



LKR.430.001.2021
Nr ewid. 121/2021/P/20/067/LKR

Informacja o wynikach kontroli

**REALIZACJA
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO
I KOLANOWEGO**

DELEGATURA NIK W KRAKOWIE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego

Dyrektor Delegatury NIK w Krakowie



Jolanta Stawska

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia

14.09.2021

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	10
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	12
4. WNIOSKI.....	18
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	19
5.1. Dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.....	19
5.1.1. NFZ	19
5.1.2. Świadczeniodawcy	39
5.2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów	62
5.2.1. NFZ	63
5.2.2. Świadczeniodawcy	67
5.3. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.....	73
5.3.1. NFZ	74
5.3.2. Świadczeniodawcy	83
6. ZAŁĄCZNIKI	90
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	90
6.2. Analiza stanu prawnego.....	93
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	95
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	97
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	98
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	103

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
CBE	Centralna Baza Endoprotezoplastyk;
Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniająca kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;
COVID-19	zakażenia i choroba zakaźna wywołana wirusem SARS-CoV-2;
Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach m.in. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ;
POZ	podstawowa opieka zdrowotna;
Procedura medyczna	postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
Rozporządzenie w sprawie endoprotezoplastyk	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 r. w sprawie rejestru endoprotezoplastyk ¹ ;
Rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej ² ;
Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ³ ;
Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ⁴ ;
R/r	rok do roku;
Świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
Tryb przyjęcia planowy	tryb przyjęcia na podstawie skierowania lub przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością zgodnie z uprawnieniami przysługującymi na podstawie odrębnych przepisów;

¹ Dz. U. poz. 2409.

² Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

Ustawa 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 ⁵ ;
Ustawa o prawach pacjenta	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ⁶ ;
Ustawa o systemie informacji	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ⁷ ;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁸ ;
Ustawa o wyrobach medycznych	ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ⁹ .

⁵ Dz. U. poz. 1842, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.

⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 186, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy działania podejmowane w celu zwiększenia dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, zapewnienia jakości tych zabiegów oraz rehabilitacji były skuteczne?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zapewniono należyłą dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki?
2. Czy jakość wykonywanych zabiegów była należyta?
3. Czy pacjentom zapewniono niezwłoczną i skuteczną rehabilitację pozabiegową?

Jednostki kontrolowane

NFZ Centrala

6 OW NFZ

11 świadczeniodawców

Okres objęty kontrolą 2018–2020

Zwyrodnienie stawów zostało uznane przez WHO za chorobę cywilizacyjną. Szacuje się, że co trzeci z seniorów będzie wymagał przeprowadzenia zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego.

W 2004 r. NIK przeprowadziła kontrolę P/04/149 *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiania endoprotez stawu biodrowego*. Kontrola wykazała, że ówczesny system zdrowotny nie zapewniał oszczędnego, wydajnego i efektywnego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w tym zakresie, nie zawierał instrumentów motywujących świadczeniodawców do implantacji zapewniających odległy pozytywny wynik operacji, a dostępność pacjentów do alloplastyki stawu biodrowego, mierzona okresem oczekiwania, wahała się w granicach od kilku miesięcy do nawet trzech lat.

W latach 2005–2017 liczba zrealizowanych endoprotezoplastyk stawu kolanowego wzrosła z 4072 do 27 653, a endoprotezoplastyk stawu biodrowego z 26 091 do 56 688. W 2018 r. w całym kraju wykonano 56 983 endoprotezoplastyk stawu biodrowego oraz 29 950 endoprotezoplastyk stawu kolanowego. Mimo to cały czas liczba osób oczekujących na wykonanie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego jest jedną z największych.

Według raportu Rzecznika Praw Pacjenta w 2019 r.¹⁰ pacjenci zgłaszali zastrzeżenia do długiego czasu oczekiwania do poradni specjalistycznej ortopedycznej (13% zgłoszeń). Sygnały obejmowały także kolejki dotyczące planowego leczenia szpitalnego z zakresu ortopedii (tj. 15% zgłoszeń) oraz w znacznym stopniu rehabilitacji ambulatoryjnej i szpitalnej. Skargi dotyczyły także braku kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych w placówce, tj. nieuzasadnione odsyłanie pacjentów do innych lekarzy, najczęściej lekarzy POZ, w celu uzyskania skierowania, zlecenia, zwolnienia.

Najczęściej zgłaszane do Rzecznika problemy w zakresie leczenia szpitalnego dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym: standardów i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, kwalifikacji do leczenia szpitalnego oraz odmowy udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, braku zapewnienia ciągłości i kontynuacji leczenia. W przypadku rehabilitacji leczniczej dotyczyły one realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym: długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia rehabilitacyjnego, odmowy rejestracji skierowania na zabiegi oraz potwierdzenia tej odmowy, zaniechania przekazania pacjentów w ramach kontynuacji leczenia do rehabilitacji stacjonarnej.

Chirurgiczne wszczepienie endoprotezy wymaga natychmiastowego wdrożenia programu usprawniającego. Działania jakie powinny być podjęte po operacji zależą od rodzaju użytego implantu, a także wieku pacjenta, wydolności organizmu oraz schorzenia, stanowiącego przy-

¹⁰ Problematyka zgłoszeń kierowanych na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta w 2019 r. <https://www.gov.pl/web/rpp/problematyka-zgloszen-kierowanych-na-infolinie-rzecznika-praw-pacjenta-w-2019-roku-2-raport-rzecznika> [dostęp: 25.08.2020 r.].

czynę operacji. Istotne znaczenie ma systematyczne wdrażanie ćwiczeń oddechowych, przeciwzkrzepowych i gimnastyki. Ważne jest, aby jak najszybciej uzyskać odpowiedni zakres ruchu i utrzymać go za pomocą rehabilitacji. Prawdopodobnie przeprowadzona rehabilitacja po zabiegu jest niezbędna do odzyskania sprawności pozwalającej na powrót do pełni zdrowia. Zgodnie z zaleceniami specjalistów, najlepiej, aby tuż po wypisaniu z oddziału zabiegowego pacjent udał się na rehabilitację stacjonarną. Rehabilitacja ambulatoryjna, ze względu na długotrwałość i uciążliwość w dojazdach, jest rozwiązaniem dopuszczalnym, ale często niewygodnym i narażającym rekonwalescenta na kontuzje.

W celu osiągnięcia dobrego stanu zdrowia w jak najkrótszym czasie powinno wdrażać się programy zintegrowanej opieki okołoperacyjnej dla dorosłych po endoprotezoplastyce. Inną zaletą takich programów jest zmniejszenie kosztów oraz lepsze wykorzystanie zasobów bez utraty jakości opieki i satysfakcji pacjentów. Zintegrowane programy opieki łączą w sobie zarówno przygotowanie przedoperacyjne, śródoperacyjne metody opieki, opiekę pooperacyjną, gdzie aktywnymi uczestnikami są: pacjenci, lekarze, anesteziolodzy, pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz terapeutyci zajęciowi. Tak zwana „przyśpieszona metoda” leczenia stawów biodrowych i kolanowych pozwala zoptymalizować interdyscyplinarne ścieżki leczenia pacjentów oraz może przyczynić się do zmniejszenia chorobowości i skrócenia czasu pobytu w szpitalu¹¹.

W wielu badaniach wykazano, że zintegrowany program opieki skracca długość pobytu w szpitalu, zmniejsza wartość wskaźnika częstości powikłań, a także przyczynia się do poprawy funkcji stawów w okresie pooperacyjnym. Z punktu widzenia pacjenta umożliwia szybszy powrót do samodzielności i zmniejsza ponoszone przez niego koszty. Takie podejście jest również zasadne, ponieważ procedury endoprotezoplastyki to procedury skierowane w większości dla osób starszych z wieloma chorobami współistniejącymi. Znaczny odsetek pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego miało trzy choroby współistniejące lub więcej. Najczęstsze z nich to nadciśnienie (68%), cukrzyca (20%) i otyłość (20%). Skuteczne leczenie bólu okołoperacyjnego wskazano jako najważniejszy czynnik wczesnej mobilizacji oraz skrócenia pobytu w szpitalu. Technika znieczulenia stosowana śródoperacyjnie może mieć również wpływ na skrócenie czasu pobytu w szpitalu oraz śmiertelność pooperacyjną¹².

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz rekomendowane czasy oczekiwania na poszczególne etapy leczenia przedstawia infografika nr 1.

¹¹ Raport nr: AOTMiT-WT-553-14/2015 „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”. Data ukończenia: 29.04.2016 r. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/AOTMiT_WT_553_14_2015_endoprotezoplastyka_kompleksowa_raport.pdf [dostęp: 01.09.2020 r.].

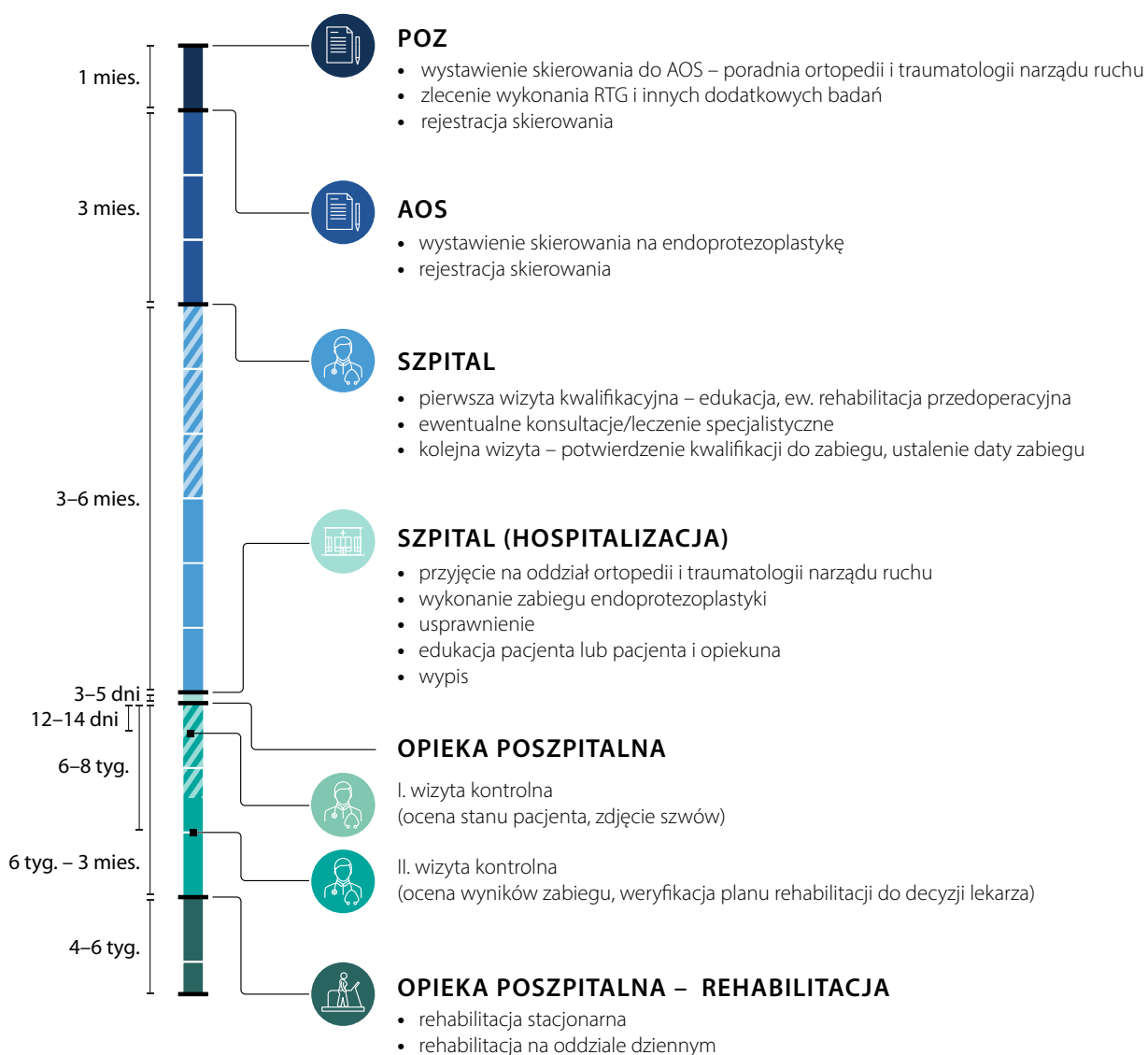
¹² Ibidem.

WPROWADZENIE

Panująca od marca 2020 r. epidemia COVID-19 spowodowała czasowe wstrzymanie zabiegów planowanych, a tym samym negatywnie wpłynęła na czas oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki. Zmieniał się status części szpitali wykonujących te zabiegi, znacznie ograniczone zostały przyjęcia pacjentów. Epidemia była kluczowym uwarunkowaniem zaburzającym funkcjonowanie w obszarze udzielania tych świadczeń w 2020 r.

Infografika nr 1

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz rekomendowane czasy oczekiwania na poszczególne etapy leczenia



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie Raportu AOTMiT¹³.

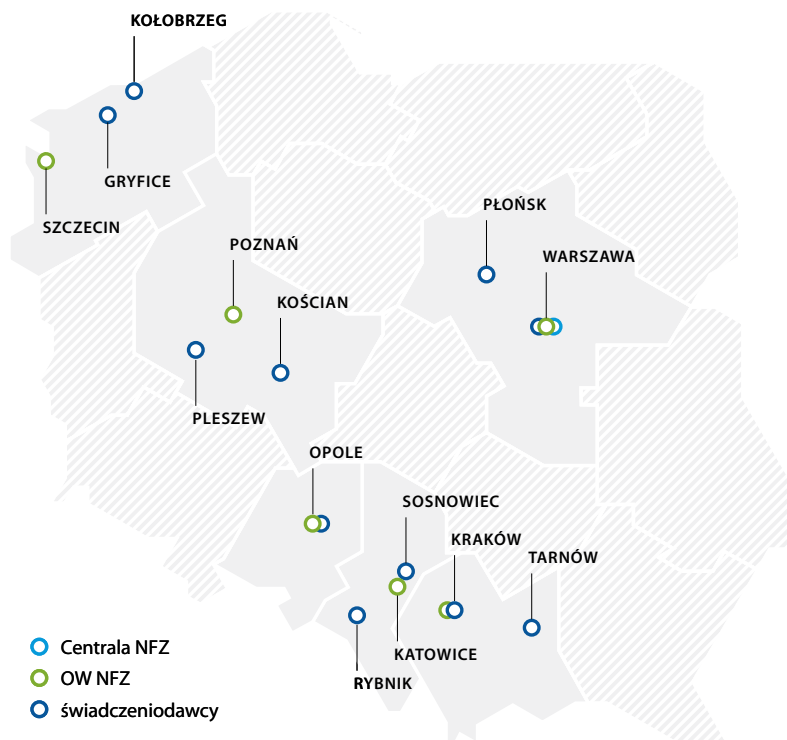
¹³ Zobacz przypis nr 11.

WPROWADZENIE

Kontrolą zostały objęte NFZ (Centrala i oddziały wojewódzkie) oraz podmioty lecznicze wykonujące świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki¹⁴. Lokalizację podmiotów objętych kontrolą przedstawia mapa nr 1.

Mapa nr 1

Jednostki, w których prowadzono czynności kontrolne



Źródło: opracowanie własne NIK.

¹⁴ Wykaz jednostek objętych kontrolą znajduje się w załączniku 6.1.

2. OCENA OGÓLNA

Działania podejmowane w celu zwiększenia dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, zapewnienia jakości tych zabiegów oraz rehabilitacji nie były w pełni skuteczne

W ocenie NIK¹⁵ działania podejmowane w celu zwiększenia dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, zapewnienia jakości tych zabiegów oraz rehabilitacji nie były w pełni skuteczne. Nie udało się znacząco zwiększyć dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, gdyż zarówno liczba oczekujących, jak i czas oczekiwania zmniejszyły się w niewielkim stopniu. Świadczeniodawcy starali się zapewnić należytą jakość wykonywanych zabiegów, jednakże NFZ nie wykorzystywał danych o tych zabiegach z Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk do ich oceny, monitorowania i wyciągania wniosków. Ponieważ pacjenci wymagający zabiegów endoprotezoplastyki nie zostali objęci kompleksową opieką koordynowaną, nie można ocenić, na ile poprawiła się dostępność do świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po takich zabiegach¹⁶.

W latach 2018–2019 Fundusz podejmował działania na rzecz poprawy dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, których efektem było zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów, skrócenie czasu oczekiwania oraz zmniejszenie liczby oczekujących pacjentów. Mimo to, w dalszym ciągu nie udało się osiągnąć rekomendowanego przez ekspertów czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę, który powinien wynosić od 3 do 6 miesięcy¹⁷. W 2019 r. średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wynosił niemal 18 miesięcy dla stawu biodrowego i w porównaniu do 2017 r. skrócił się o 13%. W przypadku stawu kolanowego wynosił on ponad 22 miesiące i w porównaniu do 2017 r. skrócił się tylko o 2%. W 2019 r. na zabiegi endoprotezoplastyki oczekiwało łącznie 202 tys. pacjentów, tj. o 11% mniej niż w 2017 r. Skontrolowani świadczeniodawcy zapewnili stosowną dostępność do tych świadczeń w ramach przyznanych im przez Fundusz środków finansowych.

Prowadzone przez Fundusz analizy danych gromadzonych w CBE nie dotyczyły jakości udzielanych świadczeń i w związku z tym nie miały wpływu na jej poprawę. Dane z CBE były wykorzystywane przede wszystkim do dokonywania rozliczeń. Baza nie była w pełni funkcjonalna, ponieważ nie umożliwiała przeprowadzenia pełnej oceny jakości wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w kontekście jakości używanych implantów oraz stosowanych procedur. Nie przyczyniła się do analizy danych o powikłaniach oraz zabiegach rewizyjnych, które mają istotny wpływ na określenie jakości i efektywności wykonanych zabiegów. Analizy danych oraz wnioski nie były przekazywane ośrodkom wykonującym te zabiegi oraz środowisku lekarskiemu. W skontrolowanych podmiotach leczniczych monitorowano jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki oraz podejmowano działania w celu zapewnienia odpowiedniej jakości stosowanych protez.

Ponieważ Minister Zdrowia nie wprowadził do koszyka świadczeń gwarantowanych kompleksowej opieki dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, pacjenci po tych zabiegach musieli oczekiwać na te świadczenia na zasadach ogólnych, czyli wpisywać się na listy

¹⁵ W związku z ogłoszonym w 2020 r. stanem epidemii związanymi z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 oraz czasowym zawieszeniem wykonywania świadczeń endoprotezoplastyki i rehabilitacji ocenę formułowano odrębnie dla lat 2018–2019 i dla 2020 r.

¹⁶ Wprowadzenie kompleksowej, koordynowanej opieki było rekomendowane przez AOTMiT w 2016 r. Rekomendacja nr 47/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2016/153/REK/RP_47_2016_Endoprotezoplastyka.pdf [dostęp: 03.09.2020 r.].

¹⁷ Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego został opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Wydział Taryfikacji) i zamieszczony w raporcie Nr AOTMiT-Wt-553-14/2015 „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”, str. 239–243. Dalej: „model kompleksowej opieki”. Zobacz infografika nr 1.

OCENA OGÓLNA

oczekujących jako nowi pacjenci, a nie kontynuujący leczenie. W efekcie nie zawsze mogli z nich skorzystać w zalecany terminie, tj. od sześciu tygodni do trzech miesięcy po wykonaniu endoprotezoplastyki. Należy jednak zauważyć, że w latach 2018–2019 zwiększyła się ogólna dostępność do świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Liczba oczekujących zmniejszyła się i skróceniu uległ czas oczekiwania, choć w 2019 r. wynosił niemal 15 miesięcy (przypadki stabilne). W tym czasie dostępność do rehabilitacji na oddziale dziennym pogorszyła się. Skontrolowane podmioty lecznicze nie przywiązywały należytej wagi do zapewnienia pacjentom rehabilitacji leczniczej po wypisie ze szpitala po zabiegu endoprotezoplastyki. Ich działania ograniczały się do wystawienia skierowania na takie świadczenie. W większości skontrolowanych podmiotów leczniczych nie prowadzono nawet statystyk pacjentów, którzy po wykonaniu zabiegu kontynuowali u nich leczenie w ramach rehabilitacji.

W 2020 r. w wyniku ogłoszenia stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki, jak i rehabilitacji została ograniczona. Część ograniczeń wynikała bezpośrednio z wprowadzanych przepisów, a część z zaleceń wydawanych przez Fundusz. Zalecenia Funduszu dotyczyły m.in. ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń oraz wstrzymania planowych zabiegów endoprotezoplastyki dużych stawów. W efekcie w 2020 r. liczba wykonanych zabiegów była o 26% mniejsza niż w roku poprzednim.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Finansowanie świadczeń endoprotezoplastyki wzrosło w latach 2018–2019 i zmniejszyło się w 2020 r.

Środki finansowe ujęte w planie zakupów świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego w skali kraju wzrosły z 993 807 tys. zł w 2018 r. do 1 243 779 tys. zł w 2020 r. (wzrost o 25% w stosunku do 2018 r.).

W latach 2018–2019 środki wydatkowane na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego przekraczały planowane wartości i wyniosły odpowiednio 1 278 696,9 tys. zł (129% planu) i 1 416 735,1 tys. zł (135% planu). We wszystkich województwach dynamika wzrostu była dodatnia. W 2020 r. wykonanie planu zakupów świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego w skali kraju spadło do 965 522,7 tys. zł (78% planu). W żadnym województwie nie osiągnięto 85% poziomu środków wydatkowanych w 2019 r. [str. 19–21]

Podmioty lecznicze objęte kontrolą wykonały w latach 2018–2019 świadczenia endoprotezoplastyki na kwotę 150 971,8 tys. zł, co stanowiło 103% wartości zakontraktowanej. W 2020 r. nastąpił spadek łącznej wartości wykonanych świadczeń o 23%. Było to spowodowane epidemią COVID-19 i wynikającymi z niej zaleceniami NFZ dotyczącymi ograniczeń działalności medycznej, w szczególności w okresie od marca do maja i od października do grudnia 2020 r., oraz obniżeniem liczby przyjmowanych pacjentów, którzy obawiali się zakażenia wirusem SARS-CoV-2. [str. 42]

Czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu przekraczał rekomendowany 1 miesiąc

W latach 2018–2020 czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu uległ skróceniu w skali kraju. Niemniej jednak we wszystkich województwach średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych przekraczał 1 miesiąc w każdym roku objętym kontrolą¹⁸. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia AOS zostało osiągnięte pomimo ogólnego wzrostu liczby oczekujących pacjentów. [str. 22–24]

Pomimo skrócenia średniego czasu oczekiwania na poradę specjalistyczną w poradniach AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w przypadkach stabilnych w skontrolowanych podmiotach leczniczych do 107 dni w 2019 r. i 93 dni w 2020 r., w sześciu z 11 skontrolowanych jednostek w 2019 r. (w porównaniu do 2017 r.) miał miejsce wzrost średniego czasu oczekiwania na te świadczenia. Spowodowane to było m.in. większą liczbą zgłaszających się pacjentów przy tej samej liczbie zatrudnionych lekarzy w poradni, koniecznością zwiększonej realizacji świadczenia w ramach kontynuacji leczenia pacjentów oraz przyjmowaniem pacjentów ze skierowaniami z SOR-u (w trybie nagłym), co wpłynęło na wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów pierwszorazowych. [str. 43–45]

Czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki skrócił się, ale przekraczał rekomendowany czas

W okresie objętym kontrolą czas oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego uległ skróceniu, niemniej jednak we wszystkich województwach średni czas oczekiwania przekraczał sześć miesięcy. W pięciu województwach średni czas oczekiwania przekraczał dwa lata w przypadku stawu biodrowego, a w dwóch województwach w przypadku stawu kolanowego. W sześciu województwach,

¹⁸ Zobacz infografika nr 1.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

w których prowadzono czynności kontrolne, odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania nie przekraczał rekomendowanego maksymalnego czasu sześciu miesięcy, był niski i nie przekraczał 50%. [str. 24–29]

Prześledzenie ścieżki leczenia pacjenta było utrudnione. Ustalenie całkowitego czasu leczenia i czasu oczekiwania na poszczególne etapy leczenia było możliwe tylko w przypadku 24% pacjentów w badanej próbie 540 osób. Odsetek pacjentów, u których całkowity czas oczekiwania, tj. od daty wystawienia skierowania do lekarza ortopedy do daty zakończenia rehabilitacji, przekraczał rekomendowany czas jednego roku, wynosił 82% w przypadku stawu biodrowego i 91% w przypadku stawu kolanowego. [str. 29–32]

W skontrolowanych podmiotach leczniczych liczba osób oczekujących zmniejszała się oraz skrócił się średni czas oczekiwania u pięciu świadczeniodawców w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz u sześciu dla stawu kolanowego. Mimo to, odnotowany w wylosowanej próbie pacjentów czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w skontrolowanych podmiotach leczniczych, liczony od daty zarejestrowania skierowania, w 73% przypadków przekraczał w latach 2018–2020 rekomendowany maksymalny czas 6 miesięcy na wykonanie zabiegu. Wynikało to m.in. ze wzrostu liczby pacjentów zgłaszających się do planowych zabiegów ortopedycznych u tych świadczeniodawców, przy stałym poziomie zasobów organizacyjnych i personalnych tych jednostek i ograniczonych środkach finansowych na realizację tych świadczeń wynikających z umowy z OW NFZ. [str. 46–50]

Pomimo zmniejszenia liczby podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia endoprotezoplastyki, liczba wykonywanych zabiegów w 2019 r. wzrosła w porównaniu do 2017 r. o 5% w przypadku stawu biodrowego oraz o 21% w przypadku stawu kolanowego. W 2020 r. ze względu na epidemię COVID-19 wystąpiły ograniczenia lub czasowe zawieszenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, co spowodowało zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń. Liczba wykonywanych zabiegów zmniejszyła się w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego o 23%, a stawu kolanowego o 27%. [str. 32–35]

Szpitaly objęte kontrolą dysponowały odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz zapewniły należyte warunki udzielania świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. Jedynie jeden z 11 skontrolowanych świadczeniodawców nie spełnił w 2019 r. wymogu dotyczącego zapewnienia odpowiedniej liczby zatrudnionych pielęgniarek w stosunku do liczby łóżek na oddziale ortopedycznym. [str. 39–42]

Oddziały ortopedii i traumatologii narządu ruchu spełniały większość dodatkowych warunków dla realizacji zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, które zostały określone w załączniku Nr 4 lp. 32 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ, w tym m.in. dotyczące wydzielenia co najmniej dwóch sal chorych dla potrzeb ortopedii spośród sal urazowo-ortopedycznych, zapewnienia udziału co najmniej dwóch osób prowadzących fizjoterapię w zespole lecz-

Dostępność świadczeń endoprotezoplastyki zwiększała się w latach 2018–2019 i zmniejszyła w 2020 r.

niczym oraz wykonania wymaganej liczby zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. Dyrektorzy 10 z 11 skontrolowanych podmiotów leczniczych stwierdzili, że placówki przez nich kierowane są w stanie wykonywać więcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego niż zakontraktowano w umowach zawartych z OW NFZ. [str. 67–68, 52–53]

NFZ udostępniał informacje dla pacjentów

Na stronie internetowej Funduszu¹⁹ były publikowane informacje o pierwszym wolnym terminie na udzielenie świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców. Od 1 lipca 2019 r. Prezes NFZ prowadził bezpłatną informacyjną linię telefoniczną dla dzwoniących z terenu Polski. Od 25 listopada 2019 r. Fundusz wysyłał pacjentom przypomnienie o wyznaczonym terminie udzielania świadczeń z trzydniowym wyprzedzeniem za pośrednictwem wiadomości SMS. [str. 35–36]

Pacjentom skierowanym na zabiegi endoprotezoplastyki zapewniono rzetelną opiekę przed- i pooperacyjną

Wizyty kwalifikacyjne przed zabiegiem zapewniło 10 z 11 skontrolowanych świadczeniodawców, w ramach których ustalano plan leczenia oraz przygotowania do zabiegu, a także przekazywano informacje o wymaganych konsultacjach u innych lekarzy specjalistów przed przyjęciem na oddział szpitalny. W czterech skontrolowanych jednostkach²⁰ nie zapewniono konsultacji i kwalifikacji dokonywanej przez lekarza anestezjologa podczas drugiej wizyty kwalifikacyjnej, co wynikało głównie z braku wyodrębnienia w ramach struktur tych podmiotów poradni anestezyjologicznej. Konsultacje anestezyjologiczne odbywały się w przypadku dużych obciążeń pacjenta lub tuż przed zabiegiem, po przyjęciu pacjenta do szpitala.

W okresie pooperacyjnym świadczeniodawcy zapewnili swoim pacjentom możliwość odbycia wizyt kontrolnych w poradniach urazowo-ortopedycznych w terminach uzasadnionych medycznie, podczas których dokonywano oceny wyników leczenia pacjenta. Analiza dokumentacji medycznej pacjentów, u których dokonano zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego w skontrolowanych jednostkach, wykazała, że w 10 z 11 badanych podmiotów skierowania na rehabilitację po zabiegu endoprotezoplastyki były wystawiane przez lekarzy oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu²¹. [str. 56–59]

Kompleksowa opieka koordynowana w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki nie została zapewniona

W okresie objętym kontrolą nie zapewniono finansowania kompleksowej opieki koordynowanej w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, która obejmowałaby przygotowanie przedoperacyjne, opiekę śródoperacyjną oraz pooperacyjną, w tym rehabilitację pooperacyjną. W efekcie na każdym etapie leczenia (poradnia AOS, w tym dodatkowo konsultacje specjalistyczne, endoprotezoplastyka, rehabilitacja) pacjenci musieli się wpisywać na odrębne listy oczekujących, co znacznie wydłuża czas oczekiwania i leczenia.

¹⁹ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

²⁰ Gryfice, Kołobrzeg, Płońsk, Warszawa.

²¹ W Szpitalu Wojewódzkim w Opolu Sp. z o.o. pacjenci nie otrzymywali skierowania na rehabilitację po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego w dniu wypisu z oddziału ortopedycznego. Pacjentów kierowano na rehabilitację po wygojeniu rany i wizyty kontrolnej w poradni urazowo-ortopedycznej.

W 2016 r. Prezes AOTMiT rekomendował zakwalifikowanie świadczenia *Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa* jako świadczenia gwarantowanego²². W uzasadnieniu wskazał, że zebrane dowody naukowe, rekomendacje kliniczne oraz opinie ekspertów klinicznych wskazują, że adaptacja interdyscyplinarnych ścieżek może prowadzić do lepszych wyników związanych z funkcjonowaniem, a także może zredukować całkowity koszt związany z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego. Zaznaczył także, że możliwe będzie przeprowadzenie większej liczby zabiegów w skali roku, co powinno przyczynić się do zmniejszenia liczby pacjentów oczekujących oraz czasu oczekiwania. W ocenie NIK wprowadzenie koordynowanej i kompleksowej opieki medycznej pozwoliłoby skoncentrować się na realizacji określonych celów, a nie tylko na wydatkowaniu środków. [str. 37–39]

Wraz ze wzrostem ogólnej liczby wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego rosły też liczby zabiegów rewizyjnych. W 2017 r. zabiegi rewizyjne stanowiły 8% ogólnej liczby zabiegów w przypadku stawu biodrowego, a w 2019 r. 8,2%. W przypadku stawu kolanowego było to odpowiednio 5,5% oraz 5,7%. Koszty zabiegów rewizyjnych stawu biodrowego zmniejszyły się w 2019 r. o 0,6 punktu procentowego w porównaniu do 2017 r., natomiast stawu kolanowego zwiększyły o 0,6 punktu procentowego. [str. 65]

CBE była wykorzystywana przede wszystkim do dokonywania rozliczeń oraz prowadzenia przez Fundusz analiz statystycznych. Nie była ona w pełni funkcjonalna, ponieważ nie umożliwiała przeprowadzenia całościowej oceny jakości wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w kontekście jakości używanych implantów oraz stosowanych procedur. Pomimo że CBE powinna zostać przekształcona w rejestr endoprotezoplastyk funkcjonujący na podstawie *ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia*, to jednak prace nad jego wprowadzeniem przedłużają się²³. NIK zwraca uwagę, że w 2004 r. Izba wniosowała o wprowadzenie centralnego rejestru endoprotezoplastyk, który powinien umożliwić przeprowadzenie analiz dotyczących w szczególności jakości poszczególnych rodzajów i typów endoprotez, ich przeżywalności, powikłań pooperacyjnych, przyczyn wykonywanych rewizji²⁴. [str. 65–67]

Pomimo że do oceny ofert przy zakupie protez nie stosowano kryterium jakości, to elementy związane z jakością zamawianych protez zawierał opis przedmiotu zamówienia. Od dostawców wymagano certyfikatów wraz z oceną zgodności dla zakupywanych protez lub innych dokumentów dopuszczających zaofiarowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z *ustawą o wyrobach medycznych*. W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy nie zgłaszali incydentów medycznych, o których mowa w art. 74 *ustawy o wyrobach medycznych*, zwią-

Liczba zabiegów rewizyjnych wzrastała

Rejestr endoprotezoplastyk nie był wykorzystywany do poprawy jakości wykonywanych świadczeń

Świadczeniodawcy starali się zapewnić odpowiednią jakość stosowanych protez

²² Zobacz przypis nr 16.

²³ Rejestr powinien funkcjonować od 1 lipca 2020 r. W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne Prezes NFZ poinformował, że rejestr będzie dostępny dla wszystkich usługodawców od 1 lipca 2021 r.

