłowej kontroli świadczeń pod względem udzielenia ich osobom o nieprawidłowym tytule uprawnień. Nie zagwarantowała także wykrycia nieprawidłowości dotyczących rozliczenia przez świadczeniodawcę świadczeń udzielonych niezgodnie z warunkami Programu rehabilitacji pocovidowej. [str. 30–31]
Terminowe płatności za udzielone świadczenia	Zweryfikowane w trakcie kontroli płatności, dokonywane dla dziesięciu świadczeniodawców przez każdy z OW NFZ ¹¹ , były realizowane terminowo. [str. 31]
Skargi pacjentów dotyczące realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej	Wszystkie, wniesione do skontrolowanych OW NFZ, skargi pacjentów dotyczące realizacji świadczeń w Programach zostały rozpatrzone, przy czym w jednym OW NFZ przy rozpatrywaniu skarg naruszono przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. <i>Kodeks postępowania administracyjnego</i> ¹² . [str. 31]
Brak kontroli realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej	W okresie objętym kontrolą ani Departament Kontroli NFZ, ani żaden skontrolowany OW NFZ, nie przeprowadzili kontroli udzielania świadczeń rehabilitacji pocovidowej. [str. 32–33]
Pacjenci oczekujący na świadczenia w dniu zakończenia realizacji Programów	Na polecenie Ministerstwa Zdrowia Oddziały Wojewódzkie Funduszu pożytkowały od świadczeniodawców informacje nt. liczby pacjentów oczekujących na świadczenia rehabilitacji pocovidowej. Z danych przekazanych przez NFZ ¹³ wynikało, że spośród 2169 pacjentów, którym termin realizacji świadczeń wyznaczono po 30 czerwca 2022 r., najwięcej (1177) posiadało skierowania na leczenie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, 772 w trybie stacjonarnym, 218 w trybie ambulatoryjnym i dwa w trybie domowym. [str. 34–36]
Nie zawsze aktualne wpisy w RPWDL i regulaminach organizacyjnych	Wpisy do RPWDL nie zawsze odpowiadały stanowi faktycznemu lub nie były zgodne z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego. W czterech skontrolowanych podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. [str. 37–38]
Dodatkowe uregulowania ws. rehabilitacji pocovidowej	W sześciu podmiotach opracowano i wdrożono dodatkowe procedury wewnętrzne dotyczące rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, w szczególności ustalające zasady przyjmowania i leczenia chorych, określające zakres rzeczowy poszczególnych komórek organizacyjnych (w tym zadania pracowników) uczestniczących w realizacji świadczeń. Procedury były aktualizowane, odpowiednio do zmian w Programach.

¹¹ W Lubelskim OW NFZ badanie szczegółowe dotyczyło próby 11 świadczeniodawców dobranych w sposób celowy.

¹² Dz. U. z 2022 r. poz. 2000, ze zm.; dalej: k.p.a.

¹³ <http://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTCEHBJ2/%24FILE/i32977-o1.pdf> – odpowiedź Ministra Zdrowia z 13 maja 2022 r. na interpelację poselską nr 32977 z 12 kwietnia 2022 r. w sprawie skierowań na rehabilitację pocovidową.

Choć wdrożenie procedur miało przede wszystkim służyć ujednoliceniu i skoordynowaniu działań podejmowanych w podmiotach leczniczych w celu zapewnienia pacjentom po przebytej chorobie COVID-19 właściwego leczenia, to w jednym przypadku, w ocenie NIK, ustalone w nich zasady mogły mieć ograniczający wpływ na zakres udzielonych świadczeń rehabilitacyjnych.

Pacjenci, co do zasady, przyjmowani byli w celu odbycia rehabilitacji pocovidowej według kolejności zgłoszeń. W dwóch podmiotach stwierdzono przypadki wyznaczania terminów przyjmowania i leczenia pacjentów niezgodnie z kolejnością zgłoszeń, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz było to niezgodne z obowiązującymi w tych podmiotach wewnętrznymi regulacjami.

[str. 38–40]

W każdym przypadku pacjenci zostali przyjęci na rehabilitację/fizjoterapię w ramach Programów na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu choroby COVID-19.

Nieprawidłowości
w kwalifikacji pacjentów
do świadczeń

Jednak, w przypadku jednego świadczeniodawcy, przyjęto na rehabilitację pocovidową sześciu pacjentów¹⁴ (tj. 15% z 40 w badanej próbie), u których potwierdzenie choroby COVID-19 nastąpiło na podstawie testu antygenowego. Było to niezgodne z warunkami realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej (pkt 1 części *Podstawy rehabilitacji i kryteria kwalifikacji* – w wersji obowiązującej od 3 czerwca 2021 r.), w których jednoznacznie wskazano, który rodzaj testu na obecność koronawirusa SARS-CoV-2 (wyłącznie PCR) stanowił podstawę kwalifikacji pacjenta do rehabilitacji.

W wyniku kontroli przeprowadzonej w dwóch OW NFZ stwierdzono łącznie pięć przypadków dwukrotnego skorzystania przez pacjentów ze świadczeń w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej, tj. leczenia w trybie stacjonarnym i uzdrowiskowym.

W czterech podmiotach w dokumentacji medycznej pacjentów brak było załączonych do skierowania wymaganych wyników badań (lub były one niekompletne), bądź – w przypadku obowiązku przeprowadzenia przy kwalifikacji badania EKG – brak było potwierdzenia wykonania takiego badania.

W toku kontroli świadczeniodawcy wyjaśniali akceptację niekompletnych wniosków bądź błędnym rozumieniem zapisów Programów, bądź uznaniem za priorytet wykonanie świadczenia, nawet w przypadku gdy istniały wątpliwości co do kompletności dokumentacji medycznej. [str. 40–41]

W przypadku siedmiu z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych pomieszczenia i urządzenia odpowiadały wymaganiom stawianym placówkom uczestniczącym w wykonywaniu świadczeń rehabilitacji pocovidowej. Nieprawidłowości stwierdzone u trzech świadczeniodawców dotyczyły m.in. niezapewnienia całodobowego dostępu do badań RTG i gazometrii (w dwóch przypadkach) lub braku odpowiednich pomieszczeń higieniczno-

Spełnianie wymagań
dotyczących warunków
i wyposażenia

¹⁴ Pacjenci uczestniczyli w Programie rehabilitacji pocovidowej w Przedsiębiorstwie Elvita w Ustroniu.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

-sanitarnych dla osób niepełnosprawnych (poruszających się na wózkach inwalidzkich) w pawilonie, w którym udzielane były świadczenia rehabilitacji pocovidowej (stwierdzono u jednego świadczeniodawcy). [str. 41–42]

Personel udzielający świadczeń

We wszystkich skontrolowanych podmiotach zapewniono udzielanie świadczeń przez personel (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i psycholodzy) posiadający kwalifikacje spełniające wymagania określone w obowiązujących przepisach. [str. 42]

Zapewnienie kompleksowości świadczeń

Skontrolowani świadczeniodawcy zapewnili pacjentom skorzystanie ze świadczeń rehabilitacji pocovidowej odpowiednio do założeń Programów. Stwierdzone w czterech podmiotach nieprawidłowości były przypadkami jednostkowymi i nie miały zasadniczego wpływu na przebieg rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. [str. 42–44]

Nie zawsze prawidłowe sprawozdawanie i rozliczanie udzielonych świadczeń

Przeprowadzona szczegółowa analiza u wszystkich skontrolowanych świadczeniodawców wykazała, że podmioty lecznicze dochowały terminu przekazania do NFZ plików sprawozdawczych, przy czym wystąpiły pojedyncze przypadki krótkiej zwłoki (u pięciu spośród 10 podmiotów) w przekazaniu sprawozdania, a w konsekwencji wystawieniu rachunku za udzielone świadczenia, jednak spowodowane to było przyczynami natury technicznej i nie wpłynęło na uzyskanie finansowania z NFZ.

Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości (w trzech podmiotach) dotyczyły w jednym przypadku nierzetelnego sprawozdania liczby wykonanych procedur (zabiegów), co wynikało m.in. z niewłaściwego prowadzenia Kart zabiegów pacjentów uczestniczących w Programie rehabilitacji pocovidowej i nie miało wpływu na rozliczenie świadczeń z NFZ. W dwóch podmiotach stwierdzone nieprawidłowości dotyczące rozliczeń finansowych z NFZ i sprawozdawania udzielonych świadczeń, skutkowały naliczeniem kwoty zobowiązań w zawyżonej bądź zaniżonej wysokości. Kwota wypłaconych świadczeniodawcom środków w nadmiernej wysokości z tego tytułu wyniosła 1,8 mln zł. [str. 44–45]

4. WNIOSKI

NIK wnioskuje do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Prezes Narodowego
Funduszu Zdrowia

- 1) o przeprowadzenie weryfikacji naliczania i wypłacania środków wydatkowanych na świadczenia udzielone w ramach Programów, w szczególności pod kątem poprawności wykazywania przez świadczeniodawców liczby udzielonych świadczeń;
- 2) o rozważenie wprowadzenia nowego produktu rozliczeniowego lub nawet zakresu świadczeń w ramach rodzaju *rehabilitacja lecznicza*, dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, w celu umożliwienia im uzyskania kompleksowej rehabilitacji, uwzględniającej zarówno leczenie związane z zaburzeniami pulmonologicznymi, kardiologicznymi, neurologicznymi i objawami ze strony narządu ruchu – z wykorzystaniem doświadczeń i oceny realizacji Programu pilotażowego.

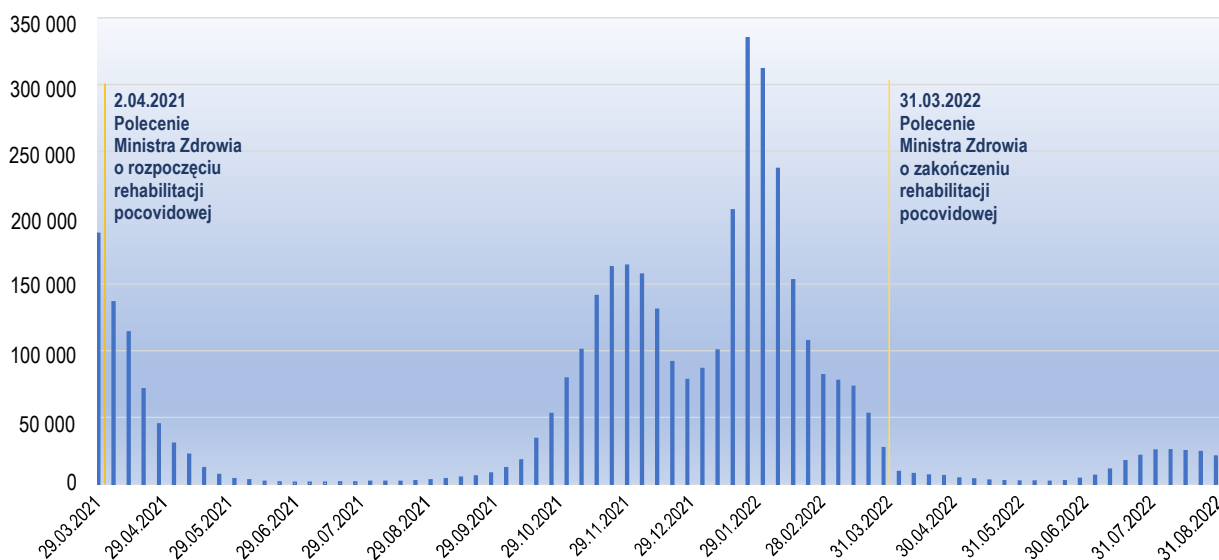
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W kwietniu 2021 r. wdrożono Programy rehabilitacji pocovidowej. Decyzję o zakończeniu ich realizacji Minister Zdrowia podjął koźcem marca 2022 r. Realizacja Programów została zakończona bez powiązania z przebiegiem epidemii. Programy zakończono bowiem decyzją wydaną 31 marca 2022 r, a wystawianie skierowań możliwe było do 4 kwietnia 2022 r. W okresie tym, następującym po kulminacji V fali hospitalizacji, w szpitalach pozostawało jeszcze ponad 4 tys. pacjentów z COVID-19.

Decyzja o wygaszeniu Programów nie została poprzedzona przeprowadzeniem ewaluacji skuteczności ich wdrożenia, gdyż takiego mechanizmu nie przewidziano na etapie ich konstruowania. Nie zapewniono też wykorzystania w toku ich realizacji wniosków i doświadczeń z Programu pilotażowego, realizowanego równolegle.

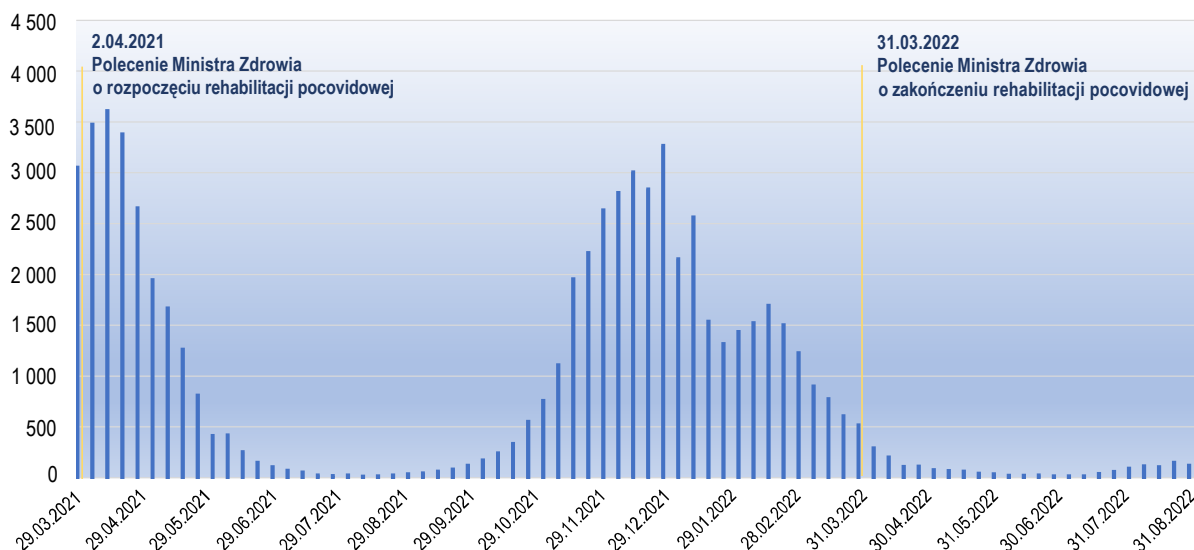
Wykres nr 2

Liczba potwierdzonych przypadków COVID-19 w Polsce (w ujęciu tygodniowym)



Wykres nr 3

Liczba zgonów z powodu COVID-19 w Polsce (w ujęciu tygodniowym)

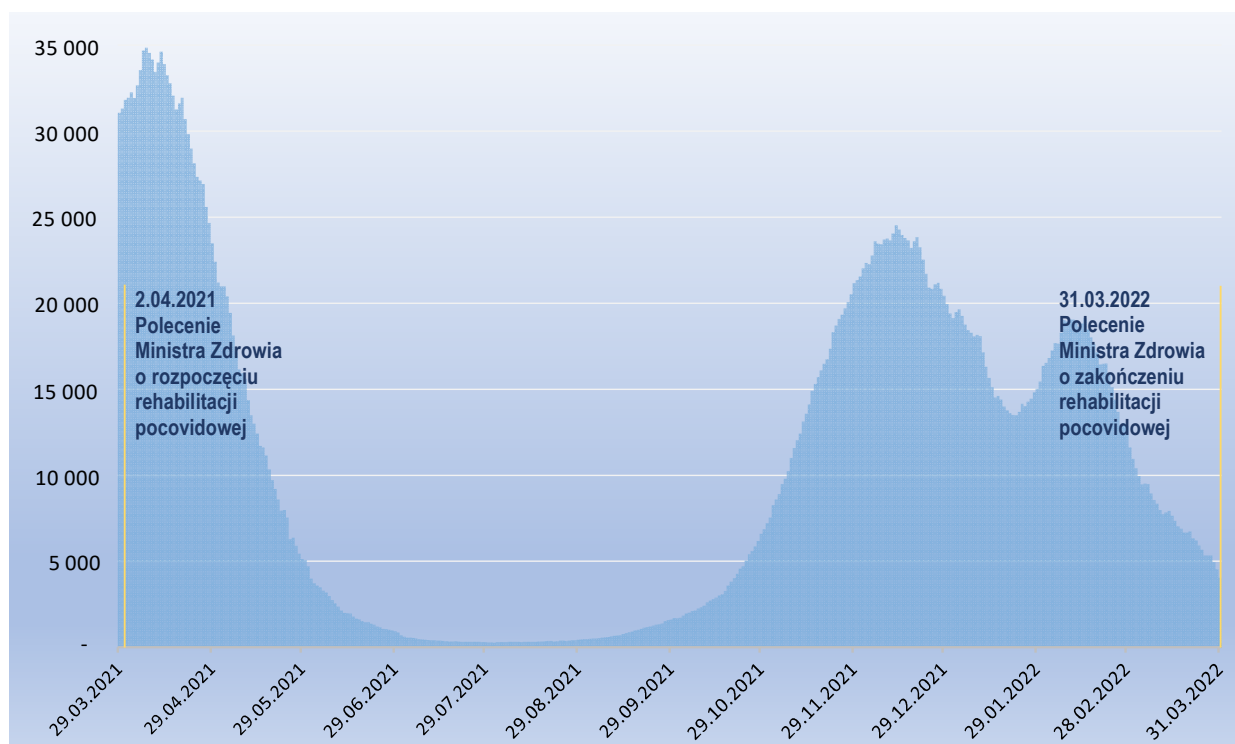


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z <https://covid19.who.int/region/euro/country/pl>.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 4

Liczba łóżek zajętych przez pacjentów z COVID-19 w Polsce (wg dziennych raportów)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia.

Zdaniem NIK za nieposiadającą podstaw w dostępnych danych należy zatem uznać decyzję Ministra Zdrowia o zakończeniu realizacji Programów, która była zaskoczeniem zarówno dla świadczeniodawców i świadczeniobiorców, bowiem jeszcze w uzasadnieniu do zarządzenia Nr 35/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 marca 2022 r.¹⁵ zmieniającego zarządzenie ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, podano że z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 finansowane będą świadczenia, które mają kluczowe znaczenie w przeciwdziałaniu chorobie i w powrocie do pełnej sprawności już po COVID-19: szczepienia przeciwko COVID-19 oraz rehabilitacja pocovidowa (stacjonarna, ambulatoryjna, dzienna, domowa i psychiatryczna).