²⁴ Kontrola P/04/149 *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiana endoprotez stawu biodrowego*.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

zanych ze stosowanymi implantami stawów. Liczba skarg i postępowań prowadzonych przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz sądowych była niewielka. [str. 68]

Jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki była monitorowana

W 10 z 11 skontrolowanych szpitali przynajmniej raz w roku sporządzono pisemną analizę zdarzeń niepożądanych zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi procedurami, w tym z uwzględnieniem analizy zgonów pacjentów, przyczyn przedłużonego pobytu pacjenta oraz przyczyn powikłań²⁵. Ponadto dokonywano analizy każdego przeprowadzonego zabiegu endoprotezoplastyki, w tym przyczyn zabiegów rewizyjnych, oceniano kontrolne radiogramy oraz przeprowadzano wizyty kontrolne pacjentów, podczas których oceniano gojenie się ran oraz postępy w rehabilitacji pooperacyjnej. [str. 69–70]

Świadczeniodawcy prowadzili edukację pacjentów oraz ich najbliższych na każdym etapie opieki

Edukację prowadzono za pomocą zarówno ustnych, jak i pisemnych instrukcji dotyczących przygotowania i przebiegu zabiegu endoprotezoplastyki, pobytu na oddziale ortopedycznym, sposobu rehabilitacji oraz postępowania po wypisie ze szpitala. Formę pisemną stosowało 10 z 11 skontrolowanych jednostek, a w jednym podmiocie leczniczym informacje o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu były przekazywane tylko ustnie. Materiały edukacyjne nie zostały jednak udostępnione pacjentom na stronach internetowych skontrolowanych jednostek, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym, ponieważ informowanie pacjentów powinno odbywać się za pośrednictwem wszelkich dostępnych metod i środków, w tym także z wykorzystaniem Internetu. [str. 71–73]

Finansowanie świadczeń rehabilitacji wzrosło w latach 2018–2019 i zmniejszyło się w 2020 r.

Na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wydatkowano ogółem 513 755,6 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 12% w porównaniu do roku poprzedniego) i 563 407,9 tys. zł w 2019 r. (wzrost o 10%). Na świadczenia rehabilitacji na oddziałach dziennych wydatkowano 239 968,3 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 9%) i 276 322,4 tys. zł w 2019 r. (wzrost o 15%). We wszystkich województwach dynamika wzrostu była dodatnia.

W 2020 r. wydatki zmniejszyły się i wynosiły 379 834,5 tys. zł w przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (spadek o 33%) i 201 411,8 tys. zł w przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym (spadek o 27%). W żadnym województwie nie osiągnięto 80% poziomu środków wydatkowanych w 2019 r. na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. [str. 74–75]

Podmioty lecznicze objęte kontrolą wykonały w latach 2018–2019 świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej na kwotę 34 291,8 tys. zł i rehabilitacji na oddziale dziennym na kwotę 13 669,5 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 104% i 102% wartości zakontraktowanej. W 2020 r. nastąpił spadek łącznej wartości wykonanych świadczeń – rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej o 25% oraz rehabilitacji na oddziale dziennym o 34%. [str. 83]

²⁵ Przy czym zgodnie z wymogami określonymi w załączniku Nr 4 lp. 32 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ* analiza zdarzeń niepożądanych została przeprowadzona przez 8 świadczeniodawców. W Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu nie prowadzono rejestru zdarzeń niepożądanych, a ewentualne komplikacje i trudności stwierdzane podczas hospitalizacji pacjentów były oceniane przez zespół lekarsko-pielęgniarski na bieżąco poprzez analizę przypadków w trakcie pobytu chorego w oddziale ortopedycznym lub niezwłocznie po pozyskaniu informacji lekarskiej po wizycie kontrolnej wypisanego pacjenta w poradni ortopedycznej.

W skali kraju średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w przypadkach stabilnych wynosił w 2018 r. 499 dni (bez zmian w porównaniu do roku poprzedniego), w 2019 r. – 455 dni (spadek o 9%) i w 2020 r. – 410 dni (spadek o 10%). W sześciu województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania nie przekraczał rekomendowanego maksymalnego czasu trzech miesięcy (90 dni), był niski i nie przekraczał 50%.

Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych skrócił się, ale przekraczał trzy miesiące

W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym wraz z sukcesywnym wzrostem liczby oczekujących zwiększeniu, w latach 2018–2019, ulegał też czas oczekiwania na świadczenia. Średni czas oczekiwania pacjentów (przypadki stabilne) w 2018 r. wynosił 166 dni, w 2019 r. 184 dni (wzrost o 11%), a w 2020 r. 169 dni (spadek o 8%). [str. 76–81]

W latach 2018–2019 w 8 z 10 skontrolowanych jednostek, które realizowały świadczenie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej²⁶, oraz w pięciu z dziewięciu skontrolowanych podmiotów realizujących rehabilitację na oddziale dziennym²⁷ wzrósł średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji dla przypadków stabilnych w porównaniu do 2017 r. [str. 85–86]

Koordinacja polegała przede wszystkim na wystawieniu przez lekarza, podczas wypisu z oddziału ortopedycznego lub podczas wizyty kontrolnej po zabiegu, skierowania na rehabilitację w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym, które było rejestrowane na oddziale rehabilitacji według ogólnych zasad. Tylko pięciu świadczeniodawców wykazało statystykę dotyczącą pacjentów, którzy po wykonanym zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego na oddziale ortopedycznym kontynuowali u nich leczenie w ramach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym w okresie objętym kontrolą. Udział pacjentów korzystających z rehabilitacji w tym samym podmiocie, w którym wykonano zabieg endoprotezoplastyki w liczbie pacjentów ogółem, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego, wynosił od 5% do 51%. [str. 86–88]

Świadczeniodawcy nie zapewnili rzetelnej koordynacji rehabilitacji leczniczej

W skali kraju tylko 25% świadczeniodawców wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki wykonywało wszystkie rodzaje świadczeń koniecznych w ramach opieki kompleksowej²⁸. [str. 38–39]

²⁶ Gryfice, Kołobrzeg, Kraków, Pleszew, Płońsk, Rybnik, Tarnów, Warszawa.

²⁷ Kołobrzeg, Kościan, Pleszew, Rybnik, Tarnów.

²⁸ Świadczenia z zakresu: AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym.

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia NIK wnioskuję o podjęcie działań w celu zakwalifikowania kompleksowej, koordynowanej opieki dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego jako świadczeń gwarantowanych. Ważnym argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest fakt, że najliczniejszą grupą pacjentów, u których wykonuje się te zabiegi, są osoby w wieku 50–69 lat. Są to w większości osoby czynne zawodowo, dlatego konieczne jest zapewnienie szybkiej i sprawnej opieki przed- oraz pooperacyjnej, w szczególności rehabilitacji.

Prezes NFZ NIK wnioskuję o:

- 1) kontynuowanie działań w celu skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki oraz rehabilitacji po tych zabiegach,
- 2) wykorzystywanie rejestru endoprotezoplastyk do oceny jakości wykonywanych zabiegów,
- 3) podjęcie dodatkowych działań, poza możliwością rozliczenia umów z 2020 r. do końca 2021 r., w celu zminimalizowania skutków epidemii, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie.

Podmioty lecznicze NIK wnioskuję o zamieszczenie na stronach internetowych niezbędnych informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, przebiegu zabiegu, pobytu na oddziale ortopedycznym po endoprotezoplastyce, postępowania po wypisie ze szpitala oraz instrukcji wykonywania ćwiczeń w domu.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego

W latach 2018–2019 Fundusz podejmował działania, które pozwoliły na skrócenie czasu oczekiwania oraz zmniejszenie liczby oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. Na pozytywną ocenę w szczególności zasługuje fakt zwiększania w trakcie roku środków przeznaczonych na endoprotezoplastykę, które pozwoliło na wykonanie większej liczby zabiegów. Niemniej jednak w dalszym ciągu nie udało się wystarczająco skrócić czasu oczekiwania na te zabiegi.

Szpitalne objęte kontrolą dysponowały odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz zapewniły należyte warunki udzielania świadczeń. Pomimo spadku liczby oczekujących oraz skrócenia średniego czasu oczekiwania u części świadczeniodawców, odnotowany w wylosowanej próbie pacjentów czas oczekiwania na świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, liczony od daty zarejestrowania skierowania, w 73% przypadków przekraczał w latach 2018–2020 przyjęty w modelu okres maksymalny 6 miesięcy na wykonanie zabiegu.

5.1.1. NFZ

Dla świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu nie było możliwe ustalenie całkowitego planu zakupu, ponieważ część świadczeniodawców została zakwalifikowana do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali). W ramach sieci szpitali zdecydowana większość świadczeń była finansowana i rozliczana w formie ryczałtu. Świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu finansowane były w ramach ryczałtu od 1 października 2017 r. do 29 lutego 2020 r. Od 1 marca 2020 r. świadczenia te podlegają odrębnemu finansowaniu.

Przy opracowaniu planów zakupów w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego poszczególne OW NFZ opierały się na:

- danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenia oraz czasu oczekiwania (tzw. kolejki oczekujących);
- danych o realizacji świadczeń w poprzednim okresie (dane historyczne zrealizowanych świadczeń);
- danych jakościowych dot. spełnienia wymagań w zakresie udokumentowanej realizacji wymaganej liczby zabiegów alloplastyk stawu biodrowego lub kolanowego oraz operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego;
- analizach: epidemiologicznych, demograficznych, potencjału wykonawczego świadczeniodawców, struktury wykonania planu.

Środki finansowe ujęte w planie zakupów świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego wzrosły z 993 807 tys. zł w 2018 r. do 1 243 779 tys. zł w 2020 r. (wzrost o 25% w stosunku do 2018 r.). W poszczególnych województwach planowane środki na te świadczenia wyniosły w 2018 r. od 23 792,6 tys. zł w województwie opolskim do 165 001,1 tys. zł w województwie mazowieckim, a w 2020 r. od 25 301,8 tys. zł w województwie podlaskim do 188 887,9 tys. zł w woje-

Plany zakupu świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Plany zakupu świadczeń endoprotezoplastyki zwiększały się

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wództwie mazowieckim. W porównaniu do roku poprzedniego plan zakupu tych świadczeń był mniejszy w przypadku trzech województw, tj. mazowieckiego (97,5%), podlaskiego (95%) i śląskiego (97%) w 2018 r. oraz podkarpackiego (87%), pomorskiego (99%) i warmińsko mazurskiego (96%) w 2019 r. W 2020 r. plan zakupu wzrósł we wszystkich województwach w porównaniu do 2019 r.

Wykonanie świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Na świadczenia AOS w latach 2018–2020 wydatkowano odpowiednio 367 052,7 tys. zł, 386 967,4 tys. zł i 337 479 tys. zł. W porównaniu do roku poprzedniego w latach 2018–2019 wydatki na te świadczenia wzrosły o odpowiednio 4,8% i 5,4%, a w 2020 r. zmniejszyły się o 13%.

Wykonanie świadczeń endoprotezoplastyki

W latach 2018–2019 środki wydatkowane na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego przekraczały planowane wartości w skali kraju i wyniosły odpowiednio 1 278 696,9 tys. zł (129% planu) i 1 416 735,1 tys. zł (135% planu). W poszczególnych województwach wartości te kształtowały się na poziomie od 114% w województwie mazowieckim do 154% w województwie podlaskim w przypadku stawu biodrowego i od 116% w województwie lubelskim do 178% w województwie pomorskim w przypadku stawu kolanowego. W 2020 r. wykonanie planu zakupów świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego spadło do 965 522,7 tys. zł (78% planu), a w poszczególnych województwach wynosiło od 66% w województwie warmińsko-mazurskim do 102% w województwie podlaskim. W porównaniu do roku poprzedniego w latach 2018–2019 wydatki na te świadczenia wzrosły odpowiednio o 8% i 11%, a w 2020 r. zmniejszyły się o 32%.

Środki wydatkowane na endoprotezoplastykę stawu biodrowego i stawu kolanowego w latach 2018–2020 oraz dynamikę zmian (r/r) w poszczególnych województwach przedstawia tabela nr 1.

Tabela nr 1

Środki wydatkowane na endoprotezoplastykę stawu biodrowego i stawu kolanowego w latach 2018–2020 oraz dynamika zmian w poszczególnych województwach (w tys. zł)

OW NFZ	2018	2019	2020	Dynamika (%)		
				2018/2017	2019/2018	2020/2019
Dolnośląski	78 286	88 489	65 489	111	113	74
Kujawsko-Pomorski	58 123	66 029	54 972	106	114	83
Lubelski	57 338	61 098	42 387	105	107	69
Lubuski	36 338	42 290	34 849	113	116	82
Łódzki	80 858	98 951	71 319	114	122	72
Małopolski	133 047	142 153	92 698	109	107	65
Mazowiecki	187 502	207 993	126 612	103	111	61
Opolski	34 446	36 037	24 745	122	105	69
Podkarpacki	62 067	71 478	54 976	107	115	77
Podlaski	38 729	38 239	25 901	104	99	68
Pomorski	60 586	72 346	53 783	100	119	74
Śląski	151 978	156 890	88 851	113	103	57

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

OW NFZ	2018	2019	2020	Dynamika (%)		
				2018/2017	2019/2018	2020/2019
Świętokrzyski	58 443	64 268	34 357	107	110	53
Warmińsko-Mazurski	51 076	54 891	30 175	106	107	55
Wielkopolski	131 533	143 943	110 802	112	109	77
Zachodnio-pomorski	58 345	71 639	53 605	109	123	75
RAZEM ODDZIAŁY	1 278 697	1 416 735	965 523	108	111	68

Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Średni koszt leczenia²⁹ w skali kraju dla świadczeń AOS wyniósł od 127 zł w 2018 r. do 145 zł w 2020 r. (wzrost o 14% w stosunku do 2018 r.). W poszczególnych województwach średni koszt leczenia wyniósł od 112 zł w województwie lubelskim do 144 zł w województwie małopolskim w 2018 r. i od 121 zł w województwie lubelskim do 177 zł w województwie podlaskim w 2020 r.³⁰

Średnie koszty leczenia

Dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego średni koszt leczenia wyniósł od 15 026 zł w 2018 r. do 15 495 zł w 2019 r. (wzrost o 3% r/r). W poszczególnych województwach średni koszt leczenia wyniósł od 14 218 zł w województwie lubelskim do 15 699 zł w województwie mazowieckim w 2018 r. i od 14 761 zł w województwie podlaskim do 16 117 zł w województwie lubuskim w 2019 r. W 2020 r. nastąpił jednak spadek średniego kosztu endoprotezoplastyki biodra do poziomu 13 798 zł (spadek o 11% r/r). W poszczególnych województwach średni koszt leczenia w 2020 r. wyniósł od 11 699 zł w województwie warmińsko-mazurskim do 16 156 zł w województwie lubuskim.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego średni koszt leczenia w 2018 r. wynosił w skali kraju 14 429 zł, a w 2019 r. 15 238 zł (wzrost o 6% r/r). W poszczególnych województwach średni koszt leczenia wyniósł od 13 786 zł w województwie lubuskim do 15 265 zł w województwie mazowieckim w 2018 r. i od 14 356 zł w województwie śląskim do 15 667 zł w województwie mazowieckim w 2019 r. W 2020 r. nastąpił spadek do poziomu 13 429 zł (o 12% r/r). W poszczególnych województwach średni koszt leczenia wyniósł od 10 264 zł w województwie warmińsko-mazurskim do 15 095 zł w województwie lubuskim.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił, że spadek średnich kosztów w 2020 r. był spowodowany głównie ograniczeniem udzielania świadczeń planowych, co miało wpływ na zmianę

²⁹ Obliczony jako stosunek wykonania kosztów świadczeń do liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni objęci opieką. NFZ przy kontraktowaniu świadczeń na dany rok określa kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców jako iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych i ceny za jednostkę rozliczeniową. W tych ramach mogły być realizowane świadczenia o różnej wadze punktowej. W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego rozliczane są zarówno zabiegi pierwotne, jak i rewizyjne, całkowite lub częściowe, które były różnie wycenione.

³⁰ Średnie koszty leczenia przedstawiono na podstawie danych z Centrali NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

struktury realizowanych świadczeń. Zaznaczył, że NFZ nie podejmował działań związanych ze zmianą wyceny świadczeń lub ceny za punkt, które mogłyby spowodować spadek średniej ceny tych świadczeń.

Stawki świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego ustalono na podstawie obwieszczenia AOTMiT z 29 czerwca 2016 r. *w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne i opracowań ukończonych 29 kwietnia 2016 r.*³¹ przez AOTMiT.

Czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu przekraczał 1 miesiąc

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce³²

Pacjent z dolegliwościami bólowymi oraz z ograniczeniami ruchomości stawów jest kierowany przez lekarza POZ do lekarza specjalisty. **Wizyta w AOS (przypadki stabilne) powinna odbyć się w ciągu miesiąca (30 dni) od zarejestrowania skierowania wystawionego przez lekarza POZ.**

W latach 2018–2020 czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu uległ skróceniu w skali kraju. Średni czas oczekiwania pacjentów w przypadkach stabilnych wynosił w 2018 r. 66 dni, w 2019 r. 65 dni (spadek o 2%), a w 2020 r. 50 dni (spadek o 23%). Mediana wynosiła odpowiednio 51, 48 (spadek o 6%) i 34 dni (spadek o 29%). W przypadku 75% pacjentów czas oczekiwania nie przekraczał 89 dni w 2018 i 2019 r. oraz 61 dni w 2020 r. W odniesieniu do przypadków pilnych średni czas oczekiwania wynosił 17 dni w 2018 r., 20 dni w 2019 r. i 15 dni w 2020 r. Mediana czasu oczekiwania wzrosła z 9 dni w 2018 r. do 12 dni w 2019 r., a następnie spadła do 9 dni w 2020 r.

We wszystkich województwach średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych przekraczał 30 dni w każdym roku objętym kontrolą. Najdłuższy średni czas oczekiwania na te świadczenia odnotowano w województwie mazowieckim od 111 dni (ponad 3,5 miesiąca) w 2018 r. do 84 dni (ponad 2,5 miesiąca) w 2020 r. W latach 2018–2019 średni czas oczekiwania zwiększał się w porównaniu do roku poprzedniego w pięciu województwach, tj. w lubelskim, lubuskim, podlaskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Mediana czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych tylko w dwóch województwach nie przekroczyła 30 dni w każdym roku objętym kontrolą, tj. lubelskim i świętokrzyskim. W latach 2018–2019 mediana czasu oczekiwania zwiększała się w porównaniu do roku poprzedniego w pięciu województwach, tj. dolnośląskim, lubelskim, pomorskim, śląskim i zachodniopomorskim.

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) wzrastał w każdym roku w przypadku 44 świadczeniodawców, tj. 10% wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach. Mediana wzrastała w przypadku 36 świadczeniodawców (8%).

³¹ Opracowania Endoprotezoplastyka biodra grupy JGP: H02, H04-H08 oraz Endoprotezoplastyka stawu kolanowego Grupy JGP: H05-H08.

³² Zobacz infografika nr 1.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

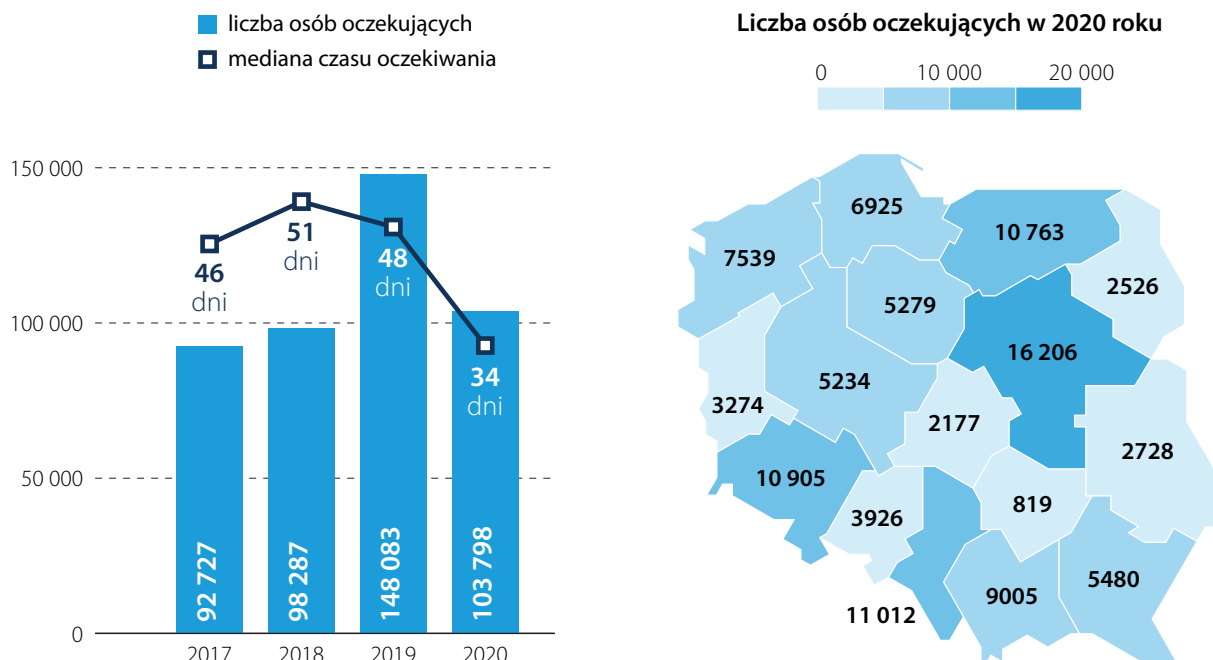
Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia AOS zostało osiągnięte pomimo ogólnego wzrostu liczby oczekujących pacjentów³³. Znaczący wzrost oczekujących nastąpił w 2019 r. (wzrost z 98 287 osób oczekujących w przypadkach stabilnych w 2018 r. do 148 083 w 2019 r. i z 8337 w przypadkach pilnych w 2018 r. do 14 132 w 2019 r.), po którym nastąpił spadek liczby oczekujących, ale nadal utrzymywał się on na poziomie wyższym niż w 2018 r. (w 2020 r. oczekiwało 103 798 pacjentów w przypadkach stabilnych i 10 699 w przypadkach pilnych).

W okresie objętym kontrolą najwięcej pacjentów (przypadki stabilne) oczekiwało na te świadczenia w województwach dolnośląskim, mazowieckim i śląskim. Liczba oczekujących pacjentów przekraczała w każdym roku 10 tys. i wynosiła od 10 910 w 2018 r. w województwie dolnośląskim do 23 785 w 2019 r. w województwie mazowieckim. Najmniejszą liczbę oczekujących pacjentów odnotowano w województwach lubuskim, łódzkim, podlaskim i świętokrzyskim. W każdym roku ich liczba nie przekraczała 5 tys. i wynosiła od 819 w 2020 r. w województwie świętokrzyskim do 4543 w 2019 r. w województwie lubuskim.

Liczbę osób oczekujących oraz medianę czasu oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu (przypadki stabilne) w latach 2017–2020 przedstawia infografika nr 2.

Infografika nr 2

Liczba osób oczekujących oraz mediana czasu oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu (przypadki stabilne) w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, liczba oczekujących pacjentów (przypadki stabilne) wzrastała w każdym roku w przypadku 35 świadczeniodawców, tj. 7%

³³ Dane dotyczą pacjentów pełnoletnich.

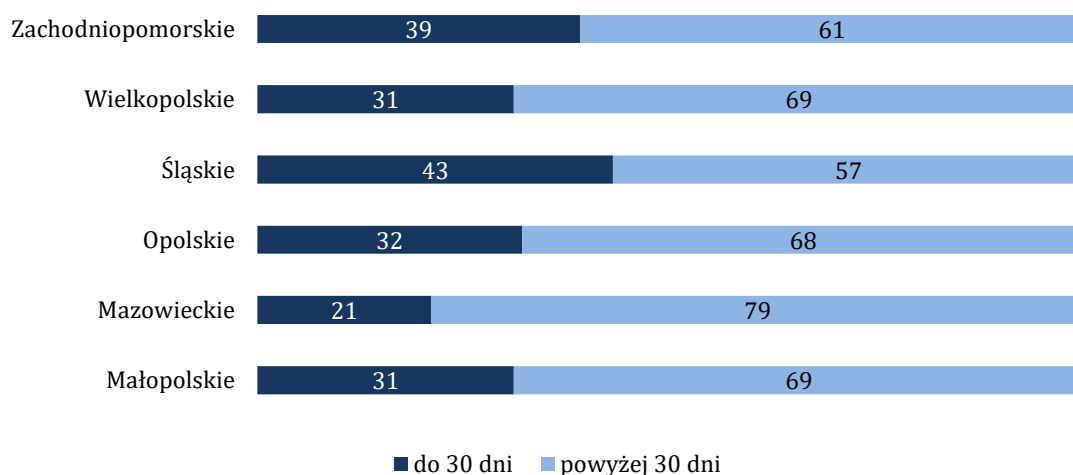
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach. Odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz mediana nie przekraczały 30 dni, wynosił mniej niż 45%.

Procentowy udział świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz mediana nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas, w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, przedstawia wykres nr 1.

Wykres nr 1

Procentowy udział świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz mediana nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas, w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne



Źródło: dane z kontroli NIK.

Czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki skracał się

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce³⁴

Czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki (przypadki stabilne) nie powinien przekraczać **6 miesięcy** (180 dni)³⁵ od daty zarejestrowania skierowania na taki zabieg.

W okresie objętym kontrolą czas oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego uległ skróceniu, niemniej jednak we wszystkich województwach średni czas oczekiwania przekraczał 6 miesięcy.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego średni czas oczekiwania pacjentów w 2018 r. wynosił 621 dni (przypadki stabilne) i 160 dni (przypadki pilne), w 2019 r. odpowiednio 536 i 154 dni (spadek o 14% i o 4% r/r), a w 2020 r. 470 i 130 dni (spadek o 12% i o 16% r/r). Mediana czasu oczekiwania w 2018 r. wyniosła odpowiednio 539 i 127 dni,

³⁴ Zobacz infografika nr 1.

³⁵ Przyjęto założenie, że jeden miesiąc liczy 30 dni.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w 2019 r. 459 i 105 dni, a w 2020 r. 355 i 89 dni. W przypadku 75% pacjentów (przypadki stabilne) czas oczekiwania nie przekraczał 864 dni w 2018 r., 724 dni w 2019 r. oraz 671 dni w 2020 r.

Najkrócej na endoprotezoplastykę stawu biodrowego pacjenci (przypadki stabilne) czekali w dwóch województwach, tj. podlaskim (od ponad sześciu miesięcy w 2018 r. do prawie czterech miesięcy w 2020 r.) oraz świętokrzyskim (od prawie dziewięciu miesięcy w 2018 r. do ponad czterech miesięcy w 2020 r.)³⁶. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania w każdym roku objętym kontrolą, tj. ponad dwa lata, odnotowano w pięciu województwach, tj. dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, pomorskim i śląskim³⁷. W latach 2018–2019 średni czas oczekiwania wzrastał tylko w jednym województwie, tj. kujawsko-pomorskim, a mediana wrastała także w kolejnych dwóch województwach, tj. lubuskim i pomorskim. W 2020 r. średni czas oczekiwania wzrósł w czterech województwach w porównaniu do 2019 r., tj. lubelskim o 11%, lubuskim o 7%, łódzkim o 27% i pomorskim o 8%, a mediana w trzech, tj. lubelskim o 37%, łódzkim o 11% i zachodniopomorskim o 8%.

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, średni czas oczekiwania oraz mediana (przypadki stabilne) wzrastały w każdym roku w przypadku sześciu świadczeniodawców, tj. 4% wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach.

Oczekujący na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego musieli czekać średnio w 2018 r. 719 dni (przypadki stabilne) i 206 dni (przypadki pilne), w 2019 r. odpowiednio 676 i 208 dni (spadek o 6% i wzrost o 1% r/r), a w 2020 r. 509 i 163 dni (spadek o 25% i o 22% r/r). Mediana czasu oczekiwania w 2018 r. wyniosła odpowiednio 655 dni i 152 dni, w 2019 r. 613 i 157 dni, a w 2020 r. 389 i 88 dni. W przypadku 75% pacjentów (przypadki stabilne) czas oczekiwania nie przekraczał 994 dni w 2018 r., 932 dni w 2019 r. oraz 769 dni w 2020 r.

Najkrócej na endoprotezoplastykę stawu kolanowego pacjenci (przypadki stabilne) czekali w trzech województwach, tj. mazowieckim (od ponad jednego roku w 2018 r. do 9 miesięcy w 2020 r.), podlaskim (od ponad jednego roku w 2018 r. do prawie 7 miesięcy w 2020 r.) oraz świętokrzyskim (od ponad jednego roku w 2018 r. do ponad 6 miesięcy w 2020 r.)³⁸. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania w każdym roku objętym kontrolą, tj. ponad dwa lata, odnotowano w dwóch województwach, tj. dolnośląskim i śląskim³⁹. W latach 2018–2019 średni czas oczekiwania wzrastał

³⁶ Mediana czasu oczekiwania wynosiła w województwie podlaskim od prawie 5 miesięcy w 2018 r. do 1,5 miesiąca w 2020 r., a w świętokrzyskim od prawie 7 miesięcy w 2018 r. do ponad 5 miesięcy w 2020 r.

³⁷ Mediana czasu oczekiwania przekraczająca 2 lata w każdym roku objętym kontrolą wystąpiła w dwóch województwach, tj. dolnośląskim i kujawsko-pomorskim. W pozostałych trzech województwach wahała się od ponad jednego roku do dwóch lat.

³⁸ Mediana czasu oczekiwania wynosiła w województwie mazowieckim od 9 miesięcy w 2018 r. do ponad 6 miesięcy w 2020 r., podlaskim od prawie 5 miesięcy w 2019 r. do prawie 4 miesięcy w 2020 r., a w świętokrzyskim od ponad 8 miesięcy w 2018 r. do 5 miesięcy w 2020 r.

³⁹ Mediana czasu oczekiwania przekraczająca dwa lata w każdym roku objętym kontrolą wystąpiła w dwóch województwach, tj. dolnośląskim i opolskim. W śląskim wahała się od ponad trzech lat do ponad roku.

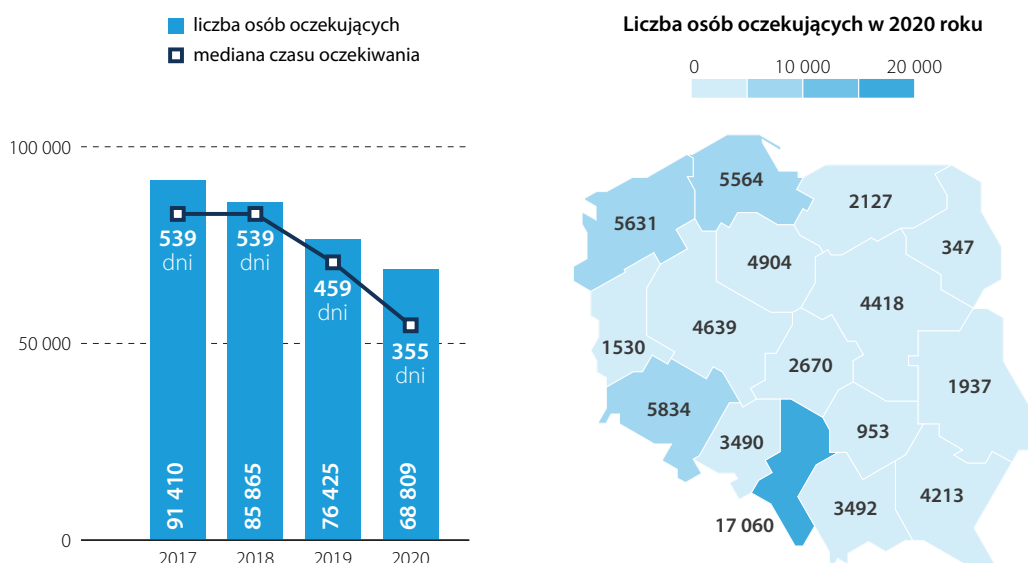
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w dwóch województwach, tj. kujawsko-pomorskim i pomorskim, a mediana wrastała także w województwie opolskim. W 2020 r. średni czas oczekiwania wzrósł w jednym województwie w porównaniu do 2019 r., tj. lubuskim o 29%, a mediana w dwóch, tj. lubelskim o 6% i lubuskim o 37%.

Liczbę osób oczekujących oraz medianę czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki stabilne) w latach 2017–2020 przedstawia infografika nr 3, a stawu kolanowego infografika nr 4.

Infografika nr 3

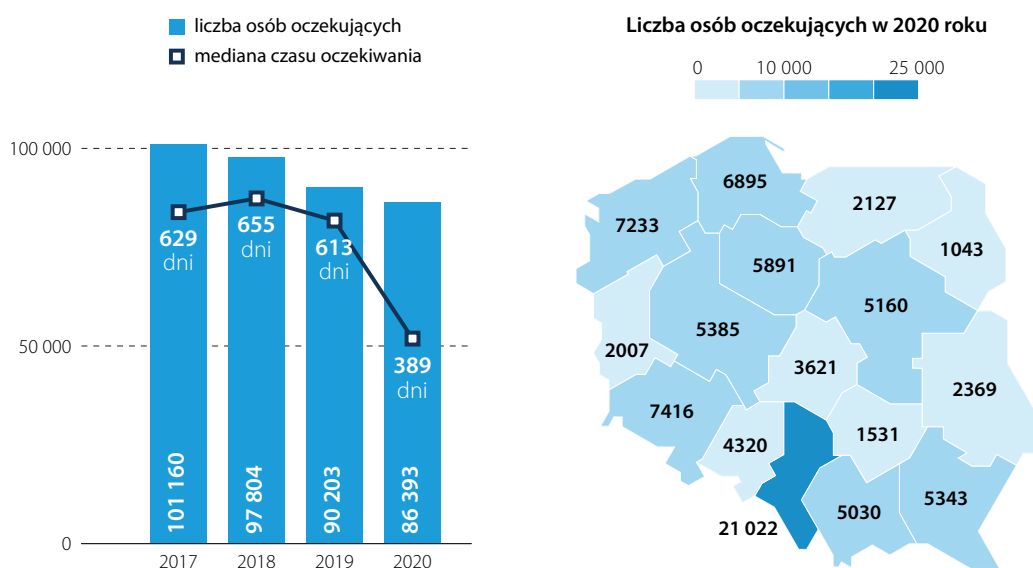
Liczba osób oczekujących oraz mediana czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki stabilne) w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Infografika nr 4

Liczba osób oczekujących oraz mediana czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego (przypadki stabilne) w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

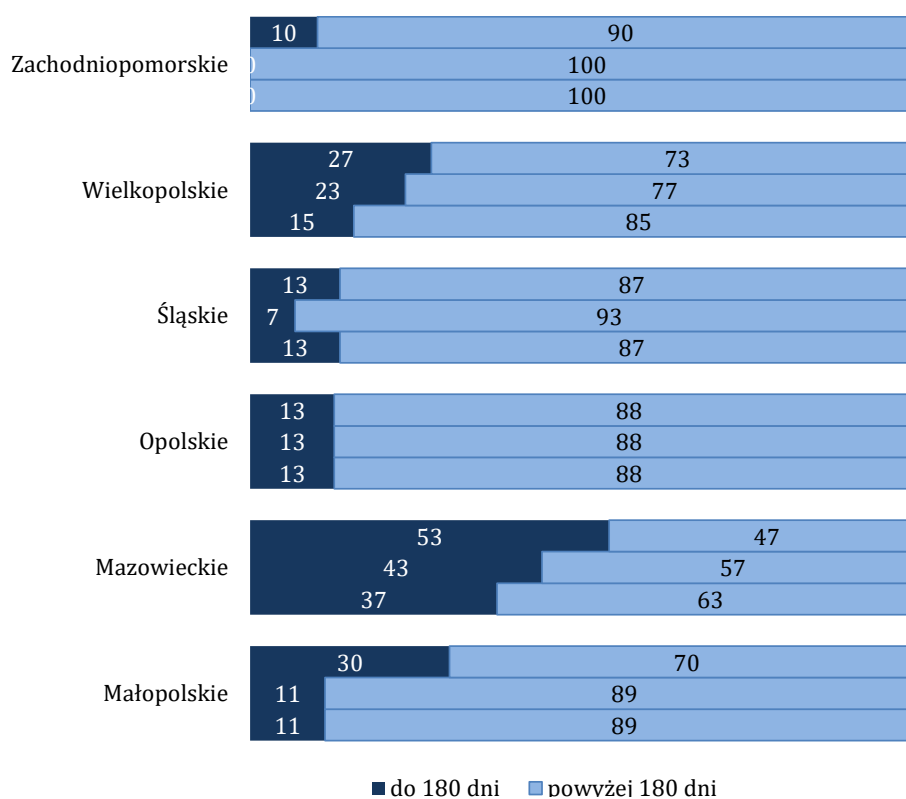
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) wzrastał w każdym roku w przypadku 10 świadczeniodawców, tj. 7% wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach. Mediana wzrastała w przypadku 13 świadczeniodawców (9%).

Odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w latach 2018–2020 nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas, w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, przedstawia wykres nr 2⁴⁰, a na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wykres nr 3.

Wykres nr 2

Odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w latach 2018–2020 nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas, w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne



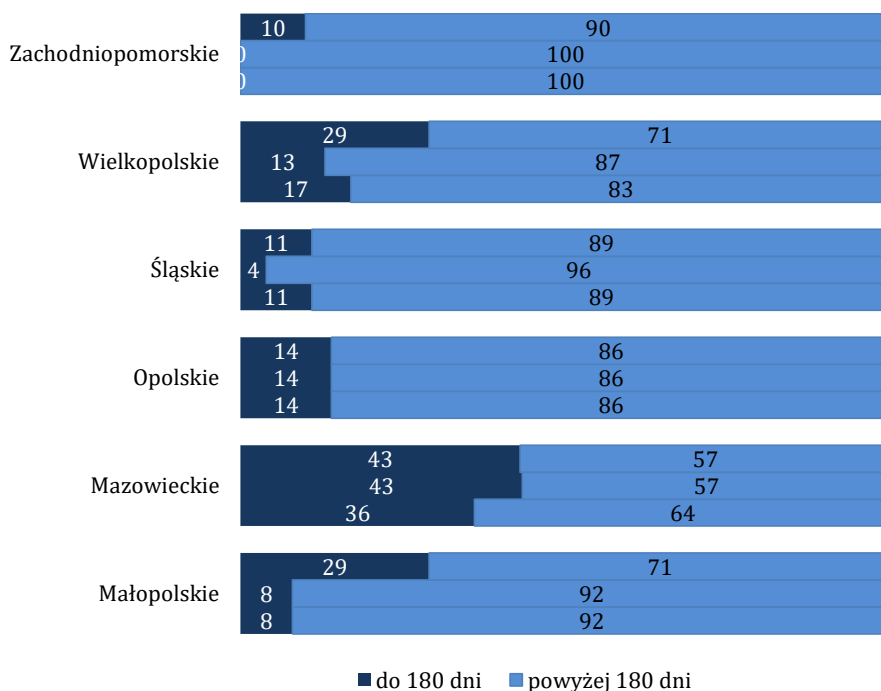
Źródło: dane z kontroli NIK.

⁴⁰ Analizą objęto świadczeniodawców, którzy mieli podpisane umowy z NFZ przez cały okres objęty kontrolą.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 3

Odsetek udział świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego w latach 2018–2020 nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas, w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne



Źródło: dane z kontroli NIK.

Liczba osób oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki zmniejszyła się

Listy oczekujących pacjentów na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego prowadzone były za pomocą aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE). Aplikację udostępnił Prezes Funduszu, a świadczeniodawcy rejestrowali w niej informacje o kolejkach oczekujących.

W okresie objętym kontrolą następowało sukcesywne zmniejszenie liczby osób oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego z poziomu 85 865 osób oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego i 97 804 stawu kolanowego (przypadki stabilne) w 2018 r. do odpowiednio 76 425 i 90 203 osób w 2019 r. (spadek o 11% i o 8% r/r) oraz 68 809 i 86 393 w 2020 r. (spadek o 10% i o 4% r/r). Analogiczna sytuacja wystąpiła w odniesieniu do przypadków pilnych, gdzie liczba oczekujących w 2018 r. wynosiła odpowiednio 16 168 i 20 166 osób, w 2019 r. 15 298 i 20 109 (spadek o 5% i o 3% r/r), a w 2020 r. 14 921 i 20 025 osób (spadek o 2% i o 4% r/r).

Na świadczenia endoprotezoplastyki zarówno stawu biodrowego, jak i kolanowego (przypadki stabilne) najwięcej osób oczekiwało w województwie śląskim (od 19 693 w 2018 r. do 17 060 w 2020 r. w przypadku biodra oraz od 19 506 do 21 022 w przypadku kolana), a najmniej w województwie podlaskim (od 598 w 2018 r. do 347 w 2020 r. w przypadku

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

biodra oraz od 1654 do 1043 w przypadku kolana). W 2019 r. tylko w województwie pomorskim liczba oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wzrosła o 1%. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego w latach 2018–2019 liczba oczekujących pacjentów wzrosła w trzech województwach, tj. lubuskim, pomorskim i zachodniopomorskim. W 2020 r. nie wzrosła liczba osób oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w porównaniu do 2019 r., natomiast w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego liczba oczekujących wzrosła w dwóch województwach, tj. śląskim o 18% i zachodniopomorskim o 1%.

W latach 2018–2019 wzrastała liczba pacjentów, którzy nie zgłosili się w wyznaczonym terminie na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego lub zrezygnowali z zabiegu, natomiast w 2020 r. zmniejszyła się. W przypadku stawu biodrowego było to odpowiednio 4889, 5096 i 3645 pacjentów, stawu kolanowego – 5669, 6191, 3980 pacjentów, co stanowiło 5%, 6% i 4% liczby oczekujących na te zabiegi.

Fundusz podejmował działania związane z analizą przyczyn niezgłoszenia się i rezygnacji przez pacjentów z ustalonych terminów zabiegów endoprotezoplastyki. Od marca 2020 r. wprowadzono do aplikacji AP-KOLCE słownik pozwalający dokonać świadczeniodawcy wyboru spośród dziewięciu kodów przyczyn niezgłoszenia się/rezygnacji. Pacjenci rezygnowali z zabiegów m.in. ze względu na zmianę miejsca zamieszkania, strach przed zabiegiem, czy wykonanie świadczenia komercyjnie. Niezgłoszenie się w terminie udzielenia świadczenia bez żadnego kontaktu ze świadczeniodawcą było przyczyną 33% wszystkich skreśleń pacjentów z harmonogramu⁴¹, zaś rezygnacja pacjentów – 10% wszystkich skreśleń.

W trakcie kontroli podjęto próbę prześledzenia ścieżki leczenia pacjentów, u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, i zbadania czasu oczekiwania na poszczególne etapy leczenia, tj. od daty wystawienia skierowania przez lekarza POZ do lekarza specjalisty w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, poprzez datę wystawienia skierowania na endoprotezoplastykę, datę pierwszej wizyty kwalifikacyjnej, datę przyjęcia do szpitala na zabieg i wypisu, datę wystawienia skierowania na rehabilitację, datę rozpoczęcia rehabilitacji, do daty zakończenia rehabilitacji po zabiegu endoprotezoplastyki. Badaniem objęto daty udzielenia świadczeń 810 pacjentów (przypadki stabilne), tj. 540 pacjentów, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego i 270 pacjentów, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Wyboru pacjentów dokonano w sposób losowy z interwałem z CBE. W każdym skontrolowanym OW NFZ losowano po 30 osób z każdego roku objętego badaniem, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego i po 15 osób z każdego roku objętego badaniem, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu kolanowego.

Badana próba pacjentów

⁴¹ Dane za okres od marca 2020 r. do 16 kwietnia 2021 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Całkowity czas leczenia (dla wszystkich etapów) udało się ustalić dla łącznie 193 pacjentów (24%), tj. 123 pacjentów w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego i dla 70 pacjentów w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

Na podstawie dostępnych w NFZ danych, tj. dat udzielonych świadczeń, najczęściej w badanej próbie nie można było ustalić:

- daty wystawienia skierowania do lekarza ortopedy – łącznie dla 194 pacjentów w wylosowanej próbie (24%);
- daty pierwszej wizyty u lekarza ortopedy od czasu wystawienia skierowania przez lekarza POZ – dla 193 pacjentów (24%) – pacjenci często korzystają z prywatnych wizyt u lekarzy ortopedów, które nie są rejestrowane w bazie NFZ;
- daty wystawienia skierowania na rehabilitację – dla 296 pacjentów (37%) – nie wszystkich pacjentów kierowano na rehabilitację;
- dat rozpoczęcia i zakończenia rehabilitacji – dla 293 pacjentów (36%) – pacjenci albo nie otrzymali skierowania na rehabilitację, albo pomimo otrzymania skierowania nie skorzystali z tych świadczeń lub odbyli rehabilitację w innym województwie.

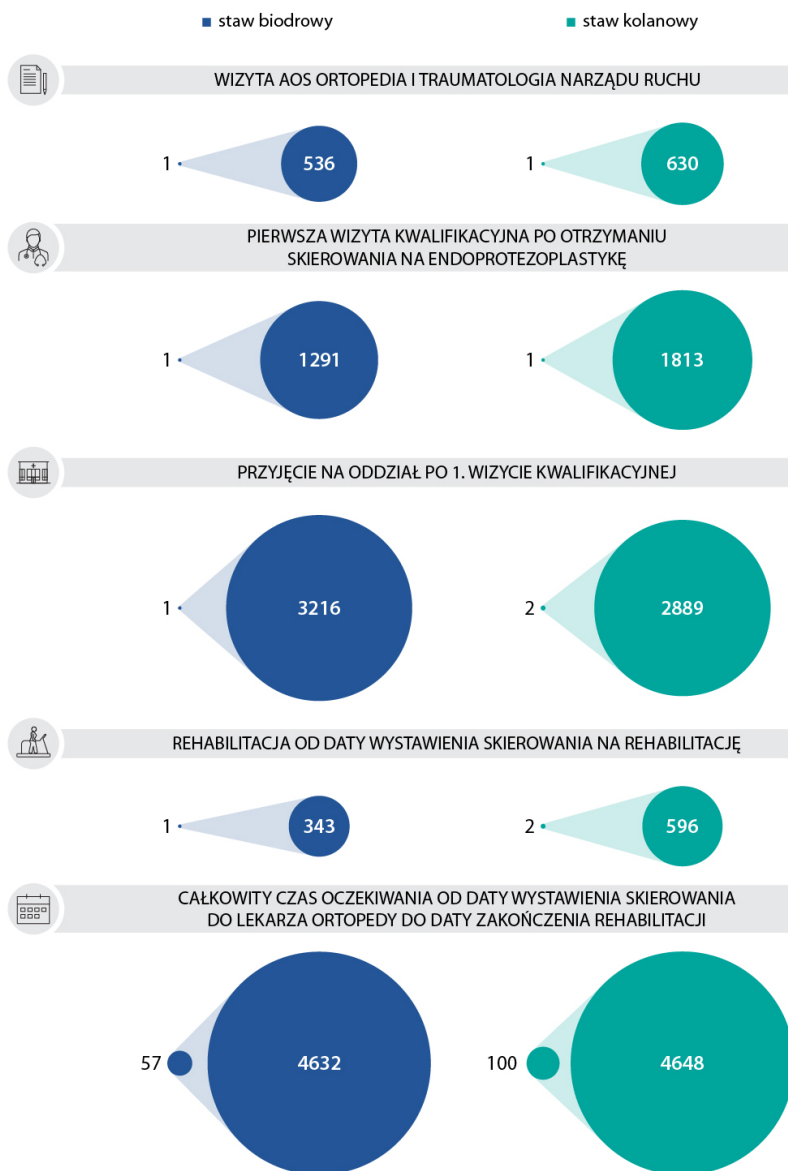
Należy także zwrócić uwagę, że dane dotyczące pierwszej wizyty kwalifikacyjnej po otrzymaniu skierowania na endoprotezoplastykę nie są w pełni rzetelne, gdyż skierowanie na taki zabieg mogło być wystawiane kilkukrotnie. Często ponowne skierowanie wystawiane było podczas pierwszej wizyty kwalifikacyjnej.

Minimalne i maksymalne czasy oczekiwania (w dniach) na poszczególne etapy leczenia w latach 2018–2020 w badanej próbie 193 pacjentów, dla których ustalono całkowity czas leczenia, przedstawia infografika nr 5.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 5

Minimalne i maksymalne czasy oczekiwania (w dniach) na poszczególne etapy leczenia w latach 2018–2020 w badanej próbie 193 pacjentów, dla których ustalono całkowity czas leczenia



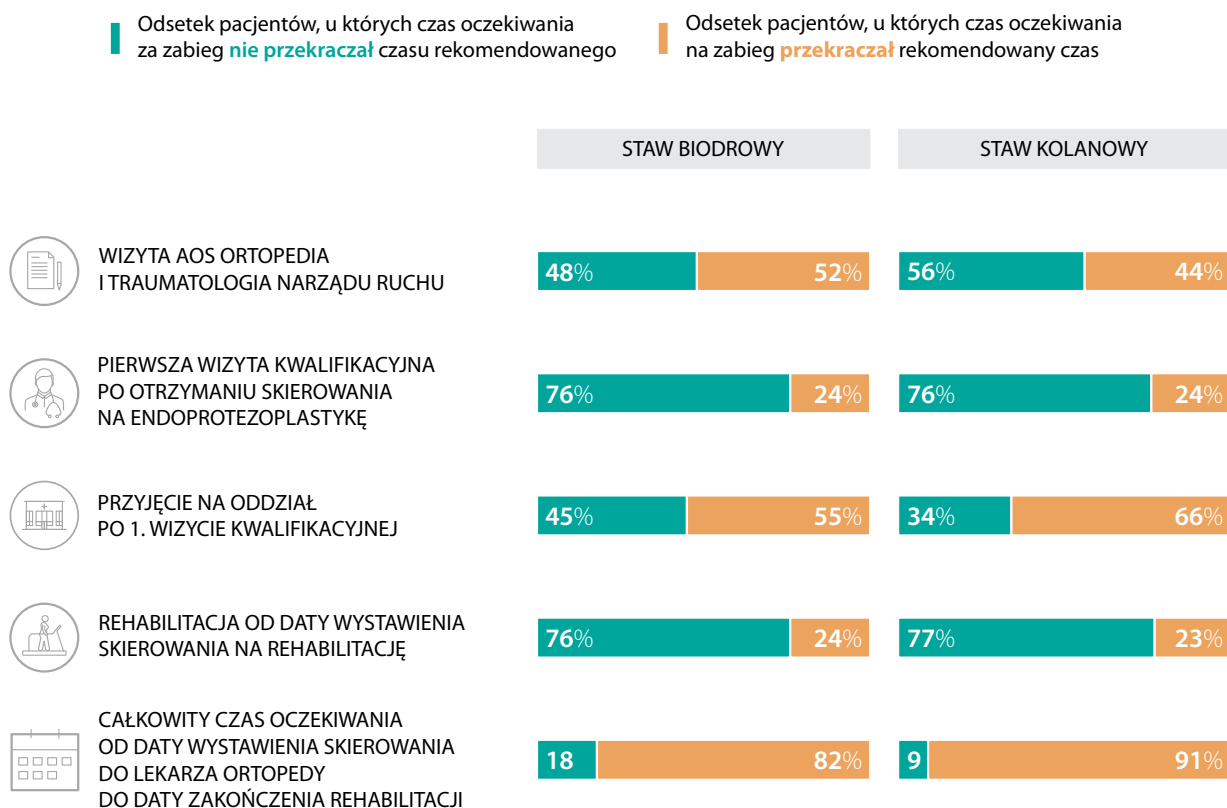
Źródło: dane z kontroli NIK.

Odsetek pacjentów, których czas oczekiwania na poszczególne etapy leczenia nie przekraczał lub przekraczał czas rekomendowany, w badanej próbie pacjentów, dla których ustalono całkowity czas leczenia w latach 2018–2020, przedstawia infografika nr 6.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 6

Odsetek pacjentów, których czas oczekiwania na poszczególne etapy leczenia nie przekraczał lub przekraczał czas rekomendowany, w badanej próbie pacjentów, dla których ustalono całkowity czas leczenia w latach 2018–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Liczba wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki zwiększyła się w latach 2018–2019 i zmniejszyła się w 2020 r.

W latach 2018–2019 dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego zwiększyła się. Liczba wykonywanych zabiegów wzrosła z poziomu 56 799 w 2017 r. do 59 677 w 2019 r. w przypadku stawu biodrowego (wzrost o 5%) oraz z 27 704 w 2017 r. do 33 401 w 2019 r. w przypadku stawu kolanowego (wzrost o 21%). W 2020 r. ze względu na epidemię COVID-19 wystąpiły ograniczenia lub czasowe zawieszenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba wykonywanych zabiegów zmniejszyła się w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego do poziomu 46 199 (spadek o 23%). W przypadku stawu kolanowego liczba zabiegów spadła o 27% do poziomu 24 323.

Najwięcej zabiegów endoprotezoplastyki obu stawów było wykonywanych w województwach mazowieckim, śląskim i wielkopolskim, a najmniej w lubuskim, opolskim i podlaskim.

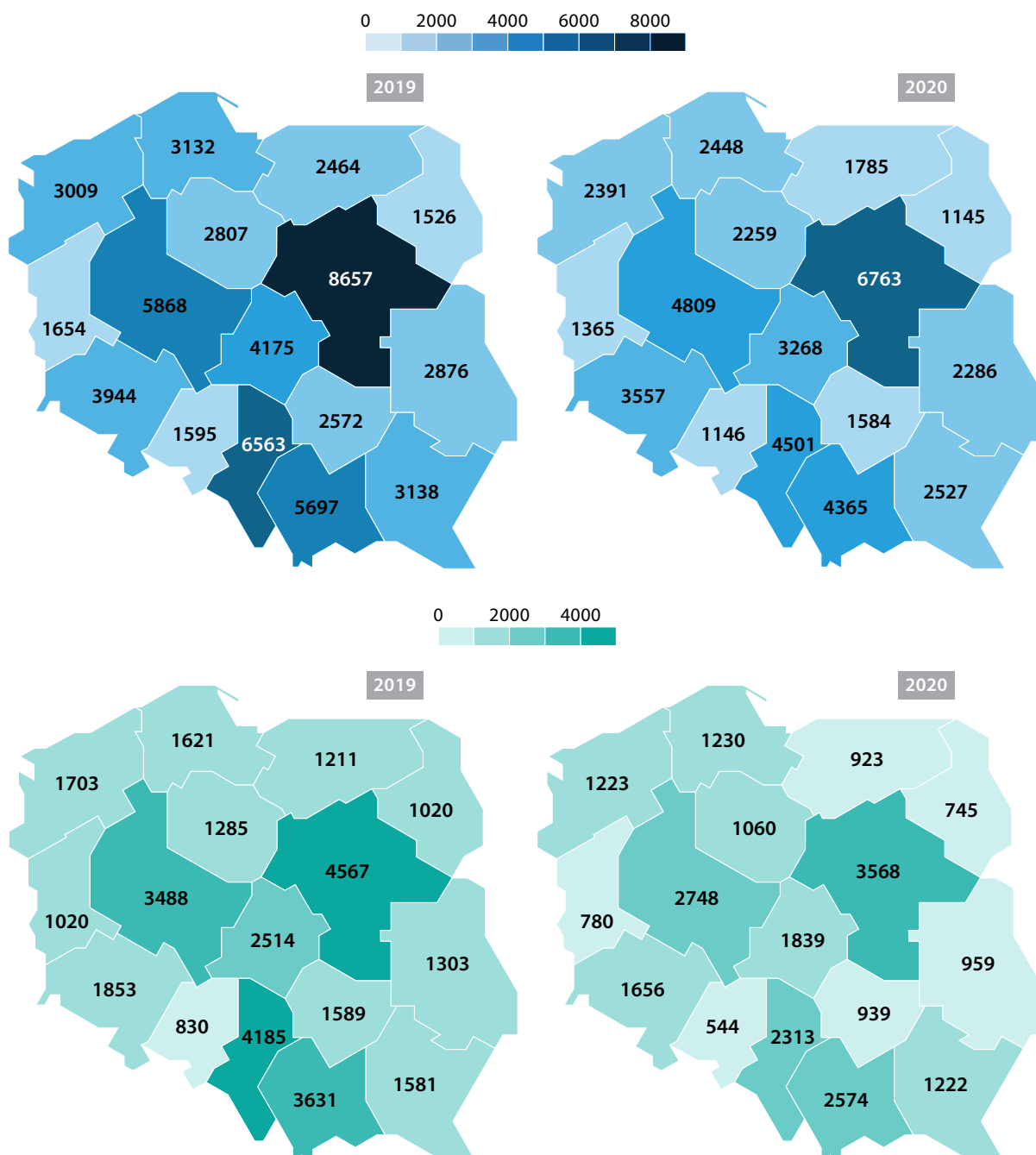
W 2020 r. liczba wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego w porównaniu do 2019 r. wynosiła od 62% w województwie świętokrzyskim do 90% w województwie dolnośląskim, a stawu kolanowego od 55% w województwie śląskim do 89% w województwie dolnośląskim.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczbę wykonanych endoprotezoplastyk stawu biodrowego i stawu kolanowego w poszczególnych województwach w latach 2019–2020 przedstawia infografika nr 7.

Infografika nr 7

Liczba wykonanych endoprotezoplastyk stawu biodrowego i stawu kolanowego w poszczególnych województwach w latach 2019–2020



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba podmiotów, z którymi zawarto umowy na świadczenia, zmniejszyła się

W porównaniu do 2017 r. w latach 2018–2020 zmniejszyła się liczba podmiotów, z którymi zawarto umowy na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastykę. W 2017 r. 928 podmiotów zawarło umowy z oddziałami wojewódzkimi NFZ na świadczenia AOS, a 314 podmiotów na świadczenia endoprotezoplastyki. W 2020 r. takich podmiotów było odpowiednio 908 i 284. W przypadku obu rodzajów świadczeń nastąpił wzrost odsetka świadczeniodawców, którzy wykonywali działalność leczniczą w formie SPZOZ⁴², jednostki budżetowej, czy spółki kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadały udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego. W 2017 r. było ich odpowiednio 39% (365 podmiotów) w przypadku świadczenia AOS oraz 68% (314 podmiotów) w przypadku endoprotezoplastyki, a w 2020 r. odpowiednio 41% (369 podmiotów) oraz 72% (284 podmioty). Przyczyną zmniejszenia liczby świadczeniodawców, z którymi zawierano umowy na świadczenia endoprotezoplastyki, było wprowadzenie dodatkowych wymagań, w tym liczby wykonanych endoprotezoplastyk w ciągu roku.

Liczba świadczeniodawców wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego przypadająca na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wynosiła 0,07 we wszystkich latach objętych kontrolą, a w poszczególnych województwach od 0,04 w województwie pomorskim do 0,11 w województwie podlaskim. W 2020 r. wskaźnik ten poprawił się w województwie warmińsko-mazurskim (wzrost z 0,10 w 2019 r. do 0,11) w wyniku zmniejszenia się liczby ludności oraz zwiększenia (o jeden) liczby podmiotów wykonujących te zabiegi.

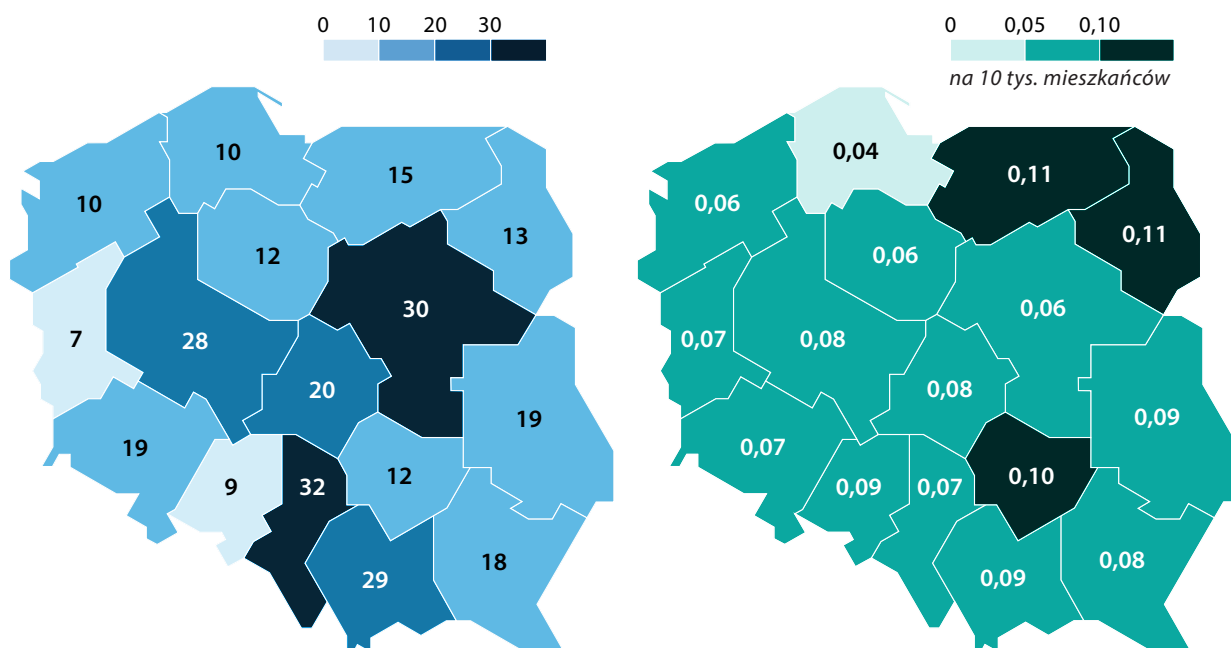
Liczbę podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia endoprotezoplastyki w 2020 r., oraz liczbę tych podmiotów przypadającą na 10 tys. mieszkańców przedstawia infografika nr 8.

⁴² Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (kod resortowy 0100).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 8

Liczba podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia endoprotezoplastyki w 2020 r., oraz liczba tych podmiotów przypadająca na 10 tys. mieszkańców



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Fundusz wdrożył instrumenty pozwalające pacjentom na uzyskanie informacji o terminach wykonywanych świadczeń endoprotezoplastyki.

NFZ udostępnił informacje dla pacjentów

Na stronie internetowej Funduszu⁴³ były publikowane informacje o pierwszym wolnym terminie na udzielenie świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców. Były one aktualizowane raz w tygodniu, a ich wyszukiwanie było możliwe według województwa, miasta lub konkretnego miejsca udzielania świadczeń. Informacje o liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący na świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców i średnim czasie oczekiwania były aktualizowane raz w miesiącu.

Prezes NFZ prowadził wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych OW NFZ na podstawie informacji przekazywanych przez te oddziały. Informacje zawarte w wykazie były publikowane na stronie internetowej⁴⁴ i aktualizowane raz w miesiącu. W wykazie znajdowały się informacje o liczbie oczekujących oraz pierwszych wolnych terminach m.in. na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

⁴³ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

⁴⁴ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Od 1 lipca 2019 r. Prezes NFZ prowadził bezpłatną linię telefoniczną dla dzwoniących z terenu Polski oraz płatną, według stawek operatora, dla dzwoniących z zagranicy. Linia telefoniczna funkcjonowała 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Liczba konsultantów obsługujących infolinię była zmienna i uzależniona od liczby połączeń przychodzących, dnia tygodnia, czy też godziny. W grudniu 2020 r. połączenia odbierało jednocześnie nie mniej niż 18 konsultantów, a maksymalnie 538. Średni czas oczekiwania na połączenie wynosił 15 sekund. Fundusz udzielał też informacji w tym zakresie poprzez e-mail oraz pisemnie.

Przykłady

W trakcie kontroli trzykrotnie nawiązano połączenie telefoniczne z Telefoniczną Informacją Pacjenta.

W lutym 2021 r. zapytano o możliwość wykonania zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego w przypadku stabilnym w województwie małopolskim. Zostały wskazane dwa miejsca, w których zabieg mógł być wykonany w marcu 2021 r.

W marcu 2021 r. zapytano o możliwość wykonania zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego w województwie zachodniopomorskim. Zostało wskazane jedno miejsce, w którym zabieg mógł być wykonany w sierpniu 2021 r.

W kwietniu 2021 r. zapytano o możliwość wykonania zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego w województwie opolskim. Zostały wskazane dwa miejsca jedno z terminem w październiku 2021 r., a drugie z terminem w maju 2022 r.

Podczas rozmowy zostały przekazane numery telefonów tych placówek w celu uzyskania bezpośrednich informacji. Informacje udzielane przez konsultanta były zgodne z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej terminylczenia.gov.pl.

Czas oczekiwania na połączenie z konsultantem po wyborze tematu rozmowy oraz po wysłuchaniu komunikatu o przetwarzaniu danych osobowych wyniósł w dwóch przypadkach nie więcej niż pięć sekund, a w jednym przypadku dwie minuty i 14 sekund.

Fundusz przekazywał informacje⁴⁵ dotyczące list oczekujących do Internetowego Konta Pacjenta, które stanowiło moduł Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Przekazane informacje były udostępniane z Funduszu w odpowiedzi na żądanie przekazania danych dot. wpisów na listach oczekujących dla danego pacjenta, a udostępnianie odbywało się on-line w czasie rzeczywistym.

Od 25 listopada 2019 r. Fundusz wysyłał pacjentom przypomnienie o wyznaczonym terminie udzielania świadczeń z trzydniowym wyprzedzeniem za pośrednictwem wiadomości SMS o treści *Przypominamy o wizycie <nazwa>*

⁴⁵ Przekazywano następujące dane: nazwa świadczenia, którego dotyczy wpis na listę oczekujących, nazwa miejsca realizacji świadczeń, nazwa ulicy wraz z numerem domu i lokalu miejsca realizacji świadczeń, kod pocztowy miejsca realizacji świadczeń, telefon do miejsca realizacji świadczeń, nazwa kategorii medycznej, której dotyczy wpis na listę oczekujących, data wpisu na listę oczekujących, planowany termin udzielenia świadczenia, data na jaką został ustalony stan wpisu na listę oczekujących (data bieżąca).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wyznaczonej na <data>. Aby odwołać wizytę prosimy o tel. pod nr <nr_telefonu_podmiotu>⁴⁶. W nielicznych przypadkach, gdy pacjent w celu odwołania wizyty dzwonił do NFZ zamiast do właściwego podmiotu leczniczego, to informacje te były przekazywane świadczeniodawcom pocztą elektroniczną lub tradycyjną.

W związku z epidemią COVID-19 w okresie od 1 kwietnia do 4 września 2020 r. zawieszono obowiązek przypominania pacjentom o wyznaczonym terminie wizyty. Obowiązek ten został ponownie zawieszony 29 listopada 2020 r. na mocy ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19⁴⁷ w stosunku do podmiotów leczniczych, na które nałożono obowiązki lub wydano polecenia w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Część placówek zawieszała działalność z nieprzewidzianych przyczyn np. wskutek zakażenia personelu wirusem SARS-CoV-2. W efekcie dochodziło do nieprawidłowych wysyłek wiadomości SMS. Fundusz podjął działania wprowadzające zmiany w systemie wsparcia procesów obsługi kolejek oczekujących. Dodano nowy sposób oznaczania i blokowania miejsc udzielania świadczeń, w których zawieszono ich realizację, aby wysyłka przypomnień do pacjentów, którzy mieli zaplanowane terminy wizyt na okres blokady, została wyłączona.

Głównym założeniem opieki koordynowanej jest ustalenie ścieżki leczenia pacjenta. Musi być ona realizowana w określonym terminie i z zachowaniem odpowiedniej jakości świadczonych usług, niezależnie od tego, czy pacjent korzysta z podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej, czy z leczenia szpitalnego. Wszystko to odbywać się powinno pod okiem koordynatora.

W okresie objętym kontrolą nie zapewniono finansowania kompleksowej opieki koordynowanej w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, która obejmowałaby przygotowanie przedoperacyjne, opiekę śródoperacyjną oraz pooperacyjną, w tym rehabilitację pooperacyjną.

Fundusz podejmował działania w celu zapewnienia kompleksowej koordynowanej opieki pacjentom w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego, jednak ich skuteczność była ograniczona. W 2016 r. Prezes AOTMiT rekomendował zakwalifikowanie świadczenia *Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa* jako świadczenia gwarantowanego, ale Minister Zdrowia nie wprowadził takiego świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Prezes AOTMiT w uzasadnieniu do rekomendacji wskazał, że *wprowadzenie opieki koordynowanej w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego skutkuje skróceniem czasu pobytu w szpitalu, wcześniejszym rozpoczęciem chodzenia, zmniejszeniem liczby ponownych hospitalizacji. Dodatkowo zgodnie z dowodami*

Kompleksowa opieka koordynowana w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki nie została zapewniona

⁴⁶ W treści SMS podawano numer telefonu świadczeniodawcy, u którego miało być wykonane świadczenie.