Ministerstwo Zdrowia, w odpowiedzi na zapytanie NIK o przyczyny decyzji o zakończeniu udzielania świadczeń w ramach Programów, wskazało na stabilizującą się sytuację epidemiczną. W uzasadnieniu decyzji podało także: W związku z powyższym uznano za niezasadne kontynuowanie finansowania rehabilitacji uzdrowiskowej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 w postaci osobnych programów. W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej pacjenci, których stan zdrowia po przechorowaniu COVID-19 wymagał rehabilitacji po 30 czerwca 2022 roku mogli/mogą skorzystać z fizjoterapii ambulatoryjnej, fizjoterapii domowej lub rehabilitacji realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. W warunkach ośrodka lub oddziału dziennego dostępna jest dla pacjentów m.in. rehabilitacja ogólnoustrojowa jak również rehabili-

¹⁵ Wejście w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.

tacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii. Co ważne, w ramach zakresu – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym może być również prowadzona kompleksowa rehabilitacja osób z określonym problemem zdrowotnym, np. dla pacjentów po przechorowaniu COVID-19. W takiej sytuacji świadczeniodawca, opracowuje szczegółowy program rehabilitacji ukierunkowany na potrzeby rehabilitacji świadczeniobiorców z określonym schorzeniem. W przypadku rehabilitacji w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub w podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym pacjenci, których stan zdrowia po przechorowaniu COVID-19 wymaga rehabilitacji po 30 czerwca 2022 roku mogli/mogą skorzystać z rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych (np. rehabilitacji pulmonologicznej) lub ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Mając na uwadze powyższe należy zaznaczyć, że dla pacjentów, którzy przechorowali COVID-19, a ich stan zdrowia wskazuje na potrzebę rehabilitacji, odwołanie programów rehabilitacji pocovidowej nie powinno stanowić utrudnienia w dostępie do świadczeń rehabilitacji leczniczej lub lecznictwa uzdrowiskowego. Odwołanie rehabilitacji pocovidowej oznacza przede wszystkim zmianę dla świadczeniodawców w źródle finansowania oraz sposobie rozliczania świadczeń z NFZ, a także w wystawianiu skierowań.

Powyższe uzasadnienie stoi w sprzeczności z wnioskami zawartymi w sprawozdaniach Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2 (Konsultanta krajowego w dziedzinie fizjoterapii), który jeszcze w styczniu 2023 r. wskazywał, że *pacjenci hospitalizowani z powodu COVID-19 powinni być rehabilitowani już przy łóżku chorego, w ramach oddziału szpitalnego. (...) Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych oraz analizy programów usprawniania należy przyjąć, że ze względu na skalę i rodzaj zjawiska problemem stają się zarówno rodzaje świadczeń, kryteria skierowań, jak i formy i metody postępowania. (...) Wydaje się więc, że postępowanie winno uwzględniać zakresy dotychczasowej rehabilitacji, a dokładna kwalifikacja uwzględniać potrzeby chorego w zakresie rehabilitacji domowej, ambulatoryjnej, dziennej oraz szczegółowe wskazania do rehabilitacji szpitalnej.*

Pełnomocnik Ministra Zdrowia w swoich rekomendacjach postulował konieczność zwiększenia dostępności pacjentów po COVID-19 w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej i neurologicznej, poprzez zmianę przepisów umożliwiających skierowanie ozdrowieńców na rehabilitację w szpitalu.

5.1. Oddziały wojewódzkie NFZ

Zapewnienie jakości i dostępności świadczeń rehabilitacji pocovidowej finansowanych ze środków publicznych

Nabór realizatorów
Programów rehabilitacji
pocovidowej

Do zawierania umów ze świadczeniodawcami¹⁶ biorącymi udział w realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej nie stosowano przepisów dotyczących konkursów ofert i rokowań¹⁷. Do udzielania świadczeń mógł

¹⁶ Po zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do udziału w realizacji Programów i wpisaniu do Wykazu podmiotów, OW NFZ zawierały z placówkami umowy (nie było formy papierowej), które były wykazywane w formie elektronicznej poprzez utworzenie technicznego typu umowy (z rodzaju świadczeń „19”, tj. świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19).

¹⁷ Informacja Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rusza-rehabilitacja-postcovidowa>.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zgłosić się świadczeniodawca spełniający wyznaczone kryteria, ustalone przez Prezesa NFZ w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19* (w odpowiednich jego załącznikach). W wymaganiach formalnych określono, że w Programach mogły uczestniczyć placówki, które miały podpisaną umowę z NFZ na realizację rehabilitacji leczniczej (w odpowiednich rodzajach/zakresach świadczeń). Informacje o wdrożeniu i warunkach realizacji świadczeń w ramach Programów skontrolowane OW NFZ przekazywały świadczeniodawcom za pośrednictwem SZOI oraz na stronach internetowych poszczególnych Oddziałów Funduszu. Dodatkowe informacje (drogą mailową) kierowano w tym zakresie do zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

Przykłady

Do świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, **Dolnośląski OW NFZ** skierował poprzez Portal Świadczeniodawcy informację o możliwości realizacji świadczeń rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, wskazując jednocześnie na wymóg spełniania warunków wymienionych w zarządzeniu Prezesa NFZ. Informacje te zostały przekazane 14 kwietnia 2021 r. do świadczeniodawców realizujących umowy na rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych, 28 kwietnia 2021 r. do świadczeniodawców realizujących umowy na rehabilitację leczniczą w warunkach ambulatoryjnych i domowych oraz 23 lipca 2021 r. do świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych lub rehabilitacji psychiatrycznej.

W celu zapewnienia dostępności wszystkich zakresów rehabilitacji pocovidowej, za pośrednictwem portalu SZOI **Zachodniopomorski OW NFZ** informował świadczeniodawców (realizatorów umów z ZOW NFZ w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień) realizujących umowy w zakresie rehabilitacji leczniczej o możliwości przystąpienia do poszczególnych programów¹⁸. Taką samą informację, przekazaną drogą mailową, otrzymały zakłady lecznictwa uzdrowskiego udzielające świadczeń w województwie zachodniopomorskim¹⁹.

ZOW NFZ opracował i zamieścił na portalu SZOI wzór oświadczenia dotyczący potwierdzenia woli realizacji świadczeń oraz spełniania warunków ich realizacji, w tym: właściwej organizacji udzielania świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

W skontrolowanych OW NFZ nie wprowadzono pisemnych procedur dotyczących zasad weryfikacji spełniania, przez zgłaszających się świadczeniodawców, warunków realizacji i rozliczania świadczeń w ramach Programów. Oddziały Funduszu nie otrzymały również żadnych rekomendacji w tym zakresie z Centrali NFZ. Weryfikacji spełniania przez świadczeniodawców wymogów w zakresie organizacji udzielania świadczeń, perso-

¹⁸ Komunikaty: nr 569592 i 560674 z 13 kwietnia 2021 r., nr 561741 z 21 kwietnia 2021 r., 562074 z 26 kwietnia 2021 r., 563735 z 30 kwietnia 2021 r., 564079 i 570959 oraz 564105 i 564145 z 7 maja 2021 r., 568491 i 568487 z 8 czerwca 2021 r., 568814 z 10 czerwca 2021 r., 570926 z 23 czerwca 2021 r., 571283 z 24 czerwca 2021 r., 573491 z 9 lipca 2021 r., 575445 z 26 lipca 2021 r.

¹⁹ Mail wysłany 12 kwietnia 2022 r.

nelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, Oddziały dokonywały poprzez ocenę, pod względem formalnym i merytorycznym, składanych przez podmioty lecznicze oświadczeń, informacji i wykazów. Nie prowadzono kontroli przygotowania²⁰ świadczeniodawców do udzielania świadczeń rehabilitacji pocovidowej w miejscach realizacji tych świadczeń.

Przykład

Zachodniopomorski OW NFZ kwalifikował podmioty na podstawie weryfikacji ich zgłoszeń. Dyrektor Oddziału wyjaśnił: (...) *Wzór oświadczenia opracowany został z uwzględnieniem zapewnienia przez świadczeniodawców spełniania warunków formalnych do realizacji przedmiotowych świadczeń, przedstawienia opisu organizacji ich udzielania oraz określenia realnej daty możliwości rozpoczęcia świadczenia usług. (...). Wnioski, które wpłynęły do Oddziału w odpowiedzi na komunikat, złożyli świadczeniodawcy od lat realizujący umowy w wymienionych zakresach, a ich potencjał wykonawczy był weryfikowany kilkakrotnie podczas kolejnych ogłaszanych w latach 2010–2019 konkursów ofert. Ponadto pracownicy Działu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego mają w swoich obowiązkach czuwać nad zgłaszanymi przez świadczeniodawców zmianami w potencjale wykonawczym (personel, sprzęt i aparatura medyczna) i sprawdzać ich zgodność z wymogami koniecznymi dla poszczególnych zakresów świadczeń. Stąd zestawienie danych przekazanych przez świadczeniodawców w oświadczeniach z potencjałem wykonawczym figurującym pod umową oraz akceptacja zaproponowanego opisu organizacji udzielania świadczeń, były dla Oddziału gwarancją właściwej jakości ich udzielania, co skutkowało zakwalifikowaniem świadczeniodawcy do programu oraz umieszczeniem w „Wykazie podmiotów udzielających świadczeń w związku z COVID-19” (...). W przypadku wniosków o gotowości udzielania świadczeń w programach fizjoterapii ambulatoryjnej i w warunkach domowych, Oddział zwrócił się do świadczeniodawców o przedstawienie informacji dodatkowych (wskazanie personelu dedykowanego do realizacji programu, harmonogramu czasu pracy, potwierdzenie kwalifikacji w przypadku zatrudnienia dodatkowego personelu). Wszyscy świadczeniodawcy przedstawili żądane informacje, które Oddział zweryfikował pozytywnie.*

W Dolnośląskim OW NFZ do udzielania świadczeń rehabilitacji pocovidowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zgłosiło się w 2021 r. osiem podmiotów, spośród których wszyscy spełniali wymagania formalne i których oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń zostały zweryfikowane pozytywnie. Do realizacji świadczeń zakwalifikowano wszystkie te podmioty. W 2022 r. nie wpłynęło żadne nowe zgłoszenie.

Do realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym w 2021 r. zgłosiło się 17 podmiotów, spośród których wszyscy spełniali wymagania formalne. Pozytywnie zweryfikowano złożone oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń u 11 podmiotów, których zakwalifikowano do udzielania świadczeń. W 2022 r. nie wpłynęło żadne nowe zgłoszenie.

W zakresie Programu fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych w 2021 r. zgłosiły się 53 podmioty; 49 świadczeniodawców spełniło wymagania formalne, u 46 świadczeniodawców pozytywnie zweryfikowano

²⁰ W tym właściwej organizacji udzielania świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

wano złożone oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń. Zakwalifikowano do realizacji świadczeń 38 podmiotów²¹. W 2022 r. zgłosiły się dwa podmioty. Oba zostały zakwalifikowane do realizacji świadczeń. Do Programu fizjoterapii pocovidowej w warunkach domowych w 2021 r. zgłosiło się 10 podmiotów, spośród których wszyscy spełnili wymagania formalne i których oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń zostały zweryfikowane pozytywnie²². W 2022 r. nie wpłynęło żadne nowe zgłoszenie.

W okresie objętym kontrolą żaden świadczeniodawca nie zgłosił się do realizacji świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej u pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

W Lubelskim OW NFZ do realizacji świadczeń zgłosiły się 94 podmioty, w tym: w uzdrowiskach – trzy, w trybie stacjonarnym – 14, w trybie ambulatoryjnym – 56, w warunkach domowych – 20 i do rehabilitacji psychiatrycznej – jeden. Zawarto 91 umów. Łącznie 63 podmioty wykonujące działalność leczniczą²³, realizowały świadczenia w 114 lokalizacjach. Dwóch świadczeniodawców nie zostało zakwalifikowanych do Programów. Jeden w zakresie rehabilitacji pocovidowej w warunkach domowych²⁴, ze względu na brak podpisanej umowy w zakresie udzielania tych świadczeń. Drugi w zakresie świadczenia rehabilitacji pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych i domowych, ze względu na błędy w złożonym oświadczeniu.

W Śląskim OW NFZ w 2021 r. do realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej w uzdrowiskach zgłosiły się cztery podmioty, które zakwalifikowano do udzielania świadczeń. W 2022 r. nie wpłynęło żadne zgłoszenie. Do udzielania świadczeń rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym w 2021 r. zgłosiło się 17 świadczeniodawców, z których 15 spełniało wymagania formalne udziału w tym programie. W przypadku 12 świadczeniodawców pozytywnie zweryfikowano złożone oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń. Udzielanie świadczeń zakontraktowano z 10 świadczeniodawcami. W 2022 roku do Oddziału nie wpłynęło żadne zgłoszenie.

Do realizacji świadczeń w Programie fizjoterapii pocovidowej – warunki ambulatoryjne, w 2021 r. zgłosiło się 36 świadczeniodawców, z których 34 spełniało wymagania formalne, a u 29 pozytywnie zweryfikowano złożone oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń. Do udzielania świadczeń w tym zakresie zakwalifikowano 24 podmioty. W roku 2022 z dwoma kolejnymi świadczeniodawcami (z trzech podmiotów, które zgłosiły się do udziału w tym programie i spełniały wszystkie wymogi) zakontraktowano realizację świadczeń.

²¹ W wyniku analizy zgłoszeń, w przypadku ośmiu podmiotów stwierdzono brak możliwości realizacji dodatkowych świadczeń na rzecz pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, bez ograniczenia dostępności dla pozostałych pacjentów wymagających fizjoterapii ambulatoryjnej, czym uzasadniono odmowę wpisu do wykazu podmiotów.

²² W trakcie 2021 r. na wniosek dwóch świadczeniodawców dokonano wykreślenia ich z wykazu.

²³ Część podmiotów zgłosiła do wykonania umów wyodrębnione jednostki do poszczególnych rodzajów świadczeń, stąd z jednym podmiotem zawierano w niektórych przypadkach kilka umów.

²⁴ Został jednak zakwalifikowany do rehabilitacji ambulatoryjnej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Świadczenia w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 zakontraktowano z jednym podmiotem²⁵, który zgłosił się w 2022 r.

W Świętokrzyskim OW NFZ do realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2021 r. zgłosił się jeden podmiot, który spełniał wymogi formalne realizacji takich świadczeń. Odstąpił jednak od ubiegania się o zakwalifikowanie do udziału w tym programie. W 2022 r. żaden podmiot nie zgłosił się do udzielania świadczeń w tym zakresie.

Do realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym w 2021 r. zgłosiły się trzy podmioty, spośród których dwa spełniały wszystkie wymagania i zostały zakwalifikowane przez OW NFZ do udzielania świadczeń. W 2022 r. jeden podmiot zgłosił się do realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym. Jednak nie została z nim podpisana umowa bowiem nie spełniał wymogów udziału w tym programie.

W 2021 r., do realizacji Programu fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych zgłosiło się 26 podmiotów, z których wymagania formalne spełniało 25. Pozostałe wymagania (złożenie oświadczenia o spełnieniu warunków udzielania świadczeń) spełniało 17 podmiotów i wszystkie one (po przeprowadzeniu weryfikacji spełniania zadeklarowanych wymogów) zostały zakwalifikowane przez Oddział do realizacji tego programu i zawarta została z nimi umowa. W 2022 r. nie zgłosił się żaden nowy podmiot.

Zarówno w 2021 r. jak i w 2022 r., żaden podmiot nie zgłosił się do udzielania świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Z informacji uzyskanych od ośmiu podmiotów leczniczych (prowadzących zakłady lecznictwa uzdrowiskowego), działających na obszarze objętym właściwością Świętokrzyskiego OW NFZ, na temat przyczyn nieprzystąpienia przez nich do udzielania świadczeń w ramach Programów pomimo spełniania przez nich warunków formalnych, wynika, że podstawową przeszkodą był brak możliwości spełnienia wszystkich wymogów kadrowych (w szczególności z powodu braku lekarzy pulmonologów) i sprzętowych. Kierownicy tych jednostek wskazywali przy tym, że zatrudnienie dodatkowego personelu i zakup odpowiedniego sprzętu *z powodu krótkiego czasu trwania programu był nieopłacalny*.

W Zachodniopomorskim OW NFZ zgłoszenia dotyczące realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej wpłynęły wyłącznie w 2021 r., w tym z: czterech zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, pięciu podmiotów realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, 22 podmiotów realizujących fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych i czterech podmiotów realizujących fizjoterapię w warunkach domowych. Wszystkie ww. podmioty zostały zakwalifikowane do udziału w Programach i zostały wpisane do wykazu podmiotów udzielających świadczeń covidowych.

²⁵ Ze 149 świadczeniodawców posiadających zawartą z Oddziałem umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W kontrolowanym okresie do tego Oddziału nie wpłynęły zgłoszenia podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej pocovidowej.

W każdym OW NFZ szczegółowym badaniem objęto dokumentację (zgłoszenia, oświadczenia) zgromadzoną w oddziałach w celu zakwalifikowania świadczeniodawców, którzy zgłosili się do udzielania świadczeń rehabilitacji pocovidowej²⁶.

Kwalifikacja
przez OW NFZ
świadczeniodawców
do udziału w Programach

Tylko w dwóch oddziałach wojewódzkich Funduszu (Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim) w każdym zbadanym przypadku podmioty, które zgłosiły się do udziału w Programach i spełniały wszystkie wymagania formalne (miały podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej odpowiednio w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym; w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej oraz wpisane były do RPWDL) oraz przeszły pozytywną weryfikację spełniania warunków udzielania takich świadczeń, zostały zakwalifikowane do realizacji świadczeń w Programach oraz umieszczone zostały w Wykazie podmiotów.

Przykład

Celem ustalenia prawidłowości realizacji przez **Świętokrzyski OW NFZ** zadań związanych z zakwalifikowaniem świadczeniodawców jako realizatorów rehabilitacji pocovidowej, dokonano szczegółowej analizy dokumentacji²⁷ zgromadzonej w Oddziale w celu weryfikacji świadczeniodawców. Analizą objęto łącznie sześć spraw z roku 2021, dotyczących:

- dwóch podmiotów, które zgłosiły swój akces do realizacji świadczeń fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych (jeden zakwalifikowany i jeden odrzucony),
- dwóch podmiotów, które zgłosiły się do realizacji świadczeń fizjoterapii pocovidowej w warunkach domowych (jeden zakwalifikowany i jeden odrzucony) oraz
- dwóch podmiotów, które złożyły akces do realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym (jeden zakwalifikowany i jeden odrzucony).

We wszystkich analizowanych przypadkach stwierdzono, że Oddział podejmował odpowiednie działania, które doprowadziły do zakwalifikowania świadczeniodawców do realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej po zapewnieniu spełnienia wszystkich wymogów, bądź odrzucenia – w przypadku ich niespełnienia.

W kolejnych dwóch OW NFZ (Dolnośląskim i Śląskim), co do zasady stosowano jednolitą praktykę dokonywania oceny zgłoszeń w poszczególnych zakresach rehabilitacji pocovidowej. Szczegółowe badanie dokumentacji zgłoszeń świadczeniodawców w obu przypadkach wykazało, że zgłoszenia były prawidłowo oceniane w zakresie spełniania wymogów formalnych. Jednak, w przypadku weryfikacji spełniania pozostałych kryteriów udziału w Programach, w ww. Oddziałach stosowano dodatkowe warunki udziału w ich realizacji, nieprzewidziane w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*.

²⁶ Dobranych do analizy przez kontrolerów.

²⁷ Dobór losowy.

Przykłady

Śląski OW NFZ, przy weryfikacji zgłoszeń świadczeniodawców, wprowadził dodatkowe warunki do udziału w realizacji Programów dotyczące:

- poziomu zabezpieczenia realizacji świadczeń na określonym terenie oraz bieżącą realizacją świadczeń (w przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych),
- odmowy wpisania do Wykazu podmiotów, świadczeniodawców realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, w przypadku przedstawienia w zgłoszeniach potencjału (personelu i łóżek) wykazanego w umowach zawartych już z OW NFZ;
- pomimo że w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, nie wskazano podstaw wyłączenia świadczeniodawców z możliwości realizacji Programów z ww. powodów.

Wskutek takiego działania w 2021 r. w Śląskim OW NFZ zawarto umowy z 24 podmiotami, spośród 29 spełniających wymogi udziału w Programie fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym, umowy zawarto z 10 podmiotami, spośród 12, którzy spełnili wymogi formalne i warunki dotyczące udzielania świadczeń określone w ww. zarządzeniu.

W Dolnośląskim OW NFZ do udziału w Programie fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych w 2021 r. zgłosiły się 53 podmioty, spośród których 46 spełniło wymagania formalne i przeszło pozytywnie weryfikację złożonych oświadczeń o spełnianiu warunków udzielania świadczeń w tym programie. Do realizacji świadczeń zakwalifikowano 38 podmiotów, bowiem w wyniku analizy zgłoszeń w przypadku ośmiu podmiotów stwierdzono brak możliwości realizacji świadczeń rehabilitacji na rzecz pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, bez ograniczenia dostępności dla pozostałych pacjentów wymagających fizjoterapii ambulatoryjnej, czym uzasadniono odmowę wpisu do Wykazu podmiotów. Równocześnie do realizacji świadczeń w ww. programie zakwalifikowano dwa podmioty, pomimo że przy dodatkowej analizie w OW NFZ stwierdzono, że potencjał wykonawczy świadczeniodawcy nie pozwalał na realizację dodatkowych świadczeń na rzecz pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

W Lubelskim OW NFZ dopuszczono do sytuacji zawarcia umów z trzema świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymogu Programu rehabilitacji pocovidowej dotyczącego zapewnienia całodobowego dostępu do RTG i gazometrii. Był to warunek określony w załączniku nr 6a do *zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, wymagany dodatkowo do spełnienia w zakresie organizacji i wyposażenia podmiotu leczniczego realizującego świadczenia rehabilitacji pocovidowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego lub w podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *weryfikacja spełniania przez podmioty warunku określonego w załączniku nr 6a do Zarządzenia Prezesa NFZ (Organizacja i wyposażenie), m.in. w zakresie dostępu do RTG i gazometrii, oparta została na oświadczeniach podmiotów potwierdzających spełnianie wymagań (dokument lub dane w SZOI).*

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Świadczeniodawcy oświadczyli m.in., że dostęp do diagnostyki w wyżej opisanym zakresie był możliwy w ramach funkcjonowania SOR w Puławach, do którego mógł zostać przekazany pacjent wymagający przeprowadzenia takich badań. Tymczasem, art. 3 ust. 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁸, 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.

Z informacji uzyskanych z Centrali NFZ wynika, że nakłady na świadczenia rehabilitacji pocovidowej udzielone w 2021 r. (od kwietnia do grudnia) wyniosły niespełna 70 mln zł. Najwyższe wydatki poniesiono na rehabilitację przeprowadzoną w trybie stacjonarnym w szpitalach (37,2 mln zł) i w uzdrowiskach (27,8 mln zł). Na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych przeznaczono ponad 4,5 mln zł a w warunkach domowych blisko 0,4 mln zł. Koszty świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej wyniosły 13 776 zł.

Z tej formy rehabilitacji skorzystało w tym okresie 21 292 pacjentów, z tego największą grupę stanowiły osoby poddane leczeniu w trybie stacjonarnym: na oddziałach szpitalnych (7993 osoby) i w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (6870 osób). Z fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych skorzystało 5898 pacjentów, w warunkach domowych 530 pacjentów. Tylko jedna osoba skorzystała z rehabilitacji pocovidowej psychiatrycznej.

W 2022 r. (od stycznia do czerwca) koszty świadczeń udzielonych w ramach Programów wyniosły łącznie ponad 63,9 mln zł. Z tego najwięcej przeznaczono na rehabilitację 7745 pacjentów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (32,8 mln zł). Na oddziałach szpitalnych koszty rehabilitacji pocovidowej 5655 pacjentów wyniosły 26,9 mln zł. Koszty świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej, udzielonych 5527 osobom, wyniosły ponad 3,6 mln zł; w warunkach domowych blisko 0,3 mln zł (leczeniem objęto 313 osób). Wartość świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej 47 pacjentów wyniosła prawie 0,4 mln zł.

Objęte kontrolą OW NFZ przeznaczyły na sfinansowanie świadczeń rehabilitacji pocovidowej w latach 2021–2022 łącznie 55,3 mln zł. Świadczeniami objęto 15 423 ozdrowieńców.

Nakłady na świadczenia udzielane w ramach Programów

²⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 1

Wydatki pięciu OW NFZ na świadczenia rehabilitacji pocovidowej (w zł) oraz liczba pacjentów nimi objęta

Województwo	Rodzaj rehabilitacji pocovidowej	2021		2022	
		Wartość wykonanych kosztów świadczeń	Liczba pacjentów poddanych usprawnianiu	Wartość wykonanych kosztów świadczeń	Liczba pacjentów poddanych usprawnianiu
dolnośląskie	rehabilitacja pocovidowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	8 044 896	1 976	9 320 852	2 202
	rehabilitacja pocovidowa w trybie stacjonarnym	2 332 704	435	1 508 324	298
	fizjoterapia pocovidowa – warunki ambulatoryjne	103 004	162	187 436	329
	fizjoterapia pocovidowa – warunki domowe	3 988	5	4 486	3
	rehabilitacja psychiatryczna pocovidowa	–	–	–	–
lubelskie	rehabilitacja pocovidowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	2 114 812	796	3 503 004	937
	rehabilitacja pocovidowa w trybie stacjonarnym	1 321 264	300	789 412	183
	fizjoterapia pocovidowa – warunki ambulatoryjne	119 829	163	108 781	172
	fizjoterapia pocovidowa – warunki domowe	26 928	20	23 909	25
	rehabilitacja psychiatryczna pocovidowa	13 776	1	–	–
śląskie	rehabilitacja pocovidowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	2 271 228	507	1 905 944	435
	rehabilitacja pocovidowa w trybie stacjonarnym	6 861 436	1 484	5 475 312	1 218
	fizjoterapia pocovidowa – warunki ambulatoryjne	387 094	545	331 836	526
	fizjoterapia pocovidowa – warunki domowe	–	–	–	–
	rehabilitacja psychiatryczna pocovidowa	–	–	257 808	31
świętokrzyskie	rehabilitacja pocovidowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	–	–	–	–
	rehabilitacja pocovidowa w trybie stacjonarnym	120 320	44	247 220	66
	fizjoterapia pocovidowa – warunki ambulatoryjne	207 044	257	112 561	157
	fizjoterapia pocovidowa – warunki domowe	20 815	15	11 159	10
	rehabilitacja psychiatryczna pocovidowa	–	–	–	–
zachodniopomorskie	rehabilitacja pocovidowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	1 817 960	474	1 826 044	493
	rehabilitacja pocovidowa w trybie stacjonarnym	2 159 180	444	1 491 028	278
	fizjoterapia pocovidowa – warunki ambulatoryjne	99 507	144	170 483	263
	fizjoterapia pocovidowa – warunki domowe	8 433	11	11 754	14
	rehabilitacja psychiatryczna pocovidowa	–	–	–	–

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli oraz informacji uzyskanych z Centrali NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W ocenie NIK, stanem pożądanym, zapewniającym minimalny dostęp do świadczeń rehabilitacji pocovidowej, byłoby zagwarantowanie ich udzielania przynajmniej w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnym, w co najmniej jednej miejscowości na terenie powiatu. W okresie realizacji Programów na obszarze województw objętych właściwością skontrolowanych pięciu OW NFZ nie zapewniono takiego stanu. Co więcej, we wszystkich objętych kontrolą OW NFZ wystąpiły powiaty, w których nie było możliwości uzyskania świadczeń w żadnej z form leczenia w ramach Programów. Najgorsza pod tym względem była sytuacja w województwie śląskim, w którym w latach 2021–2022, odpowiednio w 18 i 17 z 36 powiatów, nie zabezpieczono dostępu do rehabilitacji pocovidowej w żadnym z jej Programów.

Nierówny dostęp pacjentów do rehabilitacji pocovidowej

Na podstawie szczegółowych informacji dotyczących czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń (od daty wystawienia skierowania) ustalono, że:

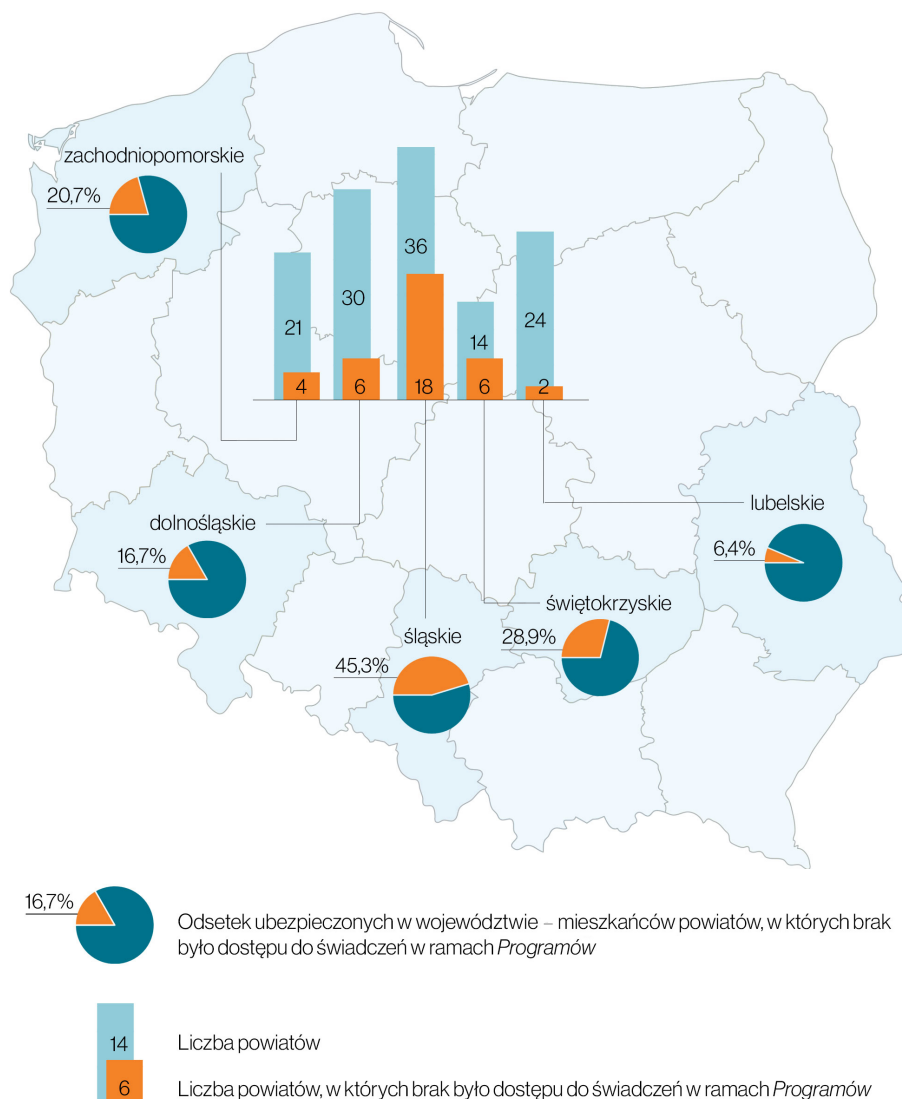
- w rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym w szpitalach średni termin oczekiwania wynosił od 51 dni (województwo dolnośląskie) do 63 dni (województwo śląskie). W skrajnych przypadkach na leczenie czekano nawet 202 dni (województwo świętokrzyskie);
- w rehabilitacji pocovidowej prowadzonej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego średni termin oczekiwania wynosił od 41 dni (województwo dolnośląskie) do 49 dni (województwo lubelskie). Najdłuższy czas oczekiwania – 172 dni – stwierdzono w województwie śląskim;
- na fizjoterapię pocovidową w warunkach ambulatoryjnych w województwie śląskim średnio oczekiwano 58 dni.

Ponadto na podstawie danych uzyskanych z Centrali NFZ stwierdzono, że świadczenia rehabilitacji pocovidowej psychiatrycznej realizowało czterech świadczeniodawców wyłącznie na terenie czterech województw: lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego i śląskiego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 1

Dostępność świadczeń w ramach Programów w poszczególnych powiatach na terenie działania skontrolowanych Oddziałów NFZ



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

O niewystarczającym zaspokojeniu potrzeb pacjentów na ten rodzaj leczenia świadczy również informacja uzyskana z Centrum e-Zdrowia. W systemie e-zdrowie (P1) według stanu na 30 czerwca 2022 r. wystawiono 27 673 e-skierowania na rehabilitację pacjentów po przebytej chorobie COVID-19²⁹, z tego 19 303 (69,8%) skierowania do odbycia leczenia w trybie stacjonarnym (12 217 w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i 7086 w szpitalach) oraz 8368 (30,2%) skierowań na leczenie w trybie ambulatoryjnym. Do końca realizacji Programów zrealizowanych zostało 43,8% spośród ww. skierowań. Najniższy odsetek wykorzystanych skierowań (39,7%) dotyczył rehabilitacji w podmiotach uzdrowiskowych.

²⁹ W obliczeniach uwzględniono następujące specjalizacje komórek organizacyjnych: 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1317, 1330, 2146, 2147, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2702, 4300, 4310, 4306, 4308, 4311, 6100, 6101, 6200, 6300, 6500, 6501, 6600, 6700.

Dyrektorzy wszystkich skontrolowanych OW NFZ, zgodnie z wymogami § 1 ust. 1 *zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, wywiązywali się z zadania sporządzenia i prowadzenia Wykazu podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji pocovidowej (według miejsca prowadzenia działalności). Wykazy te podlegały ogłoszeniu w Biuletynie Informacji Publicznej i zawierały aktualne informacje nt. świadczeniodawców udzielających w poszczególnych województwach świadczeń rehabilitacji pocovidowej (ustaleń w tym zakresie dokonano w odniesieniu do stanu na 1 grudnia 2021 r. i 1 marca 2022 r.).

Wykazy podmiotów

Świadczenia rehabilitacji pocovidowej były finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora Oddziału NFZ.

Sprawozdawanie udzielonych świadczeń

Na podstawie § 3 *zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, w celu rozliczenia świadczeń rehabilitacji pocovidowej podmiot leczniczy zobowiązany był do przekazywania, do właściwego OW NFZ do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu ich udzielenia, rachunku z tytułu udzielenia świadczeń oraz:

- 1) jednolitego pliku sprawozdawczego stosowanego do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Prezesa Funduszu albo
- 2) sprawozdania dotyczącego świadczeń objętych rachunkiem.

Termin przekazania sprawozdań był terminem instrukcyjnym, miał charakter porządkowy, bowiem ww. zarządzenie nie przewidywało sankcji dla świadczeniodawców za jego niedotrzymanie.

Przykład

Badanie terminowości sprawozdawania i rozliczania udzielonych świadczeń w **Zachodniopomorskim OW NFZ** wykazało, że 101 raportów statystycznych (spośród 195 poddanych szczegółowej analizie) wpłynęło od 11 do nawet 284 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: *we wskazanych przypadkach nie podejmowano działań w celu wyegzekwowania przekazania przez świadczeniodawców sprawozdań. Termin wskazany w zarządzeniu 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ (...) jest terminem porządkowym (zalecanym) dla świadczeniodawcy do przekazania sprawozdawczości miesięcznej. Kontrolowane świadczenia były nielimitowane i skierowane do wąskiej grupy pacjentów, w związku z powyższym trudno było określić zapotrzebowanie na te świadczenia a tym samym egzekwować przesyłanie sprawozdań. Zarządzenie nie przewiduje sankcji wobec świadczeniodawców, którzy nie dopełnią porządkowego terminu przesyłania miesięcznych sprawozdań. Konsekwencją przedstawienia przez świadczeniodawcę dokumentów po terminie innym niż termin zalecany jest otrzymanie przez niego należności z tytułu realizacji umowy w terminie późniejszym (zależnym od daty dostarczenia przez niego pliku sprawozdawczego).*

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Świadczenia sprawozdawane przez świadczeniodawców były weryfikowane w systemie informatycznym KS-SIKCH z wykorzystaniem automatycznych reguł weryfikacji publikowanych na stronie internetowej Centrali NFZ (Centralne Warunki Walidacji i Centralne Reguły Weryfikacji³⁰).

Weryfikacja rachunków z tytułu udzielonych świadczeń

Weryfikacja przekazanych rachunków i raportów statystycznych nie zapewniła jednak skutecznej kontroli świadczeń pod względem udzielenia ich osobom o nieprawidłowym tytule uprawnień. Nie zagwarantowała także wykrycia nieprawidłowości dotyczących rozliczenia przez świadczeniodawcę świadczeń udzielonych niezgodnie z warunkami Programu rehabilitacji pocovidowej.

Przykłady

W **Lubelskim OW NFZ**, na podstawie danych KS-SIKCH w zakresie rozliczenia przez jednego świadczeniodawcę świadczeń w ramach rehabilitacji pocovidowej stacjonarnej i uzdrowskiej 40 pacjentów, stwierdzono, że Oddział ten dokonał rozliczenia 37 rachunków (767 osobodni), w zakresie liczby wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych, niezgodnie z *zarządzeniem w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, bowiem świadczeniodawca nie spełnił wymogów załącznika nr 6a do tego zarządzenia w zakresie organizacji udzielania świadczeń (pkt 8 stanowił, że udziela się „dla jednego pacjenta, średnio co najmniej cztery zabiegi fizjoterapeutyczne dziennie”). Średnia liczba zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie (zgodnie ze sprawozdaniami przez podmiot procedurami) wyniosła w tych przypadkach od 3,33 do 3,94, w związku z rozliczeniem wszystkich dni pobytu pacjentów (stawką 188 zł), a nie osobodni zrealizowanych świadczeń rehabilitacji pocovidowej.

W wyniku przeprowadzonej przez ww. oddział (po niniejszej kontroli NIK, w związku z wnioskiem pokontrolnym³¹) ponownej weryfikacji świadczeń wykonanych w ramach Programów stwierdzono, że nieprawidłowości w zakresie zbyt małej liczby procedur medycznych wystąpiły u łącznie pięciu świadczeniodawców.