⁴⁷ Dz. U. poz. 2112, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

naukowymi wprowadzenie opieki skoordynowanej usprawni i ujednocili opiekę, zwiększy wydajność (oszczędności wynikające głównie ze skrócenia czasu hospitalizacji) i częstości korzystania z wytycznych najlepszych praktyk. Odnaleziono analizy ekonomiczne wskazują, że zintegrowana ścieżka pacjenta jest efektywna kosztowo. Dodatkowo dzięki skróceniu czasu hospitalizacji możliwe będzie przeprowadzanie większej liczby zabiegów w skali roku. Wprowadzenie w systemie opieki zdrowotnej modelu opieki kompleksowej – endoprotezoplastyka biodra – będzie skutkować poprawą jakości udzielanych świadczeń. Zgodnie z przyjętymi założeniami modelu pacjent zakwalifikowany do zabiegu endoprotezoplastyki biodra będzie w pierwszym etapie przedoperacyjnym przygotowany do zabiegu. W trakcie tego etapu zostanie wdrożona m.in. przedoperacyjna rehabilitacja, edukacja oraz konsultacje specjalistyczne. Działania te mają na celu przede wszystkim optymalne przygotowanie pacjenta do zabiegu, a co za tym idzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum, zmniejszenie liczby powikłań śródoperacyjnych oraz pooperacyjnych, a także zmniejszenie liczby wykonywanych operacji rewizyjnych. Skrócenie czasu hospitalizacji dla pacjentów objętych opieką kompleksową pozwoli na przyjmowanie przez świadczeniodawców większej liczby pacjentów, co będzie oznaczało zmniejszenie liczby pacjentów oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki biodra. Wdrożenie opieki kompleksowej, polegającej również na zapewnieniu pacjentowi rehabilitacji w III etapie modelu w okresie 1 roku od zabiegu, pozwoli na szybszy powrót takiego pacjenta do sprawności fizycznej, co będzie skutkowało również zmniejszeniem kosztów społecznych dotyczących chociażby zmniejszeniem liczby świadczeń wypłacanych z systemu ubezpieczenia społecznego.

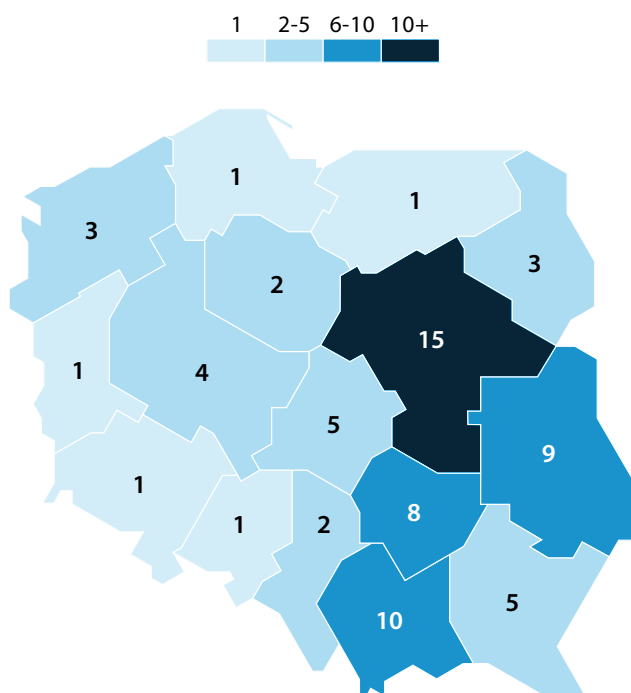
Liczba świadczeniodawców, którzy mogliby zapewnić kompleksowość udzielanych świadczeń, tj. wykonywali zarówno świadczenia z zakresu AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym, zwiększyła się z poziomu 69 w 2018 r. do 72 w 2019 r. i 2020 r. (wzrost o 4%). W stosunku do liczby świadczeniodawców, którzy wykonywali zabiegi endoprotezoplastyki, był to niski odsetek i wynosił 24% w 2018 r. i 25% w latach 2019–2020. W pięciu województwach, tj. dolnośląskim, lubuskim, opolskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim, wszystkie wymienione świadczenia zapewniał tylko jeden podmiot leczniczy. Najwięcej tego typu placówek było w województwie mazowieckim (15) i małopolskim (10). W stosunku do liczby świadczeniodawców, którzy wykonywali zabiegi endoprotezoplastyki, największy odsetek świadczeniodawców mogących zapewnić kompleksową opiekę w 2020 r. wystąpił w województwach świętokrzyskim (67%), mazowieckim (50%) i lubelskim (47%), a najniższy w dolnośląskim (5%), śląskim (6%) i warmińsko-mazurskim (7%).

Liczbę podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach zapewniających kompleksowość świadczonych usług przedstawia infografika nr 9.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Liczba podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach zapewniających kompleksowość świadczonych usług



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Argumentem przemawiającym za wprowadzeniem i finansowaniem kompleksowej opieki koordynowanej jest także wiek pacjentów, u których wykonywane są najczęściej takich zabiegów. W latach 2018–2020 średnia wieku i mediana wieku pacjentów, u których wykonywano zabiegi endoprotezoplastyki, wahała się od 65 do 67 lat w przypadku mężczyzn i od 69 do 71 w przypadku kobiet. U zdecydowanej większości pacjentów w tym wieku występują liczne choroby współistniejące jak np. nadciśnienie, cukrzyca, czy otyłość.

5.1.2. Świadczeniodawcy

Wymagania kadrowe, dysponowanie warunkami lokalowymi oraz niezbędnym wyposażeniem do udzielania świadczeń AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz wykonywania zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego spełniało 10 z 11 skontrolowanych świadczeniodawców. Jeden świadczeniodawca nie spełnił w 2019 r. wymogu dotyczącego zapewnienia odpowiedniej liczby zatrudnionych pielęgniarek w stosunku do liczby łóżek na oddziale ortopedycznym⁴⁸.

Stan zatrudnienia w latach 2018–2019 utrzymywał się na stabilnym poziomie. W przypadku sześciu świadczeniobiorców wzrosła liczba lekarzy przyjmujących pacjentów w poradni (od 8% do 50%), w przypadku trzech podmiotów zatrudnienie utrzymało się na tym samym poziomie,

Świadczeniodawcy dysponowali odpowiednimi zasobami kadrowymi

⁴⁸ W SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku w 2019 r. na oddziale ortopedycznym zatrudnionych było 28 pielęgniarek na etacie i jedna pielęgniarka na kontrakcie, przy minimum 33,6 etatu dla 48 łóżek na oddziale.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zaś w dwóch przypadkach nastąpił istotny spadek o 25% i 50% w stosunku do 2017 r., co nie miało wpływu na realizację świadczeń AOS ortopedii i traumatologia narządu ruchu⁴⁹. W 2020 r. poziom zatrudnienia lekarzy utrzymał się na poziomie z 2019 r. w przypadku sześciu świadczeniodawców, w dwóch poradniach nastąpił spadek zatrudnienia (o 9,5% i 14,3%), a w trzech jednostkach wzrosła liczba zatrudnionych lekarzy, przy czym większą wartość wykonania świadczenia odnotowano tylko w jednym z nich.

Liczba lekarzy zatrudnionych na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła wg stanu na koniec 2019 r. w stosunku do 2017 r. w przypadku siedmiu świadczeniodawców (od 6% do 60%), u dwóch świadczeniodawców nie uległa zmianie, a w przypadku pozostałych dwóch jednostek zmniejszyła się (o 14% i 22%), przy jednoczesnym spadku realizacji kontraktu przez jednego świadczeniodawcę. W 2020 r. liczba lekarzy na oddziale ortopedycznym utrzymywała się na poziomie z 2019 r. w przypadku dwóch świadczeniodawców, w pięciu szpitalach zmniejszyła się (od 4% do 25%), a w trzech przypadkach wzrosła (od 10% do 13%).

Liczba personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu jednostek kontrolowanych wzrosła wg stanu na koniec 2019 r. w stosunku do 2017 r. w przypadku sześciu świadczeniodawców (od 5% do 30%), w trzech szpitalach nie uległa zmianie, a w przypadku pozostałych dwóch zmniejszyła się (o 7% i 16%). W 2020 r. stan zatrudnienia pielęgniarek na oddziale ortopedycznym utrzymał się na poziomie z 2019 r. w przypadku sześciu świadczeniodawców, w trzech szpitalach nastąpił spadek (od 4% do 12%), a jedynie w dwóch przypadkach wzrosła liczba tego personelu (o 4% i 7%).

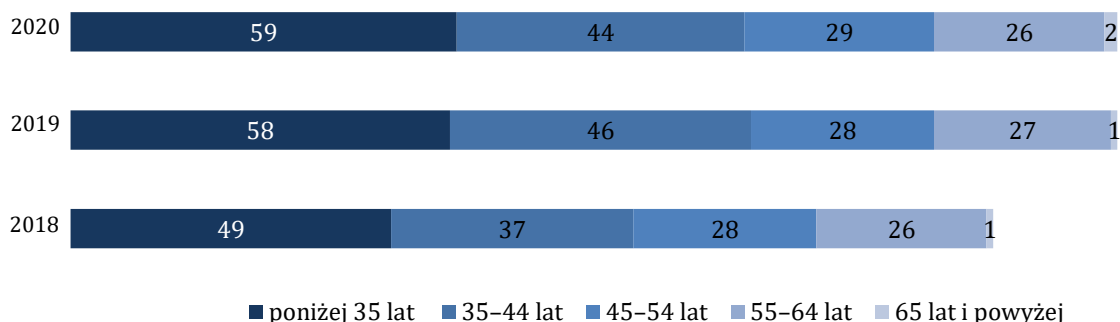
Najwięcej lekarzy zatrudnionych na oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu w skontrolowanych podmiotach leczniczych było w wieku poniżej 35 lat (od 35% ogółem zatrudnionych w 2018 r. do 37% w 2019 r.) oraz w wieku 35–44 lata (od 26% w 2018 r. do 28% w 2020 r.), a w wieku 65 lat i powyżej było od 0,7% w 2018 r. (jeden lekarz) do 1,3% w 2020 r. (dwóch lekarzy). Liczbę i strukturę wiekową lekarzy zatrudnionych na oddziałach urazowo-ortopedycznych w skontrolowanych jednostkach przedstawia wykres nr 4.

⁴⁹ Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. w Konstancinie-Jeziornej – Szpital w Warszawie oraz SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku wykonały kontrakt w tym zakresie w 2019 r. na poziomie odpowiednio: 110,7% oraz 105% wartości zrealizowanej z 2018 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 4

Liczba i struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych na oddziałach urazowo-ortopedycznych w skontrolowanych jednostkach w latach 2018–2020

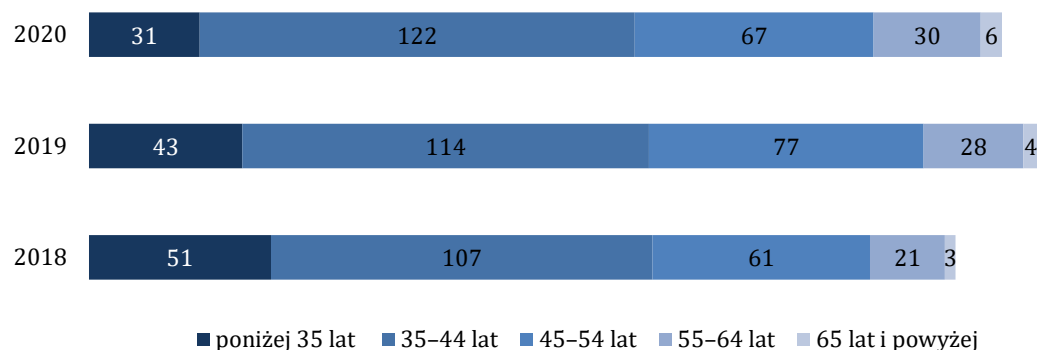


Źródło: dane z kontroli NIK.

W przypadku personelu pielęgniarskiego na oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu najczęściej zatrudnionych było w wieku 35–44 lat (od 44% ogółem zatrudnionych w 2018 r. do 48% w 2020 r.) oraz w wieku 45–54 lata (od 25% w 2018 r. do 26% w 2020 r.). Udział pielęgniarek w wieku poniżej 35 lat w liczbie zatrudnionych pielęgniarek ogółem wynosił 21% w 2018 r., 16% w 2019 r. oraz 12% w 2020 r. Personel pielęgniarski w wieku 65 lat i powyżej stanowił w okresie objętym kontrolą średnio 2% zatrudnionych ogółem w tej grupie. Liczbę i strukturę wiekową pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach urazowo-ortopedycznych w latach 2018–2020 w skontrolowanych jednostkach przedstawia wykres nr 5.

Wykres nr 5

Liczba i struktura wiekowa pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach urazowo-ortopedycznych w latach 2018–2020 w skontrolowanych jednostkach



Źródło: dane z kontroli NIK.

Świadczeniodawcy spełniali warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS dla porad specjalistycznych – ortopedia i traumatologia narządu ruchu określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS w załączniku nr 1 lp. 45 oraz z zakresu leczenia szpitalnego dla oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ w załączniku nr 3 lp. 35. Zapewniony został m.in. dostęp do badań RTG i USG w lokali-

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zacji oraz do badań rezonansu magnetycznego (w przypadku dziewięciu podmiotów zapewniono dostęp w lokalizacji świadczeniodawcy, a w przypadku dwóch pozostałych w innych lokalizacjach na podstawie zawartych umów z podmiotami zewnętrznymi).

W latach 2018–2020 świadczeniodawcy dysponowali od 15 (Kościan, Płońsk) do 69 łózkami (Warszawa) na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Liczba łóżek zmniejszyła się w 2019 r. średnio o 10% (39 łóżek) w porównaniu do 2018 r. Spadek liczby łóżek wystąpił u pięciu świadczeniodawców, co spowodowane było dostosowaniem liczby łóżek do możliwości przyjęć pacjentów wynikającej z wielkości kontraktu z OW NFZ w związku ze zmianą *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ* wprowadzającą minimalne normy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego zależne od liczby łóżek w oddziale. Ponadto wśród powodów spadku liczby łóżek na oddziale ortopedycznym kierownicy jednostek kontrolowanych wskazali również niski wskaźnik ich wykorzystania oraz ograniczenia lokalowe wynikające z prowadzonego remontu oddziału. Świadczeniodawcy zapewnili w badanym okresie dostęp do minimum dwóch sal chorych na potrzeby świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

We wszystkich skontrolowanych jednostkach zapewniono przynajmniej jedną salę operacyjną do własnej dyspozycji oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Świadczenia w zakresie AOS oraz endoprotezoplastyki zrealizowano na zaplanowanym poziomie w latach 2018–2019

W latach 2018–2019 objęte kontrolą podmioty lecznicze zawarły umowy o udzielanie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego o łącznej wartości 147 006,1 tys. zł. W okresie tym wykonano świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu na kwotę 18 271,6 tys. zł i endoprotezoplastyki 150 971,8 tys. zł (103% wartości zakontraktowanej).

Spadek wykonanych świadczeń w 2020 r. w związku z epidemią COVID-19

W 2020 r. nastąpił spadek łącznej wartości wykonanych świadczeń w rodzaju AOS poradnia ortopedii i traumatologii narządu ruchu do wartości 8710,9 tys. zł, tj. o 1023,1 tys. zł mniej niż w 2019 r. (spadek o 11%). Jedynie dwóch świadczeniodawców zrealizowało w 2020 r. świadczenia o wartości wyższej niż w 2019 r. (Opole, Płońsk).

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego podmioty lecznicze objęte kontrolą w 2020 r. wykonały te świadczenia w wysokości 59 032,9 tys. zł, tj. o 17 445,1 tys. zł mniej niż w 2019 r. (spadek o 23%). Żaden ze skontrolowanych świadczeniodawców nie zrealizował w 2020 r. tych świadczeń na poziomie przekraczającym wartości zrealizowane w 2019 r., przy czym w przypadku pięciu podmiotów zrealizowano 100% wartości zakontraktowanej w 2020 r. (Gryfice, Kościan, Opole, Płońsk, Rybnik). Główną przyczyną niewykonania kontraktów w 2020 r. była epidemia COVID-19 i wprowadzone z tego tytułu obostrzenia dotyczące codziennego funkcjonowania społeczeństwa oraz zalecenia NFZ dotyczące ograniczeń działalności medycznej, w szczególności w okresie od marca do maja i od października do grudnia 2020 r., a także spadek liczby przyjmowanych pacjentów spowodowany obawą zakażenia się wirusem SARS-CoV-2.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wszyscy skontrolowani świadczeniodawcy w związku z epidemią COVID-19 podjęli w 2020 r. działania mające na celu realizację kontraktów na ww. świadczenia. Czynności te polegały m.in. na:

- zorganizowaniu pracy poradni urazowo-ortopedycznych i oddziałów ortopedycznych w taki sposób, żeby nie zostały zamknięte, tj. wykonywaniu świadczeń ambulatoryjnych przede wszystkim w oparciu o konsultacje telefoniczne (teleporady), zapewniając jednocześnie wykonywanie wizyt ambulatoryjnych w przypadkach pilnych oraz wymagających bezpośredniej oceny stanu klinicznego przez lekarza, a w przypadku hospitalizacji planowej poprzez zmniejszenie liczby operowanych, żeby móc ich lepiej izolować, wstrzymaniu odwiedzin na oddziałach, przeprowadzaniu testów na obecność COVID-19, zabezpieczeniu pacjentów oraz personelu w maseczki, odzież ochronną, wydzieleniu osobnych wejść dla pacjentów i pracowników, wprowadzeniu obowiązku pomiarów temperatury pracownikom i pacjentom oraz zwiększeniu liczby łóżek dla pacjentów i wykonywaniu zwiększonej liczby zabiegów w miesiącach od czerwca do sierpnia 2020 r.;
- intensyfikacji kontaktów z pacjentami na liście oczekujących i potwierdzania decyzji o zabiegu, w związku z przesunięciem kolejek oczekujących na kolejne miesiące;
- wprowadzeniu i wdrożeniu szeregu procedur wewnętrznych określających sposób postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym dotyczących przyjęcia pacjenta podejrzanego o zakażenie, postępowania wobec pracownika podejrzanego o zakażenie, zasad organizacji pomieszczeń w przypadku pacjentów z podejrzeniem zakażenia.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w skontrolowanych poradniach specjalistycznych ortopedia i traumatologia narządu ruchu (dla dorosłych) wzrosła z 3350 osób na koniec 2017 r. (w tym 252 zakwalifikowanych jako przypadek pilny i 3098 uznanych jako przypadek stabilny) do 6010 osób na koniec 2020 r. (w tym 409 oczekujących pacjentów jako przypadek pilny i 5601 jako stabilny). W poszczególnych latach objętych kontrolą oczekiwało ogółem od 70 (Sosnowiec) do 633 osób (Tarnów) w 2018 r., od 155 (Rybnik) do 1371 (Gryfice) w 2019 r. i od 60 (Kołobrzeg) do 3024 (Kościan) w 2020 r.

W okresie objętym kontrolą wzrost liczby oczekujących na ww. świadczenie z kategorią przypadek stabilny miał miejsce w siedmiu z 11 skontrolowanych jednostek⁵⁰, a dla przypadków pilnych liczba oczekujących wzrosła u pięciu z 11 świadczeniodawców⁵¹. Na koniec 2020 r. najwięcej osób z kategorią przypadek stabilny oczekiwało na udzielenie świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu (dla dorosłych) w:

- Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie (województwo wielkopolskie) – 2903 osób (wzrost o 315% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 56% oczekujących ogółem w województwie wielkopolskim;

Podmioty lecznicze podjęły działania celem wykonania planu w 2020 r.

Zwiększona dostępność do świadczeń w rodzaju AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu

⁵⁰ Gryfice, Kościan, Opole, Pleszew, Rybnik, Sosnowiec, Tarnów.

⁵¹ Kościan, Opole, Pleszew, Płońsk, Sosnowiec.

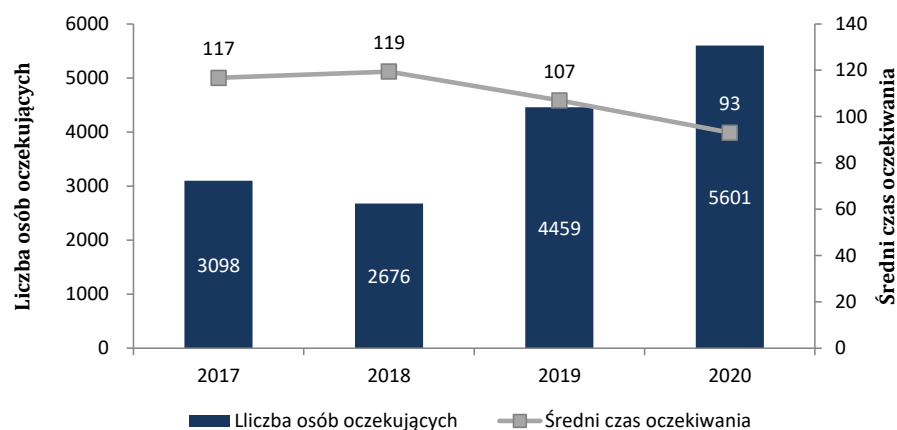
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Specjalistycznym Szpitalu im E. Szczeklika w Tarnowie – 1131 osób (wzrost o 68% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 13% oczekujących ogółem w województwie małopolskim;
- Szpitalu Wojewódzkim w Opolu Sp. z o.o. – 447 osób (wzrost o 10% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 11% oczekujących ogółem w województwie opolskim.

Łączną liczbę osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych przedstawia wykres nr 6.

Wykres nr 6

Łączna liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych



Źródło: dane z kontroli NIK.

W porównaniu z 2017 r. średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną w ramach świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w badanych podmiotach leczniczych skrócił się w 2019 r. (tj. przed ogłoszeniem stanu epidemii COVID-19) ze 117 dni do 107 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 8,3%, oraz z 36 dni do 35 dni dla przypadków pilnych (o 3%), przy jednoczesnym wzroście liczby oczekujących. W 2020 r. nastąpił dalszy spadek średniego czasu oczekiwania do 93 dni (przypadki stabilne) i 30 dni (przypadki pilne).

Średni czas oczekiwania w badanych jednostkach dla przypadków stabilnych wynosił od 27 do 334 dni w 2018 r, zaś w 2020 r. uległ obniżeniu i wynosił od 19 do 243 dni. Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne oczekiwali średnio od 12 do 117 dni w 2018 r., a w 2020 r. czas oczekiwania wynosił od 0 do 124 dni.

W 2019 r. (w porównaniu do 2017 r.) miał miejsce wzrost średniego czasu oczekiwania na te świadczenia dla przypadków stabilnych w sześciu z 11 skontrolowanych jednostek⁵², a dla przypadków pilnych średni czas

⁵² Gryfice, Kołobrzeg, Kościan, Opole, Płońsk, Tarnów.

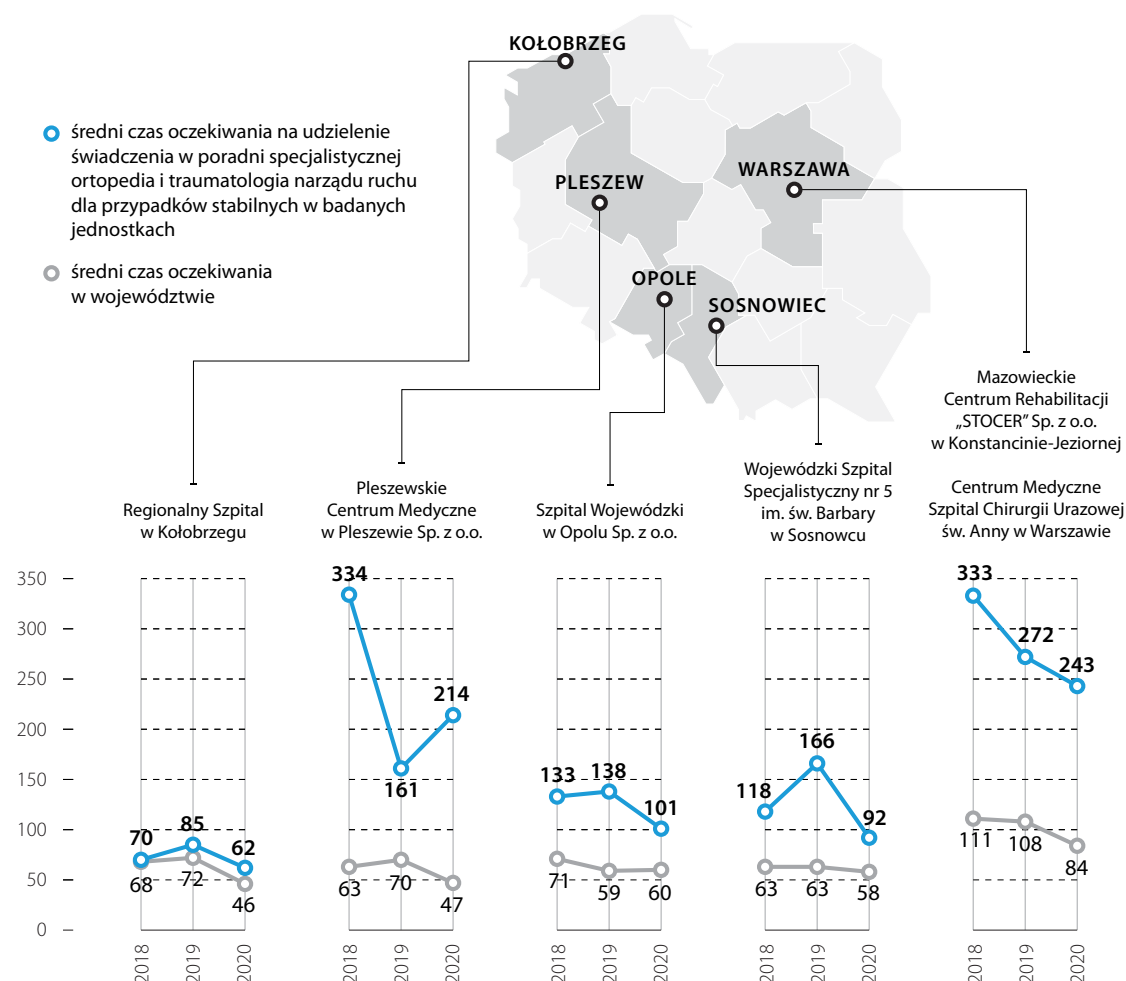
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

oczekiwania wzrósł u czterech z 11 świadczeniodawców⁵³. Zdaniem dyrektorów szpitali przyczynami wzrostu średniego czasu oczekiwania były m.in. większa liczba zgłaszających się pacjentów przy tej samej liczbie zatrudnionych lekarzy w poradni, konieczność zwiększonej realizacji świadczenia w ramach kontynuacji leczenia pacjentów oraz przyjmowania pacjentów ze skierowaniami z SOR-u (w trybie nagłym), co wpłynęło na wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów pierwszorazowych, a także prowadzone prace remontowe. W 2020 r. w trzech skontrolowanych podmiotach leczniczych nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych w stosunku do roku 2019⁵⁴.

W przypadku pięciu świadczeniodawców średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla przypadków stabilnych w latach 2018–2020 był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w danym województwie. Informacje w tym zakresie przedstawia infografika nr 10.

Infografika nr 10

Świadczeniodawcy, u których w latach 2018–2020 średni czas oczekiwania w dniach (przypadki stabilne) na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w województwie



Źródło: dane z kontroli NIK.

⁵³ Płońsk, Rybnik, Sosnowiec, Tarnów.

⁵⁴ Gryfice, Pleszew, Rybnik.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Spadek liczby oczekujących na endoprotezoplastykę

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego obniżyła się z 4449 osób na koniec 2017 r. (w tym 818 zakwalifikowanych jako przypadek pilny i 3631 jako przypadek stabilny) do 2467 osób na koniec 2020 r. (w tym 705 oczekujących pacjentów jako przypadek pilny i 1762 jako stabilny), tj. o 45%.

W okresie objętym kontrolą wzrost liczby oczekujących na te świadczenia z kategorią przypadek stabilny odnotowano w trzech z 11 skontrolowanych jednostek⁵⁵, a liczba oczekujących jako przypadek pilny wzrosła u czterech z 11 świadczeniodawców⁵⁶. Na koniec 2020 r. najwięcej osób z kategorią przypadek stabilny oczekiwało na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego w:

- Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie Sp. z o.o. – 252 osoby (wzrost o 119% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 5% oczekujących ogółem w województwie wielkopolskim;
- Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu – 251 osób (spadek o 49% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 5% oczekujących ogółem w województwie zachodniopomorskim;
- Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku – 228 osób (spadek o 16% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 5% oczekujących ogółem w województwie mazowieckim.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego zmniejszyła się z 5881 osób na koniec 2017 r. (w tym 598 zakwalifikowanych jako przypadek pilny i 5283 uznanych jako przypadek stabilny) do 3262 osób na koniec 2020 r. (w tym 654 oczekujących pacjentów jako przypadek pilny i 2608 jako stabilny), co stanowiło spadek o 45%. Przy czym, jak wskazali dyrektorzy skontrolowanych podmiotów leczniczych, przyczyną spadku liczby oczekujących na zabieg zarówno w przypadkach stabilnych, jak i pilnych w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. była epidemia COVID-19, która skutkowała obawami chorych przed kontaktem z placówką medyczną i tym samym wpisaniem się na listę oczekujących.

Średni czas oczekiwania na zabieg nie uległ skróceniu, pomimo spadku liczby oczekujących

W okresie objętym kontrolą wzrost liczby oczekujących na te świadczenia z kategorią przypadek stabilny odnotowano w trzech z 11 skontrolowanych jednostek, a liczba oczekujących jako przypadek pilny wzrosła u pięciu z 11 świadczeniodawców. Na koniec 2020 r. najwięcej osób z kategorią przypadek stabilny oczekiwało na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego w:

- Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie Sp. z o.o. – 449 osób (wzrost o 109% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 8% oczekujących ogółem w województwie wielkopolskim;
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu – 420 osób (spadek o 47% w porównaniu do stanu

⁵⁵ Gryfice, Opole, Pleszew.

⁵⁶ Kołobrzeg, Płońsk, Sosnowiec, Tarnów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

na koniec 2017 r.), co stanowiło 2% oczekujących ogółem w województwie śląskim;

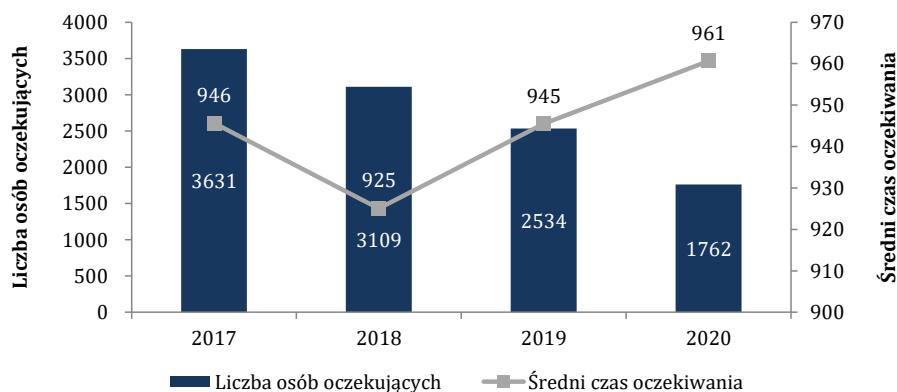
- Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Bogusława Frańczuka w Krakowie – 418 osób (spadek o 84% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.), co stanowiło 8% oczekujących ogółem w województwie małopolskim.

W porównaniu z 2017 r. średni czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego w badanych podmiotach leczniczych w 2019 r. utrzymał się na podobnym poziomie, tj. 945 dni dla przypadków stabilnych, oraz skrócił się nieznacznie z 244 dni do 239 dni dla przypadków pilnych (o 2%). W 2020 r. nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania do 961 dni dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, przy jednoczesnym spadku do 234 dni oczekiwania dla przypadków pilnych.

Łączną liczbę osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych przedstawia wykres nr 7, a endoprotezoplastyki stawu kolanowego wykres nr 8.

Wykres nr 7

Łączna liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych

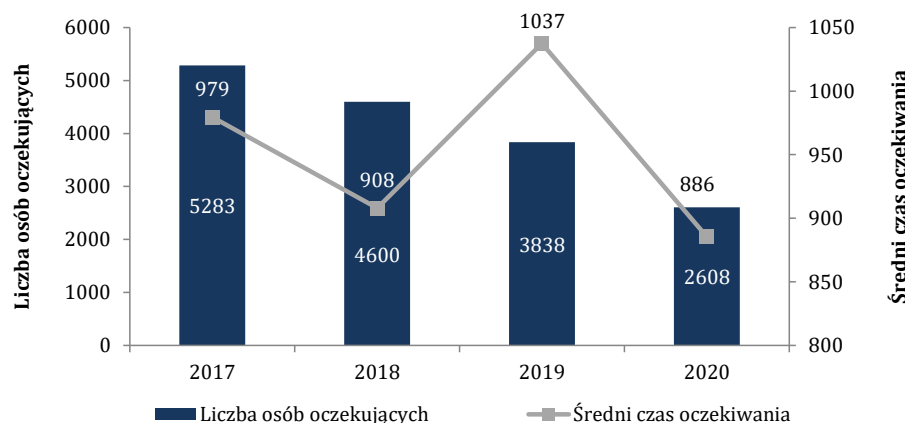


Źródło: dane z kontroli NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 8

Łączna liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyka stawu kolanowego w kontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych



Źródło: dane z kontroli NIK.

Średni czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego w badanych podmiotach leczniczych w 2019 r. wzrósł w stosunku do 2017 r. o 58 dni (o 6%) dla przypadków stabilnych oraz skrócił się o 35 dni dla przypadków pilnych (o 12%). W 2020 r. nastąpił spadek średniego czasu oczekiwania do 886 dni (o 15%) dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, przy utrzymaniu czasu oczekiwania dla przypadków pilnych na podobnym poziomie jak w 2019 r.

Średni czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego w badanych jednostkach dla przypadków stabilnych wynosił w 2018 r. od 180 dni do 2502 dni, a dla stawu kolanowego od 288 do 2055 dni, zaś w 2020 r. od 246 do 2378 dni dla stawu biodrowego i od 351 do 1848 dni dla stawu kolanowego.

Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne oczekiwali na endoprotezoplastykę stawu biodrowego średnio od 8 do 370 dni w 2018 r., a w przypadku stawu kolanowego od 24 do 491 dni. W 2020 r. czas oczekiwania wydłużył się i wynosił od 53 do 434 dni dla stawu biodrowego oraz od 72 do 477 dni dla stawu kolanowego.

W 2019 r. (w porównaniu do 2017 r.) miał miejsce wzrost średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę dla przypadków stabilnych w sześciu (staw biodrowy)⁵⁷ oraz w pięciu (staw kolanowy) z 11 kontrolowanych jednostek⁵⁸.

Zdaniem kierownictwa tych podmiotów przyczynami wydłużenia średniego czasu oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego były m.in.:

- wzrost liczby pacjentów zgłaszających się do planowych zabiegów ortopedycznych u tych świadczeniodawców, przy stałym poziomie zasobów organizacyjnych tych jednostek (liczba sal operacyjnych i personelu

⁵⁷ Gryfice, Kołobrzeg, Opole, Pleszew, Płońsk, Tarnów.

⁵⁸ Kołobrzeg, Kościan, Pleszew, Płońsk, Tarnów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- anestezjologicznego) i ograniczonych środkach finansowych na realizację tych świadczeń wynikających z umowy z OW NFZ;
- prowadzone prace remontowe;
 - wydłużenie średniego okresu życia pacjentów;
 - wzrost świadomości społecznej oraz wymagań osób w podeszłym wieku co do możliwości samoobsługi w życiu codziennym.

W 2020 r. w dziewięciu skontrolowanych podmiotach leczniczych nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania osób zakwalifikowanych jako przypadek stabilny na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego w stosunku do roku 2019⁵⁹. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego średni czas oczekiwania na zabieg wzrósł w 2020 r. w przypadku pięciu świadczeniodawców⁶⁰.

Dyrektorzy skontrolowanych jednostek wyjaśnili, że powodem tego było wstrzymywanie planowych zabiegów operacyjnych zgodnie z decyzjami NFZ podjętymi w związku z epidemią COVID-19, co skutkowało przesunięciem kolejek oczekujących o kolejne miesiące, a także z przesunięć personelu medycznego anestezjologicznego z bloku operacyjnego do powstałych oddziałów leczenia COVID-19.

W przypadku sześciu skontrolowanych świadczeniodawców (staw biodrowy) oraz pięciu świadczeniodawców (staw kolanowy) średni czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki dla przypadków stabilnych w latach 2018–2020 był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w danym województwie w tym okresie. Informacje w tym zakresie przedstawia infografika nr 11.

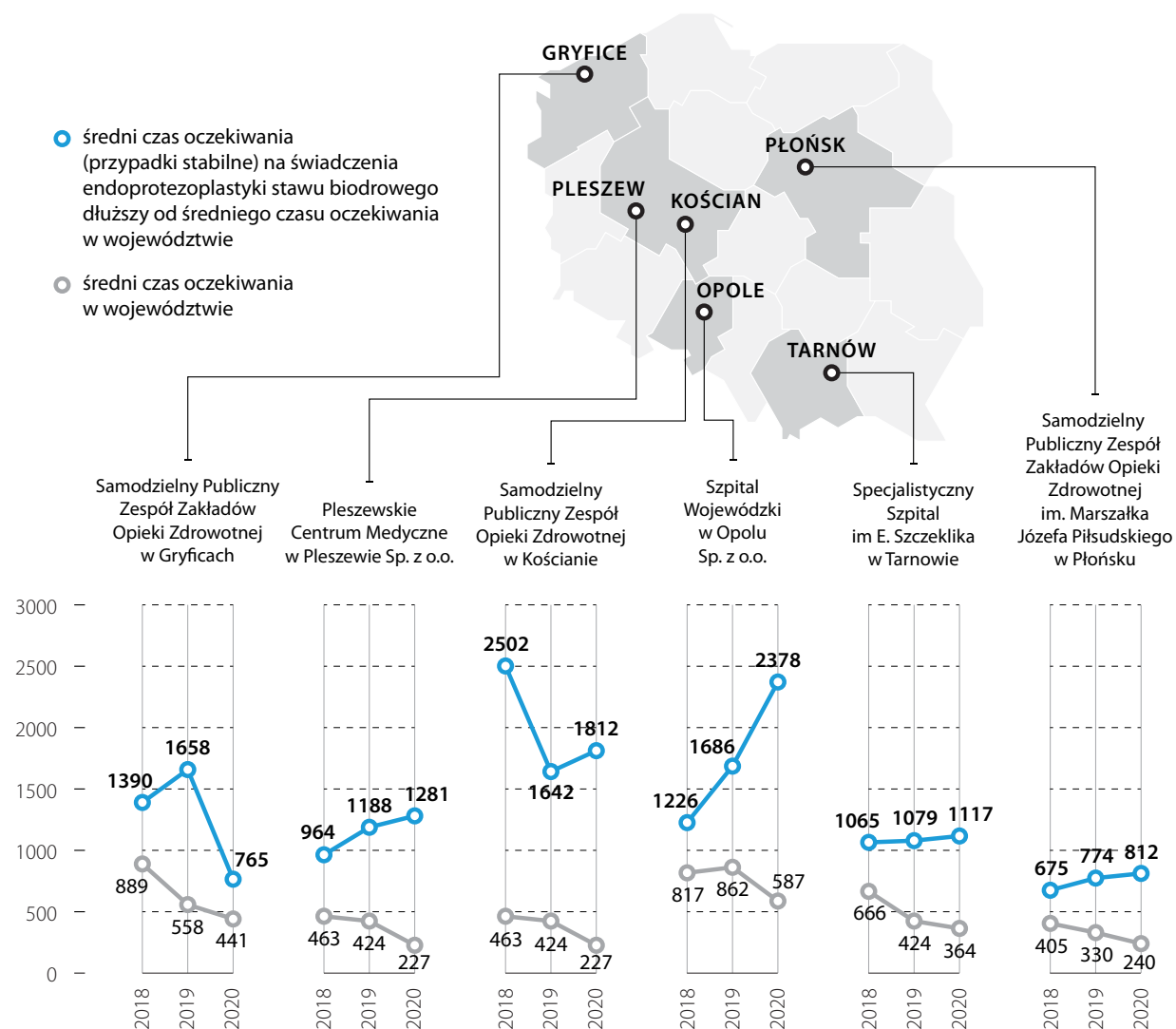
⁵⁹ Kołobrzeg, Kościan, Opole, Pleszew, Płońsk, Rybnik, Sosnowiec, Tarnów, Warszawa.

⁶⁰ Opole, Pleszew, Rybnik, Sosnowiec, Warszawa.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 11

Świadczeniodawcy, u których w latach 2018–2020 średni czas oczekiwania w dniach (przypadki stabilne) na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w województwie



Źródło: dane z kontroli NIK.

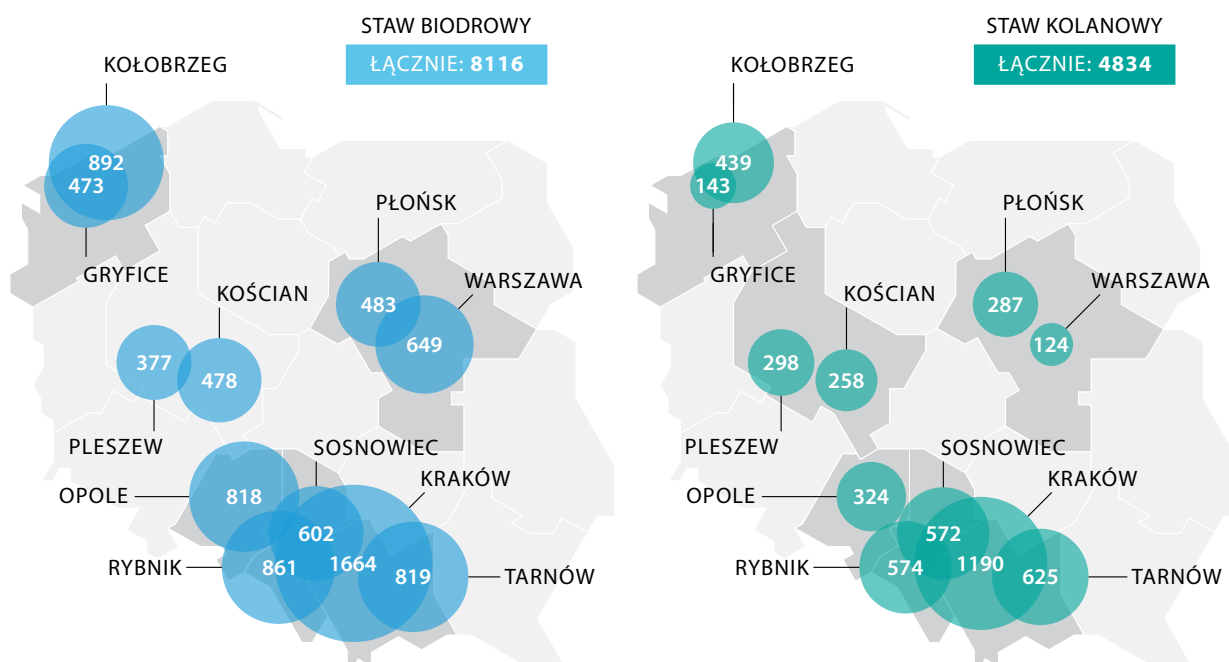
Ujemna dynamika zmian w liczbie wykonanych zabiegów w 2019 r.

Świadczeniodawcy wykonali w latach 2018–2019 rocznie od 143 do 626 zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz od 48 do 479 zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Szczegółowe dane dla poszczególnych świadczeniodawców przedstawia infografika nr 12.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 12

Łączna liczba zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz stawu kolanowego wykonana przez skontrolowanych świadczeniodawców w latach 2018–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Łącznie świadczeniodawcy przeprowadzili 4754 operacje w tym zakresie w 2018 r., tj. o 2% więcej niż w 2017 r. W 2019 r. nastąpił spadek liczby zrealizowanych zabiegów endoprotezoplastyki do 4695 (o 1%), w tym w przypadku endoprotez stawu biodrowego wykonano 2893 zabiegi wobec 2927 w 2018 r. (spadek o 1,2%), a stawu kolanowego zrealizowano 1802, tj. o 25 mniej niż w 2018 r. (spadek o 1,4%).

Wzrost liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego odnotowano u siedmiu świadczeniodawców w 2018 r.⁶¹, a w 2019 r. u pięciu świadczeniodawców⁶². W czterech podmiotach leczniczych dynamika zmian w liczbie wykonanych zabiegów była dodatnia zarówno w roku 2018, jak i w 2019⁶³, zaś ujemną dynamikę zmian w liczbie wykonanych endoprotezoplastyk stawu biodrowego w tym okresie stwierdzono w trzech skontrolowanych jednostkach⁶⁴, przy czym w jednej z nich wzrosła liczba wykonanych zabiegów rewizyjnych (w Krakowie – odpowiednio o 18% w 2018 r. i 17% w 2019 r.).

W 2018 r. pięciu świadczeniodawców wykonało więcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego niż w 2017 r., a w 2019 r. taka sytuacja miała miejsce w przypadku sześciu z 11 skontrolowanych jednostek. Wzrost liczby zrealizowanych endoprotezoplastyk w latach 2018–2019 miał miejsce u dwóch świadczeniodawców, a ujemną dynamikę zmian

⁶¹ Gryfice, Koło, Kościan, Opole, Pleszew, Rybnik, Tarnów.

⁶² Koło, Kościan, Opole, Pleszew, Warszawa.

⁶³ Koło, Kościan, Opole, Pleszew.

⁶⁴ Kraków, Płock, Sosnowiec.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w liczbie wykonanych zabiegów w tym okresie odnotowano w dwóch podmiotach leczniczych objętych kontrolą, przy czym w jednym z nich zrealizowano w latach 2018–2019 istotnie wyższą liczbę zabiegów rewizyjnych w porównaniu do 2017 r. (w Krakowie odpowiednio o 257% i 210%).

Przyczynami spadku liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w latach 2018–2019, zdaniem dyrektorów jednostek, w których miała miejsce ujemna dynamika zmian w tym zakresie⁶⁵, były:

- zwiększenie finansowania tego rodzaju zabiegów w całym kraju, przez co więcej ośrodków wykonywało tego typu zabiegi przy jednoczesnym wzroście liczby wykonywanych przez świadczeniodawcę zabiegów rewizyjnych po endoprotezoplastyce skutkującym wydłużonym czasem hospitalizacji i rosnącymi kosztami tych zabiegów, w związku z tym, że implanty potrzebne do tych zabiegów są dużo droższe, a chorzy bardziej obciążeni zdrowotnie (w Krakowie odnotowano wzrost zabiegów rewizyjnych w tym okresie);
- zmniejszenia wartości planu finansowo-rzeczowego określonego przez OW NFZ (Płońsk);
- decyzje pacjentów o przeprowadzeniu zabiegu w późniejszym czasie (Płońsk);
- stosowanie leczenia alternatywnego do zabiegów ostatecznych, jakimi są endoprotezoplastyki stawów, co było korzystne dla chorego dzięki mniejszej inwazyjności oraz w wielu przypadkach pozwoliło odroczyć końcowe zabiegi endoprotezoplastyki (Sosnowiec);
- wykonywanie świadczeń u pacjentów z innymi urazami, którzy kierowani byli na oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu w stanie nagłym (Warszawa).

W 2020 r. skontrolowani świadczeniodawcy wykonali łącznie 3501 zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego⁶⁶, tj. o 1194 mniej niż w 2019 r.⁶⁷ (spadek o 25%⁶⁸), co wynikało z sytuacji związanej z epidemią COVID-19.

Gotowość do wykonywania większej liczby zabiegów

Dyrektorzy 10 z 11 skontrolowanych podmiotów leczniczych stwierdzili, że placówki przez nich kierowane są w stanie wykonywać więcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego niż zakontraktowano w umowach zawartych z OW NFZ, uwzględniając obecny potencjał kadrowy, lokalowy i organizacyjny oraz przyjmując założenie braku ograniczeń wynikających ze stanu epidemii COVID-19⁶⁹. Znajdowało to rów-

⁶⁵ Dotyczy świadczeniodawców z: Krakowa (staw biodrowy, staw kolanowy), Płońsk (staw biodrowy), Sosnowca (staw biodrowy), Warszawa (staw kolanowy).

⁶⁶ W tym 2296 endoprotezoplastyk stawu biodrowego (66% zabiegów ogółem) i 1205 stawu kolanowego (34% zabiegów ogółem).

⁶⁷ W 2019 r. wykonano łącznie 4695 zabiegów, w tym 2893 stawu biodrowego (62%) i 1802 stawu kolanowego (38%).

⁶⁸ W 2020 r. świadczeniodawcy wykonali o 597 zabiegów mniej zarówno w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego (spadek o 33%), jak i stawu kolanowego (spadek o 21%).

⁶⁹ Dyrektor Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji „Stocer” Sp. z o.o. wyjaśnił, że podmiot ten nie może wykonywać więcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, gdyż blok operacyjny jest wykorzystany w maksymalnym stopniu przez zwiększającą się liczbę wykonywanych operacji u pacjentów urazowych, którzy zgłaszają się w stanie nagłym, przy czym w latach 2018–2019 wartość wykonanych świadczeń przez tę

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

niez odzwierciedlenie w wielkościach wykonanych świadczeń w latach 2018–2019, które były wyższe niż pierwotne wartości zakontraktowane w tym okresie przez OW NFZ.

NIK zwraca uwagę, że w celu zwiększenia kontraktu w danym roku, świadczeniodawcy musieli wykonywać zabiegi endoprotezoplastyki ponad umowny limit na własny koszt, uwzględniając ryzyko braku pełnej zapłaty przez NFZ za zrealizowane nadwykonania, przy czym w kolejnym okresie rozliczeniowym przyznane skontrolowanym świadczeniodawcom limity kontraktu były zazwyczaj porównywalne z pierwotnymi wartościami kontraktu z roku poprzedniego.

Średni wiek pacjentów, u których wykonano zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego, wzrósł nieznacznie (1,5%) w skontrolowanych podmiotach z 67 lat w 2017 r. do 68 lat w 2020 r. W przypadku stawu kolanowego średni wiek pacjentów wyniósł w 2020 r. 69 lat, tj. o dwa lata więcej niż w 2017 r. (wzrost o 3%).

Wzrost średniego wieku pacjentów

Średni wiek kobiet, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego w 2020 r., wynosił od 61 do 80 lat, a wzrost w porównaniu do 2017 r. odnotowano w siedmiu skontrolowanych podmiotach (maksymalnie o 7%). W dwóch jednostkach średni wiek nie uległ zmianie, a w pozostałych dwóch uległ zmniejszeniu (maksymalnie o 2%). W przypadku stawu kolanowego średni wiek pacjentek wzrósł w badanym okresie w pięciu podmiotach (maksymalnie o 18%), a w sześciu zmniejszył się (maksymalnie o 4%) i wynosił od 67 do 72 lat. W przypadku mężczyzn (staw biodrowy) średni wiek wynosił od 62 do 68 lat. W stosunku do 2017 r. średni wiek pacjenta wzrósł w przypadku pięciu świadczeniodawców (maksymalnie o 5%), spadek miał miejsce w przypadku trzech podmiotów (maksymalnie o 2%), a w przypadku pozostałych trzech jednostek odnotowano utrzymanie średniego wieku na tym samym poziomie. W przypadku stawu kolanowego średni wiek zoperowanych mężczyzn w 2020 r. wynosił od 65 do 70 lat, wzrósł w badanym okresie w pięciu podmiotach (maksymalnie o 17%), w trzech zmniejszył się (maksymalnie o 6%), a w przypadku trzech świadczeniodawców nie uległ zmianie i wynosił od 67 do 72 lat.

Pacjenci, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego w skontrolowanych podmiotach, mieli od 22 (kobiety) i 19 lat (mężczyźni) do 102 (kobiety) i 100 lat (mężczyźni). Średni wiek takich pacjentów wynosił w okresie objętym kontrolą od 54 do 80 lat.

W przypadku pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu kolanowego, minimalny wiek wynosił 20 (kobiety) i 25 lat (mężczyźni), a maksymalny 92 lata w przypadku kobiet i 91 w przypadku mężczyzn.

W latach 2018–2020 w skontrolowanych podmiotach leczniczych najwięcej zabiegów endoprotezoplastyki wykonano u pacjentów w wieku 60–69 lat, w tym zarówno w zakresie stawu biodrowego (34%), jak i stawu kolanowego (47%).

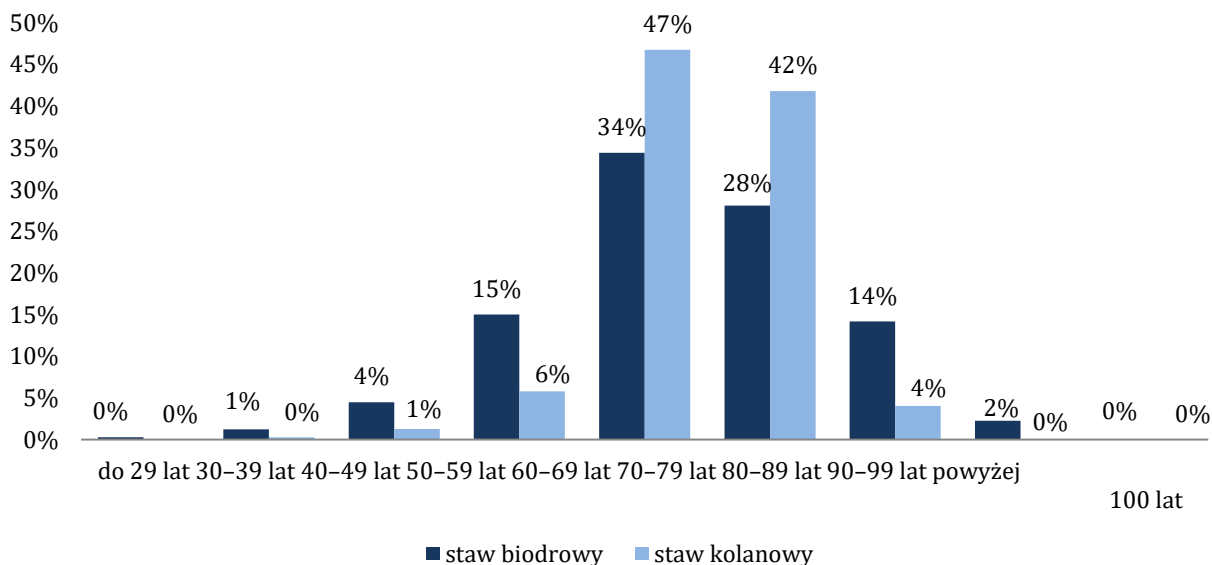
jednostkę w zakresie zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego była wyższa od wartości zakontraktowanych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Strukturę wiekową pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego w skontrolowanych podmiotach w latach 2018–2020 przedstawia wykres nr 9.

Wykres nr 9

Struktura wiekowa pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego w skontrolowanych podmiotach w latach 2018–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki przekraczał 6 miesięcy

W trakcie kontroli NIK szczegółową analizą objęto dokumentację medyczną 515 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”⁷⁰, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego (343 pacjentów) oraz stawu kolanowego (172 pacjentów), celem ustalenia czasu oczekiwania w dniach⁷¹ na poszczególne etapy leczenia, tj. od daty zarejestrowania skierowania na endoprotezoplastykę do czasu wypisu ze szpitala po zakończonym zabiegu. Uzyskane dane porównano z rekomendowanym modelowym czasem oczekiwania⁷².

Stwierdzono, że w przypadku:

- czasu oczekiwania na pierwszą wizytę kwalifikacyjną (wg modelu do 3 miesięcy od daty zarejestrowania skierowania na zabieg endoprotezoplastyki):
 - założony czas oczekiwania spełniono w przypadku 435 pacjentów (85%)⁷³, przy czym w 302 przypadkach⁷⁴ (59%) rejestracja skiero-

⁷⁰ U każdego ze skontrolowanych świadczeniodawców wylosowano po 10 pacjentów z każdego roku objętego badaniem (2018–2020), u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego i po pięciu pacjentów z każdego roku, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu kolanowego.

⁷¹ Zobacz przypis nr 35.

⁷² Zobacz przypis nr 11.

⁷³ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 290 pacjentów (85%), stawu kolanowego – 145 pacjentów (87%).

⁷⁴ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 202 pacjentów (59%), stawu kolanowego – 100 pacjentów (58%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- wania nastąpiła w tym samym dniu co wizyta kwalifikacyjna,
 - czas oczekiwania przekroczył wartości założone w modelu w 48 przypadkach⁷⁵ (9%),
 - pierwsza wizyta kwalifikacyjna nie odbyła się po zarejestrowaniu skierowania⁷⁶ lub nie było możliwe ustalenie jej terminu⁷⁷ łącznie w 32 przypadkach (6%)⁷⁸;
- terminu odbycia drugiej wizyty kwalifikacyjnej (wg modelu 6–8 tygodni przed przyjęciem na oddział):
- założony termin spełniono w przypadku 255 pacjentów (50%)⁷⁹,
 - modelowy czas między terminem drugiej wizyty kwalifikacyjnej a przyjęciem na oddział przekroczone w 93 przypadkach⁸⁰ (18%),
 - druga wizyta kwalifikacyjna nie odbyła się w 167 przypadkach (32%)⁸¹, co dyrektorzy skontrolowanych jednostek⁸² tłumaczyli stosowaniem zasady wykonywania drugiej wizyty kwalifikacyjnej w dniu przyjęcia do oddziału ortopedycznego celem wykonania zabiegu, przy wykorzystaniu kompletu posiadanej dokumentacji medycznej oraz informacji o aktualnym stanie zdrowia pacjenta, a także przeprowadzaniem takich wizyt jedynie w przypadku, gdy wyniki badań pacjenta odbiegały od normy;
- czasu oczekiwania na świadczenie endoprotezoplastyki od daty zarejestrowania skierowania (wg modelu od 3 do 6 miesięcy):
- modelowy czas oczekiwania spełniono w przypadku 138 pacjentów (27%)⁸³,
 - czas oczekiwania przekroczył wartości założone w modelu w 377 przypadkach (73%)⁸⁴.

Odsetek pacjentów z badanej próby pacjentów, u których czas oczekiwania na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego od daty zarejestrowania skierowania nie przekroczył lub przekroczył rekomendowany czas 180 dni (6 miesięcy) w poszczególnych latach 2018–2020, przedstawia wykres nr 10.

⁷⁵ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 35 pacjentów (10%), stawu kolanowego – 13 pacjentów (8%).

⁷⁶ W przypadku sześciu pacjentów w dokumentacji medycznej nie było adnotacji dotyczącej pierwszej wizyty kwalifikacyjnej w poradni.

⁷⁷ W przypadku 26 pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku niemożliwe było ustalenie terminu odbycia przez nich pierwszej wizyty kwalifikacyjnej.

⁷⁸ W tym: 18 staw biodrowy (5%), 14 staw kolanowy (8%).

⁷⁹ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 175 pacjentów (51%), stawu kolanowego – 80 pacjentów (47%).

⁸⁰ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 63 pacjentów (18%), stawu kolanowego – 30 pacjentów (17%).

⁸¹ W tym: 105 staw biodrowy, 62 staw kolanowy.

⁸² Kościan, Płońsk, Warszawa.

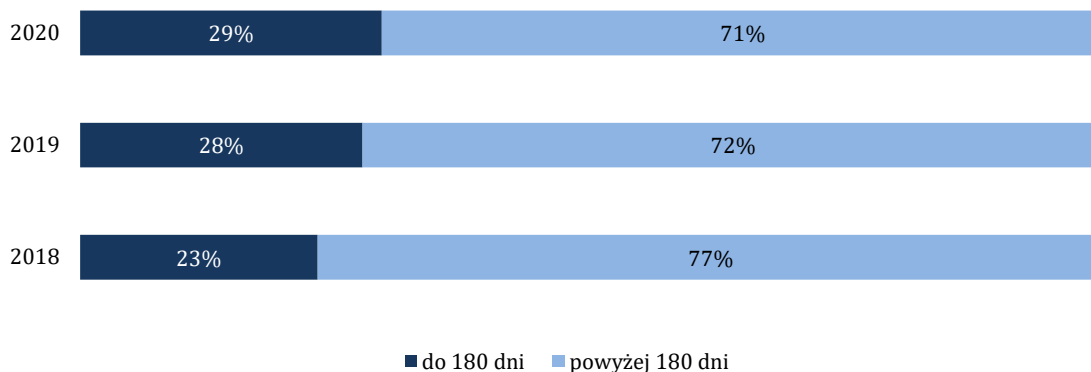
⁸³ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 96 pacjentów (28%), stawu kolanowego – 42 pacjentów (24%).

⁸⁴ W tym oczekujących na endoprotezoplastykę: stawu biodrowego – 247 pacjentów (72%), stawu kolanowego – 130 pacjentów (76%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 10

Odsetek pacjentów z badanej próby pacjentów, u których czas oczekiwania na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego od daty zarejestrowania skierowania nie przekroczył lub przekroczył rekomendowany czas 180 dni (6 miesięcy) w poszczególnych latach 2018–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Analiza wyników badanej dokumentacji dotyczącej 515 pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do zabiegu i wpisani do kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wskazuje, że w okresie objętym kontrolą nastąpił nieznaczny wzrost udziału pacjentów (o 6 punktów procentowych), którzy oczekiwali mniej niż 6 miesięcy na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, tj. zgodnie z rekomendowanym czasem oczekiwania. Niemniej w dalszym ciągu czas oczekiwania na zabieg w 2020 r. przekraczał 180 dni w przypadku 71% pacjentów objętych badaniem.

Średni czas oczekiwania pacjentów z badanej próby, zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki jako przypadek stabilny, wynosił odpowiednio w przypadku:

- stawu biodrowego – 814 dni w 2018 r., 780 dni w 2019 r. oraz 671 dni w 2020 r.;
- stawu kolanowego – 772 dni w 2018 r., 856 dni w 2019 r. oraz 730 w 2020 r.

Pacjentom skierowanym na zabieg endoprotezoplastyki zapewniono rzetelną opiekę przedoperacyjną

W przypadku 10 z 11 skontrolowanych świadczeniodawców stosowano procedurę kwalifikacyjną pacjentów do zabiegu endoprotezoplastyki, w ramach której ustalano plan leczenia oraz przygotowania do zabiegu, a także przekazywano informacje o wymaganych ewentualnie konsultacjach u innych lekarzy specjalistów przed przyjęciem na oddział szpitalny w celu wykonania zabiegu.

Jedynie w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie pacjentom nie zapewniono przynajmniej jednej wizyty kwalifikacyjnej w Szpitalu wraz z przekazaniem informacji o koniecznych dodatkowych konsultacjach lekarskich przed przyjęciem na oddział ortopedyczny. Terminy i zasady przeprowadzania wizyt kwalifikacyjnych nie zostały również ujęte w procedurach wewnętrznych tego podmiotu leczniczego. Kwalifikacja do zabiegu, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, miała miejsce w gabinetach prywatnych lekarzy zatrudnionych w oddziale ortopedycznym, w związku z czym nie zachodziła potrzeba ponownego badania pacjenta. W przypadku pacjentów ze skierowaniem od lekarzy niezatrudnionych w tym szpitalu, kwalifikacja do zabiegu miała miej-

sce w dniu zgłoszenia na oddział ortopedyczny, ponieważ w jednostce tej w badanym okresie nie została utworzona poradnia kwalifikacyjna. Plany leczenia pacjentów, jak również przygotowania do zabiegu ustalane były dopiero po przyjęciu pacjenta na oddział ortopedyczny celem wykonania zabiegu. Szpital stosował zasadę wykonywania drugiej wizyty kwalifikacyjnej, w tym kwalifikacji do zabiegu przez lekarza anestezjologa, również w dniu przyjęcia do oddziału ortopedycznego.

Zdaniem NIK, pacjenci, u których wykonano zabieg endoprotezoplastyki w tym podmiocie leczniczym, nie byli objęci należytą opieką przedoperacyjną, o której mowa w modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce. Podkreślić należy, że zapewnienie odpowiedniej opieki przedoperacyjnej ma na celu jak najlepsze przygotowanie pacjenta do zabiegu, aby minimalizować ryzyko wystąpienia powikłań.

W 4 innych skontrolowanych jednostkach⁸⁵ nie zapewniono również podczas drugiej wizyty kwalifikacyjnej konsultacji i kwalifikacji dokonywanej przez lekarza anestezjologa, co wynikało głównie z braku wyodrębnienia, w ramach struktur tych podmiotów, poradni anestezjologicznej, natomiast konsultacje anestezjologiczne miały miejsce w przypadku dużych obciążeń pacjenta lub tuż przed zabiegiem, po przyjęciu pacjenta do szpitala.

Przykład

Konsultacje z innymi lekarzami specjalistami lub badania analityczne oraz diagnostykę obrazową, które były konieczne lub najczęściej wymagane w ramach przygotowania do zabiegu endoprotezoplastyki, zostały zapewnione przez pięciu świadczeniodawców:

- Specjalistyczny Szpital im E. Szczeklika w Tarnowie⁸⁶,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku⁸⁷,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu⁸⁸,
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach⁸⁹,
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku⁹⁰.

Konsultacjami obowiązkowymi, na które pacjenci byli kierowani niezależnie od zgłaszanego stanu zdrowia, były konsultacje ginekologiczne (w przypadku kobiet) i stomatologiczne. Najczęściej pacjenci byli

⁸⁵ Gryfice, Kołobrzeg, Płońsk, Warszawa.

⁸⁶ Skierowania na badania analityczne oraz diagnostykę obrazową wystawiał lekarz w trakcie wizyty, które pacjent miał zrealizować w Szpitalu.

⁸⁷ W przypadkach trudnych klinicznie przygotowanie poszerzane było o diagnostykę szpitalną.

⁸⁸ Jeżeli u pacjenta hospitalizowanego po przeprowadzonej diagnostyce wstępnej pojawiła się potrzeba dodatkowych konsultacji (np. wykluczenie chorób współistniejących), ich realizacja pozostawała w gestii Szpitala, który był gwarantem wykonania zabiegu i je zapewniał.

⁸⁹ Skierowania do poszczególnych jednostek konsultujących były wystawiane przez lekarzy z Poradni Ortopedyczno-Urazowej i wydawane w formie papierowej pacjentowi. Po otrzymaniu takiego skierowania pacjent niekoniecznie musiał zgłosić się do danego specjalisty w tym podmiocie leczniczym. Ze względu na duży zasięg terytorialny szpitala, pacjenci zgłaszali się również na konsultacje u specjalistów w swoich miejscach zamieszkania. Jeżeli pacjent, po otrzymaniu skierowania do lekarza specjalisty, zgłosił się z tym skierowaniem do specjalisty przyjmującego w SPZZOZ w Gryficach, to czas oczekiwania na wizytę wynosił średnio około jednego miesiąca.

⁹⁰ Skierowania do lekarzy specjalistów wystawiał lekarz prowadzący. Pacjent nie musiał w tym celu odbywać wizyty u lekarza POZ. Szpital zapewniał konsultacje z lekarzami innych specjalizacji w ramach Funduszu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

kierowani na konsultacje specjalistyczne wynikające ze stanu ich zdrowia i zgłoszonych przez nich chorób współistniejących, leczonych w ramach innych poradni specjalistycznych, w tym w szczególności internistyczne, kardiologiczne, pulmonologiczne, nefrologiczne, w zakresie chirurgii naczyń, endokrynologiczne, alergologiczne, diabetologiczne, laryngologiczne, a także wymagano oceny ogólnego stanu zdrowia wystawianej przez lekarza POZ. Świadczeniodawcy nie prowadzili szczegółowych statystyk dotyczących czasu oczekiwania na powyższe konsultacje, niemniej oczekiwanie do poradni specjalistycznych, w których pacjent był objęty stałym leczeniem, nie było związane z systemem kolejkowym, a zatem ustalenie terminu konsultacji było możliwe w każdym czasie, po zgłoszeniu wizyty i przy uwzględnieniu informacji o planowanym zabiegu. Pacjenci nieobjęci stałym leczeniem przez daną poradnię specjalistyczną musieli oczekiwać na wizytę na zasadach ogólnych. W przypadkach koniecznych konsultacje przeprowadzali lekarze specjaliści zatrudnieni w podmiotach, w których pacjenci byli przyjmowani na oddział ortopedyczny.

W latach 2018–2020 pacjenci w okresie pooperacyjnym odbywali zazwyczaj co najmniej dwie wizyty kontrolne w poradniach urazowo-ortopedycznych skontrolowanych podmiotów, w terminach wskazanych w Modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub stawu kolanowego⁹¹:

- 5–14 dni po zabiegu celem usunięcia szwów oraz oceny stanu pacjenta,
- w okresie 6–8 tygodni po wypisie ze szpitala, podczas której dokonywano oceny wyników leczenia pacjenta.

Pacjenci byli kierowani na wizyty kontrolne podczas wypisu z oddziału ortopedycznego, przy czym mieli oni możliwość korzystania z dowolnej poradni ortopedycznej według uznania.