Ponadto w trzech przypadkach zidentyfikowano dwukrotne skorzystanie przez pacjentów ze świadczeń w ramach Programów w warunkach stacjonarnych/uzdrowskich (zgodnie z warunkami realizacji Programów, świadczeniobiorca mógł skorzystać jednokrotnie). Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że: *Jeden pacjent zataił przed świadczeniodawcą że wcześniej korzystał z rehabilitacji w ramach programu. Świadczeniodawca nie miał możliwości technicznych do zweryfikowania jaki jest stan faktyczny. Dwoch pacjentów skorzystało powtórnie z rehabilitacji z uwagi na przerwanie pobytu z przyczyn losowych. Pacjenci mieli wskazania medyczne aby realizować rehabilitację w maksymalnym wymiarze. Z uwagi na przerwanie rehabilitacji, zgłosili się na kontynuację wcześniej rozpoczętych świadczeń.*

Lubelski OW NFZ ustalił, że wartość świadczeń, które nie spełniły wymagań Programów wyniosła 1832,8 tys. zł i sporządził tzw. szablony korekt, które zostały udostępnione świadczeniodawcom.

³⁰ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/sprawozdawczosc-elektroniczna/walidacje-i-weryfikacje/>

³¹ Delegatura NIK w Lublinie w wystąpieniu pokontrolnym z 20 października 2022 r. sformułowała wniosek pokontrolny w brzmieniu: Przeprowadzenie weryfikacji wstecznej za lata 2021–2022, w odniesieniu do realizacji Programu, przez Szpital Kolejowy oraz pozostałych świadczeniodawców, pod kątem poprawności zrealizowanych procedur w zakresie średniej liczby wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych dla jednego pacjenta i poinformowanie NIK o podjętych działaniach, w tym o środkach finansowych, które LOW NFZ zidentyfikował do odzyskania i/lub odzyskał.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W trakcie kontroli w **Zachodniopomorskim OW NFZ** stwierdzono, że spośród pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji pocovidowej, dwie osoby skorzystały z dwóch form usprawniania w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej, tj.: leczenia w trybie stacjonarnym i uzdrowiskowym. Oddział nienależnie wypłacił podmiotom leczniczym z tego tytułu 11 656 zł.

Zgodnie z § 3 ust. 7 *zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, należność z tytułu realizacji świadczeń OW Funduszu miał wypłacać w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania ww. dokumentów rozliczeniowych.

**Terminowość
płatności za udzielone
świadczenia**

W trakcie kontroli zweryfikowano płatności dokonywane dla dziesięciu świadczeniodawców przez każdy z OW NFZ³². Ustalono, że płatności te były dokonywane terminowo.

W okresie objętym kontrolą tylko do jednego (Świętokrzyskiego OW NFZ) z pięciu skontrolowanych oddziałów wojewódzkich Funduszu, nie wpłynęła żadna skarga dotycząca realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej. Najwięcej skarg (odpowiednio 12 i 11) wpłynęło do Dolnośląskiego i Śląskiego OW NFZ. Pięć skarg wpłynęło do Zachodniopomorskiego OW NFZ i jedna do Lubelskiego OW NFZ.

**Skargi pacjentów
dotyczące realizacji
świadczeń rehabilitacji
pocovidowej**

Wniesione skargi dotyczyły w szczególności odmowy udzielenia świadczeń rehabilitacji pocovidowej oraz *opieszności* świadczeniodawców przy weryfikacji skierowań na rehabilitację pocovidową.

Przykłady

Do **Dolnośląskiego OW NFZ** wpłynęło 12 skarg świadczeniobiorców. Skargi dotyczyły w pięciu przypadkach odmowy przyjęcia na rehabilitację pocovidową przez świadczeniodawcę, w dwóch przypadkach jakości świadczeń w zakresie rehabilitacji po COVID-19 u świadczeniodawcy oraz po jednym przypadku: zwrotu kosztów za świadczenia zdrowotne udzielone na oddziale rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19; odmowy uzupełnienia przez świadczeniodawcę (innego niż świadczącego rehabilitację pocovidową) dokumentacji medycznej potrzebnej do skierowania na rehabilitację pocovidową; rejestracji skierowań przez świadczeniodawcę; odmowy zarejestrowania skierowania na rehabilitację pocovidową; odbycia rehabilitacji pocovidowej oraz odmowy zezwolenia na wyjście na przepustkę.

Do **Śląskiego OW Funduszu** wpłynęło 11 skarg. Cztery skargi przekazano do rozpatrzenia zgodnie z właściwością (trzy do innych oddziałów wojewódzkich NFZ i jedną do podmiotu leczniczego – skarga dotyczyła pobytu na oddziale rehabilitacji).

Skargi rozpatrzone przez Oddział dotyczyły odmowy realizacji rehabilitacji pocovidowej, w tym sześć w warunkach stacjonarnych (podmioty uzdrowiskowe) i jedna w warunkach domowych. Cztery skargi dotyczące odmowy przyjęcia na rehabilitację pocovidową uznano za zasadne.

³² W Lubelskim OW NFZ badanie szczegółowe dotyczyło próby 11 świadczeniodawców dobranych w sposób celowy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wszystkie skargi rozpatrzono lub przekazano do rozpatrzenia (na podstawie właściwości do odpowiednich OW NFZ albo podmiotów leczniczych), a skarżącym udzielono wyjaśnień i informacji, przy czym w jednym OW NFZ³³ przy rozpatrywaniu skarg naruszono przepisy k.p.a.

Przykład

W **Dolnośląskim OW NFZ** szczegółowym badaniem objęto sześć skarg rozpatrzonych przez Oddział (80%), dotyczących działania świadczeniodawców. Trzy z nich rozpatrzono odmownie, informując w zawiadomieniach skarżących o przyczynach takiego rozstrzygnięcia. Trzy ze zbadanych skarg rozpatrzono jako zasadne, wskazując w zawiadomieniach na okoliczności takiego rozstrzygnięcia. W pięciu z sześciu przypadków skargi rozpatrzono bez zbędnej zwłoki. W jednym przypadku nie dochowano terminu na rozpatrzenie skargi, czym naruszono art. 36 § 1 w związku z art. 237 § 4 k.p.a. W przypadku trzech skarg rozpatrzonych odmownie, w sporządzonych zawiadomieniach nie zawarto wymaganego przepisami pouczenia o treści art. 239 k.p.a., co było niezgodne z art. 238 § 1 k.p.a.

Kontrole realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej

Od 1 czerwca 2019 r., z związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach zdrowotnych, wydziały kontroli oddziałów wojewódzkich NFZ zostały wydzielone ze struktur OW Funduszu i podporządkowane bezpośrednio Prezesowi NFZ poprzez włączenie ich do Departamentu Kontroli NFZ³⁴.

Z informacji uzyskanych z Centrali NFZ wynika, że w okresie objętym kontrolą Departament Kontroli NFZ nie przeprowadził żadnej kontroli w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej, co uzasadniano zaangażowaniem pracowników Terenowych Wydziałów Kontroli w *inne, konieczne i pilne działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*³⁵.

Z kolei w trakcie kontroli w OW NFZ ustalono, że Oddziały nie wniosowały do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli w tym obszarze, bowiem wskazywano na niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości u świadczeniodawców uczestniczących w realizacji Programów oraz trudności w prowadzeniu kontroli w okresie epidemii SARS-CoV-2.

Przykład

Dyrektor **Świętokrzyskiego OW NFZ** wyjaśniła, że (...)rehabilitacja dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 mogła być realizowana wyłącznie przez podmioty posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń: w trybie stacjonarnym w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub leczenie uzdrowiskowe lub leczenie szpitalne, lub w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, lub w warunkach domowych. Wszystkie podmioty zamieszczone przez Świętokrzyski Oddział NFZ w Biuletynie Informacji Publicznej posiadały aktywną umowę na realizację świadczeń rehabilitacyjnych. Należy wskazać, że są to podmioty, które przed zawarciem stosownej umowy z tut. Oddziałem

³³ Dolnośląski OW NFZ.

³⁴ Na podstawie § 38 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ – zał. do zarządzenia nr 67/2019/GPF Prezesa NFZ z 14 czerwca 2019 r. w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, ze zm.).

³⁵ Pismo Departamentu Świadczeń Zdrowotnych Centrali NFZ w Warszawie z 6 grudnia 2022 r. (sygn. DSOZ-WNRZU.401.26.2022).

brały udział w postępowaniach konkursowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych zakresach świadczeń. Procedura konkursowa zobowiązuje członków komisji konkursowych do zbadania posiadania przez oferenta spełnienia zarówno warunków formalnych jak i merytorycznych do udzielania świadczeń. Ponadto komisja zobowiązana jest każdorazowo w stosunku do nowych oferentów, do przeprowadzenia oględzin miejsca wskazanego do udzielania świadczeń, pod względem prawidłowości zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym. Pozytywnie zakończona weryfikacja stanowi element oceny podmiotu w prowadzonym postępowaniu konkursowym. Biorąc pod uwagę powyższe, Oddział nie dokonywał oględzin miejsc wskazanych do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych na rzecz pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, gdyż były to miejsca tożsame z miejscami, w których udzielane były już świadczenia w oparciu o posiadane umowy z NFZ. Niemniej jednak, każdy z podmiotów zgłaszających akces do udzielania ww. świadczeń i spełniający warunki formalne, musiał również złożyć m.in. dokumenty dot. zadeklarowanego personelu wraz z jego harmonogramem pracy oraz przedstawić wykaz sprzętów. (...) Dział Lecznictwa Otwartego nie zlecał kontroli realizacji ww. świadczeń Decyzja ta wynikała z m.in. z utrzymującego się w kraju stanu epidemii. Realizacja świadczeń rehabilitacji pocovidowej miała miejsce m.in. w placówkach szpitalnych, jak i wieloprofilowych, które realizowały świadczenia na rzecz pacjentów w innych rodzajach i zakresach. Tym samym przeprowadzenie kontroli wiązałoby się z niepotrzebnym narażeniem pracowników Terenowego Wydziału Kontroli na kontakt z wirusem SARS-CoV-2 w dużych skupiskach oraz stwarzało dodatkowe zagrożenie dla personelu medycznego i pacjentów.

Objęte kontrolą OW NFZ miały ograniczone możliwości prowadzenia analiz długości czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń w ramach Programów. Kierownicy skontrolowanych Oddziałów wskazywali m.in., że wynikało to z faktu, iż świadczenia te nie podlegały wpisowi w aplikacji *Kolejki Centralne*, w której prowadzone są harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących, o których mowa w załączniku nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).

Dwa Oddziały NFZ (Lubelski i Zachodniopomorski), odpowiednio w maju i w czerwcu 2021 r., przeprowadziły analizy zabezpieczenia świadczeń w zakresie rehabilitacji pocovidowej, przy czym w obu przypadkach przyjęto różne podejście do oceny dostępności świadczeń. W Śląskim OW NFZ przy rozpatrywaniu wniosków świadczeniodawców o umieszczenie w Wykazie podmiotów przeprowadzono analizy realizacji świadczeń w odniesieniu do liczby osób oczekujących na rehabilitację pocovidową.

Przykłady

W Lubelskim OW NFZ w maju 2021 r. przeprowadzono analizę zabezpieczenia świadczeń w zakresie: rehabilitacji pocovidowej w warunkach stacjonarnych oraz fizjoterapii dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, na terenie województwa lubelskiego. Wykazano brak zabezpieczenia wszystkich świadczeń w sześciu powiatach³⁶, fizjoterapii ambulatoryjnej w dzie-

Analizy dostępności świadczeń rehabilitacji pocovidowej

³⁶ Janowskim, lubartowskim, łukowskim, opolskim, świdnickim i zamojskim.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

więciu powiatach³⁷, fizjoterapii w warunkach domowych w 12 powiatach³⁸ oraz rehabilitacji stacjonarnej w 10 powiatach³⁹. W związku z powyższym sformułowano wnioski dla Dyrektora o przeprowadzenie kolejnego naboru do Programów kierowanych do pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych. Stosowny komunikat został zamieszczony w SZOI 28 maja 2021 r. ze wskazaniem terminu składania wniosków do 4 czerwca 2021 r.

Dyrektor **Zachodniopomorskiego OW Funduszu** w dniu 24 czerwca 2021 r. skierował komunikat⁴⁰ do dziewięciu świadczeniodawców usług w trybie stacjonarnym i uzdrowiskowym⁴¹, w którym zobligował do przedstawienia informacji o kolejce oczekujących, planowanych terminach przyjęć i o liczbie osób uczestniczących jednorazowo w programie. Na podstawie analizy przysłanych odpowiedzi Oddział ustalił, że według stanu na 29 czerwca 2021 r. w trakcie rehabilitacji było 119 pacjentów⁴², a w kolejce oczekiwało 425 pacjentów⁴³. Dyrektor wyjaśnił: *Uzyskane informacje pozwoliły Oddziałowi upewnić się co do prawidłowości udzielania świadczeń w postaci przestrzegania obowiązujących terminów. (...) Do Oddziału nie wpłynęły żadne informacje świadczące o niespełnianiu wymagań dotyczących czasu oczekiwania na świadczenie.*

Działania podejmowane przez OW NFZ w związku z zakończeniem realizacji Programów

W związku z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r., NFZ w dniu 4 kwietnia 2022 r. poinformował o zakończeniu możliwości wystawiania skierowań na rehabilitację pocovidową oraz finansowaniu świadczeń w ramach Programów wykonanych wyłącznie w terminie do 30 czerwca 2022 r. Następnie oddziały wojewódzkie Funduszu pozyskiwały od świadczeniodawców informacje nt. liczby pacjentów oczekujących na świadczenia rehabilitacji pocovidowej. Z danych przekazanych przez NFZ⁴⁴ wynikało, że spośród 2 169 pacjentów, którym termin realizacji świadczeń wyznaczono po 30 czerwca 2022 r., najwięcej (1177) posiadało skierowania na leczenie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, 772 w trybie stacjonarnym, 218 w trybie ambulatoryjnym i dwa w trybie domowym.

Dolnośląski OW NFZ 5 kwietnia 2022 r. przekazał przez Portal Świadczeniodawcy podmiotom realizującym Programy informacje o zakończeniu wystawiania skierowań oraz o planowanym ukończeniu realizacji tych świadczeń z dniem 30 czerwca 2022 r. Następnie 8 czerwca 2022 r. Oddział przypomniał, również za pośrednictwem SZOI, o terminie zakończenia realizacji świadczeń we wszystkich Programach, informując jednocześnie, że świad-

³⁷ Janowskim, lubartowskim, lubelskim, łęczyńskim, łukowskim, opolskim, świdnickim, tomaszowskim i zamojskim.

³⁸ Chełmskim, janowskim, lubartowskim, lubelskim, łęczyńskim, łukowskim, opolskim, radzyńskim, świdnickim, tomaszowskim, zamojskim, Białej Podlaskiej.

³⁹ Hrubieszowskim, janowskim, krańskim, lubartowskim, łukowskim, opolskim, parczewskim, włodawskim, Białej Podlaskiej i Zamościu.

⁴⁰ Poprzez portal SZOI.

⁴¹ Którzy przed tą datą zadeklarowali rozpoczęcie świadczenia usług w trybie stacjonarnym i uzdrowiskowym.

⁴² Od braku pacjentów w jednym ośrodku do 36 w innym.

⁴³ Od siedmiu dni w jednym podmiocie do 112 dni w innym.

⁴⁴ <http://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTCEHBJ2/%24FILE/i32977-o1.pdf> – odpowiedź Ministra Zdrowia z 13 maja 2022 r. na interpelację poselską nr 32977 z 12 kwietnia 2022 r. w sprawie skierowań na rehabilitację pocovidową.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19, których stan zdrowia będzie wskazywał na potrzebę rehabilitacji, będą mogli korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych.

Oddział skierował także zapytania do świadczeniodawców w sprawie liczby pacjentów, dla których termin realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej przypadął po 30 czerwca 2022 r. Według stanu na 5 kwietnia 2022 r. było to 23 pacjentów w trybie stacjonarnym, 44 w trybie ambulatoryjnym, żadnego pacjenta w trybie domowym oraz 234 pacjentów w leczeniu uzdrowiskowym. Z kolei według stanu na 5 maja 2022 r. było to 38 pacjentów w leczeniu uzdrowiskowym. W pozostałych zakresach nie było już oczekujących pacjentów.

W Lubelskim OW NFZ 12 kwietnia 2022 r. w SZOI zamieszczono komunikat (z terminem odpowiedzi 13 kwietnia 2022 r.), dotyczący konieczności przekazania danych o liczbie pacjentów oczekujących na realizację świadczeń *w związku z potrzebą zapewnienia im optymalnej dostępności do świadczeń do 30 czerwca 2022 r.*, a w sytuacji braku możliwości udzielenia świadczeń w tym terminie – poinformowania świadczeniobiorców o możliwości skorzystania ze świadczeń u innych świadczeniodawców. Dyrektor LOW NFZ poinformowała, że analiza zebranych informacji wykazała brak oczekujących pacjentów w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, domowej i stacjonarnej.

Z informacji pozyskanych od świadczeniodawców wynikało, że do 30 czerwca 2022 r. brak było możliwości zapewnienia rehabilitacji pocovidowej w trzech zakładach lecznictwa uzdrowiskowego dla 138 pacjentów.

W przypadku jednego z podmiotów (według stanu na 13 kwietnia 2022 r.) wykazano, że 96 pacjentów miało wyznaczony termin rozpoczęcia lub zakończenia leczenia po 30 czerwca 2022 r. Dla 57 osób, w uzgodnieniu z LOW NFZ, dokonano przesunięcia wcześniej zakontraktowanych miejsc z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego dorosłych, na potrzeby rehabilitacji pocovidowej oraz wstrzymano sprzedaż pobytów komercyjnych dla osób prywatnych. Pozostałe 39 osób nie zdecydowało się lub nie mogło przesunąć (przyspieszyć) terminu rehabilitacji z powodów zawodowych (dotyczyło to m.in. pracowników placówek oświatowych i nauczycieli).

W drugim podmiocie 202 pacjentów oczekiwało na rehabilitację w ramach Programu (wg danych na 5 kwietnia 2022 r.), z czego po przeanalizowaniu liczby wolnych miejsc, zgłoszono do NFZ brak możliwości zapewnienia leczenia dla 42 pacjentów. W celu umożliwienia pacjentom skorzystania ze świadczenia, wykorzystane zostały wolne miejsca w dwóch lokalizacjach udzielania świadczeń, dla pacjentów, którzy zdecydowali się (mieli możliwość) odbycia rehabilitacji w terminie wcześniejszym, niż został zaplanowany, tj. maj-czerwiec 2022 r. Z przekazanych danych wynikało, że nie zostało przyjętych 36 osób.

Śląski OW NFZ w korespondencji prowadzonej od 6 kwietnia 2022 r. polecił świadczeniodawcom dokonanie weryfikacji kolejki oczekujących na rehabilitację pocovidową oraz poinformowanie pacjentów, gdyby uzdrowiska nie miały możliwości zrealizowania wszystkich skierowań do 30 czerwca 2022 r., o ewentualności podjęcia przez nich leczenia w innej placówce medycz-

nej. Według stanu na 19 maja 2022 r. liczba pacjentów, którzy oczekiwali na udzielenie świadczeń po 30 czerwca 2022 r. wynosiła: 108 w trybie uzdrowiskowym i 49 w trybie stacjonarnym. W czerwcu 2022 r., w związku z dużą liczbą pacjentów nadal oczekujących na udzielenie świadczeń w trybie uzdrowiskowym, Oddział zwrócił się do świadczeniodawców spoza województwa śląskiego z zapytaniem o możliwość przyjęcia tych pacjentów. W wyniku podjętych działań oraz na podstawie uzgodnień telefonicznych prowadzonych ze świadczeniodawcami, pracownicy Śląskiego OW NFZ uzyskali potwierdzenie, że do końca czerwca 2022 r. wszystkim oczekującym pacjentom zostaną udzielone świadczenia.