Analiza dokumentacji medycznej pacjentów, u których dokonano zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego w skontrolowanych jednostkach, wykazała, że w 10 z 11 badanych podmiotów skierowania na rehabilitację po zabiegu endoprotezoplastyki były wystawiane przez lekarzy oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu⁹². W przypadku sześciu świadczeniodawców skierowania na rehabilitację po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego zostały wystawione większości lub wszystkim pacjentom (od 90% do 100% zoperowanych)⁹³.

Przykład

W trakcie kontroli NIK Dyrektor **Specjalistycznego Szpitala im E. Szczeklika w Tarnowie** wprowadził obowiązek wystawiania skierowań na rehabilitację po endoprotezoplastyce wszystkim operowanym na oddziale chirurgii urazowej i ortopedii.

⁹¹ Zobacz infografika nr 1.

⁹² W Szpitalu Wojewódzkim w Opolu Sp. z o.o. pacjenci nie otrzymywali skierowania na rehabilitację po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego w dniu wypisu z oddziału ortopedycznego. Pacjentów kierowano na rehabilitację po wygojeniu rany i wizyty kontrolnej w poradni urazowo-ortopedycznej.

⁹³ Sosnowiec (90%), Rybnik (99%), Kraków, Pleszew, Kościan, Płońsk (100%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Jedynie trzech świadczeniodawców było w stanie wykazać w trakcie kontroli łączną liczbę wystawionych skierowań na rehabilitację w latach 2018–2020 dla pacjentów, u których wykonywali świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, z podziałem na jej rodzaj, tj. w warunkach stacjonarnych oraz na oddziale dziennym⁹⁴.

W wyniku szczegółowego badania wybranych⁹⁵ list oczekujących pacjentów na świadczenia w zakresie: poradni AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz wykonywania zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego stwierdzono, że świadczeniodawcy w większości prowadzili listy oczekujących na te świadczenia w sposób rzetelny i zgodny z art. 20 ust. 5 oraz ust. 6 *ustawy o świadczeniach* oraz z *rozporządzeniem w sprawie kryteriów medycznych*. Kolejność dostępu do świadczenia była ustalana zgodnie z art. 20 ust. 2 *ustawy o świadczeniach*, a listy oczekujących były prowadzone w postaci elektronicznej, przy wykorzystaniu aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) udostępnionej przez Prezesa NFZ, co było zgodne z art. 20 ust. 10g *ustawy o świadczeniach*.

Listy oczekujących były rzetelnie prowadzone i oceniane przez większość świadczeniodawców

Przykłady

Nierzetelne prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne stwierdzono w czterech podmiotach leczniczych z 11 objętych kontrolą, a zidentyfikowane podczas kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- braku aktualizacji w aplikacji AP-KOLCE list oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz stawu kolanowego w zakresie planowanego terminu udzielenia świadczenia w przypadku dokonania zmiany terminu przyjęcia pacjentów oczekujących na udzielenie tego świadczenia (w przypadku 3 świadczeniodawców⁹⁶), co było działaniem niezgodnym z § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c *rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, sposobu ich rejestrowania i przekazywania z 2008 r.*⁹⁷ oraz § 8 ust. 2 pkt 5 lit. d *rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, sposobu ich rejestrowania i przekazywania z 2019 r.*⁹⁸, zgodnie z którymi na liście oczekujących są gromadzone dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia, w tym każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny;

⁹⁴ Dotyczyło to świadczeniodawców z: Rybnika – 100% pacjentów skierowano do leczenia w oddziale rehabilitacji o charakterze stacjonarnym; Sosnowca – 100% pacjentów skierowano do leczenia w oddziale rehabilitacji o charakterze stacjonarnym (w latach 2018–2019), w 2020 r. 99% na tryb stacjonarny oraz 1% na oddziale dziennym; Pleszewa – 97% pacjentów skierowano na rehabilitację stacjonarną, a 3% na rehabilitację dzienną.

⁹⁵ Analizie poddano okresy z każdego roku objętego badaniem, tj. z czerwca i grudnia 2018 r. (początek miesiąca), kwietnia i października 2019 r. (środek miesiąca), stycznia i września 2020 r. (koniec miesiąca). Listy oczekujących zostały porównane z listami pacjentów zarejestrowanych do poradni ortopedycznej oraz z listami pacjentów przyjętych na oddział ortopedyczny w badanych okresach.

⁹⁶ Kościan, Kraków, Rybnik.

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2019 r.

⁹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.). Rozporządzenie obowiązuje od 1 lipca 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- przekazaniu do OW NFZ nieprawidłowych danych trzech pacjentów umieszczonych na liście oczekujących na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego dotyczących przypisanej im kategorii medycznej, tj. wykazanych jako przypadki stabilne pomimo zakwalifikowania jako przypadki pilne (w przypadku 1 świadczeniodawcy⁹⁹), co było niezgodne z art. 23 ustawy o świadczeniach w zw. z § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych;
- brak wskazania w 45 pozycjach list oczekujących do poradni AOS – ortopedia i traumatologia narządu ruchu rodzaju zakwalifikowania świadczeniobiorców do określonej kategorii medycznej, tj. jako przypadek pilny lub przypadek stabilny, mimo obowiązku wynikającego z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i ustawy o świadczeniach w związku z § 1 i 2 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych.

Ponadto w dwóch skontrolowanych jednostkach¹⁰⁰ w raportach z przeprowadzonych prac zespołu oceny przyjęć sporządzanych w cyklu comiesięcznym nie zawarto zapisów oceniających prowadzenie list oczekujących na świadczenia objęte kontrolą, mimo obowiązku wynikającego z art. 21 ust 4 ustawy o świadczeniach, który nakładał na zespół albo kierownika świadczeniodawcy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji; czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia; zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

W okresie objętym kontrolą jedynie do dwóch skontrolowanych świadczeniodawców¹⁰¹ wpłynęły łącznie trzy skargi związane z prowadzeniem list oczekujących i czasem oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, które zostały rozpatrzone pozytywnie przez świadczeniodawców poprzez ustanowienie nowych terminów wizyty i zabiegu.

Pacjentom przypominano o zbliżającym się terminie wykonania zabiegu

Większość skontrolowanych świadczeniodawców informowała pacjentów o zbliżającym się terminie wykonania zabiegu endoprotezoplastyki od dwóch do czterech tygodni przed przyjęciem na oddział ortopedyczny. Najczęściej kontaktowano się z pacjentami telefonicznie (ośmiu świadczeniodawców), a jeden świadczeniodawca przypominał listownie o zbliżającym się terminie wykonania zabiegu. O zbliżającym się terminie wykonania zabiegu nie przypominały dwa podmioty lecznicze (Sosnowiec, Warszawa). Kierownicy tych jednostek wyjaśnili, że nie ma potrzeby wielokrotnie przypominać pacjentom o terminie operacji, ponieważ oni doskonale znają termin zabiegu mając na uwadze, że stanowi to dla nich ważne życiowo wydarzenie, a kontakt telefoniczny z pacjentem był nawiązywany tylko w przypadku, jeśli jego wyniki badań odbiegały od normy. Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, które nie zgłosiły się na ustalony termin zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego w obu tych podmiotach, była nieistotna i znacznie niższa od średniej liczby osób skreślonych z listy oczekujących z tego powodu we wszystkich skontrolowanych podmiotach leczniczych.

⁹⁹ Opole.

¹⁰⁰ Rybnik, Sosnowiec.

¹⁰¹ Kościan, Sosnowiec.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Informacje wykazane na stronie internetowej NFZ¹⁰² o pierwszym wolnym terminie wykonania świadczeń: AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego były zgodne z terminami wynikającymi z systemów rejestracji pacjentów prowadzonych przez świadczeniodawców, z wyjątkiem jednego świadczeniodawcy, który nie przekazał do NFZ aktualnej informacji w tym zakresie w jednym z dwóch badanych terminów w trakcie kontroli¹⁰³.

Dyrektorzy skontrolowanych jednostek oraz personel w nich zatrudniony, tj. lekarze i pielęgniarki, wymienili następujące problemy związane z udzielaniem świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego:

- funkcjonujące limity świadczeń i nieprzewidywane zwiększenia przez NFZ tych limitów pod koniec roku utrudniające planowanie zabiegów w zwiększonym wymiarze (zwiększanie wartości umowy pod koniec roku kalendarzowego uniemożliwiające równomierne rozłożenie intensywności pracy w ciągu roku rozliczeniowego; obciążenie biurowe). Skutkuje to, według wyjaśnień dyrektorów tym, że pacjenci wzywani na zabiegi miesiąc lub dwa miesiące wcześniej tuż przed okresem świątecznym niechętnie się na nie decydują. Gdyby właściwy/rzeczywisty kontrakt znany był na początku roku, można byłoby znacznie lepiej wykorzystać zasoby szpitala;
- powszechnie występujący deficyt lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych ograniczający możliwości realizacji dodatkowych zabiegów z zakresu endoprotezoplastyk;
- nieadekwatna wycena świadczeń endoprotezoplastyki w stosunku do rzeczywistych kosztów udzielania tychże świadczeń, zwłaszcza rewizyjnych (wzrost kosztów wynikający z upływu czasu i względów rynkowych, wzrost kosztów wynikający ze zmian powszechnie obowiązujących przepisów prawa nie znajdujący odzwierciedlenia we wzroście wyceny świadczeń);
- nielimitowanie przez NFZ środków na świadczenia endoprotezoplastyki stawów umożliwiło wykonywanie tych zabiegów przez mniejsze ośrodki, co z kolei wpłynęło na zwiększony odsetek powikłań, ponieważ wykonywanie kilkudziesięciu tego rodzaju operacji rocznie, tj. jednej w tygodniu, nie pozwala utrzymać ani tym bardziej rozwinąć umiejętności zespołu operującego. Jeden z dyrektorów skontrolowanej jednostki wskazał, że jego zdaniem w związku z tym zjawiskiem, warunkiem kontraktowania przez NFZ planowanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego powinno być wykonanie co najmniej 100 zabiegów tego rodzaju w roku poprzedzającym (osobno dla stawu kolanowego i stawu biodrowego);
- rosnąca liczba zabiegów rewizyjnych po endoprotezoplastyce, co powoduje wydłużone hospitalizacje i rosnące koszty tych zabiegów, ponie-

Do NFZ przekazywano poprawne informacje o pierwszym wolnym terminie wykonania świadczenia

Problemy związane z udzielaniem świadczeń endoprotezoplastyki

¹⁰² <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

¹⁰³ W przypadku Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego im. Bogusława Frańczuka w Krakowie w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego stwierdzono, że 22 marca 2021 r. aktualne na moment przeprowadzania oględzin terminy przyjęć na te świadczenia dla przypadków stabilnych różniły się od danych wykazanych na stronie internetowej NFZ. Nieprzekazanie aktualnych informacji do NFZ było działaniem nierzetelnym i niezgodnym z art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- waż implanty potrzebne do takich zabiegów są dużo droższe, a chorzy są bardziej obciążeni. W związku z czym problemem jest wycena takich świadczeń;
- niedostateczna dostępność do realizacji świadczeń na bloku operacyjnym (niewystarczająca dostępność oddziałów do sal operacyjnych), co jest uwarunkowane posiadaną przez szpital infrastrukturą lokalową i techniczną oraz okresowymi problemami kadrowymi oraz sprzętowymi, z którymi boryka się szpital;
 - niezgłaszanie się części pacjentów na zaplanowane terminy wizyt w poradni i rezygnacje z hospitalizacji przy braku ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji przez pacjentów (przy kosztach gotowości oddziału i bloku operacyjnego), co z jednej strony powoduje niewykonanie świadczeń w ramach umowy zawartej przez szpital z NFZ, a ponadto jest przyczyną pogarszania się stanu zdrowia pacjentów;
 - brak możliwości wypracowania założonych w planie na I półrocze 2021 r. świadczeń Nielimitowanych, do których zaliczane są endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego;
 - duża rotacja personelu pielęgniarskiego ze względu na specyfikę pracy na oddziale wynikająca z zaawansowanego wieku pacjentów (często z objawami demencji), w związku z czym zapewnienie im właściwej opieki wymaga dodatkowego wysiłku, co zniechęca młode pielęgniarki do podjęcia pracy;
 - w związku z pandemią COVID-19 w niespotykanej skali problemy z niedoborami krwi niezbędnej do zabezpieczenia chorych przygotowujących do dużych zabiegów ortopedycznych;
 - brak finansowania przez NFZ kompleksowości działania, tj. objęcia pacjenta opieką nie tylko operacyjną, ale również przedoperacyjną, pooperacyjną w zakresie rehabilitacji, dietetyki, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, co umożliwiłoby uzyskanie lepszych efektów nie tylko w leczeniu dysfunkcji narządu ruchu, ale też w profilaktyce innych chorób jak otyłość, cukrzyca itp.

5.2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów

Fundusz podejmował działania na rzecz zapewnienia jakości wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki, jednak ich skuteczność była ograniczona. Sporządzony raport *Wskaźniki jakościowe w endoprotezoplastyce stawu biodrowego* przedstawiał jedynie sytuację w tym obszarze w 2018 r., natomiast nie określał pożądanych wartości wskaźników jakościowych. Ponadto do zakończenia kontroli, tj. 21 maja 2021 r., nie uruchomiono rejestru endoprotezoplastyk w formie określonej w *rozporządzeniu w sprawie rejestru endoprotezoplastyk*, który ma być istotnym elementem oceny skuteczności implantacji, prowadzenia analiz efektywności danych typów endoprotez, czy podnoszenia standardów leczenia.

Wprowadzenie dodatkowych warunków, jakie muszą spełniać świadczeniodawcy, pozwoliło ustabilizować liczbę świadczeniodawców i co za tym idzie, jakość wykonywanych zabiegów. W kontrolowanych jednostkach monitorowano jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki oraz starano się zapewnić odpowiednią jakość stosowanych protez.

5.2.1. NFZ

Od 1 stycznia 2018 r. podmioty lecznicze udzielające świadczeń gwarantowanych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego muszą spełniać dodatkowe warunki ich realizacji, które zostały określone w załączniku nr 4 lp. 32 w *rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ*. Dotyczą one przede wszystkim liczby wykonywanych zabiegów:

- w przypadku realizacji pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego – udokumentowanie wykonania rocznie co najmniej 60 totalnych alloplastyk stawu biodrowego, potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (nie dotyczy oddziałów dziecięcych);
- w przypadku realizacji pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego (całkowitej lub połowicznej) – udokumentowanie wykonania rocznie co najmniej 40 alloplastyk stawu kolanowego, potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (nie dotyczy oddziałów dziecięcych);
- w przypadku realizacji operacji rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego wymagających częściowej lub całkowitej wymiany endoprotezy również z koniecznością odtworzenia łożyska kostnego – udokumentowanie wykonania co najmniej 20 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego w okresie trzech lat, potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (nie dotyczy oddziałów dziecięcych).

W latach 2018–2019 najliczniejszą grupę świadczeniodawców wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego stanowiły podmioty wykonujące ponad 150 zabiegów rocznie. W tym czasie podmioty wykonujące mniej niż 75 zabiegów rocznie stały się najmniej liczną grupą świadczeniodawców w 2019 r., podczas gdy w 2017 r. była to druga najliczniejsza grupa. W 2020 r. nastąpił spadek liczby podmiotów, które wykonały powyżej 150 takich zabiegów, ale w dalszym ciągu była to najliczniejsza grupa podmiotów (117 świadczeniodawców).

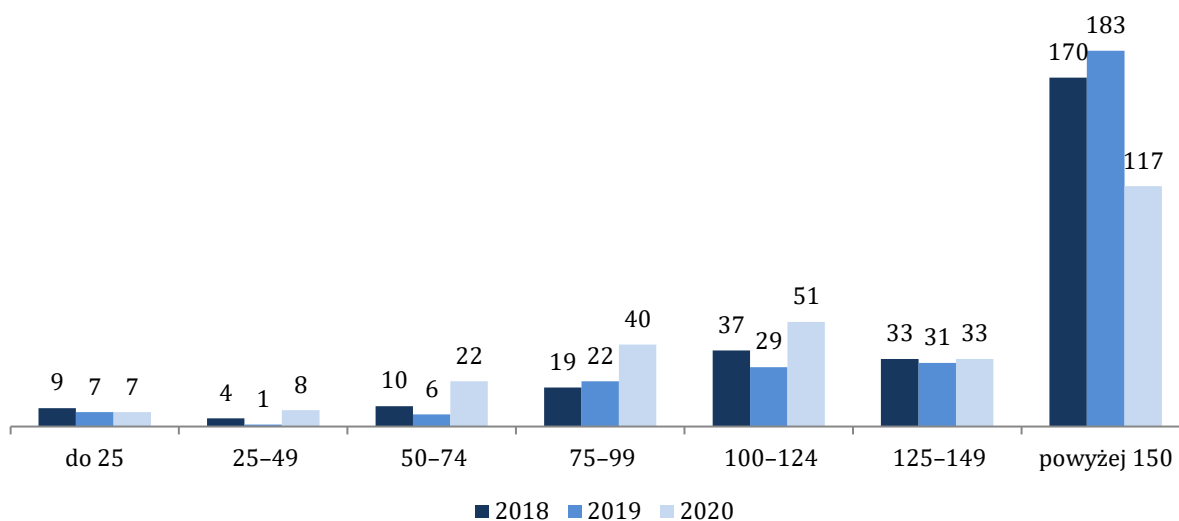
Podział świadczeniodawców ze względu na liczbę wykonanych w latach 2018–2020 endoprotezoplastyk stawu biodrowego przedstawia wykres nr 11.

Konieczność
spełnienia przez
świadczeniodawców
dodatkowych warunków

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 11

Podział świadczeniodawców ze względu na liczbę wykonanych w latach 2018–2020 endoprotezoplastyk stawu biodrowego



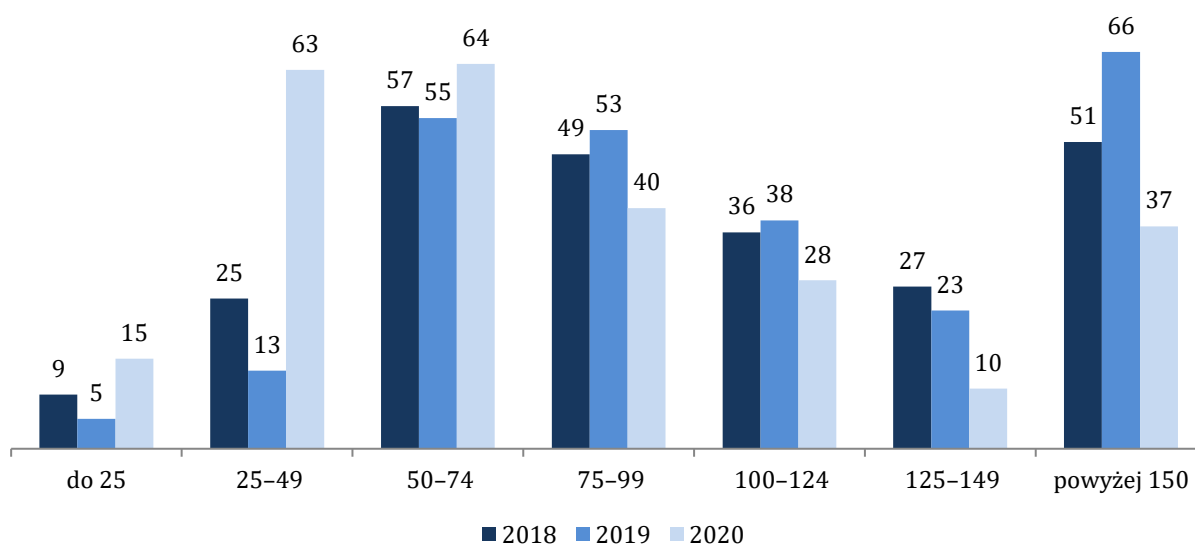
Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego najliczniejszą grupę świadczeniodawców stanowiły podmioty wykonujące mniej niż 75 zabiegów rocznie, jednak ich odsetek w latach 2018–2019 stopniowo malał i w 2019 r. liczba takich podmiotów tylko nieznacznie przewyższała liczbę podmiotów wykonujących powyżej 150 takich zabiegów rocznie. W 2020 r. podmioty wykonujące od 25 do 74 zabiegów należały do najliczniejszej grupy i stanowiły 49% ogółu świadczeniodawców.

Podział świadczeniodawców ze względu na liczbę wykonanych w latach 2018–2020 endoprotezoplastyk stawu kolanowego przedstawia wykres nr 12.

Wykres nr 12

Podział świadczeniodawców ze względu na liczbę wykonanych w latach 2018–2020 endoprotezoplastyk stawu kolanowego



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku endoprotez stawu biodrowego najczęściej stosowano protezy bezcementowe, a ich udział w ogólnej liczbie zastosowanych endoprotez stopniowo się zwiększał z 79% w 2017 r. do 84% w 2020 r. Najczęściej stosowano je u pacjentów w wieku od 20 do 69 lat (powyżej 90%). U starszych pacjentów odsetek zastosowanych endoprotez bezcementowych był mniejszy. W grupie wiekowej 70–79 był to jednak w dalszym ciągu najczęściej stosowany rodzaj protezy (od 76% w 2017 r. do 83% w 2020 r.). W grupie wiekowej powyżej 80 lat w 2017 r. najczęściej stosowane były protezy cementowe (50% przypadków wobec 44% zastosowanych endoprotez bezcementowych), a od 2018 r. endoprotezy bezcementowe (od 47% w 2018 r. do 53% w 2020 r. wobec odpowiednio 46% i 41% w przypadku cementowych). W przypadku endoprotez stawu kolanowego dominowały endoprotezy cementowe, które zastosowano w 2017 r. w 86% przypadków, a w 2020 r. w 89% przypadków. Bezcementowe endoprotezy stawu kolanowego stosowano częściej u najmłodszych pacjentów – w grupie wiekowej do 20 lat udział tych endoprotez w kolejnych latach od 2017 do 2020 r. wynosił odpowiednio 91%, 59%, 73% i 82%.

Typy stosowanych protez

Wraz ze wzrostem ogólnej liczby wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego (wzrost z 56 799 w 2017 r. do 59 677 w 2019 r.) oraz kolanowego (wzrost z 27 404 w 2017 r. do 33 401 w 2019 r.) rosły też liczby zabiegów rewizyjnych. W 2017 r. wykonano takich zabiegów w przypadku stawu biodrowego 4544 (8% ogólnej liczby zabiegów), a w 2019 r. 4861 (8,2%). W przypadku stawu kolanowego było to odpowiednio 1496 (5,5%) oraz 1904 (5,7%).

Liczba zabiegów rewizyjnych wzrastała

Koszty zabiegów rewizyjnych wyniosły w przypadku zabiegów endoprotezoplastyki biodra od 48 763,1 tys. zł w 2017 (6,4% kosztów wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego) do 50 673,5 tys. zł (5,8%), natomiast w przypadku stawu kolanowego było to odpowiednio 20 022,4 tys. zł (5,6% kosztów wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego) i 29 437,8 tys. zł (6,2%).

Najczęstszymi przyczynami rewizji endoprotezoplastyki stawu biodrowego były: mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów, zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu oraz mechaniczne powikłanie innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów.

W funkcjonującej bazie, która powstała w 2005 r., gromadzone były informacje dotyczące zabiegów pierwotnych i rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego, ramiennego, łokciowego oraz innych. Dane obejmowały m.in. informacje rozliczeniowe takie jak rok, miesiąc, nr umowy czy zakres świadczeń, informacje o świadczeniobiorcy, informacje o pobycie obejmujące takie dane jak daty przyjęcia i wypisu, operacji, miejsce udzielania świadczenia czy przyczyny udzielania świadczenia według kodów ICD-10, informacje dotyczące wpisu na listę oczekujących oraz o samej endoprotezoplastyce (rodzaj stawu, operacji, endoprotezy, alloplastyki, elementy wszczepu, wykonane procedury śródoperacyjne, powikłania i opis). Dane z CBE były wykorzystywane do przygotowywanej corocznie analizy dotyczącej realizacji świadczeń endoprotezoplastyki.

Rejestr endoprotezoplastyk

Nieprawidłowości

Prowadzona baza nie została dostosowana do wymagań *rozporządzenia w sprawie rejestru endoprotezoplastyk*. Do 30 kwietnia 2021 r.¹⁰⁴ Fundusz, jako podmiot prowadzący rejestr endoprotezoplastyk zgodnie z *rozporządzeniem w sprawie rejestru endoprotezoplastyk*, nie poinformował usługodawców o terminie, w którym dane i identyfikatory, które mają być przetwarzane w tworzonej bazie, powinny zostać przekazane po raz pierwszy, co było niezgodne z § 8 niniejszego *rozporządzenia*. NFZ powinien o tym poinformować świadczeniodawców w terminie do 30 czerwca 2020 r.

Dane gromadzone w CBE były wykorzystywane przez Fundusz w ograniczonym stopniu w celu poprawy jakości wykonywanych świadczeń. Baza była wykorzystywana przede wszystkim do dokonywania rozliczeń oraz prowadzenia przez Fundusz analiz statystycznych. Nie była ona w pełni funkcjonalna, ponieważ nie umożliwiała przeprowadzenia całościowej oceny jakości wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w kontekście jakości używanych implantów oraz stosowanych procedur. CBE nie przyczyniła się do analizy danych o powikłaniach oraz zabiegach rewizyjnych, mających istotny wpływ na określenie jakości i efektywności wykonanych zabiegów. Analizy danych oraz wnioski nie były przekazywane ośrodkom wykonującym te zabiegi oraz środowisku lekarskiemu. Tym samym nie został w pełni zrealizowany wniosek po kontroli NIK P/04/149 *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiana endoprotez stawu biodrowego* wskazujący, że centralny rejestr endoprotez powinien umożliwiać przeprowadzenie analiz dotyczących w szczególności jakości poszczególnych rodzajów i typów endoprotez oraz ich przeżywalności, powikłań pooperacyjnych, przyczyn wykonywanych rewizji, rzeczywistych potrzeb w zakresie implantacji.

Dane do bazy były wprowadzane tylko przez świadczeniodawców, którzy wykonywali zabiegi endoprotezoplastyki finansowane ze środków publicznych. NIK podkreśla, że aby zrealizować w pełni cele wprowadzenia rejestru endoprotezoplastyk, należy gromadzić w nim dane dotyczące wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki w kraju bez względu na sposób finansowania zabiegu. Ograniczenie podmiotów przekazujących dane do rejestru endoprotezoplastyk do świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie endoprotezoplastyki stawowej oraz jedynie takich usługodawców udzielających świadczeń komercyjnie, którzy wyrazili wolę przekazywania danych, nie pozwoli na pełną realizację celów, dla których rejestr endoprotezoplastyk miał zostać stworzony.

NIK zwraca uwagę, że światowe doświadczenia dotyczące tego typu rejestrów (np. Australian Registry Report, National Joint For England, czy Scottish Arthroplasty Project Report) wskazują, że rejestr endoprotezoplastyk powinien ułatwiać m.in. obserwację skuteczności implantacji, okresów użyteczności poszczególnych rodzajów i typów protez, prowadzenie analiz ich efektywności, czy podnoszenia standardów leczenia. Rejestr ma umożliwiać ocenę jakości zabiegów endoprotezoplastyki zarówno w kontekście oceny jakości używanych implantów, jak i jakości

¹⁰⁴ Termin zakończenia czynności kontrolnych w Centrali NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

stosowanych procedur, określić wskaźniki jakości i efektywności, a w konsekwencji wypromować optymalne i najbardziej korzystne praktyki i rozwiązania oraz najlepsze ośrodki.

5.2.2. Świadczeniodawcy

Większość skontrolowanych świadczeniodawców (ośmiu z 11) miało lub uzyskało w latach 2018–2020 akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia¹⁰⁵. Pozostałe trzy jednostki (Kołobrzeg, Płońsk, Warszawa), pomimo braku uzyskania certyfikatu akredytacyjnego, opracowały i wdrożyły niektóre z procedur, w tym m.in. określone standardem przyjmowania pacjentów na oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu (CO 1), postępowania przy przyjęciu (CO 6), otrzymywania kart informacyjnych przez pacjentów (CO 11).

Oddziały ortopedii i traumatologii narządu ruchu skontrolowanych świadczeniodawców spełniały w latach 2018–2020 większość dodatkowych warunków realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, które zostały określone w załączniku Nr 4 lp. 32 do *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ*, w tym w szczególności dotyczące:

- wydzielenia co najmniej dwóch sal chorych dla potrzeb ortopedii spośród sal urazowo-ortopedycznych;
- wykonania minimalnej, wymaganej liczby zabiegów pierwotnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego (60 całkowitych) i kolanowego (40 całkowitych lub połowicznych), a w przypadku realizacji operacji rewizyjnych po tym zabiegu – co najmniej 20 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego w okresie trzech lat, które zostały potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- udziału w zespole leczniczym co najmniej dwóch osób prowadzących fizjoterapię (dwa etaty);
- opracowania i stosowania procedur postępowania w przypadku profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej, profilaktyki antybiotykowej;
- zapewnienia koordynacji rehabilitacji leczniczej, wymaganej stanem świadczeniobiorcy, po zakończonym leczeniu szpitalnym w ramach własnej działalności świadczeniodawcy lub umowy z podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej.

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono, że sześciu świadczeniodawców nie spełniło wszystkich warunków realizacji tych świadczeń określonych w *rozporządzeniu*¹⁰⁶. Niezrealizowane wymogi dotyczyły

Akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Spełnianie warunków realizacji świadczeń endoprotezoplastyki

¹⁰⁵ Zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135) akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu, przy czym nie jest obowiązkiem dla podmiotów leczniczych.

¹⁰⁶ Dotyczyło to świadczeniodawców (w nawiasie podano łączną liczbę niespełnionych warunków z 11 określonych w *rozporządzeniu*): Kraków (2), Tarnów (1), Rybnik (2), Kościan (1), Kołobrzeg (2), Warszawa (1).

zarówno kwestii proceduralnych, tj. nieopracowania i stosowania procedur usprawnienia pooperacyjnego pacjenta (dwóch świadczeniodawców¹⁰⁷) oraz postępowania w przypadku powikłań septycznych (jeden świadczeniodawca¹⁰⁸), jak i niesporządzania (jeden świadczeniodawca¹⁰⁹) lub sporządzenia niewystarczających analiz zdarzeń niepożądanych (dwóch świadczeniodawców¹¹⁰) oraz niewykonania obowiązku przekazania tych analiz konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (sześć przypadków).

Zapewnienie odpowiedniej jakości stosowanych protez

W prowadzonych postępowaniach na zakup endoprotez świadczeniodawcy nie stosowali kryterium jakości przy ocenie złożonych ofert, gdyż elementy związane z jakością zamawianych protez znalazły swoje odzwierciedlenie w opisie przedmiotu zamówienia. Wszystkie szpitale objęte kontrolą wymagały certyfikatów wraz z oceną zgodności dla zakupywanych protez lub złożenia oświadczeń od sprzedawców, że posiadają niezbędne dokumenty dopuszczające zaoferowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z *ustawą o wyrobach medycznych*, które były zobowiązane przedłożyć Szpitalowi (zamawiającemu) na każde żądanie. Wykonawcy byli wówczas zobowiązani do przedstawienia w formie załącznika do umowy wymaganych prawem atestów/uzgodnień świadczących o dopuszczeniu do użytkowania w jednostkach służby zdrowia.

Rodzaje stosowanych protez

W zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego świadczeniodawcy stosowali w większości protezy bezcementowe – średni udział tych implantów w wykonanych zabiegach wynosił od 78% w 2017 r. do 84% w 2019 r. Protezy te stosowano głównie u pacjentów do 79. roku życia, a u starszych pacjentów (powyżej 79. r.ż.) stosowano również protezy cementowe (ich udział wynosił w latach 2018–2020 od 36% do 49%) i hybrydowe (od 3% w 2018 r. do 14% w 2020 r.)

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego największy udział miały protezy cementowe, tj. w przedziale od 84% do 91%, które były stosowane w większości we wszystkich grupach wiekowych pacjentów. Protezy bezcementowe stanowiły 4% w 2018 r., a ich udział zwiększył się w 2020 r. do 9%. Z kolei udział implantów hybrydowych w wykonanych zabiegach wynosił 11% w 2018 r. i zmniejszył się o 10 punktów procentowych w 2020 r.

¹⁰⁷ Kraków, Rybnik.

¹⁰⁸ Kołobrzeg.

¹⁰⁹ Regionalny Szpital w Kołobrzegu, którego Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2018–2020 nie prowadzono rejestru takich zdarzeń, a ewentualne komplikacje i trudności stwierdzone podczas hospitalizacji pacjentów były oceniane przez zespół lekarsko-pielęgniarski na bieżąco poprzez analizę przypadków w trakcie pobytu chorego w Oddziale lub niezwłocznie po pozyskaniu informacji lekarskiej po wizycie kontrolnej wypisanego pacjenta w Poradni Ortopedycznej.

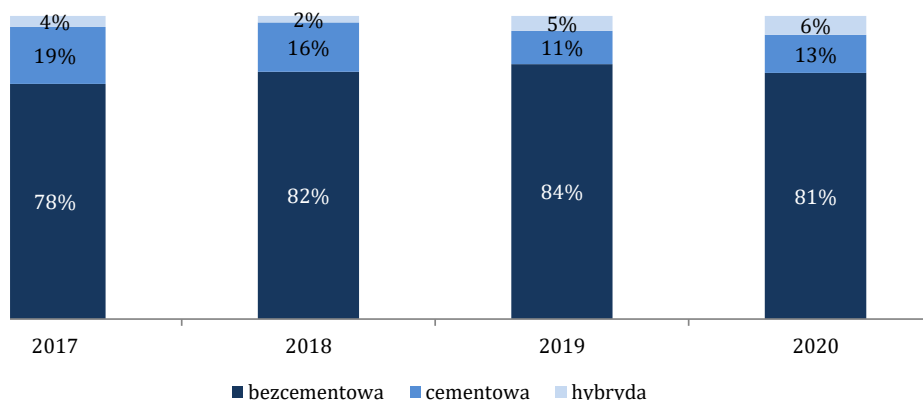
¹¹⁰ W przygotowanych analizach zdarzeń niepożądanych nie uwzględniono informacji na temat powikłań (uwzględniającej dane o procentowym współczynniku powikłań występujących w ciągu 7–90 dni po zabiegach oraz o procentowym współczynniku ponownych przyjęć w ciągu 30 dni po zabiegach (dwa przypadki), przyczyny zgonów (jeden przypadek), przedłużonych pobytów pacjentów na oddziale (jeden przypadek). Dotyczyło świadczeniodawców z Krakowa i Tarnowa.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rodzaje zastosowanych w latach 2017–2020 protez stawu biodrowego w skontrolowanych podmiotach leczniczych przedstawia wykres nr 13, a stawu kolanowego wykres nr 14.

Wykres nr 13

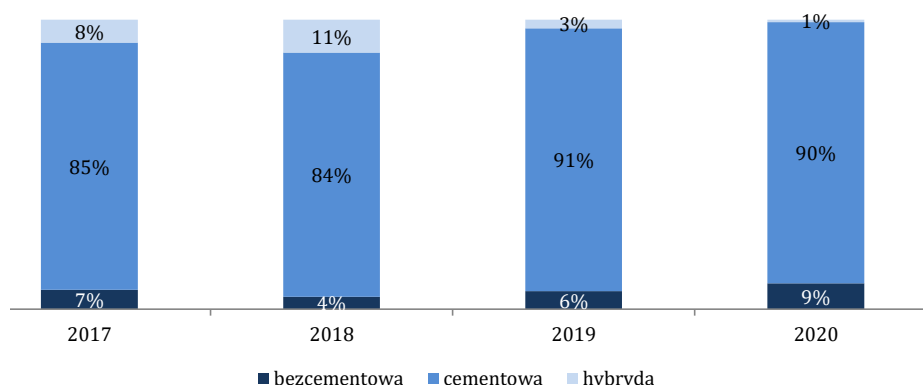
Rodzaje zastosowanych protez stawu biodrowego w skontrolowanych jednostkach w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Wykres nr 14

Rodzaje zastosowanych protez stawu kolanowego w skontrolowanych jednostkach w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Wszyscy świadczeniodawcy monitorowali jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego poprzez:

- przeprowadzanie analiz zdarzeń niepożądanych zgodnie z obowiązującymi procedurami, w tym z uwzględnieniem analizy zgonów pacjentów, przyczyn przedłużonego pobytu pacjenta oraz przyczyn powikłań (w 10 z 11 skontrolowanych szpitalach przynajmniej raz w roku sporządzono pisemną analizę)¹¹¹;

Świadczeniodawcy monitorowali jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki

¹¹¹ Zobacz przypis nr 25.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- analizowanie każdego przeprowadzonego zabiegu endoprotezoplastyki, ocenę kontrolnych radiogramów oraz przeprowadzanie wizyt kontrolnych pacjentów, podczas których oceniano gojenie się ran oraz postępy w rehabilitacji pooperacyjnej;
- dokonywanie analiz przyczyn zabiegów rewizyjnych. Najczęstsze przyczyny to zwichnięcia protezy, wystąpienie infekcji oraz obluzowań, złamania około protezowe.

Dobre praktyki

W **Specjalistycznym Szpitalu im E. Szczeklika w Tarnowie** jakość wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego była dodatkowo określana procentowo jako stosunek liczby zdarzeń niepożądanych do liczby wykonanych zabiegów w danym roku. Szpital określił w swojej Polityce Jakości dopuszczalny wskaźnik na poziomie 4%, a w monitorowanym okresie wskaźnik ten nie został osiągnięty, co świadczy o dobrej jakości wykonywanych zabiegów.

W okresie od 2017 r. do 2020 r. wskaźniki dla zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego kształtowały się następująco:

- endoprotezoplastyka stawu biodrowego: 2,3%; 1,3%; 1,11%; 1,6%;
- endoprotezoplastyka stawu kolanowego: 1,05%; 0,9%; 0,42%; 0,6%.

W szpitalach w **Gryficach, Kołobrzegu, Kościanie, Krakowie, Opolu, Pleszewie** prowadzono statystyki dotyczące liczby zabiegów rewizyjnych wykonanych u pacjentów, u których endoprotezoplastykę pierwotną wykonał inny świadczeniodawca, które u pięciu świadczeniodawców wskazywały na istotny udział takich przypadków w liczbie zabiegów rewizyjnych ogółem (np. w 2020 r. udział takich zabiegów rewizyjnych wynosił: 25% w Kołobrzegu, 40% w Pleszewie, 43% w Krakowie, 53% w Kościanie, 66% w Opolu).

W żadnym z 11 skontrolowanych podmiotów nie wystąpiły w latach 2018–2020 przypadki zgłoszenia incydentów medycznych związanych ze stosowanymi przez świadczeniodawcę implantami stawów, o których mowa w art. 74 ustawy o wyrobach medycznych. Pacjenci zgłoszyli łącznie w okresie objętym kontrolą osiem skarg związanych z wykonaniem endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w dwóch skontrolowanych podmiotach, które zostały uznane za niezasadne¹¹².

W okresie objętym kontrolą jedynie wobec trzech świadczeniodawców (Kraków, Opole, Rybnik) toczyło się łącznie sześć postępowań przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych związanych z wykonanymi zabiegami endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, w tym tylko w jednym przypadku uznano zdarzenie medyczne, przy czym szpital (Kraków) zgłosił w 2020 r. wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Również skala postępowań sądowych wobec świadczeniodawców związanych z wykonanymi zabiegami była nieistotna. W latach 2018–2020 r. toczyło się łącznie dziewięć postępowań wobec czterech szpitali (Kraków,

¹¹² Jedna ze skarg złożonych w szpitalu w Sosnowcu nie została rozstrzygnięta do dnia zakończenia czynności kontrolnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rybnik, Sosnowiec, Tarnów), z czego rozstrzygnięte zostały trzy postępowania, w tym jedno na korzyść pacjenta¹¹³.

Badania ankietowe satysfakcji pacjentów oraz ich ocena zostały przeprowadzone przynajmniej raz w latach 2018–2020 w 10 z 11 skontrolowanych jednostek¹¹⁴. Wyniki przeprowadzonych ankiet dotyczące oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu były wykorzystane m.in. do opracowania i wdrożenia procedury dotyczącej leczenia bólu przewlekłego, wprowadzenia w oddziale formularza świadomej zgody na zabieg diagnostyczny stwarzający podwyższone ryzyko dla pacjenta dotyczący wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego będący jednocześnie dodatkowym źródłem informacji dla pacjenta o planowanym zabiegu, a także zmodyfikowania jadłospisów, zwiększenia nacisku na udzielanie informacji pacjentowi oddziału, w szczególności na temat trybu składania skarg i wniosków, diety i życia w warunkach domowych, zwiększenia liczby lekarzy zatrudnionych na oddziale ortopedycznym oraz ich dostępności dla pacjentów celem poprawy warunków ich leczenia oraz ograniczenia przepracowania personelu medycznego.

Prowadzenie ocen opinii pacjentów

Dobra praktyka

W Szpitalu Wojewódzkim w Opolu Sp. z o.o., poza badaniem opinii pacjentów oraz sporządzaniem informacji w tym zakresie, za każde półrocze okresu objętego kontrolą były sporządzane analizy monitorowania procedury dotyczącej opieki kompleksowej nad pacjentem zakwalifikowanym do endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w których na podstawie ankiet wypełnionych przez pacjentów oddziału ortopedycznego uzyskiwano informacje dotyczące m.in.: oceny lekarza anestezjologa i lekarza ortopedy przy przyjęciu na oddział, zapoznania z topografią oddziału, regulaminem oraz Kartą Praw Pacjenta, otrzymania jasnej i zrozumiałej informacji o czekającym pacjenta zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, skuteczności leczenia bólu, kontaktu z lekarzem prowadzącym i otrzymania informacji o leczeniu podczas pobytu na Oddziale, a także oceny całości leczenia. Każdorazowo po zebraniu informacji od pacjentów były formułowane wnioski, w których porównywano wyniki aktualnych badań z wynikami badań poprzednich. Analizy były przedstawiane m.in. pracownikom medycznym i ordynatorowi Oddziału.

W oparciu o analizy zmieniono sposób przekazywania informacji rodzinom pacjenta o jego hospitalizacji – od 2019 r. informacje na ten temat przekazywane są w wydzielonym pomieszczeniu, a ordynator oddziału przedstawia pacjentowi lekarza ortopedę sprawującego nad nim opiekę, a pielęgniarka oddziałowa właściwą pielęgniarkę.

Świadczeniodawcy przekazywali pacjentom informacje dotyczące przygotowania się do zabiegu endoprotezoplastyki. Edukacja w tym zakresie była zapewniona zazwyczaj podczas wizyty kwalifikacyjnej zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej (karta kwalifikacyjna lub broszury informacyjne oraz instrukcje opisowo-graficzne). W jednym ze skontrolowanych pod-

Zapewnienie edukacji pacjenta oraz jego najbliższych na każdym etapie opieki

¹¹³ Przedmiotem roszczenia było uszkodzenie w toku wykonywania zabiegu tętnicy podkolanowej. W konsekwencji konieczna była amputacja kończyny dolnej lewej powyżej kolana. Kwota zasądzona wyrokiem Sądu Okręgowego w Gliwicach wyniosła 150 tys. zł (plus odsetki i koszty sądowe), a należność w całości wypłać ubezpieczyciel.

¹¹⁴ Badań ankietowych nie przeprowadzono w szpitalu w Warszawie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

miotów nie zapewniono instruktażu w wersji papierowej dotyczącego przygotowania się pacjenta do zabiegu (Warszawa), gdyż zdaniem kierownika tej jednostki pacjenci mieli możliwość na bieżąco wyjaśnić wszelkie wątpliwości dotyczące swojego stanu zdrowia oraz czekającego ich postępowania medycznego, a ponadto otrzymywali możliwość kontaktu telefonicznego w przypadku pojawiających się pytań oraz wątpliwości odnośnie zaplanowanego zabiegu.

Informacje dotyczące przebiegu zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego oraz pobytu na oddziale ortopedycznym, w tym informacje o sposobie postępowania po operacji, były przekazywane pacjentom podczas przyjęcia na oddział ortopedyczny m.in. w dokumencie wyrażenia zgody przez pacjenta na zabieg, indywidualnym planie opieki. Formę pisemną zachowało 10 z 11 skontrolowanych jednostek, a w jednym podmiocie leczniczym informacje o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu były przekazywane ustnie, tj. rehabilitanci przeprowadzali indywidualne rozmowy z każdym z pacjentów odnośnie ułożenia na łożku, siadania, pionizacji, nauki chodzenia o kulach, bądź przy balkoniku.

Przy wypisie z oddziałów ortopedycznych pacjentom skontrolowanych jednostek zapewniono również informacje dotyczące dalszego postępowania, a także instrukcje wykonywania ćwiczeń w domu zawierające m.in. elementy graficzne.

Brak materiałów edukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin na stronach internetowych świadczeniodawców

W okresie objętym kontrolą skontrolowani świadczeniodawcy nie udostępniali na swoich stronach internetowych, w części przeznaczonych dla pacjentów i ich rodzin, informacji dotyczących przygotowania się do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, jego przebiegu, pobytu na oddziale po zabiegu, a także postępowania po wypisie ze szpitala w formie zaleceń oraz instrukcji wykonywania ćwiczeń w domu, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

W sprawie przyczyn braku zapewnienia pacjentom i członkom ich rodziny dostępu do takich informacji dyrektorzy szpitali wyjaśnili m.in., że na stronie internetowej zamieszczono ogólną informację dotyczącą przyjęcia i pobytu pacjenta w placówce, która jest uniwersalna dla każdego oddziału, a oprócz standardowo przekazywanych materiałów edukacyjnych w formie ustnej i pisemnej, pacjenci byli informowani w formie ustnej i pisemnej o sposobie przygotowania do operacji w przypadku takich schorzeń jak np. cukrzyca, nadkrzepliwość, nadwaga, leczenie hormonalne, nadciśnienie itp. Zakres przekazywanej informacji był dostosowany do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta i wyjaśniany podczas wizyt kwalifikacyjnych, uzyskiwania zgody na zabieg, przy przyjęciu do szpitala oraz przy wypisie z oddziału.

Zdaniem NIK zapewnienie pacjentom i rodzinom wszechstronnej edukacji i informacji pozwala przygotować się do zabiegu oraz powrócić do zdrowia i sprawności po wykonanym zabiegu. Zdecydowana większość pacjentów, u których wykonywane były zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, to osoby w wieku powyżej 60. roku życia (w skontrolowanych podmiotach pacjenci w tej grupie wiekowej stanowili 93% w przypadku operacji stawu biodrowego oraz 79% w przypadku

stawu kolanowego). Czas oczekiwania na zabieg jest długi i w wielu przypadkach przekraczał 6 miesięcy. Przekazywanie informacji w formie ustnej i w wersji papierowej, a nie zamieszczenie ich na stronie internetowej, powoduje, że w przypadku zgubienia lub zniszczenia broszury, pacjent lub jego rodzina nie mają swobodnego dostępu do takich informacji na każdym etapie leczenia. Skutkuje to poszukiwaniem wiedzy na własną rękę i pozyskiwaniem jej często z niewiarygodnych źródeł, a co za tym idzie nieosiągnięciem optymalnych rezultatów po wykonanych zabiegach endoprotezoplastyki oraz może powodować zwiększenie liczby powikłań.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z definicją określoną w art. 5 pkt 40 *ustawy o świadczeniach* świadczenie zdrowotne jest to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia. Także na podstawie art. 9 ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta* pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania. Edukacja pacjenta jest istotnym elementem procesu leczenia. Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji i zasadniczo poprawia efektywność leczenia.

Jeden z 11 skontrolowanych świadczeniodawców w trakcie kontroli uzupełnił swoją stronę internetową w zakresie edukacji pacjenta o instruktaże dla pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego¹¹⁵, a w ramach realizacji wniosków pokontrolnych podmiot ten uzupełnił stronę internetową również o materiały informacyjne dotyczące przygotowania pacjenta do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, przebiegu zabiegu oraz pobytu na oddziale. Ponadto jeden świadczeniodawca zrealizował wniosek pokontrolny w tym przedmiocie, zamieszczając materiały informacyjne dotyczące zabiegów endoprotezoplastyki na swojej stronie internetowej¹¹⁶.

5.3. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego

NFZ zwiększał środki przeznaczone na rehabilitację w latach 2018–2020 oraz wdrożył działania zmierzające do ograniczenia kolejek, w szczególności dotyczące wyeliminowania wielokrotnych wpisów na to samo świadczenie u różnych świadczeniodawców. Działania NFZ nie pozwoliły jednak na wystarczające skrócenie czasów oczekiwania na te świadczenia. NIK zwraca uwagę, że w 2020 r. nastąpiło znaczne ograniczenie dostępności do świadczeń rehabilitacji wynikające z wprowadzanych ograniczeń w udzielaniu świadczeń rehabilitacji w związku z epidemią COVID-19.

Szpital w latach 2018–2019 zrealizowały świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i w oddziale dzien-

¹¹⁵ Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Bogusława Frańczuka w Krakowie.

¹¹⁶ Specjalistyczny Szpital im E. Szczeklika w Tarnowie.

nym na zaplanowanym poziomie w umowach z Funduszem lub za kwoty wyższe. Średni czas oczekiwania na te świadczenia dla przypadków stabilnych wzrósł w większości skontrolowanych jednostek.

5.3.1. NFZ

Plany zakupu świadczeń rehabilitacji

W latach 2018–2020 plan zakupu świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych¹¹⁷ i w oddziałach dziennych¹¹⁸ systematycznie rósł w skali kraju oraz w poszczególnych województwach, jednak wystąpiły przypadki, kiedy plan na kolejny rok był nieznacznie niższy niż plan na rok poprzedni. Planowane środki na zakup świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w skali kraju wynosiły w 2018 r. 455 339,4 tys. zł, a na 2020 r. planowano wydatkowanie 606 318,6 tys. zł (wzrost o 33% w stosunku do 2018 r.). Analogicznie w przypadku planu zakupu świadczeń rehabilitacji na oddziałach dziennych nastąpił wzrost planowanych środków z poziomu 212 938,2 tys. zł w 2018 r. do poziomu 269 153,7 tys. zł w 2020 r. (wzrost o 26%). Zmniejszenie planu zakupów świadczeń rehabilitacji na kolejny rok w stosunku do roku poprzedniego w warunkach stacjonarnych wystąpiło w 2018 r. w województwach małopolskim (o 2%) i podlaskim (o 1%), a w 2020 r. w wielkopolskim (o 11%), a w oddziałach dziennych w 2018 r. w województwach lubelskim (o 2%), lubuskim (o 1%), łódzkim (o 2%), warmińsko-mazurskim (o 3%) i wielkopolskim (o 3%) oraz w 2020 r. w województwie lubuskim (o 9%)¹¹⁹.

Wykonanie świadczeń rehabilitacji

Na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wydatkowano 513 755,6 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 12% w porównaniu do roku poprzedniego), 563 407,9 tys. zł w 2019 r. (wzrost o 10%) oraz 379 834,5 tys. zł w 2020 r. (spadek o 33%). Na świadczenia rehabilitacji na oddziałach dziennych wydatkowano 239 968,3 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 9%), 276 322,4 tys. zł w 2019 r. (wzrost o 15%) i 201 411,8 tys. zł w 2020 r. (spadek o 27%).

Realizacja planu zakupu świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym w latach 2018–2019 w skali kraju przekraczała wartości ujęte w planie ostatecznym¹²⁰. W przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wykonanie planu wyniosło 113% w 2018 r. i 109% w 2019 r., a w przypadku rehabilitacji w oddziale dziennym odpowiednio 113% i 114%. Ze względu na epidemię COVID-19 wykonanie planu zakupu tych świadczeń było znacznie niższe w 2020 r. od zaplanowanego i wyniosło odpowiednio 63% i 75%.

¹¹⁷ Uwzględniono następujące zakresy świadczeń: 05.4300.200.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, 05.4300.300.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, 05.4300.500.02, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, 05.4301.300.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci.

¹¹⁸ Uwzględniono następujące zakresy świadczeń: 05.2300.022.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, 05.2300.522.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, 05.2301.022.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci.

¹¹⁹ Na podstawie danych z Centrali NFZ.

¹²⁰ Pierwotny plan bez wprowadzonych zmian dokonywanych w trakcie roku.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Środki finansowe wydatkowane na rehabilitację w warunkach stacjonarnych w latach 2018–2020 oraz dynamikę zmian (r/r) w poszczególnych województwach przedstawia tabela nr 2.

Tabela nr 2

Środki finansowe wydatkowane na rehabilitację w warunkach stacjonarnych w latach 2018–2020 oraz dynamika zmian w poszczególnych województwach (w tys. zł)

OW NFZ	2018	2019	2020	Dynamika (%)		
				2018/2017	2019/2018	2020/2019
Dolnośląski	54 854	58 437	45 602	107	107	78
Kujawsko-Pomorski	19 241	21 534	16 993	137	112	79
Lubelski	22 662	24 892	16 354	108	110	66
Lubuski	12 567	13 139	9 935	111	105	76
Łódzki	26 730	29 275	19 705	105	110	67
Małopolski	53 727	58 705	42 843	111	109	73
Mazowiecki	66 210	74 533	49 096	109	113	66
Opolski	10 926	12 708	7 137	107	116	56
Podkarpacki	18 178	19 667	14 101	114	108	72
Podlaski	9 518	9 759	6 280	98	103	64
Pomorski	31 036	34 166	22 762	137	110	67
Śląski	69 381	75 094	46 028	118	108	61
Świętokrzyski	32 668	35 687	20 583	107	109	58
Warmińsko-Mazurski	18 436	21 624	10 585	104	117	49
Wielkopolski	43 174	47 604	33 095	106	110	70
Zachodniopomorski	24 448	26 583	18 737	113	109	70
RAZEM ODDZIAŁY	513 756	563 408	379 834	112	110	67

Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Średni koszt leczenia¹²¹ w skali kraju w rodzaju rehabilitacja w warunkach stacjonarnych wynosił od 3776 zł w 2018 r. do 4080 zł w 2019 r. W 2020 r. nastąpił spadek średniego kosztu leczenia do 3888 zł. W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym średni koszt wyniósł od 1319 zł w 2018 r. do 1410 zł w 2019 r., a w 2020 r. spadł do 1265 zł¹²².

Średnie koszty leczenia

¹²¹ Obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni objęci opieką.

¹²² Z uwagi na brak wyceny produktów w rehabilitacji leczniczej przez AOTMiT do określenia wagi punktowej produktu wykorzystywano funkcjonujące produkty rozliczeniowe wskazane w zarządzeniu nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Prezes NFZ wystąpił 29 maja 2020 r. do Prezesa AOTMiT z prośbą o rozważenie przeprowadzenia analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w celu ustalenia nowej wyceny świadczeń. Prośbę uzasadniał licznymi wnioskami podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza, środowisk z nimi związanych oraz Krajowej Izby Fizjoterapeutów, którzy wskazywali, że rzeczywiste koszty ponoszone przez nich związane z realizacją świadczeń rehabilitacyjnych oraz koszty utrzymania personelu i lokalu są wyższe niż stawki refundowane. Zwracali oni też uwagę, że w okresie epidemii koszty te dodatkowo wzrosły ze względu na konieczność zaopatrzenia placówek w dodatkowe duże ilości środków dezynfekcyjnych, dodatkowe środki higieny ogólnej, czy też przeorganizowanie działalności przychodni w odpowiedzi na wdrożony reżim sanitarny. Prezes NFZ we wniosku do Prezesa AOTMiT przytoczył też argument przedstawiany przez wskazane podmioty, iż brak zmiany wyceny tych świadczeń, *może skutkować koniecznością redukcji zatrudnienia lub nawet zakończenia prowadzenia działalności niektórych podmiotów, co znacznie ograniczy dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych oraz wydłuży kolejki oczekujących, które obecnie są już długie.* Prezes NFZ ponowił ten wniosek do Prezesa AOTMiT 17 czerwca 2020 r. i dodatkowo skierował go do wiadomości Ministerstwa Zdrowia. 31 lipca 2020 r. uzyskał odpowiedź od AOTMiT wskazującą, że prace nad wyceną przedmiotowych świadczeń zostaną wznowione niezwłocznie po reorganizacji koszyka świadczeń gwarantowanych przez Ministra Zdrowia. Następnie, 20 listopada 2020 r., Fundusz zwrócił się w tej sprawie bezpośrednio do Ministerstwa Zdrowia i do dnia zakończenia kontroli nie otrzymał odpowiedzi w tej sprawie.

Liczba oczekujących oraz czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji

W latach 2018–2019 liczba pacjentów oczekujących na rehabilitację w warunkach stacjonarnych spadła w przypadkach stabilnych z poziomu 214 638 w 2017 r. do 195 516 w 2019 r. (spadek o 9%). W przypadkach pilnych nastąpił spadek liczby oczekujących z poziomu odpowiednio 37 886 do poziomu 34 744 (spadek o 8%). W 2020 r., kiedy ograniczono dostępność rehabilitacji leczniczej z uwagi na pandemię COVID-19, nastąpił wyraźny spadek liczby oczekujących do poziomu odpowiednio 166 188 (spadek o 15% w stosunku do 2019 r.) oraz 28 962 (spadek o 17% w stosunku do 2019 r.). Równoległe do spadku liczby oczekujących na rehabilitację w warunkach stacjonarnych rosła liczba oczekujących na świadczenia udzielane na oddziałach dziennych. W 2017 r. liczba oczekujących na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w przypadkach stabilnych wynosiła 80 715 osób, a w 2019 r. 85 601 (wzrost o 6%). W przypadkach pilnych w 2017 r. oczekiwało 15 748 osób, a w 2019 r. 19 658 (wzrost o 25%). Podobnie jak w przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2020 r. nastąpił znaczny spadek liczby oczekujących do poziomu 59 404 w przypadkach stabilnych (spadek o 31% w stosunku do 2019 r.) oraz 16 478 w przypadkach pilnych (spadek o 16% w stosunku do 2019 r.).

W okresie objętym kontrolą najwięcej pacjentów (przypadki stabilne) oczekiwało na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w województwach dolnośląskim, małopolskim i śląskim. Liczba oczekują-

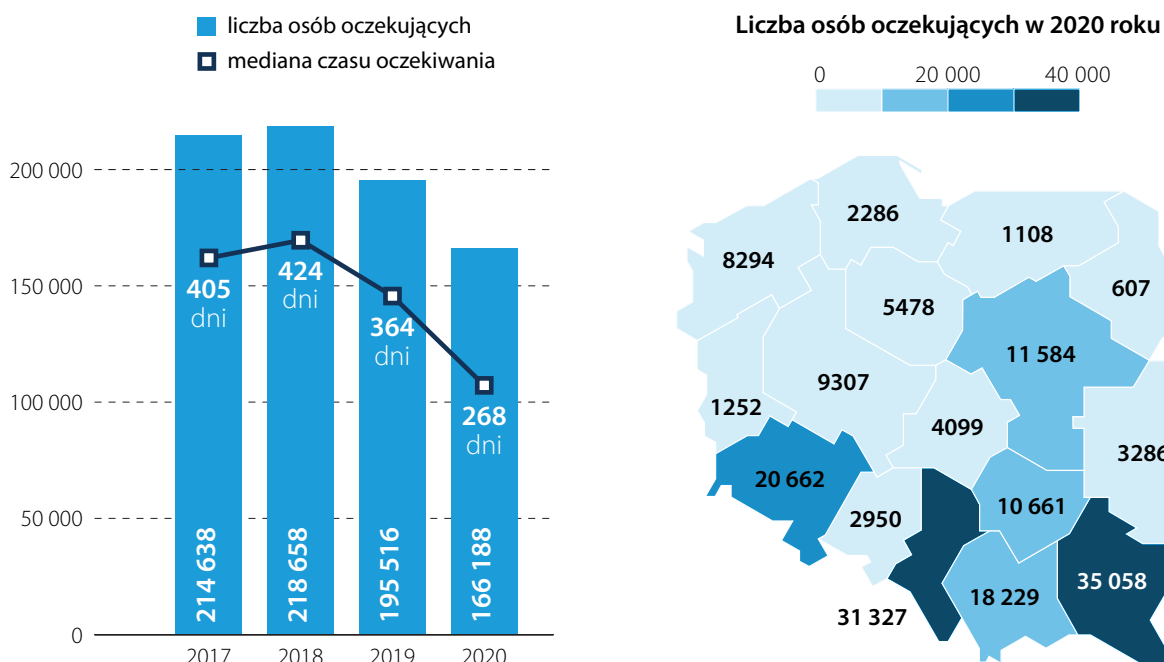
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

cych pacjentów przekraczała w każdym roku 15 tys. i wynosiła od 18 229 w 2020 r. w województwie małopolskim do 48 808 w 2018 r. w województwie śląskim. Najmniejszą liczbę oczekujących pacjentów odnotowano w województwach lubuskim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim. W każdym roku ich liczba nie przekraczała 3 tys. i wynosiła od 607 w 2020 r. w województwie podlaskim do 2949 w 2018 r. w województwie pomorskim. Tylko w województwie podkarpackim liczba oczekujących pacjentów rosła w każdym roku objętym kontrolą w porównaniu do roku poprzedniego.

Liczbę osób oczekujących oraz medianę czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (przypadki stabilne) w latach 2017–2020 przedstawia infografika nr 13.

Infografika nr 13

Liczba osób oczekujących oraz mediana czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (przypadki stabilne) w latach 2017–2020



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, liczba oczekujących pacjentów (przypadki stabilne) wzrastała w każdym roku w przypadku pięciu świadczeniodawców, tj. 4% wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach.

W przypadku rehabilitacji na oddziałach dziennych najwięcej pacjentów (przypadki stabilne) oczekiwało w województwach małopolskim i mazowieckim. Liczba oczekujących pacjentów przekraczała w każdym roku 10 tys. i wynosiła od 12 878 w 2020 r. w województwie małopolskim do 18 936 w 2019 r. w województwie mazowieckim. Najmniejszą liczbę oczekujących pacjentów odnotowano w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, podlaskim i pomorskim. W każdym roku ich liczba nie przekraczała 2 tys. i wynosiła od 186 w 2020 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w województwie lubuskim do 1763 w 2018 r. w województwie dolnośląskim. W latach 2018–2019 liczba oczekujących pacjentów rosła w porównaniu do roku poprzedniego w ośmiu województwach, tj. dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podlaskim, śląskim i warmińsko-mazurskim.

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce¹²³

Czas oczekiwania na rehabilitację (przypadki stabilne) po zabiegach endoprotezoplastyki zależy od decyzji lekarza. Rehabilitacja powinna rozpocząć się od **6 tygodni (42 dni) do 3 miesięcy (90 dni)**¹²⁴ po wykonanym zabiegu.

W przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, wraz z sukcesywnym spadkiem liczby oczekujących, skróceniu ulegał też czas oczekiwania na świadczenia, niemniej jednak we wszystkich województwach, z wyjątkiem podkarpackiego w latach 2019–2020, średni czas oczekiwania przekraczał trzy miesiące.

W skali kraju średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wynosił w 2018 r. 499 dni (bez zmian w porównaniu do roku poprzedniego), w 2019 r. – 455 dni (spadek o 9%) i w 2020 r. – 410 dni (spadek o 10%). W przypadkach pilnych wynosił 78 dni w 2018 r. (spadek o 8%), 77 dni w 2019 r. (spadek o 1%) i 63 dni w 2020 r. (spadek o 18%). Mediana czasu oczekiwania wynosiła 424 dni w 2018 r. w przypadkach stabilnych (wzrost o 5%) i 46 dni w przypadkach pilnych (spadek o 6%), 364 dni i 44 dni w 2018 r. (spadek o 14% i 4%) oraz 268 dni i 34 dni w 2020 r. (spadek o 26% i 23%). W przypadku 75% pacjentów (przypadki stabilne) czas oczekiwania nie przekraczał 698 dni w 2018, 690 dni w 2019 r. oraz 648 dni w 2020 r.

Najkrócej na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych pacjenci (przypadki stabilne) czekali w dwóch województwach, tj. podkarpackim (od ponad 9 miesięcy w 2018 r. do prawie 3 miesięcy w 2020 r.) oraz warmińsko-mazurskim (od ponad 8 miesięcy w 2018 r. do ponad 5 miesięcy w 2020 r.)¹²⁵. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania w każdym roku objętym kontrolą, tj. ponad dwa lata, odnotowano w dwóch województwach, tj. dolnośląskim i śląskim¹²⁶. W latach 2018–2019 średni czas oczekiwania wzrastał tylko w jednym województwie, tj. podlaskim, a mediana w świętokrzyskim. W 2020 r. średni czas oczekiwania wzrósł w czterech województwach w porównaniu do 2019 r., tj. dolnośląskim o 36%, śląskim o 2%, wielkopolskim o 22% i zachodniopomorskim o 16%, a mediana w trzech, tj. dolnośląskim o 36%, wielkopolskim o 8% i zachodniopomorskim o 68%.

¹²³ Zobacz infografika nr 1.

¹²⁴ Przyjęto założenie, że jeden miesiąc liczy 30 dni.

¹²⁵ Mediana czasu oczekiwania wynosiła w województwie podkarpackim od ponad 6 miesięcy w 2018 r. do prawie 2 miesięcy w 2020 r., a w warmińsko-mazurskim od prawie 8 miesięcy w 2018 r. do prawie 4 miesięcy w 2020 r.

¹²⁶ Mediana czasu oczekiwania przekraczająca 2 lata w każdym roku objętym kontrolą nie wystąpiła w żadnym województwie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym wraz z sukcesywnym wzrostem liczby oczekujących zwiększeniu, w latach 2018–2019, ulegał też czas oczekiwania na świadczenia. Średni czas oczekiwania pacjentów w 2018 r. wynosił 166 dni (przypadki stabilne) i 49 dni (przypadki pilne), w 2019 r. odpowiednio 184 i 59 dni (wzrost o 11% i o 20% r/r), a w 2020 r. 169 i 57 dni (spadek o 8% i o 3% r/r). Mediana czasu oczekiwania w 2018 r. wyniosła odpowiednio 112 dni i 18 dni, w 2019 r. 125 dni i 27 dni, a w 2020 r. 115 dni i 26 dni. W przypadku 75% pacjentów (przypadki stabilne) czas oczekiwania nie przekraczał 253 dni w 2018, 257 dni w 2019 r. oraz 237 dni w 2020 r.

Najkrócej na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym pacjenci (przypadki stabilne) czekali w trzech województwach, tj. lubelskim (od prawie 4 miesięcy w 2018 r. do ponad 3 miesięcy w 2020 r.), lubuskim (ok. 3 miesięcy w 2018 r. i w 2020 r.) oraz pomorskim (od ponad 3 miesięcy w 2018 r. do ponad 4 miesięcy w 2020 r.). Najdłuższe średnie czasy oczekiwania w każdym roku objętym kontrolą, tj. ponad 6 miesięcy, odnotowano w pięciu województwach, tj. małopolskim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim. W latach 2018–2019 średni czas oczekiwania wzrastał w pięciu województwach, tj. lubelskim, lubuskim, opolskim, pomorskim i śląskim, a mediana w sześciu, tj. dolnośląskim, lubelskim, małopolskim, opolskim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. W 2020 r. średni czas oczekiwania wzrósł w czterech województwach w porównaniu do 2019 r., tj. łódzkim o 3%, podlaskim o 9%, śląskim o 10%, i świętokrzyskim o 7%, a mediana w trzech, tj. opolskim o 21%, podlaskim o 58% i śląskim o 23%.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że wpływ na wzrost liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na rehabilitację miało dodanie w 2018 roku nowego zakresu świadczeń dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Zwrócił uwagę, że objęcie wsparciem tych osób, tj. bezlimitowego finansowania oraz udzielania im świadczeń poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, przyczyniło się do wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenie dla innych grup pacjentów.

W latach 2018–2020 w województwach, w których prowadzono czynności kontrolne, średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) wzrastał w każdym roku w przypadku 17 świadczeniodawców, tj. 12% wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na te świadczenia w tych województwach. Mediana wzrastała w przypadku 26 świadczeniodawców (18%).