Świętokrzyski OW NFZ monitorował liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19, dla których termin realizacji przypadał po 30 czerwca 2022 r. Dane od świadczeniodawców pozyskano poprzez zamieszczenie zapytania na portalu SZOI. Z odpowiedzi uzyskanych od placówek realizujących Programy rehabilitacji pocovidowej wynikało, że według stanu na 5 kwietnia 2022 r. łącznie 42 pacjentów oczekiwało na udzielenie świadczeń w ośmiu spośród 18 placówek, umieszczonych wówczas w Wykazie podmiotów. Wszyscy zakwalifikowani wówczas do rehabilitacji pocovidowej pacjenci mieli wykonane świadczenia przed dniem wygaszenia Programów.

Zachodniopomorski OW NFZ, w związku z wyznaczonym terminem zakończenia realizacji Programów rehabilitacji pocovidowej, dwukrotnie – w kwietniu i maju 2022 r. – za pośrednictwem SZOI przeprowadził rozpoznanie w kwestii pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w tym zakresie. Według stanu na 9 maja 2022 r. na rozpoczęcie rehabilitacji pocovidowej po 30 czerwca 2022 r. w kolejce oczekiwało 69 pacjentów w dwóch podmiotach (66 w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego i trzech w szpitalu). Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: (...) *W związku z zakończeniem realizacji programów rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 po 30 czerwca 2022 r., ZOW NFZ informował świadczeniodawców o możliwości udzielania świadczeń tym pacjentom w ramach zakresów rehabilitacji leczniczej, na które posiadali oni wieloletnie umowy zawarte z ZOW NFZ, tj. rehabilitacja w warunkach stacjonarnych (ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna na terenie województwa zachodniopomorskiego, pulmonologiczna – poza naszym województwem), fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia domowa.*

5.2. Podmioty lecznicze (świadczeniodawcy)

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

Charakterystyka
skontrolowanych
podmiotów

Spośród 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych, pięć to placówki, z których cztery udzielały świadczeń rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym⁴⁵, a jedna – świadczeń w trybie stacjonarnym oraz fizjoter-

⁴⁵ [1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy (dalej: WSS w Legnicy); [2] Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze (dalej: WCSKJ w Jeleniej Górze); [3] Przedsiębiorstwo Świadczeń Zdrowotnych i Promocji Zdrowia Elvita – Jaworzno III sp. z o.o. w Jaworznie (na Oddziale Rehabilitacyjnym Sanatorium Uzdrowiskowego „Elektron” w Ustroniu, dalej: Przedsiębiorstwo Elvita w Ustroniu); [4] Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.

pii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych⁴⁶. Kolejne cztery to placówki udzielające świadczeń rehabilitacji pocovidowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego⁴⁷, z tego jedna udzielała również świadczeń rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym oraz jedna fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych⁴⁸. Ponadto kontrolą objęto jeden podmiot udzielający wyłącznie świadczeń fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych⁴⁹.

Wpisy do RPWDL nie zawsze odpowiadały stanowi faktycznemu lub nie były zgodne z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego.

W czterech skontrolowanych podmiotach leczniczych⁵⁰ stwierdzono nieprawidłowości. W dwóch przypadkach wpisy w RPWDL zawierały nieaktualne informacje o komórkach organizacyjnych, tj. nie zostały wykreślone z rejestru po zakończeniu działalności. W jednym przypadku, w związku z wydzieleniem 20 łóżek z oddziału rehabilitacji kardiologicznej na rzecz oddziału rehabilitacji neurologicznej (w którym udzielano świadczeń rehabilitacji pocovidowej) nie dopełniono obowiązku aktualizacji wpisu w rejestrze w tym zakresie. Powyższe stanowiło naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który zobowiązuje podmioty do zgłaszania zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania.

W jednym podmiocie komórki organizacyjne wykazane w RPWDL, nie były uwzględnione w strukturze zakładu, określonej w regulaminie organizacyjnym tej placówki.

W regulaminach organizacyjnych większości (dziewięć z 10) skontrolowanych świadczeniodawców, stosownie do art. 24 ust. 1 o działalności leczniczej, określono organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego (w tym realizujących świadczenia rehabilitacji pocovidowej) oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Przykład

W określonej w regulaminie organizacyjnym (obowiązującym w okresie objętym kontrolą) strukturze organizacyjnej **Sanatorium ZNP w Nałęczowie** nie uwzględniono funkcjonujących komórek organizacyjnych (działy i pracownie fizjoterapii, fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii, krioterapii, balneoterapii, pracownie masażu leczniczego), wykazanych w RPWDL.

Aktualność
wpisów w RPWDL
i regulaminów
organizacyjnych

⁴⁶ [5] Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu (dalej: Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny w Jaworzu).

⁴⁷ [6] Uzdrowisko Cieplice sp. z o. o. – Grupa PGU w Jeleniej Górze (dalej: Uzdrowisko Cieplice), [7] Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nałęczowie (dalej: KSU w Nałęczowie), [8] Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie (dalej: Sanatorium ZNP w Nałęczowie), [9] Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o. o. w Goczałkowicach-Zdroju (dalej: Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój).

⁴⁸ Odpowiednio: KSU w Nałęczowie i Uzdrowisko Cieplice.

⁴⁹ [10] Przychodnia Asmedica sp. z o.o. w Miedzianej Górze (dalej: Przychodnia Asmedica w Miedzianej Górze).

⁵⁰ WSS w Legnicy, KSU w Nałęczowie, Sanatorium ZNP w Nałęczowie i Przychodnia Asmedica w Miedzianej Górze.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ponadto w § 24 ust. 2 ww. regulaminu podano, że szczegółowe zasady współdziałania komórek określa i koordynuje Dyrektor Sanatorium, tym samym nie określono zadań i warunków współdziałania poszczególnych komórek organizacyjnych, czego wymagał art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.

W trakcie prowadzenia czynności kontrolnych przez NIK, zarządzeniem Dyrektora Sanatorium, do regulaminu organizacyjnego wprowadzono odpowiednie zmiany, tj. dodano zapisy dotyczące wskazanych w RPWDL komórek organizacyjnych i określono ich zadania oraz wprowadzono zapisy dotyczące zasad współdziałania i współpracy poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu.

Dodatkowe uregulowania dot. rehabilitacji pocovidowej

W sześciu podmiotach⁵¹ opracowano i wdrożono dodatkowe procedury wewnętrzne dotyczące rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, w szczególności ustalające zasady przyjmowania i leczenia chorych, określające zakres rzeczowy poszczególnych komórek organizacyjnych (w tym zadania pracowników) uczestniczących w realizacji świadczeń. Procedury były aktualizowane, odpowiednio do zmian w Programach rehabilitacji pocovidowej.

Dobre praktyki

W **WCSKJ w Jeleniej Górze** od 8 grudnia 2020 r. (już przed wprowadzeniem Programów) obowiązywała „Standardowa procedura operacyjna dotycząca rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19⁵²”. Jej celem było *zmniejszenie skutków powikłań pozapalnych tkanki śródmiąższowej płuc*⁵³. Postępowanie rehabilitacyjne składało się z działań usprawniających płuca, układ mięśniowy klatki piersiowej, a ponadto inne grupy mięśniowe pozytywnie wpływające na funkcję oddechową płuc⁵⁴. Zgodnie z powyższą procedurą na początkowym etapie chorego poddawano wstępnej ocenie, wykonywano badania ogólne laboratoryjne, a także spirometryczne, gazometryczne oraz 6-minutowy test chodu. Ponadto uwzględniano choroby współistniejące, diagnozowano dotychczasowe leczenie farmakologiczne oraz określano potencjał rehabilitacyjny chorego. Leczenie rehabilitacyjne w ramach przedmiotowej procedury miało odbywać się pod pełną kontrolą lekarską, pielęgniarską i zespołu rehabilitacyjnego. Obejmowało ono m.in. ćwiczenia oddechowe, relaksacyjne, ogólnoustrojowe oraz ćwiczenia przy wykorzystaniu urządzeń usprawniających. Ponadto stosowano zabiegi fizykoterapeutyczne oraz (w określonych przypadkach) tlenoterapię. Na końcowym etapie następowała ocena wydolności oddechowej i ogólnej wraz z zaleceniami przy wypisie.

W **WSS w Legnicy** wdrożono Procedurę Medyczną Nr 38 (PM-38) pn. „Program kompleksowej opieki nad pacjentem po przebytych COVID-19⁵⁵”. Celem tej procedury było stworzenie zasad umożliwiających szybką aktywizację powrotu do zdrowia i aktywności zawodowej pacjentów po zachorowaniu na COVID-19 poprzez kompleksową opiekę i rehabilitację realizowaną przez interdyscyplinarny zespół specjalistów dedykowanych dla tych chorych. Przedmiotem procedury było również ustalenie zasad postępowania z pacjentem po zachorowaniu na COVID-19 oraz określenie zadań i odpowiedzialności personelu medycznego Szpitala.

⁵¹ WSS w Legnicy, WCSKJ w Jeleniej Górze, KSU w Nałęczowie, Sanatorium ZNP w Nałęczowie, Uzdrawisko Goczałkowice-Zdrój i Przedsiębiorstwo Elvita w Ustroniu.

⁵² Standardowa procedura operacyjna (SOP) Postępowanie w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z pacjentem po przebytej hospitalizacji zakażenia koronawirusem COVID-19.

⁵³ Zapalenie to wywołuje trwałe zmiany prowadzące do przewlekłej niewydolności oddechowej.

⁵⁴ Tj. poprawiając wymianę gazową i wzmacniając wydolność ogólnoustrojową organizmu.

⁵⁵ Procedura wprowadzona Zarządzeniem nr 146 Dyrektora WSS w Legnicy z dnia 1 kwietnia 2021 r. w sprawie wprowadzenia procedury medycznej PM-38 „Program kompleksowej opieki nad pacjentem po przebytych COVID-19”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Choć wdrożenie procedur miało w szczególności służyć ujednoliceniu i skoordynowaniu działań podejmowanych w podmiotach leczniczych w celu zapewnienia pacjentom po przebytej chorobie COVID-19 właściwego leczenia, to w jednym przypadku, w ocenie NIK, ustalone w nich zasady mogły mieć negatywny wpływ na realizację świadczeń rehabilitacyjnych.

Przykład

W **Przedsiębiorstwie Elvita w Ustroniu** w opracowaniu wewnętrznym z 7 czerwca 2021 r. pt. *Zasady i kryteria przyjęcia osób po przebytej chorobie COVID-19 na rehabilitację leczniczą*, ustalono że czas trwania rehabilitacji leczniczej pocovidowej wyniesie maksymalnie 28 dni (cztery tygodnie), podczas gdy zgodnie z warunkami realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej określonymi w zarządzeniu ws. *zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, rehabilitacja powinna trwać od dwóch do sześciu tygodni.

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *Zasady i kryteria przyjęcia osób po przebytej chorobie COVID-19 na rehabilitację leczniczą w S.U. Elektron zostały spisane kierując się dobrem pacjenta i optymalizacją możliwości przyjęcia większej liczby chorych. Spółka określając maksymalny okres czasu trwania rehabilitacji kierowała się posiadaną wiedzą i doświadczeniem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji.*

Badanie szczegółowe przebiegu rehabilitacji 40 pacjentów wykazało, że w żadnym przypadku czas trwania leczenia nie przekroczył 28 osobodni. Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK podkreśliła, że czas rehabilitacji powinien być dopasowany do każdej osoby indywidualnie, adekwatnie do stanu pacjenta i medycznych wskazań oraz uzależniony od postępów leczenia usprawniającego. Wprowadzone uregulowanie stanowiło ograniczenie maksymalnego czasu trwania rehabilitacji pocovidowej, niezależnie od stanu zdrowia pacjenta oraz naruszało wymagania Programu rehabilitacji pocovidowej.

Pacjenci, co do zasady, byli przyjmowani w celu odbycia rehabilitacji pocovidowej według kolejności zgłoszeń. W dwóch podmiotach⁵⁶ stwierdzono przypadki wyznaczania terminów przyjmowania i leczenia pacjentów niezgodnie z kolejnością zgłoszeń, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 1 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych* oraz było to niezgodne z obowiązującymi w tych podmiotach wewnętrznymi regulacjami.

Przykład

W **KSU w Nałęczowie** przy realizacji świadczeń rehabilitacji pocovidowej (sprawdzono na podstawie losowo dobranej próby łącznie 40 pacjentów zapisanych na listy oczekujących w miesiącach: czerwiec 2021 r. oraz luty, marzec i kwiecień 2022 r.) nie przestrzegano zasad określonych w *Instrukcji przyjęcia pacjenta na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19 do KSU z 2 czerwca 2021 r.* Szpital przyjął sześciu pacjentów na rehabilitację poza kolejnością⁵⁷, 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 okolicz-

⁵⁶ KSU w Nałęczowie i Uzdrawisko Goczałkowice-Zdrój.

⁵⁷ Termin oczekiwania na przyjęcie dla tych pacjentów wynosił od zera do sześciu dni.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

ności tych zmian. Według prowadzonych przez Szpital ewidencji oczekujących wszystkie przypadki (19) były przypadkami stabilnymi. Zgodnie z ww. Instrukcją, przyjęcia pacjentów odbywały 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.

Kwalifikacja pacjentów do świadczeń

Przeprowadzone przez NIK badanie dokumentacji medycznej obejmującej grupę 400 pacjentów⁵⁸ wykazało, że w każdym przypadku pacjenci zostali przyjęci na leczenie w ramach Programów, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu choroby COVID-19. W przypadku sześciu pacjentów⁵⁹ (1,5%) potwierdzenie choroby COVID-19 nastąpiło na podstawie testu antygenowego. Było to niezgodne z warunkami realizacji Programu rehabilitacji pocovidowej (pkt 1 części *Podstawy rehabilitacji i kryteria kwalifikacji* – w wersji obowiązującej od 3 czerwca 2021 r.), w których jednoznacznie wskazano, który rodzaj testu na obecność koronawirusa SARS-CoV-2 (wyłącznie PCR) stanowił podstawę kwalifikacji pacjenta do rehabilitacji.

Z udziału w Programach byli wyłączeni świadczeniobiorcy, którzy skorzystali już wcześniej z Programu z zakresu fizjoterapii oraz z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 lub zakwalifikowani zostali do świadczeń w ramach Programu pilotażowego. Był to wymóg określony w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. Tymczasem we wszystkich skontrolowanych podmiotach negatywnej weryfikacji udziału skorzystania ze świadczeń w powyższych zakresach dokonywano wyłącznie w oparciu o oświadczenia pacjentów, bowiem – jak wskazywali kierownicy placówek – ani NFZ, ani Ministerstwo Zdrowia, nie udostępniły narzędzi umożliwiających jej dokonanie. Uznawali ponadto, że to lekarz kierujący pacjenta na leczenie posiadał niezbędną wiedzę do prawidłowego wystawienia skierowania na rehabilitację pocovidową, w tym również w zakresie uprawnienia pacjenta do udziału w Programach. Wskazywali także, że NFZ nie kwestionował rozliczenia zrealizowanych świadczeń rehabilitacji pocovidowej z tytułu wcześniejszego uczestnictwa pacjenta w tych Programach.

W wyniku kontroli przeprowadzonej w dwóch OW NFZ (Lubelskim i Zachodniopomorskim) stwierdzono odpowiednio trzy i dwa przypadki dwukrotnego skorzystania przez pacjentów ze świadczeń w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej, tj. leczenia w trybie stacjonarnym i uzdrowiskowym.

Przy kwalifikacji do leczenia w Programie rehabilitacji pocovidowej wymagane były wyniki określonych badań diagnostycznych⁶⁰. Wyniki badań należało dołączyć do skierowania (dopuszczone było niezłączenie badania EKG,

⁵⁸ 352 – poddanych usprawnianiu w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej i 48 – uczestniczących w Programie fizjoterapii pocovidowej w warunkach ambulatoryjnych.

⁵⁹ Pacjenci uczestniczyli w Programie rehabilitacji pocovidowej realizowanym w Przedsiębiorstwie Elvita w Ustroniu.

⁶⁰ Od 3 czerwca 2021 r. były to: badania obrazowe RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem, wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; aktualna morfologia, CRP; aktualne badanie EKG; inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta; przy dominującym problemie kardiologicznym – badanie EKG, wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w sytuacji gdy mogło być ono wykonane u realizatora rehabilitacji przy przyjęciu świadczeniobiorcy). W czterech podmiotach⁶¹ w dokumentacji medycznej pacjentów brak było załączonych do skierowania wymaganych wyników badań (lub były one niekompletne), bądź – w przypadku obowiązku przeprowadzenia przy kwalifikacji badania EKG – brak było potwierdzenia wykonania takiego badania.

Przykłady

W KSU w Nałęczowie w 16 przypadkach (z 40) dokumentacji medycznej nie było badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji do leczenia w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej lub były one niekompletne. Dla 12 pacjentów nie wykonano badań EKG, w przypadku braku aktualnych wyników badań.

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 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.

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

W Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym w Jaworzu w przypadku jednego z 33 pacjentów uczestniczących w ww. programie, kwalifikacji do leczenia dokonano bez jednego w wymaganych badań diagnostycznych (RTG lub MR lub TK).

W przypadku siedmiu z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych pomieszczenia i urządzenia odpowiadały wymaganiom stawianym podmiotom uczestniczącym w wykonywaniu świadczeń rehabilitacji pocovidowej. W przypadku realizatorów Programu rehabilitacji pocovidowej zapewniono zgodność odpowiednio z wymogami rozporządzenia z dnia 2 kwietnia 2012 r. *w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego*⁶² lub rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*⁶³. Ponadto placówki te posiadały odpowiednie warunki (w tym były wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną) do realizacji Programów, wymagane *zarządzeniem ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. Nieprawidłowości w powyższym zakresie stwierdzono w przypadku trzech świadczeniodawców.

Organizacja
i wyposażenie
podmiotów

⁶¹ KSU w Nałęczowie, Sanatorium ZNP w Nałęczowie, Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój i Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny w Jaworzu.

⁶² Dz. U z 2023 r. poz.161.

⁶³ Dz. U. z 2021 r. poz. 265.

Przykłady

W KSU w Nałęczowie pacjentom korzystającym ze świadczeń Programu rehabilitacji pocovidowej nie zapewniono całodobowego dostępu do RTG i gazometrii.

Świadczeniodawca nie zapewnił wymaganego sprzętu do treningów interwałowych (w postaci ergometrów rowerowych lub/i bieżni ruchomej) w liczbie nie mniejszej niż jeden na 10 świadczeniobiorców.

W okresie objętym kontrolą 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.

Sanatorium ZNP w Nałęczowie realizując Program rehabilitacji pocovidowej nie dostosowało się do zmienionych warunków organizacji świadczeń wprowadzonych zarządzeniem nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 czerwca 2021 r. (załącznik nr 6a, pozycja 13 Organizacja i wyposażenie), tj. nie zapewniało całodobowego dostępu do badań RTG i gazometrii. Nie informowano również LOW NFZ o możliwościach dostosowania się do tych warunków.

Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój dysponowało pomieszczeniami przewidzianymi przepisami ww. rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwo lecznictwa uzdrowiskowego, poza pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich na pierwszym i drugim piętrze Pawilonu sanatoryjnego „Azalia”, w którym udzielane były świadczenia rehabilitacji pocovidowej.

Personel udzielający świadczeń

We wszystkich skontrolowanych podmiotach zapewniono udzielanie świadczeń przez personel (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuta i psycholog) posiadający kwalifikacje spełniające wymagania określone w obowiązujących przepisach.

W dwóch podmiotach leczniczych świadczeń udzielały osoby, które nie były zgłoszone do NFZ lub w zgłoszeniu do Funduszu przekazano nierzetelne informacje dotyczące wymiaru ich zatrudnienia. Ponadto w przypadku jednego z tych podmiotów, wymiar czasu pracy psychologa, w okresie od 24 stycznia do 31 maja 2022 r. nie stanowił równoważnika co najmniej ½ etatu przeliczeniowego na 25 pacjentów, co było niezgodne z warunkami zawartymi w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*.

5.2.2. Realizacja i rozliczanie świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19

Kompleksowość świadczeń

Skontrolowani świadczeniodawcy zapewнили pacjentom skorzystanie ze świadczeń rehabilitacji pocovidowej odpowiednio do założeń Programów. Stwierdzone w czterech podmiotach nieprawidłowości były przypadkami jednostkowymi i nie miały zasadniczego wpływu na przebieg rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Przykłady

W Przedsiębiorstwie Elvita w Ustroniu w przypadku trzech pacjentów (z 40 objętych szczegółowym badaniem) badanie lekarskie końcowe przeprowadzono w terminie dłuższym niż 24 godziny przed wypisem (w dwóch przypadkach – na trzy dni, w jednym – na dwa dni przed wypisem), co było niezgodne z warunkami Programu rehabilitacji pocovidowej określonymi w załączniku nr 6a (pkt 3 lit. c *Organizacja udzielania świadczeń*.)

W Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym w Jaworzu dokumentacja dwóch z 33 (w ramach badanej próby) pacjentów uczestniczących w Programie rehabilitacji pocovidowej, nie zawierała informacji o wykonaniu cotygodniowych kontrolnych badań lekarskich. Z kolei w przypadku jednego z siedmiu (w ramach badanej próby) pacjentów objętych Programem fizjoterapii pocovidowej, dokumentacja wizyty fizjoterapeutycznej końcowej nie zawierała oceny sprawności fizycznej (SPPB).

W Sanatorium ZNP w Nałęczowie w dwóch przypadkach (w próbie 40 pacjentów) badanie końcowe pacjentów zostało przeprowadzone w terminie dłuższym niż 24 godziny przed wypisem (w obu przypadkach dwa dni przed wypisem).

Analiza dokumentacji medycznej, obejmującej grupę 352 pacjentów poddanych usprawnianiu w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej, wykazała, że w skontrolowanych podmiotach pacjentom zapewniono kompleksowe świadczenia, w przeważającej większości odpowiadające wymaganiom określonym w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. Pacjenci mieli zlecone zabiegi rehabilitacyjne w liczbie (średnio co najmniej cztery zabiegi fizjoterapeutyczne dziennie) i rodzaju określonych w opracowanym dla każdego z osobna *programie leczenia ustalonym wg indywidualnych wskazań (potrzeb świadczeniobiorcy)*. Zapewniono (poza pojedynczymi przypadkami opisanymi powyżej) właściwą organizację udzielania świadczeń, dokonywanie oceny stanu zdrowia i monitorowanie leczenia. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń w ramach tego Programu pacjentom zapewniono świadczenia dodatkowe (np. badania diagnostyczne i leki).

W przypadku 48 pacjentów uczestniczących w Programie fizjoterapii pocovidowej, na podstawie analizy dokumentacji medycznej ustalono, że dokumentacja pacjentów z wybranej próby, zgodnie z § 49 ust. 4 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁴, zawierała informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz plan i sposób realizacji postępowania fizjoterapeutycznego (zaplanowane zabiegi, ich realizacja, sposób wykonania, potwierdzenie wykonania oraz dalsze zalecenia). Badana dokumentacja zawierała w szczególności:

- skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne ze wskazaniem do tej rehabilitacji (w badanej próbie każdy pacjent miał wystawione jedno skierowanie);
- plan rehabilitacji (opracowany podczas wstępnej wizyty fizjoterapeutycznej);

⁶⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- kartę wizyt fizjoterapeutycznych (wstępnej i końcowej);
- informację o stanie zdrowia pacjenta oraz chorobach mających wpływ na wykonywane zabiegi fizjoterapeutyczne;
- kartę realizacji zleconych zabiegów, wykonanie których potwierdzone było każdego dnia przez pacjenta oraz przez wykonującego zabieg fizjoterapeutę;
- informację zwrotną dla lekarza kierującego (zawierającą informację na temat przeprowadzonej terapii, osiągniętych celów terapii oraz dalsze zalecenia).

Każdy pacjent odbywał wizytę fizjoterapeutyczną wstępną obejmującą wywiad w zakresie występowania chorób współistniejących, przeciwwskazań do fizjoterapii oraz ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym duszności i zmęczenia.

Sprawozdawanie i rozliczanie udzielonych świadczeń

Świadczenia rehabilitacji pocovidowej były finansowane przez NFZ na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Na podstawie § 3 *zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, w celu rozliczenia świadczeń rehabilitacji pocovidowej podmiot leczniczy zobowiązany był do przekazywania, do właściwego OW NFZ do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu ich udzielenia, rachunku z tytułu udzielenia świadczeń oraz:

- 1) jednolitego pliku sprawozdawczego stosowanego do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem, zgodnie ze wzorem i w formie określonej przez Prezesa Funduszu albo
- 2) sprawozdania dotyczącego świadczeń objętych rachunkiem.

Termin przekazania sprawozdań był terminem instrukcyjnym, miał charakter porządkowy, bowiem ww. zarządzenie nie przewidywało sankcji dla świadczeniodawców za jego niedotrzymanie.

Przeprowadzona szczegółowa analiza u wszystkich skontrolowanych świadczeniodawców wykazała, że podmioty lecznicze dochowały terminu przekazania do NFZ plików sprawozdawczych, przy czym wystąpiły pojedyncze przypadki krótkiej zwłoki (u 5 spośród 10) w przekazaniu sprawozdań, a w konsekwencji wystawienia rachunków za udzielone świadczenia, jednak spowodowane to było przyczynami natury technicznej i nie wpłynęło na uzyskanie finansowania z NFZ.

Stwierdzone w tym obszarze nieprawidłowości (w trzech podmiotach) dotyczyły m.in. nierzetelnego sprawozdania (w 9 z 40 przypadków badanej próby) w zakresie liczby wykonanych procedur (zabiegów), co wynikało np. z niewłaściwego prowadzenia kart zabiegów pacjentów uczestniczących w Programie rehabilitacji pocovidowej. To także nie miało wpływu na rozliczenie świadczeń z NFZ.

W dwóch podmiotach stwierdzone nieprawidłowości w zakresie rozliczeń finansowych z NFZ i sprawozdawania udzielonych świadczeń, skutkowały naliczeniem kwoty zobowiązań w zawyżonej bądź zaniżonej wysokości.

Przykłady

W **Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze** szczegółowe badanie próby 40 przypadków losowo wybranych pobytów rozliczonych w latach 2021–2022, wykazało rozbieżności pomiędzy faktyczną liczbą osobodni pobytu pacjentów na rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym a liczbą osobodni ujętą w rozliczeniu do NFZ. Centrum powinno rozliczyć 885 osobodni a rozliczyło 868 (placówka nie wykazała do rozliczenia z NFZ 17 osobodni na kwotę 3196 zł).

KSU w Nałęczowie zgłaszając do OW 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 o numerach: 98/2021/DSOZ z 2 czerwca 2021 r. i 172/2021/DSOZ z 18 października 2021 r.

Dyrektor wyjaśnił, że w rozliczeniach liczby 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 podzieliła 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.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było ustalenie, czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji pocovidowej oraz organizacja udzielania świadczeń pozwalały na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.
Cele szczegółowe	<p>Celem szczegółowym kontroli w OW NFZ było ustalenie, czy sposób i poziom finansowania rehabilitacji pocovidowej pozwalały zapewnić jakość i dostępność świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19.</p> <p>W podmiotach leczniczych celami szczegółowymi było ustalenie, czy:</p> <ul style="list-style-type: none">– proces udzielania świadczeń rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 został zorganizowany prawidłowo,– prawidłowo realizowano i rozliczano świadczenia rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19.
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto pięć oddziałów wojewódzkich NFZ w województwach: dolnośląskim, lubelskim, śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim oraz 10 podmiotów leczniczych, w których wykonywano świadczenia rehabilitacji pocovidowej.
Kryteria kontroli	<p>W OW NFZ kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (art. 5 ust. 1 ustawy o NIK).</p> <p>W podmiotach utworzonych i prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz w spółkach, w których 100% udziałów należy do jst, kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2 ustawy o NIK). Niepubliczne podmioty skontrolowano na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o NIK pod względem legalności i gospodarności (art. 5 ust. 3 ustawy o NIK).</p>
Okres objęty kontrolą	<p>Lata 2021–2022 (do czasu zakończenia kontroli), z uwzględnieniem dowodów dotyczących zdarzeń wcześniejszych.</p> <p>Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 28 czerwca 2022 r. do 21 października 2022 r.</p>
Pozostałe informacje	Kontrola pt. Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (P/22/057), została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Do kontroli wytypowano podmioty z terenu działania delegatur biorących udział w kontroli. Kontrolą objęto pięć oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz 10 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia rehabilitacji pocovidowej w trybie stacjonarnym i/lub ambulatoryjnym. Doboru jednostek do kontroli dokonano w sposób celowy, po analizie danych otrzymanych z Centrali NFZ, dotyczących wartości udzielonych świadczeń oraz liczby pacjentów poddanych leczeniu w ramach rehabilitacji pocovidowej. Kryterium doboru – spośród podmiotów o najwyższej wartości udzielonych świadczeń oraz liczbie pacjentów (wg stanu na koniec grudnia 2021 r. i koniec marca 2022 r.) z terenu działania OW NFZ objętych kontrolą.

ZAŁĄCZNIKI

W toku postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, otrzymano informacje z jednostek (podmiotów) niekontrolowanych:

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

- z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące:
 - kontroli, których przedmiotem były organizacja i/lub finansowanie świadczeń udzielanych w Programach,
 - wartości i liczby udzielonych świadczeń oraz liczby pacjentów objętych rehabilitacją pocovidową;
- z Centrum e-Zdrowia, dotyczące liczby e-skierowań (wystawionych i zrealizowanych) na rehabilitację po przebyciu choroby COVID-19;
- z Ministerstwa Zdrowia, dotyczące:
 - przyczyn podjęcia decyzji o zakończeniu udzielania świadczeń w ramach Programów,
 - uzasadnienia przedłużenia realizacji Programu pilotażowego;
- od Prezesa Krajowej Izby Fizjoterapeutów, na temat zasadności kontynuacji rehabilitacji pocovidowej uwzględniającej zakresy świadczeń wdrożone Programami;
- od Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2/Konsultanta krajowego w dziedzinie fizjoterapii, dotyczące analiz, ocen i wniosków (własnych propozycji rozwiązań/działań) oraz kwartalnych sprawozdań, powstałych w związku z wykonywaniem zadań Pełnomocnika;
- od ośmiu podmiotów leczniczych (zakładów lecznictwa uzdrowiskowego), działających na obszarze objętym właściwością Świętokrzyskiego OW NFZ, na temat przyczyn nieprzystąpienia przez nich do udzielania świadczeń w ramach Programów.

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości finansowe w łącznej kwocie 1 988 664 zł, w której 1 844 468 zł stanowiły kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, a 144 196 zł kwoty nienależnie uzyskane.

Finansowe rezultaty kontroli

Wyniki kontroli przedstawiono w 15 wystąpieniach pokontrolnych. Sformułowano 18 wniosków pokontrolnych, z których 13 zostało zrealizowanych, dwa były w trakcie realizacji, a trzy nie zostały zrealizowane (stan na 30 marca 2023 r.).

Stan realizacji wniosków i uwag pokontrolnych

Z uwagi na nieusuwalny charakter części nieprawidłowości (co miało związek z zakończeniem realizacji Programów), NIK odstąpiła od formułowania uwag i wniosków w ich zakresie.

Do jednego wystąpienia pokontrolnego, skierowanego do Dyrektora Śląskiego OW NFZ, zgłoszono jedno zastrzeżenie. Zastrzeżenie dotyczyło nieprawidłowości polegającej na stosowaniu dodatkowych warunków udziału w realizacji Programów, nieprzewidzianych w zarządzeniu *ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. Zastrzeżenie zostało oddalone przez Komisję Rozstrzygającą.

ZAŁĄCZNIKI

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Katowicach	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach	Piotr Nowak
2.		Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o. w Goczałkowicach-Zdroju	Jarosław Wieszołek
3.		Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu	Marta Kwiatkowska
4.		Przedsiębiorstwo Świadczeń Zdrowotnych i Promocji Zdrowia Elvita – Jaworzno III sp. z o.o. w Jaworznie	Tomasz Kołodziejcki
5.	Delegatura NIK w Kielcach	Narodowy Fundusz Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach	Małgorzata Kiezbak
6.		Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	Mariusz Gil
7.		Przychodnia Asmedica sp. z o.o. w Miedzianej Górze	Ryszard Żelazny
8.	Delegatura NIK w Lublinie	Narodowy Fundusz Zdrowia Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie	Magdalena Czarkowska
9.		Kolejowy Szpital Uzdrowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nałęczowie	Jerzy Wawerek
10.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskie Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie	Anna Lewandowska
11.	Delegatura NIK w Szczecinie	Narodowy Fundusz Zdrowia Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie	Paweł Kurzak
12.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Narodowy Fundusz Zdrowia Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu	Łukasz Sendecki
13.		Uzdrowisko Cieplice sp. z o. o. – Grupa PGU w Jeleniej Górze	Roman Kulczycki
14.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Anna Płotnicka-Mieloch
15.		Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	Zbigniew Markiewicz

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach	Opisowa	Właściwe działania w celu zapewnienia jakości udzielanych świadczeń. Prawidłowe prowadzenie Wykazu podmiotów. Terminowe wypłaty należności za udzielone świadczenia. Odpowiednie działania w celu zapewnienia wykonania świadczeń u pacjentów, których termin leczenia wyznaczono po 30 czerwca 2022 r.	Stosowanie dodatkowych warunków udziału w realizacji Programów, nieprzewidzianych w zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
2.	Uzdrowsko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o. w Goczałkowicach-Zdroju	Opisowa	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	Wyznaczenie terminu leczenia (10 z 40 pacjentów objętych szczegółowym badaniem) niezgodnie z kolejnością zgłoszeń. Sprawozdanie do NFZ nierzetelnych danych w zakresie liczby wykonanych procedur (zabiegów).
3.	Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu	Opisowa	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programach. Zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń.	W przypadku leczenia pacjentów w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej stwierdzono przypadki: – kwalifikacji do leczenia/udziału w tym programie dokonano bez wymaganego badania obrazowego (RTG lub MR lub TK), – braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia wykonania cotygodniowych kontrolnych badań lekarskich. W przypadku jednego z siedmiu pacjentów uczestniczących w Programie fizjoterapii pocovidowej, dok. med. nie zawierała oceny sprawności fizycznej.
4.	Przedsiębiorstwo Świadczeń Zdrowotnych i Promocji Zdrowia Elvita – Jaworzno III sp. z o.o. w Jaworznie	Opisowa	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej.	Wdrożenie wewnętrznych uregulowań powodujących ograniczenie czasu trwania rehabilitacji (maksymalnie 28 dni). W przypadku sześciu spośród 40 pacjentów potwierdzenie choroby COVID-19 nastąpiło na podstawie testu antygenowego, zamiast PCR lub wypisu ze szpitala. W kilku przypadkach badanie lekarskie końcowe przeprowadzono w terminie dłuższym niż 24 godz. przed wypisem.
5.	Narodowy Fundusz Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach	Pozytywna	Właściwe działania w celu zapewnienia jakości udzielanych świadczeń. Prawidłowe prowadzenie Wykazu podmiotów. Terminowe wypłaty należności za udzielone świadczenia.	
6.	Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	Opisowa	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	Nierzetelne sprawozdanie do NFZ liczby osobodni, co skutkowało naliczeniem kwoty zobowiązań w zaniżonej wysokości.
7.	Przychodnia Asmedica sp. z o.o. w Miedzianej Górze	Pozytywna	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie fizjoterapii pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
8.	Narodowy Fundusz Zdrowia Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie	Opisowa	Prawidłowe prowadzenie Wykazu podmiotów. Terminowe wypłaty należności za udzielone świadczenia.	Zawarcie umów z trzema świadczeniodawcami niespełniającymi wymogów Programów. Rozliczenie świadczeń pomimo nieodpowiedniej liczby zabiegów, co skutkowało wypłatą środków w zawyżonej wysokości.
9.	Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nałęczowie	Opisowa	Zorganizowanie i zapewnienie kompleksowej realizacji świadczeń w ramach Programu rehabilitacji pocovidowej, ale z pewnymi wyjątkami.	Przyjęcie pacjentów na rehabilitację poza kolejnością. Brak oceny codziennego funkcjonowania pacjentów przy pomocy określonego kwestionariusza. Nieaktualny wpis w RPWDL. Brak wszystkich badań diagnostycznych wymaganych do kwalifikacji do leczenia. Brak całodobowego dostępu do badań RTG i gazometrii. Braki w zakresie wymaganego sprzętu, odpowiedniego personelu. Nierzetelne wykazanie potencjału wykonawczego.
10.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Związku Nauczycielstwa Polskiego w Nałęczowie	Opisowa	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	Niezgłoszenie w SZOI części personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń; zlecenie wykonywania badań laboratoryjnych, diagnostycznych podmiotom zewnętrznym, które nie zostały wyszczególnione w „Wykazie podwykonawców”.
11.	Narodowy Fundusz Zdrowia Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie	Opisowa	Podjęcie skutecznych działań w celu umożliwienia skorzystania ze świadczeń. Prawidłowe prowadzenie Wykazu podmiotów. Terminowe wypłaty należności za udzielone świadczenia.	Stwierdzono przypadki dwukrotnego skorzystania przez pacjenta ze świadczeń w ramach Programów.
12.	Narodowy Fundusz Zdrowia Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu	Pozytywna	Działania Oddziału pozwoliły, co do zasady, zapewnić jakość i dostępność świadczeń w ramach Programów. Prawidłowe prowadzenie Wykazu podmiotów. Terminowe wypłaty należności za udzielone świadczenia.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.
13.	Uzdrowisko Cieplice sp. z o. o. – Grupa PGU w Jeleniej Górze	Pozytywna	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programach. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	
14.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Pozytywna	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.
15.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	Pozytywna	Właściwe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do udziału w Programie rehabilitacji pocovidowej. Zapewnienie kompleksowości świadczeń.	

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Stosownie do art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, główne zadania NFZ to m.in.: określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie tych świadczeń oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie. Zagadnienie jakości i dostępności świadczeń należy do kompetencji Prezesa Funduszu, który poprzez zarządzenia, określa zasady zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla poszczególnych zakresów świadczeń.

Zadania NFZ

W przypadku Programów, świadczenia finansowane były przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Finansowanie świadczeń

Warunkiem rozliczenia świadczeń była ich realizacja zgodna z warunkami określonymi w *zarządzeniu ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*.

W związku z realizacją rehabilitacji pocovidowej, utworzono nowe produkty rozliczeniowe:

- 1) w Programie rehabilitacji pocovidowej (wartość produktu 188 zł za osobdzień, przy czym dzień przyjęcia i wypisu pacjenta rozliczany był jako jeden dzień):
 - 99.05.0501 *Rehabilitacja stacjonarna świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie leczniczym będącym zakładem lecznictwa uzdrowiskowego,*
 - 99.05.0502 *Rehabilitacja stacjonarna świadczeniodawcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie realizującym rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym;*
- 2) w Programie fizjoterapii pocovidowej:
 - 99.05.0503 *Wizyta fizjoterapeutyczna, ambulatoryjna – wstępna (wartość 25 zł),*
 - 99.05.0504 *Wizyta fizjoterapeutyczna, domowa – wstępna (wartość 38 zł),*
 - 99.05.0505 *Wizyta fizjoterapeutyczna, ambulatoryjna – końcowa (wartość 15 zł),*
 - 99.05.0506 *Wizyta fizjoterapeutyczna, domowa – końcowa (wartość 28 zł),*
 - 99.05.0507 *Wizyta terapeutyczna, ambulatoryjna (wartość 56 zł),*
 - 99.05.0508 *Wizyta terapeutyczna, domowa (wartość 83 zł).*

Dla ww. produktów ustalono sposób sprawozdawania produktu rozliczeniowego: komunikat sprawozdawczy SWIAD. Wartości poszczególnych świadczeń zostały określone przez AOTM, w związku ze zleceniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2021 r. (znak: DLG.744.24.2021.IJ).

Placówkami mogącymi udzielać świadczeń rehabilitacji pocovidowej były podmioty lecznicze spełniające wymagania określone w poszczególnych Programach. Świadczenia były realizowane na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu w kierunku COVID-19. Skierowania przekazane do świadczeniodawcy realizującego rehabilitację pocovidową, podlegały weryfikacji na podstawie ustalonych kryteriów kwalifikacji do świadczenia.

Założenia dotyczące wdrożenia i realizacji Programów zostały określone przez Prezesa Funduszu w kolejnych zarządzeniach zmieniających: zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ w tej samej sprawie (uchylające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ), stanowiących wykonanie polecenia Ministra Zdrowia⁶⁵ wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19.

Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ zostało zmienione (w zakresie dotyczącym obszaru objętego niniejszą kontrolą):

- zarządzeniem Nr 63/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2021 r.
- zarządzeniem Nr 78/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 kwietnia 2021 r.
- zarządzeniem Nr 87/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 maja 2021 r.
- zarządzeniem Nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 czerwca 2021 r.
- zarządzeniem Nr 134/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 lipca 2021 r.
- zarządzeniem Nr 172/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 października 2021 r.

Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ utraciło moc z dniem 1 stycznia 2022 r.

Zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2021 r. (weszło w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.) zostało zmienione (w zakresie dotyczącym obszaru objętego niniejszą kontrolą):

- zarządzeniem Nr 35/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 marca 2022 r.
- zarządzeniem Nr 57/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 kwietnia 2022 r.
- zarządzeniem Nr 70/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 czerwca 2022 r.

Program rehabilitacji pocovidowej

Program rehabilitacji pocovidowej, wdrożony zarządzeniem Nr 63/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2021 r. (zarządzenie obowiązywało od dnia 10 kwietnia 2021 r., przepisy zarządzenia dotyczyły sprawozdawania świadczeń udzielanych od 2 kwietnia 2021 r.), obejmował rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładem lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadały niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów:

⁶⁵ Znak DLG.745.7.2021.IJ z dnia 2 marca 2021 r., z dnia 2 kwietnia 2021 r. i z dnia 8 września 2021 r.

ZAŁĄCZNIKI

Cel rehabilitacji	Celem rehabilitacji jest poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego.
Podstawa rehabilitacji	Świadczenia rehabilitacji COVID-19 realizowane są na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu w kierunku COVID-19. Skierowanie składa się do świadczeniodawcy realizującego program lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym COVID-19.
Czas trwania	Czas trwania rehabilitacji COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie nie późniejszym niż w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19.
Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia	1) Badanie RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; 2) aktualna morfologia, OB, CRP; 3) EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.
Wymaganie formalne	Program realizowany jest przez podmioty posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym.
Organizacja i wyposażenie	Organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 161) lub rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), a ponadto: 1) stanowisko do tlenoterapii (butla lub koncentrator lub z centralnej tlenowni): 1/10 pacjentów; 2) kardiomonitor i pulsoksymetr: 1/10 pacjentów; 3) zestaw R, defibrylator; 4) instalacja przywoławcza w każdym pomieszczeniu (w pokojach i łazienkach); 5) pracownia spirometryczna/spirometr; 6) nebulizator; 7) inhalator ultradźwiękowy; 8) stół drenażowy; 9) system do treningów monitorowanych; 10) wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych (ergometr rowerowy, wiosłowy lub bieżnia ruchoma nie mniej niż 1 na 10 świadczenioborców).
Personel	1) Lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii, kardiologii, angiologii, neurologii, rehabilitacji leczniczej oraz balneologii i medycyny fizykalnej** – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale; 2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który: a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub

ZAŁĄCZNIKI

	<p>c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę;</p> <p>3) pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki;</p> <p>4) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 10 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale;</p> <p>5) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego.</p>
<p>** w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406)</p>	
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnienie codziennego (w dniach wykonywania zabiegów) dostępu do lekarza w celu: <ol style="list-style-type: none"> a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia, b) interwencji lekarskich; 2) zapewnienie pomocy lekarza w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki; 3) badanie lekarskie – co najmniej: <ol style="list-style-type: none"> a) wstępne, w pierwszej dobie po przyjęciu, b) cotygodniowe kontrolne, c) końcowe, w ciągu 24 godzin przed wypisem; 4) specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia; 5) całodobowa opieka pielęgniarska – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń; 6) codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski; 7) codzienny wieczorny obchód pielęgniarski; 8) co najmniej 96 zabiegów fizjoterapeutycznych dla jednego pacjenta, średnio co najmniej 4 zabiegi dziennie; 9) dopuszcza się udzielanie zabiegów fizjoterapeutycznych dla pacjenta, w tym zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej; 10) terapia psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta; 11) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
Ocena stanu zdrowia i monitorowanie leczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Test wysiłkowy na początku i na końcu leczenia (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej; 2) ocena nasilenia duszności na początku i na końcu leczenia (w skali nMRC); 3) spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego na początku i na końcu leczenia; 4) ocena stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA) na początku i na końcu leczenia; 5) ocena funkcjonalna (w skali Barthel) na początku i na końcu leczenia.
Rekomendowany program leczenia – ustalany wg indywidualnych wskazań (potrzeb świadczeniobiorcy)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń na wolnym powietrzu; 2) opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe; 3) inhalacje indywidualne (solankowe – haloterapia, mineralne, lekowe) lub okołotężniowe lub nadmorskie albo subterraneoterapia; 4) terenoterapia, treningi marszowe; 5) balneoterapia – wg indywidualnych wskazań, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – wodne kąpiele balneologiczne (o stopniowanej temperaturze), w szczególności kąpiele kwasowęglowe; – i/lub gazowe kąpiele CO₂; – i/lub okłady z pasty borowinowej; 6) masaż – wg indywidualnych wskazań; 7) hydroterapia, fizykoterapia – wg indywidualnych wskazań;

ZAŁĄCZNIKI

	<ul style="list-style-type: none"> 8) treningi relaksacyjne; 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym np. nauka prawidłowej techniki używania inhalatorów, eliminacja nałogów i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotna modyfikacja stylu życia 10) leczenie dietetyczne – wg indywidualnych wskazań; 11) wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących.
Świadczenia dodatkowe	W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń w ramach programu na rzecz świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia.

Program rehabilitacji pocovidowej wdrożony zarządzeniem Nr 87/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 maja 2021 r. (obowiązujący od 7 maja 2021 r.)

Cel rehabilitacji	Celem rehabilitacji jest poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego.
Podstawa rehabilitacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczenia rehabilitacji COVID-19 realizowane są na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu w kierunku COVID-19. 2. Skierowanie składa się do świadczeniodawcy realizującego program leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. 3. Świadczenia są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego. 4. Kliniknym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest: <ol style="list-style-type: none"> 1) stan funkcjonalny w skali Barthel od 0 do ≤ 60, 3–9 w skali oceny funkcjonalnej (0–10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0–5), lub 2) spadek saturacji w czasie wysiłku powyżej 5% wartości wyjściowej, stan funkcjonalny w skali Barthel od 0 do ≤ 60, lub 3) zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. <i>ICUAcquired Weakness</i>), 3–9 w skali oceny funkcjonalnej (0–10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0–5). 5. Z programu wyłącza się świadczeniobiorców, którzy odbyli już program z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 lub zakwalifikowani zostali do świadczeń w ramach programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19.
Czas trwania	Czas trwania rehabilitacji COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19, z zastrzeżeniem, że jedna osoba może skorzystać z programu rehabilitacji jeden raz.
Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; 2) aktualna morfologia, OB, CRP; 3) EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.
Wymagania formalne	Program realizowany jest przez podmioty posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowskiego lub leczenia szpitalnego.

ZAŁĄCZNIKI

Organizacja i wyposażenie	<p>Organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 161) lub rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), a ponadto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanowisko do tlenoterapii (butla lub koncentrator lub z centralnej tlenowni): 1/10 pacjentów; 2) kardiomonitor i pulsoksymetr: 1/10 pacjentów; 3) zestaw R, defibrylator; 4) pracownia spirometryczna/spirometr; 5) nebulizator; 6) inhalator ultradźwiękowy; 7) stół drenażowy; 8) system do treningów monitorowanych; 9) wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych (ergometr rowerowy, wiosłowy lub bieżnia ruchoma nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców).
Personel	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii lub kardiologii lub angiologii lub neurologii lub rehabilitacji leczniczej lub balneologii i medycyny fizykalnej** – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale; 2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który: <ol style="list-style-type: none"> a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę; 3) pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki; 4) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 10 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale; 5) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego.
<p>** w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406)</p>	
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnienie codziennego (w dniach wykonywania zabiegów) dostępu do lekarza w celu: <ol style="list-style-type: none"> a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia, b) interwencji lekarskich; 2) zapewnienie pomocy lekarza w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki; 3) badanie lekarskie – co najmniej: <ol style="list-style-type: none"> a) wstępne, w pierwszej dobie po przyjęciu, b) cotygodniowe kontrolne, c) końcowe, w ciągu 24 godzin przed wypisem; 4) specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia; 5) całodobowa opieka pielęgniarska – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń;

ZAŁĄCZNIKI

	<ol style="list-style-type: none"> 6) codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski; 7) codzienny wieczorny obchód pielęgniarski; 8) dla jednego pacjenta, średnio co najmniej cztery zabiegi fizjoterapeutyczne dziennie; 9) dopuszcza się udzielanie zabiegów fizjoterapeutycznych dla pacjenta, w tym zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej; 10) terapia psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta; 11) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
Ocena stanu zdrowia i monitorowanie leczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) test wysiłkowy na początku i na końcu leczenia (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej; 2) ocena nasilenia duszności na początku i na końcu leczenia (w skali mMRC); 3) spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego na początku i na końcu leczenia; 4) ocena stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA) na początku i na końcu leczenia; 5) ocena funkcjonalna (w skali Barthel) na początku i na końcu leczenia.
Rekomendowany program leczenia – ustalany wg indywidualnych wskazań (potrzeb świadczeniobiorcy)	<ol style="list-style-type: none"> 1) kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń na wolnym powietrzu; 2) opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe; 3) inhalacje indywidualne (solankowe – haloterapia, mineralne, lekowe) lub okołotętniowe lub nadmorskie albo subterraneoterapia; 4) terenoterapia, treningi marszowe; 5) balneoterapia – wg indywidualnych wskazań, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – wodne kąpiele balneologiczne (o stopniowanej temperaturze), w szczególności kąpiele kwasowęglowe, – i/lub gazowe kąpiele CO₂, – i/lub okłady z pasty borowinowej; 6) masaż – wg indywidualnych wskazań; 7) hydroterapia, fizykoterapia – wg indywidualnych wskazań; 8) treningi relaksacyjne; 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym np. nauka prawidłowej techniki używania inhalatorów, eliminacja nałogów i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotna modyfikacja stylu życia; 10) leczenie dietetyczne – wg indywidualnych wskazań; 11) wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących.
Świadczenia dodatkowe	W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń w ramach programu na rzecz świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia.

Program rehabilitacji pocovidowej wdrożony zarządzeniem Nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 czerwca 2021 r. (obowiązujący od 3 czerwca 2021 r.)

Cel rehabilitacji	Celem rehabilitacji jest poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego pacjentów w stanie średnim lub ciężkim.
Podstawa rehabilitacji i kryteria kwalifikacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczenia rehabilitacji COVID-19 realizowane są na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu potwierdzonej* choroby COVID-19 (rozpoznanie według jednostki chorobowej ICD – 10, będącej podstawą do rehabilitacji i będącej następstwem choroby COVID-19). <p>* dodatni wynik testu PCR w kierunku SARS-CoV-2 lub wypis z leczenia szpitalnego</p>

ZAŁĄCZNIKI

	<p>2. Skierowanie składa się do świadczeniodawcy realizującego program rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19, z zastrzeżeniem, że jedna osoba może skorzystać z programu rehabilitacji jeden raz.</p> <p>3. Zakończenie leczenia w kierunku COVID-19 określa się jako:</p> <ol style="list-style-type: none"> datę zakończenia izolacji domowej, lub datę wypisu ze szpitala, lub datę wypisu z izolatorium. <p>4. Świadczenia są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego.</p> <p>5. Klincznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem są powikłania lub następstwa po przebytych COVID-19 w zakresie układu oddechowego lub układu krążenia lub układu nerwowego lub narządu ruchu (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) lub spadek siły mięśniowej z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej skalą MRC (0–5) lub stopień nasilenia duszności wg skali mMRC w stopniu 2–3.</p> <p>* kwestionariusz oceny codziennego funkcjonowania pacjenta po przebyciu COVID-19 wg F.A. Klok 2020 (Post-COVID-19 Functional Status [PCFS] scale – załącznik nr 1 do Programu.</p> <p>U każdego pacjenta powinna być wykonana ocena dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od 0 do 10 – załącznik nr 2 do Programu.</p> <p>Kryterium kwalifikacji pacjentów z dominującymi problemami układu oddechowego do objęcia świadczeniem jest wynik w skali nasilenia duszności mMRC >2.</p> <p>6. Z programu wyłącza się świadczeniobiorców, którzy odbyli już program z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 lub zakwalifikowani zostali do świadczeń w ramach programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19.</p>
Czas trwania	Czas trwania rehabilitacji COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni.
Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia	<ol style="list-style-type: none"> Badania obrazowe RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; aktualna morfologia, CRP; aktualne badanie EKG; inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta; przy dominującym problemie kardiologicznym badanie echokardiograficzne serca wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby. <p>Wyżej wymienione wyniki badań należy dołączyć do skierowania (dopuszcza się nie załączenie badania EKG, w sytuacji gdy może być ono wykonane u realizatora rehabilitacji przy przyjęciu świadczeniobiorcy).</p>
Wymagania formalne	Program realizowany jest przez podmioty posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń w trybie stacjonarnym w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub leczenie uzdrowskowe lub leczenie szpitalne.
Organizacja i wyposażenie	Organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowskowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 161) lub rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), a ponadto:

ZAŁĄCZNIKI

	<ol style="list-style-type: none"> 1) stanowisko do tlenoterapii (butla lub koncentrator lub z centralnej tlenowni): 1/10 pacjentów; 2) kardiomonitor; 3) pulsoksymetry; 4) waga medyczna; 5) aparat EKG; 6) zestaw R, defibrylator; 7) pracownia spirometryczna/spirometr; 8) nebulizatory; 9) inhalatory ultradźwiękowe; 10) stół do terapii manualnej; 11) system do treningów monitorowanych; 12) wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych (ergometr rowerowy, wiosłowy lub bieżnia ruchoma nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców); 13) całodobowy dostęp do RTG, badań diagnostycznych, w tym gazometrii.
Personel	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii lub rehabilitacji leczniczej lub kardiologii lub ortopedii i traumatologii lub neurologii lub chorób wewnętrznych *** lub balneologii i medycyny fizykalnej** – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 25 łóżek, w tym co najmniej ¼ etatu lekarza specjalisty z rehabilitacji medycznej lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ¼ etatu lekarza specjalisty balneoklimatologa lub w trakcie specjalizacji z balneoklimatologii; 2) na każde kolejne rozpoczęte łóżko - równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale – lekarz specjalista określony w pkt 1 lub lekarz w trakcie specjalizacji – tj. lekarz, który: <ol style="list-style-type: none"> a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790), oraz uzyskała potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskała potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskała potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę; 3) pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki; 4) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 10 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale; 5) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego na 25 pacjentów. <p>** w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406).</p> <p>*** w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265).</p>
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnienie codziennego (w dniach wykonywania zabiegów) dostępu do lekarza w celu: <ol style="list-style-type: none"> a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia, b) interwencji lekarskich; 2) zapewnienie pomocy lekarskiej w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki;

ZAŁĄCZNIKI

	<ol style="list-style-type: none"> 3) badanie lekarskie – co najmniej: <ol style="list-style-type: none"> a) wstępne, w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu, b) cotygodniowe kontrolne, c) końcowe, w ciągu 24 godzin przed wypisem; 4) specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia; 5) całodobowa opieka pielęgniarska – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń; 6) codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski; 7) codzienny wieczorny obchód pielęgniarski; 8) dla jednego pacjenta, średnio co najmniej cztery zabiegi fizjoterapeutyczne dziennie; 9) dopuszcza się udzielanie zabiegów fizjoterapeutycznych dla pacjenta, w tym zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej; 10) terapia psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta; 11) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
Ocena stanu zdrowia i monitorowanie leczenia	<p>Ocena stanu zdrowia i monitorowanie leczenia polega na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenie funkcjonowania pacjenta po przebyciu COVID-19 wg F.A. Klok 2020 (Post-COVID-19 Functional Status [PCFS] scale – załącznik nr 1 do Programu z udokumentowaniem zmian co najmniej trzykrotnie: przy przyjęciu, około połowy pobytu i przed zakończeniem leczenia rehabilitacyjnego; 2) ocenie dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od 0 do 10 – załącznik nr 2 do Programu. <p>W zależności od dominującego problemu zdrowotnego, dwukrotnie w trakcie pobytu należy wykonać na początku lub najszybciej, jak pozwala stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta oraz na końcu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test wysiłkowy (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej, lub 2) ocena nasilenia duszności (w skali mMRC) lub, 3) ocena stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA), lub 4) ocena stopnia wydolności serca (w skali NYHA), lub 5) spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego, lub 6) ocena funkcjonalna (w skali Barthel).
Rekomendowany program leczenia – ustalany wg indywidualnych wskazań (potrzeb świadczeniobiorcy)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem: ćwiczeń ogólnousprawniających indywidualnych, usprawniania układu oddechowego (czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania), ćwiczeń równoważnych, ćwiczeń samoobsługi, innych ćwiczeń przywracających czynność układu oddechowego, metod neurofizjologicznych m.in. PNF oraz treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń na wolnym powietrzu; 2) metod specjalnych kinezyterapii, w tym terapii manualnej; 3) opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe; 4) inhalacje indywidualne; 5) terenoterapia, treningi marszowe; 6) balneoterapia – wg indywidualnych wskazań; 7) masaż leczniczy – wg indywidualnych wskazań; 8) hydroterapia, fizykoterapia – wg indywidualnych wskazań; 9) treningi relaksacyjne; 10) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym np. nauka prawidłowej techniki używania inhalatorów, eliminacja nałogów i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotna modyfikacja stylu życia; 11) leczenie dietetyczne – wg indywidualnych wskazań; 12) wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących; 13) terapia psychologiczna.
Świadczenia dodatkowe	<p>W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń w ramach programu na rzecz świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia.</p>

ZAŁĄCZNIKI

W Programie rehabilitacji pocovidowej zmienionym zarządzeniem Nr 172/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 października 2021 r. (obowiązującym od 19 października 2021 r.) wydłużono – do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19 – termin rozpoczęcia rehabilitacji pocovidowej.

Program fizjoterapii pocovidowej został wdrożony zarządzeniem Nr 78/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 kwietnia 2021 r., poprzez dodanie załącznika nr 6b do zarządzenia *ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, ustalającego Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki ambulatoryjne oraz Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki domowe.*

Program fizjoterapii
pocovidowej

<p>Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki ambulatoryjne</p>	<p>Wymagania formalne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach przedmiotowego programu są podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającej realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711). 2. Program realizowany jest przez podmioty spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. 3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie realizowane jest na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
	<p>Warunki kwalifikacji do świadczenia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczeniem programu obejmuje się pacjentów, którzy przebyli COVID-19. Rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. 2. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. 3. Klincznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów – w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0–4).
	<p>Zakres świadczenia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja programu podstawowego dla pacjentów, u których występuje nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 1, obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną – indywidualnie w ramach potrzeb świadczeniobiorcy, 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. 2. Realizacja programu rozszerzonego dla pacjentów, u których występuje pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0–4), obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni, 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. 3. W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu

ZAŁĄCZNIKI

Personel	Świadczenia udzielane są przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy gabinetu. Wymagane jest zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> a) wywiad w zakresie występowania: <ul style="list-style-type: none"> – chorób współistniejących, – przeciwwskazań do fizjoterapii; b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – duszności – zmodyfikowana skala Borga [0–10], mMRC (0–4), – zmęczenia – MFIS; 2) Badanie przedmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów, b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny), c) badanie ciśnienia tętniczego krwi, d) pulsoksymetria, e) uwzględnienie badań dodatkowych przekazanych przez pacjenta, f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych. 3) Ocena sprawności fizycznej (SPPB); 4) Określenie programu fizjoterapii. 2. Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur stanowiących załącznik nr 1, w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta. 3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC; zmęczenie – MFIS); 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych; 3) ocenę sprawności fizycznej (SPPB); 4) zalecenia; 5) przekazanie informacji do lekarza kierującego o zastosowanym leczeniu i jego efektach. 4. Uczestnik programu w czasie trwania programu nie może korzystać z innych świadczeń rehabilitacyjnych zarówno ze środków programu, jak i innych środków na realizację świadczeń rehabilitacyjnych. Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 14 świadczeniobiorców. 5. Program nie obejmuje usług z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>Warunki wymagane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pulsoksymetr napalcowy, 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku), 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, 4) stoper, 5) korytarz o długości min. 30 m lub step (wysokość nie mniej niż 20 cm), 6) sprzęt do treningu o zmiennym oporze, 7) cykloergometr.

ZAŁĄCZNIKI

Zarządzeniem Nr 172/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 października 2021 r. dokonano zmian w założeniach *Programu fizjoterapii pocovidowej* – w warunkach ambulatoryjnych – poprzez dodanie jako realizatora świadczeń świadczeniodawcę, który realizuje świadczenia w ramach ośrodka/oddziału dziennego oraz wydłużenie – do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19 – terminu rozpoczęcia rehabilitacji.

Program fizjoterapii pocovidowej (w części *Program fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki ambulatoryjne i ośrodka/oddziału dziennego*) obowiązujący od 19 października 2021 r.:

Program fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki ambulatoryjne i ośrodka/oddziału dziennego	Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach przedmiotowego programu są podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającą realizacji świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz w zakresach realizowanych w trybie ośrodka/oddziału dziennego, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711). 2. Program realizowany jest przez podmioty spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz w zakresach realizowanych w trybie ośrodka/oddziału dziennego. 3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie jest realizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego po zakończonym leczeniu potwierdzonej* choroby COVID-19 (rozpoznanie według jednostki chorobowej ICD – 10, będącej podstawą do rehabilitacji i będącej następstwem choroby COVID-19). * dodatni wynik testu PCR w kierunku SARS-CoV-2 lub wypis z leczenia szpitalnego. 4. Z programu wyłącza się świadczeniobiorców, którzy odbyli już program z zakresu fizjoterapii oraz z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 lub zakwalifikowani zostali do świadczeń w ramach programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19.
	Warunki kwalifikacji do świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczeniem programu obejmuje się pacjentów, którzy przebyli COVID-19. Rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. Zakończenie leczenia COVID-19 określa się jako: <ol style="list-style-type: none"> a) datę zakończenia izolacji domowej, lub b) datę wypisu ze szpitala, lub c) datę wypisu z izolatorium. 2. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu PCR w kierunku SARS-CoV-2 lub wypis z leczenia szpitalnego. 3. Klinczyznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów – w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0–4).
	Czas trwania	Czas trwania programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni.

ZAŁĄCZNIKI

Zakres świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja programu podstawowego dla pacjentów, u których występuje nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 1, obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) jedną wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną 2 razy w tygodniu do 6 tygodni, 3) jedną wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej, 4) Pierwsza wizyta terapeutyczna nie później niż 3 dni robocze od wizyty fizjoterapeutycznej wstępnej. 2. Realizacja programu rozszerzonego dla pacjentów, u których występuje pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0–4), obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) jedną wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak od 2 do 3 razy w tygodniu do 6 tygodni, 3) jedną wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po zakończeniu czasu trwania programu po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. 4) Pierwsza wizyta terapeutyczna nie później niż 3 dni robocze od wizyty fizjoterapeutycznej wstępnej. 3. W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.
Personel	Świadczenia udzielane są przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy gabinetu. Wymagane jest zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> a) wywiad w zakresie występowania: <ul style="list-style-type: none"> – chorób współistniejących, – przeciwwskazań do fizjoterapii, b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – duszności – zmodyfikowana skala Borga [0–10], mMRC (0–4), – zmęczenia – MFIS. 2) Badanie przedmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów, b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny), c) badanie ciśnienia tętniczego krwi, d) pulsoksymetria, e) uwzględnienie badań dodatkowych przekazanych przez pacjenta, f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych. 3) Ocena sprawności fizycznej (SPPB); 4) Określenie programu fizjoterapii. 2. Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur stanowiących załącznik nr 1, w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta udzieloną na pierwszej i ostatniej wizycie terapeutycznej.

ZAŁĄCZNIKI

		<p>3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC, zmęczenie – MFIS), 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych, 3) ocenę sprawności fizycznej (SPPB), 4) zalecenia, 5) przekazanie informacji do lekarza kierującego o zastosowanym leczeniu i jego efektach. <p>4. Uczestnik programu w czasie trwania programu nie może korzystać z innych świadczeń rehabilitacyjnych zarówno ze środków programu, jak i innych środków na realizację świadczeń rehabilitacyjnych.</p> <p>Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 14 świadczeniobiorców.</p> <p>5. Program nie obejmuje usług z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.</p>
	<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<p>Warunki wymagane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pulsoksymetr napalcowy, 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku), 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, 4) stoper, 5) korytarz o długości min. 30 m lub step (wysokość nie mniej niż 20 cm), 6) sprzęt do treningu o zmiennym oporze, 7) cykloergometr.

W załączniku 6b do zarządzenia ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 ustalono także warunki realizacji Programu fizjoterapii pocovidowej w warunkach domowych, określając: wymagania formalne, warunki kwalifikacji do świadczenia, zakres świadczenia, personel, organizację udzielania świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

W załączniku nr 6c do ww. zarządzenia⁶⁶ określono Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznych lub rehabilitacji psychiatrycznej. Utworzono produkt rozliczeniowy dedykowany przedmiotowym świadczeniom: 19.04.0003 Rehabilitacja psychiatryczna świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 o wartości 246 zł. Zarządzenie Nr 134/2021/DSOZ Prezesa NFZ weszło w życie 15 lipca 2021 r.

⁶⁶ W dniu 14 lipca 2021 r. opublikowano zarządzenie Nr 134/2021/DSOZ Prezesa NFZ, zmieniające zarządzenie ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wprowadzające rehabilitację psychiatryczną dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 161).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265).
8. Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ 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.), uchylone z dniem 1 stycznia 2022 r.
9. Zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (NFZ poz. 217, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Rzecznik Praw Pacjenta
13. Krajowy konsultant w dziedzinie fizjoterapii/Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister
Zdrowia

NKM.07.9.2023.10.KCZ
Warszawa, 02 czerwca 2023

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) P/22/057 *Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19*, przekazaną przy piśmie z dnia 15 maja 2023 r. o znaku: LKA.430.001.2023, stosownie do uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Część 1. Wprowadzenie, str. 7.

W odniesieniu do kwestii uchylenia programu rehabilitacji psychiatrycznej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia wydał decyzję z dnia 24 maja 2022 r. o znaku: ZPP.743.56.2022 (2), którą zmienił w części decyzję z dnia 5 kwietnia 2022 r. o znaku: ZPP.743.56.2022, poprzez wydłużenie trwania ww. programu do dnia 30 czerwca 2022 r. ze względu na istotny interes społeczny. Z ww. powodu uchylenie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2022 r. o znaku: ZPP.743.56.2022, powinno nastąpić z dniem 1 lipca 2022 r.

Podkreślenia wymaga fakt, iż decyzja w sprawie uchylenia programu rehabilitacji psychiatrycznej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, została podjęta z uwagi na stabilizującą się sytuację epidemiczną, a także była poprzedzona analizą dotyczącą potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów oraz dostępnych środków finansowych. Biorąc pod uwagę wyniki ww. analizy oraz stabilizowanie się sytuacji epidemicznej, Minister Zdrowia uznał za niezasadne kontynuowanie finansowania rehabilitacji psychiatrycznej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 w postaci osobnego programu.

Ponadto, zgodnie z decyzją z dnia 5 kwietnia 2022 r. o znaku: ZPP.743.56.2022 realizacja skierowań wydanych do dnia 7 kwietnia 2022 r. miała zakończyć się nie później niż do dnia 30 czerwca 2022 r. Dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, których stan zdrowia będzie wskazywał na potrzebę rehabilitacji psychiatrycznej, po terminie 7 kwietnia 2022 r. będzie możliwe rozliczanie świadczeń w ramach istniejących zakresów świadczeń

¹Dz. U. z 2022 r. poz. 623, z późn. zm.

oraz obowiązujących umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (zwanym dalej również „NFZ”), co w ocenie Ministra Zdrowia zabezpieczy dostęp do świadczeń rehabilitacji dla ww. grupy pacjentów.

2. Część II. Ocena ogólna, str. 8.

W odniesieniu do kwestii wygaszenia *programu w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej* oraz *rehabilitacji uzdrowiskowej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19*, zauważam, że w uzasadnieniu do ww. decyzji, jako podstawa do ich wydania, została wskazana stabilizująca się sytuacja epidemiczna, co w ocenie Ministra Zdrowia wskazywało na brak zasadności kontynuowania finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz rehabilitacji po COVID-19 w postaci osobnego programu ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wpływ na to miała także ograniczoność środków ww. Funduszu oraz czasowy charakter jego funkcjonowania, jak również konieczność racjonalnego wydatkowania środków publicznych służących zwalczaniu epidemii wirusa SARS-CoV-2.

Ponadto należy wskazać, że zgodnie z uzasadnieniem do zarządzenia 70/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 1 czerwca 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, *świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19, których stan zdrowia będzie wskazywał na potrzebę rehabilitacji, będą mogli skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych².*

Część IV. Wnioski, wniosek nr 1 do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uprzejmie wskazuję, iż Prezes NFZ poinformował, że weryfikacja świadczeń realizowanych w programach rehabilitacji pocovidowej odbywa się cyklicznie w oddziałach wojewódzkich NFZ, a występujące błędy sprawozdawcze są wyjaśniane i korygowane. Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość prowadzenia tzw. weryfikacji wstecznej i na każdym etapie informowania świadczeniodawców o błędach oraz potrzebie dokonania korekty i zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych. W przypadku zauważenia dużych obszarów nadużyć istnieje również możliwość przeprowadzenia czynności kontrolnych bezpośrednio w podmiocie.

Dodatkowo uprzejmie zaznaczam, iż Ministerstwo Zdrowia informowało Prezesa NFZ (np. pismem z dnia 5 stycznia 2023 r. o znaku: DLF.736.7.2023.KA) o sposobie postępowania w przypadku ewentualnego wykrycia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nieprawidłowości powodujących konieczność zwrotu środków wynikających z realizacji polecenia Ministra Zdrowia przez świadczeniodawców – na rachunek Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (z którego środki zostały pierwotnie otrzymane), wszelkich środków nienależnie pobranych przez podmioty wraz z należnymi odsetkami.

Ponadto wskazuję, że Narodowy Funduszu Zdrowia na bieżąco aktualizuje przekazane sprawozdania roczne z realizacji ww. zadań, zwracając środki wynikające z korekt na rachunek Ministerstwa Zdrowia, z którego środki zostały otrzymane.

Część IV. Wnioski, wniosek nr 2 do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uprzejmie informuję, że Prezes NFZ wskazał, iż biorąc pod uwagę charakter świadczeń, wynikający wprost z powikłań, które wywołał COVID-19, NFZ stoi na stanowisku, że jest

² Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.

ZAŁĄCZNIKI

możliwa realizacja świadczeń przewidzianych w programie rehabilitacji pocovidowej na zasadach ogólnych, tj. w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, neurologicznej. Każdy wymieniony wyżej obszar rehabilitacji obejmuje swoim działaniem pacjentów, którzy mają dysfunkcje wynikającą z danej jednostki chorobowej. Przechorowanie COVID-19 również zalicza się do jednostek chorobowych, które mogą być uwzględniane jako te definiujące potrzebę rehabilitacyjną.

Dodatkowo wskazuję na brak zasadności tworzenia nowych produktów rozliczeniowych dedykowanych usprawnianiu pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, ponieważ jest to działanie nieefektywne i komplikujące system rozliczania świadczeń.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

Pismo z dnia 5 stycznia 2023 r. o znaku: DLF.736.7.2023.KA.



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu
Waldemar Kraska

DLF.736.7.2023.KA
Warszawa, 05 stycznia 2023

Pan
Filip Nowak
Prezes
Narodowy Fundusz Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie,
w nawiązaniu do informacji Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekazanych przy piśmie znak: ZKW.0912.5.2022 2022.22.EZ z dnia 14 listopada 2022 r. w związku z zaleceniami pokontrolnymi sformułowanymi w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli z kontroli: ***Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19***, zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań mających na celu wyegzekwowanie zwrotu niewłaściwie wydatkowanych środków oraz poinformowanie o realizacji powyższego Ministerstwo Zdrowia, powołując się na znak niniejszego pisma.

Jednocześnie informuję, że zwrot środków z ww. tytułu powinien zostać przekazany przez NFZ zgodnie zobowiązującymi zasadami na rachunek bankowy Ministra Zdrowia, z którego środki zostały otrzymane, tj. nr **94 1130 0007 0080 1912 6720 0005**.

Z wyrazami szacunku
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisano elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra

**PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ**

LKA.430.001.2023

Warszawa 28 czerwca 2023 r.

**OPINIA
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia¹ w sprawie Informacji o wynikach kontroli
*Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19,
finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19***

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², uprzejmie przedstawiam opinię do ww. stanowiska, zawartego w piśmie z 2 czerwca 2023 r. (znak: NKM.07.9.2023.10.KCZ).

Dziękuję za przedstawienie stanowiska do Informacji o wynikach kontroli *Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19*.

Najwyższa Izba Kontroli z zadowoleniem przyjmuje działania Ministra Zdrowia, które dotychczas zostały podjęte w związku z wynikami niniejszej kontroli dotyczącymi nieprawidłowości stwierdzonych przy wydatkowaniu środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, przeznaczonych na finansowanie świadczeń rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Działania te korelują z pierwszym wnioskiem NIK, skierowanym do Prezesa NFZ.

Odnosząc się do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie drugiego wniosku NIK (również skierowanego do Prezesa NFZ), dotyczącego wprowadzenia nowego produktu rozliczeniowego, umożliwiającego uzyskanie przez pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, kompleksowej rehabilitacji, uwzględniającej zarówno leczenie związane z zaburzeniami pulmonologicznymi, kardiologicznymi, neurologicznymi i objawami ze strony narządu ruchu – z wykorzystaniem doświadczeń i oceny realizacji *Programu pilotażowego*, pragnę zaznaczyć, że stanowisko NIK w tej sprawie jest w pełni zbieżne z opinią i rekomendacjami *Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2*. Wypracowanie odpowiednich rozwiązań, umożliwiających pacjentom skorzystanie z leczenia wielozakresowego, w tym w oparciu o wyniki *Programu pilotażowego*, pozwoli zapewnić leczenie osobom po przebyciu tej choroby zakaźnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie narażając ich na dodatkowe koszty. Na rynku ochrony zdrowia funkcjonuje bowiem wiele podmiotów leczniczych oferujących świadczenia zdrowotne w ramach szeregu *programów rehabilitacji dla osób po przebytej chorobie COVID-19 ukierunkowanych na poprawę wydolności, sprawności oddechowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego*, przy czym są to usługi komercyjne, dostępne dla ograniczonej liczby pacjentów, ze względu na ich wysoką cenę.

Biorąc zatem pod uwagę powyższe, sformułowany w Informacji wniosek, dotyczący wprowadzenia nowego produktu rozliczeniowego lub nawet zakresu świadczeń, uważam za uzasadniony.

**PREZES
Najwyższej Izby Kontroli**

Marian Banaś

¹ Przedstawionego, z upoważnienia Ministra, przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Macieja Miłkowskiego.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623.