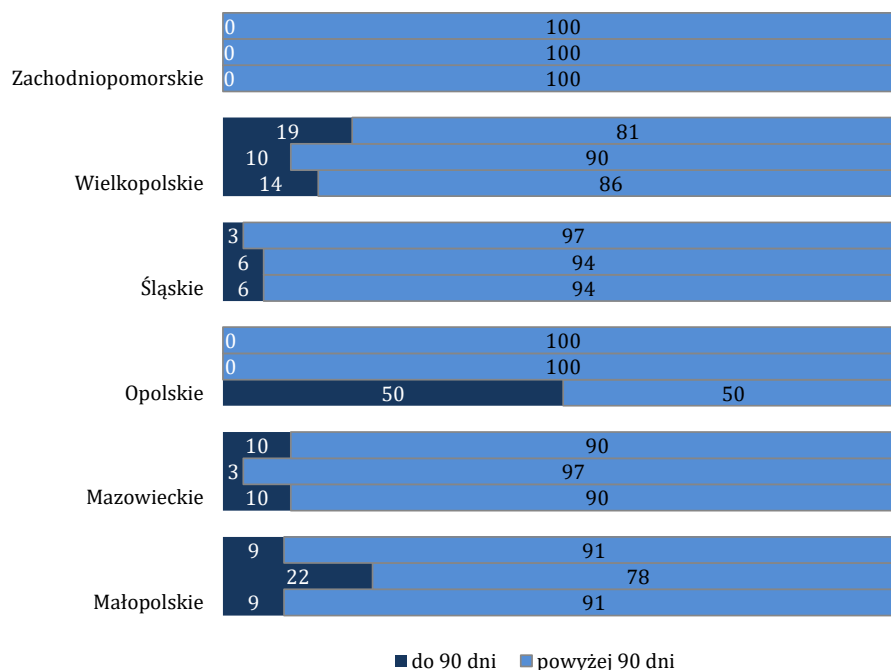
Odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas przedstawia wykres nr 15¹²⁷.

¹²⁷ Analizą objęto świadczeniodawców, którzy mieli podpisane umowy z NFZ przez cały okres objęty kontrolą.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 15

Odsetek świadczeniodawców, u których średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych nie przekraczały lub przekraczały rekomendowany czas w latach 2018–2020



Źródło: dane z kontroli NIK.

Liczba osób, które nie zgłosiły się lub zrezygnowały ze świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, wynosiła 3636 w 2018 r., 2866 w 2019 r. oraz 2668 w 2020 r., a z rehabilitacji na oddziale dziennym odpowiednio 2744, 3498 i 3137, co stanowiło 1% liczby oczekujących w przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i 3% w przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym. Przyczyny niezgłoszenia się i rezygnacji pacjentów były podobne jak w przypadku endoprotezoplastyki.

Fundusz podejmował działania w celu określenia dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Co kwartał sporządzano tabele z informacjami z zakresu list oczekujących, które pozwalały określić zmiany w liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania do poszczególnych komórek organizacyjnych i na określone procedury medyczne. W przygotowywanych co pół roku sprawozdaniach z zakresu list oczekujących wskazywane były świadczenia, w przypadku których dostępność jest ograniczona i w przypadku których należałoby podjąć działania zmierzające do poprawy tej dostępności. W celu pozyskiwania kompletnych i prawidłowych danych zostały opracowane i przesłane do OW NFZ *Wytyczne dla oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie monitorowania i weryfikacji czasów oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, raportowania do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informowania świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących i objętych planem leczenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. W wyniku prowadzonego monitoringu czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących

na udzielenie świadczeń stwierdzono, że część pacjentów wpisanych jest kilkakrotnie do tej samej komórki organizacyjnej lub też umieszczano tam pacjentów, którzy znajdowali się w planie leczenia. Ponadto odnotowano, że dane o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania przekazywane przez świadczeniodawców do oddziałów wojewódzkich NFZ są niezgodne z danymi przekazywanymi świadczeniobiorcom przez pracowników rejestracji u świadczeniodawców. W związku z tym, w latach 2018–2020, NFZ podjął działania polegające na wprowadzeniu obowiązku prowadzenia harmonogramów przyjęć, rozszerzenia listy świadczeń, których listy oczekujących są prowadzone w aplikacji AP-KOLCE, wprowadzenia od 2019 r. weryfikacji, czy pacjenci na listach oczekujących żyją oraz mechanizmu powiadamiania o terminie wizyty za pomocą wiadomości SMS.

W latach 2017–2020 liczba podmiotów, z którymi zawarto umowy na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, pozostawała na stałym poziomie (300 podmiotów w 2017 r. i 304 podmioty w 2020 r.). W tym czasie nastąpił nieznaczny wzrost liczby podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym (wzrost z 488 podmiotów w 2017 r. do 505 w 2020 r.). W przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych udział świadczeniodawców, którzy wykonywali działalność leczniczą w formie SPZOZ, jednostki budżetowej, czy spółki kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego, pozostawał na poziomie ok. 62%, a w przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym wzrósł z 36% w 2017 r. do 39% w 2020 r.

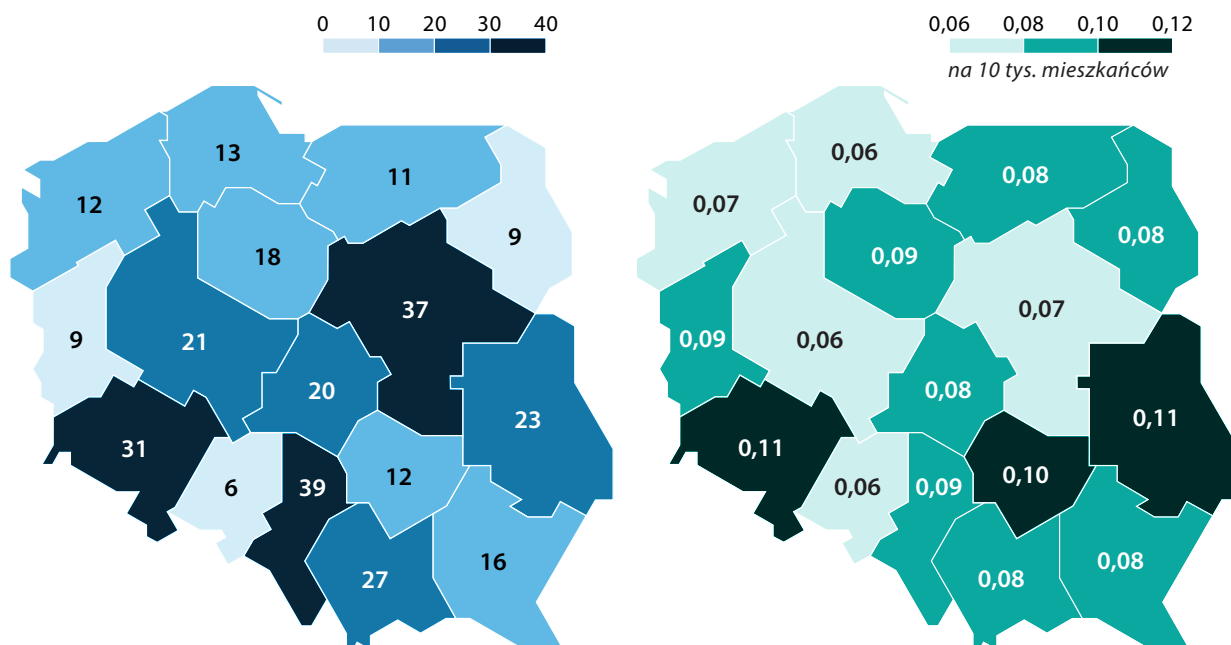
Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych przypadająca na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wynosiła 0,08 w 2020 r., a w poszczególnych województwach od 0,06 w województwach opolskim, pomorskim i wielkopolskim do 0,11 w województwach dolnośląskim i lubelskim. W przypadku świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym wskaźnik ten wynosił 0,13 w skali kraju, a w poszczególnych województwach od 0,03 w województwie lubuskim do 0,24 w województwie podkarpackim.

Liczbę podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2020 r., oraz liczbę tych podmiotów przypadającą na 10 tys. mieszkańców przedstawia infografika nr 14. Liczbę podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w 2020 r., oraz liczbę tych podmiotów przypadającą na 10 tys. mieszkańców przedstawia infografika nr 15.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 14

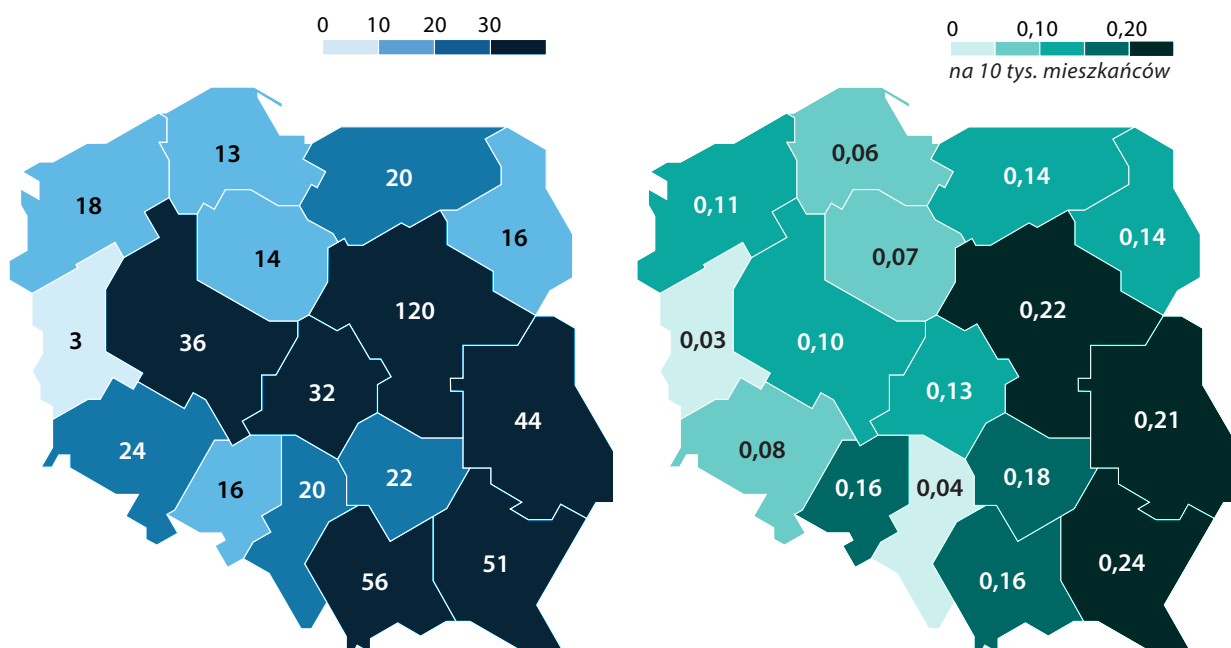
Liczba podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2020 r., oraz liczba tych podmiotów przypadająca na 10 tys. mieszkańców



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

Infografika nr 15

Liczba podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w 2020 r., oraz liczba tych podmiotów przypadająca na 10 tys. mieszkańców



Źródło: dane z kontroli NIK (wg danych z Centrali NFZ).

5.3.2. Świadczeniodawcy

W latach 2018–2019 z 11 skontrolowanych podmiotów leczniczych umowy o udzielanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej z NFZ zawarło 10 świadczeniodawców o łącznej wartości 33 124,6 tys. zł¹²⁸. Świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym realizowało dziewięć podmiotów¹²⁹, a łączna wartość tych umów wyniosła 13 356,2 tys. zł. Wykonano świadczenia na kwotę odpowiednio:

- 34 291,8 tys. zł (104% wartości zakontraktowanej),
- 13 669,5 tys. zł (102% wartości zakontraktowanej).

W 2020 r. nastąpił spadek łącznej wartości wykonanych przez skontrolowane podmioty świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej do wartości 13 367,2 tys. zł, tj. o 4394,8 tys. zł mniej niż w 2019 r. (spadek o 25%). Jedynie jeden świadczeniodawca zrealizował w 2020 r. świadczenia o wartości wyższej niż w 2019 r. (Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Bogusława Frańczuka w Krakowie), co wynikało z zakończenia w 2020 r. budowy nowego oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i zwiększenia potencjału szpitala w zakresie świadczeń rehabilitacji o 26 łóżek przeznaczonych do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz o 60 miejsc dla rehabilitacji w trybie dziennym.

W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym podmioty lecznicze objęte kontrolą wykonały w 2020 r. te świadczenia w wysokości 4669,7 tys. zł, co stanowiło o 2291,3 tys. zł mniej niż w 2019 r. (spadek o 34%). Żaden ze skontrolowanych świadczeniodawców nie zrealizował w 2020 r. tych świadczeń na poziomie przekraczającym wartości zrealizowane w 2019 r., przy czym jeden podmiot zrealizował 100% wartości zakontraktowanej w 2020 r. (Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach).

Główną przyczyną niewykonania kontraktów na te świadczenia w 2020 r. była epidemia COVID-19 i wprowadzone z tego tytułu obostrzenia dotyczące codziennego funkcjonowania społeczeństwa oraz zalecenia NFZ dotyczące ograniczeń działalności medycznej, w szczególności w okresie od marca do maja i od października do grudnia 2020 r. W okresach tych leczenie rehabilitacyjne zostało ograniczone do przypadków, w których jego zaniechanie groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjentów, czyli w praktyce do przypadków pilnych (ostrych) i przewlekłych istotnie zaostrzonych.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych obniżyła się z 6585 osób na koniec 2017 r. (w tym 971 zakwalifikowanych jako przypadek pilny i 5614 uznanych jako przypadek stabilny) do 4940 osób na koniec 2020 r. (w tym 938 oczekujących pacjentów jako przypadek pilny i 4002 jako stabilny), co stanowiło spadek o 25%. W 2020 r. wzrosła liczba oczekujących na rehabilitację stacjonarną w trybie pilnym w porównaniu do 2019 r., co było efektem m.in. spadku liczby osób hospitalizowanych ze wzglę-

Spadek wykonanych świadczeń w 2020 r. w związku z epidemią COVID-19

Spadek liczby oczekujących na rehabilitację

¹²⁸ Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. nie wykonywał świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.

¹²⁹ Oprócz Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o., również Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu nie realizował świadczeń rehabilitacyjnych na oddziale dziennym.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

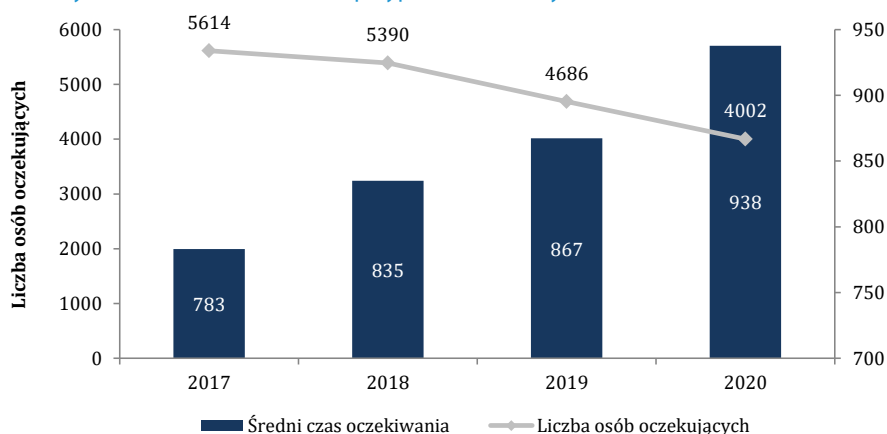
du na pandemię COVID-19, czasowego zamknięcia ośrodków rehabilitacji w 2020 r. oraz ograniczeń liczby pacjentów przebywających jednocześnie w pomieszczeniach oddziałów rehabilitacji.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacji w ośrodku dziennym obniżyła się z 2783 osób na koniec 2017 r. (w tym 471 zakwalifikowanych jako przypadek pilny i 2312 uznanych jako przypadek stabilny) do 2555 osób na koniec 2020 r. (w tym 460 oczekujących pacjentów jako przypadek pilny i 2095 jako stabilny), co stanowiło spadek o 8%.

Łączną liczbę osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych przedstawia wykres nr 16, a rehabilitacji na oddziale dziennym wykres nr 17.

Wykres nr 16

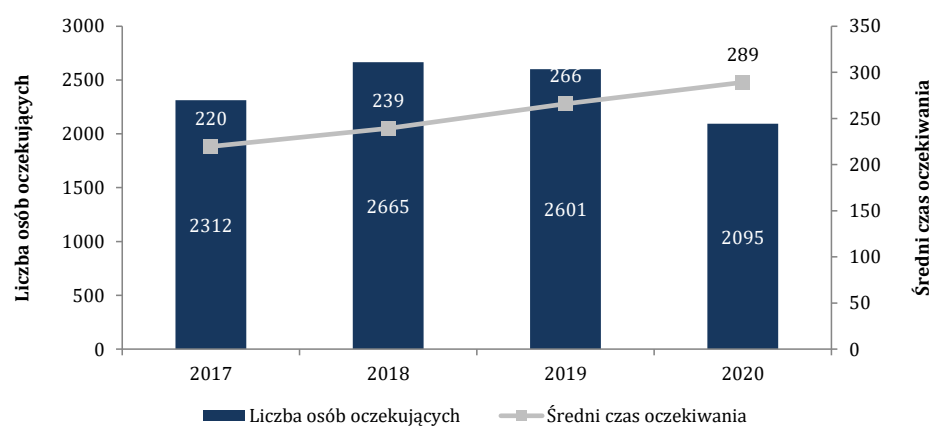
Łączna liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych



Źródło: dane z kontroli NIK.

Wykres nr 17

Łączna liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2017–2020 dla przypadków stabilnych



Źródło: dane z kontroli NIK.

W porównaniu z 2017 r. średni czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w badanych podmiotach leczniczych w 2019 r. wzrósł i wynosił 867 dni dla przypadków stabilnych (wzrost o 11%) oraz 189 dni dla przypadków pilnych (o 3%). W 2020 r. nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania do 938 dni dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny (8%), przy jednoczesnym spadku do 157 dni oczekiwania dla przypadków pilnych (o 17%).

Wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację w warunkach stacjonarnych

NIK zwraca uwagę, że wartości średnie w zakresie czasu oczekiwania na rehabilitację stacjonarną pacjentów uznanych zarówno za przypadki pilne, jak i stabilne, przekraczały istotnie wartości założone w modelu kompleksowej opieki, tj. zalecenie rozpoczęcia rehabilitacji w okresie od 6 tygodni do 3 miesięcy od wykonania zabiegu endoprotezoplastyki.

W skontrolowanych jednostkach stwierdzono, że średni czas oczekiwania na rehabilitację stacjonarną dla przypadków stabilnych wynosił od 175 do 1382 dni w 2018 r., od 44 do 1526 dni w 2019 r. oraz od 265 do 1617 dni w 2020 r. Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne oczekiwali na rehabilitację stacjonarną średnio od 17 do 776 dni w 2018 r., od pięciu do 778 dni w 2019 r. W 2020 r. czas oczekiwania na to świadczenie wydłużył się i wynosił od 12 do 908 dni.

W 2019 r. (w porównaniu do 2017 r.) miał miejsce wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację stacjonarną dla przypadków stabilnych w 8 z 10 skontrolowanych jednostek, które realizowały to świadczenie¹³⁰, a dla przypadków pilnych średni czas oczekiwania wzrósł u 4 z 10 świadczeniodawców¹³¹.

Zdaniem kierownictwa szpitali przyczynami wzrostu średniego czasu oczekiwania na rehabilitację stacjonarną w tym okresie były m.in.:

- ograniczony wymiar kontraktu oraz potencjał kadrowy i infrastrukturalny na realizację świadczeń w stosunku do rosnącej liczby zarejestrowanych skierowań, w tym liczby osób uprawnionych do świadczenia z pominięciem kolejności (np. osoby z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym), w związku ze wzrostem potrzeb rehabilitacyjnych wśród społeczeństwa;
- różnice w wycenie (finansowaniu) wykonania tego świadczenia w osobodniach dla różnych przypadków pacjentów przy średnim okresie pobytu pacjenta w oddziale wynoszącym od trzech do sześciu tygodni celem uzyskania zadowalającego efektu leczniczego;
- realizowanie świadczeń rehabilitacji po zabiegach operacyjnych, które może zostać rozliczone, jeśli czas do momentu przyjęcia do oddziału rehabilitacji nie przekroczy 6 miesięcy od wypisu z oddziału ortopedycznego, co w praktyce oznaczało przyjmowanie pacjentów pooperacyjnych i po urazach, którzy wymagali interwencji rehabilitacyjnej w jak najkrótszym czasie;
- uznanie chorych dla oddziału rehabilitacji i realizacja świadczeń dla pacjentów kierowanych z innych jednostek, w tym z innych województw.

¹³⁰ Gryfice, Kołobrzeg, Kraków, Pleszew, Płońsk, Rybnik, Tarnów, Warszawa.

¹³¹ Kołobrzeg, Pleszew, Rybnik, Sosnowiec.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację na oddziałach dziennych

W 2020 r. w pięciu skontrolowanych podmiotach leczniczych nastąpił dalszy wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację stacjonarną dla przypadków stabilnych w stosunku do 2019 r.¹³², czego przyczyną były narzucone świadczeniodawcom ograniczenia w działalności oddziałów rehabilitacji oraz rezygnacje pacjentów z przyjęć w określonym pierwotnie terminie ze względu na obawy przed zarażeniem oraz prośby o przesunięcie terminów.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym w badanych podmiotach leczniczych w 2019 r. wzrósł w stosunku do 2017 r. o 46 dni (o 21%) do 266 dni dla przypadków stabilnych oraz o 21 dni dla przypadków pilnych (o 36%) do 81 dni. W 2020 r. nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania do 289 dni (o 9%) dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, przy spadku czasu oczekiwania dla przypadków pilnych do 59 dni (o 28%).

Średni czas oczekiwania na rehabilitację w oddziale dziennym dla przypadków stabilnych przekraczał tym samym istotnie pożądaný okres oczekiwania przyjęty w modelu kompleksowej opieki, tj. rozpoczęcie rehabilitacji w okresie od 6 tygodni do 3 miesięcy od wykonania zabiegu endoprotezoplastyki.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację na oddziale dziennym w badanych jednostkach dla przypadków stabilnych wynosił od 30 do 765 dni w 2018 r., od 20 do 898 dni w 2019 r., zaś w 2020 r. od 51 do 868 dni.

Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne oczekiwali na rehabilitację dzienną średnio od 52 do 130 dni w 2018 r., od 15 do 136 dni w 2019 r. W 2020 r. czas oczekiwania skrócił się i wynosił od 0 do 127 dni.

Wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym dla przypadków stabilnych w 2019 r. w stosunku do 2017 r. odnotowano w pięciu z dziewięciu skontrolowanych podmiotów realizujących to świadczenie¹³³, a dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki pilne – w czterech skontrolowanych jednostkach¹³⁴.

Dyrektorzy skontrolowanych jednostek wyjaśnili, że powodami tego były m.in.:

- wzrost liczby skierowań na rehabilitację pilną (przy niezmięnionej bazie łózkowo-terapeutycznej), dostosowanie terminu przyjęcia pilnego z uwzględnieniem stanu klinicznego pacjenta, jego sytuacji rodzinnej, czy zawodowej, większą liczbą przypadków pilnych i związanych z tym wzrostem czasu oczekiwania pacjentów przewlekłych;
- wydzielenie części łóżek dla pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a tym samym zmniejszenie liczby łóżek dla pacjentów wymagających rehabilitacji w trybie pilnym lub stabilnym.

¹³² Gryfice, Kościan, Kraków, Pleszew, Warszawa.

¹³³ Kołobrzeg, Kościan, Pleszew, Rybnik, Tarnów.

¹³⁴ Kołobrzeg, Pleszew, Rybnik, Tarnów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2020 r. w sześciu badanych podmiotach leczniczych nastąpił dalszy wzrost średniego czasu oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym dla przypadków stabilnych w stosunku do roku 2019¹³⁵, a przyczyny tego zjawiska były analogiczne jak w przypadku rehabilitacji stacjonarnej.

W przypadku pięciu świadczeniodawców¹³⁶ (rehabilitacja stacjonarna) objętych kontrolą średni czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych w latach 2018–2020 był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w danym województwie w tym okresie, a różnice wynosiły od 26 do 1252 dni. W przypadku czterech świadczeniodawców¹³⁷ średni czas oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym przekraczał średni czas oczekiwania w województwie w tym okresie, a różnice wynosiły od 21 do 685 dni.

Ze względu na niewprowadzenie kompleksowej opieki dla pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, NIK nie była w stanie ocenić, na ile poprawiła się dostępność do świadczeń rehabilitacji w skontrolowanych podmiotach leczniczych dla tych pacjentów.

Świadczeniodawcy nie zapewnili należytej koordynacji rehabilitacji leczniczej, wymaganej stanem świadczeniobiorcy, po zakończonym leczeniu szpitalnym w ramach własnej działalności świadczeniodawcy (10 świadczeniodawców) lub umowy z podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (jeden świadczeniodawca¹³⁸). Koordynacja ta polegała na wystawianiu przez lekarza, podczas wypisu z oddziału ortopedycznego lub podczas wizyty kontrolnej po zabiegu, skierowania na rehabilitację w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym, które było rejestrowane na oddziale rehabilitacji według ogólnych zasad, tj. przyjęcia według kolejności na listach oczekujących na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną lub rehabilitację w ośrodku dziennym.

Większość świadczeniodawców nie prowadziła statystyk dotyczących liczby pacjentów, którzy po wykonanym zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego na oddziale ortopedycznym korzystali ze świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym u tego świadczeniodawcy (takie dane dla wszystkich pacjentów, u których wykonano zabieg endoprotezoplastyki w latach 2018–2020, przekazało pięciu świadczeniodawców, a udział takich pacjentów w poszczególnych latach wynosił od 5% do 51%).

Przykład

Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Bogusława Frańczuka w Krakowie w 2020 r. zakończył inwestycję dotyczącą przebudowy

Niewystarczająca koordynacja udzielania świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki

¹³⁵ Gryfice, Kościan, Kraków, Płońsk, Tarnów, Warszawa.

¹³⁶ Kołobrzeg, Kraków, Pleszew, Rybnik, Warszawa.

¹³⁷ Kołobrzeg, Kraków, Rybnik, Warszawa.

¹³⁸ Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. współpracował w tym zakresie ze Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. na podstawie pisemnej deklaracji o zapewnieniu kontynuacji rehabilitacji pacjentów Szpitala w ramach kontraktu zawartego przez podmiot leczniczy z NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

budynku nr 7, w którym wykonywane są świadczenia rehabilitacji jako element kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentem po leczeniu szpitalnym. Realizacja tego przedsięwzięcia będzie skutkować poprawą jakości udzielanych świadczeń rehabilitacji zarówno prowadzonej stacjonarnie, jak i w ośrodku dziennym, skróci czas hospitalizacji do minimum, a także, zdaniem dyrektora szpitala, przyczyni się w zauważalny sposób do skrócenia kolejek na listach oczekujących na te świadczenia, dzięki zwiększeniu potencjału Szpitala (70% w zakresie rehabilitacji w oddziale dziennym i 60% w zakresie rehabilitacji w oddziale stacjonarnym), o ile wartość zawartych kontraktów z OW NFZ na wykonywanie tych świadczeń zostanie odpowiednio zwiększona¹³⁹. Jak wyjaśnił lekarz kierujący nowopowstałym oddziałem rehabilitacji, w związku z realizacją inwestycji obecnie jest szansa poddania pacjenta rehabilitacji w ciągu okresu maksymalnie pół roku po zabiegu, a pacjenci po endoprotezoplastyce stawu kolanowego są bezpośrednio przyjmowani na ten oddział po zabiegu, co umożliwi osiągnięcie lepszych efektów leczenia.

Problemy związane z udzielaniem świadczeń rehabilitacji

Dyrektorzy skontrolowanych jednostek oraz personel w nich zatrudniony, tj. lekarze i pielęgniarki, wymienili następujące problemy związane z udzielaniem świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym:

- nieadekwatna wycena świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w porównaniu do rzeczywistych kosztów ich udzielania (ok. 1/3 ceny rynkowej);
- zaniżone wyszacowanie jednego osobodnia pobytu pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki (na poziomie 77 zł) w zakresie świadczeń realizowanych w oddziale dziennej rehabilitacji, bez względu na jednostkę chorobową i okres oczekiwania na przyjęcie po leczeniu szpitalnym;
- brak możliwości wypracowania założonych w planie na I półrocze 2021 r. świadczeń rehabilitacji leczniczej;
- ograniczenie możliwości realizacji opieki kompleksowej, gdy ok. 60–80% zabiegów endoprotezoplastyki wykonywane jest u pacjentów spoza granic powiatu;
- brak opieki koordynowanej nad pacjentem po endoprotezoplastyce, pomimo opracowania w Polsce projektu opieki koordynowanej w 2015 r., która nie została wdrożona. Pożądanym byłoby wprowadzenie opieki koordynowanej nad pacjentem po endoprotezoplastyce, gdyż tylko odpowiednia prowadzona rehabilitacja w możliwie najkrótszym czasie po okresie pooperacyjnym gwarantuje pełne wykorzystanie potencjału operacji i szybki powrót pacjenta do aktywności społecznej i zawodowej;
- długie czasy oczekiwania na świadczenie wynikające z niedofinansowania rehabilitacji dziennej oraz uwolnienia kolejek i realizacji większej liczby zabiegów endoprotezoplastyki. Istotnym ułatwieniem byłoby przyjmowanie pacjentów w okresie do 30 dni od zabiegu operacyjnego do usprawnienia w oddziałach rehabilitacji;
- brak możliwości przyjmowania pacjenta z listy oczekujących z kategorią przypadku pilny w kolejności zgodnej ze wskazaniami lekarskimi, a nie zgodnie z kolejnością rejestracji, co usprawniłoby system leczenia

¹³⁹ Inwestycja została pozytywnie zaopiniowana przez OW NFZ w Instrumencie Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

na tym etapie, ponieważ pacjenci trafialiby w optymalnym momencie na wymaganą rehabilitację;

- brak lekarzy specjalistów rehabilitacji leczniczej;
- niedobór personelu spowodowany odejściami na emeryturę oraz brakiem chętnych ze względu na niskie płace (niskie wynagrodzenia personelu fizjoterapeutów – niewiele wyższe od pensji minimalnej);
- niedostateczne warunki lokalowe oraz sanitarne;
- braki w wyposażeniu w sprzęt rehabilitacyjny, jak np. taśmy, piłki, poduszki sensoryczne.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli była ocena skuteczności działań podejmowanych w celu zwiększenia dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, zapewnienia jakości tych zabiegów oraz rehabilitacji.
Cele szczegółowe	Cele szczegółowe kontroli dotyczyły oceny: 1) zapewnienia należytej dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, 2) jakości wykonywanych zabiegów, 3) zapewnienia pacjentom niezwłocznej i skutecznej rehabilitacji pozabiegowej.
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w 6 województwach: małopolskim, mazowieckim, opolskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Kontrola została przeprowadzona w Centrali NFZ, w sześciu oddziałach wojewódzkich NFZ oraz u 11 świadczeniodawców po dwóch z terenu działania delegatur w Katowicach, Krakowie, Poznaniu, Szczecinie i Warszawie oraz u jednego z terenu działania delegatury w Opolu. Do kontroli wybrano świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, i wykonują świadczenia we wszystkich wymienionych zakresach: AOS Poradnia specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, leczenie szpitalne ortopedia i traumatologia narządu ruchu i zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, która obejmuje rehabilitację dla pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki, rehabilitacja w warunkach stacjonarnych, która obejmuje rehabilitację ogólnoustrojową lub rehabilitację narządu ruchu.
Kryteria kontroli	Kontrolę prowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 <i>ustawy</i> z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹⁴⁰ w NFZ oraz na podstawie art. 2 ust. 2 <i>ustawy o NIK u świadczeniodawców</i> ¹⁴¹ . Działalność kontrolowanych jednostek oceniano według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 <i>ustawy o NIK</i> (legalności, gospodarności, celowości i rzetelności) w przypadku NFZ oraz art. 5 ust. 2 <i>ustawy o NIK</i> (legalności, gospodarności i rzetelności) w przypadku świadczeniodawców.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2018–2020. Badania kontrolne mogły dotyczyć również działań wcześniejszych i późniejszych, jeżeli miały one związek z kontrolowaną działalnością. Dla celów porównawczych dane statystyczne zostały pobrane także dla roku 2017. Czynności kontrolne prowadzono w okresie od 3 grudnia 2020 r. do 21 maja 2021 r.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W trakcie kontroli nie zasięgnięto informacji w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f <i>ustawy o NIK</i> .

¹⁴⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.

¹⁴¹ W przypadku wszystkich wytypowanych do kontroli świadczeniodawców podmiotem tworzącym była jednostka samorządu terytorialnego. Działalność lecznicza była prowadzona w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub spółki kapitałowej, w której jednostka samorządu terytorialnego posiadała udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego.

Kontrola pt. *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezo-plastyki stawu biodrowego i kolanowego (P/20/067)* została podjęta z inicjatywy własnej NIK.

Pozostałe informacje

W 2004 r. NIK przeprowadziła kontrolę P/04/149 *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiania endoprotez stawu biodrowego*. Kontrola służąca ocenie efektów realizowanych świadczeń wykazała, że ówczesny system zdrowotny nie zapewniał oszczędnego, wydajnego i efektywnego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w tym zakresie, nie zawierał instrumentów motywujących świadczeniodawców do implantacji zapewniających odległy pozytywny wynik operacji, a dostępność pacjentów do alloplastyki stawu biodrowego, mierzona okresem oczekiwania, wahała się w granicach od kilku miesięcy do nawet 3 lat.

Do skontrolowanych jednostek skierowano 17 wniosków pokontrolnych z czego, według stanu na 13 lipca 2021 r., osiem zostało zrealizowanych, trzy były w trakcie realizacji, a sześć wniosków nie zrealizowano. Większość wniosków dotyczyła przekazywania konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu analiz zdarzeń niepożądanych oraz zamieszczenia na stronach internetowych szpitali niezbędnych informacji i materiałów edukacyjnych dotyczących przygotowania do zabiegu endoprotezoplastyki, jego przebiegu, pobytu na oddziale oraz postępowania po wypisie ze szpitala.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego zgłosił kierownik jednej jednostki, tj. OW NFZ w Poznaniu. W uchwale podjętej 13 lipca 2021 r. Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej NIK uwzględnił zastrzeżenia w całości.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Krakowie	NFZ Centrala w Warszawie	Filip Nowak
2.		Małopolskie OW NFZ	Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska
3.		Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Bogusława Frańczuka w Krakowie	Paweł Kamiński
4.		Specjalistyczny Szpital im E. Szczeklika w Tarnowie	Marcin Kuta

Wykaz jednostek kontrolowanych

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
5.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski OW NFZ	Piotr Nowak
6.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Ewa Fica
7.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	Krzysztof Bestwina
8.	Delegatura NIK w Opolu	Opolski OW NFZ	Robert Bryk
9.		Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o.	Renata Ruman-Dzido
10.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski OW NFZ	Agnieszka Pachciarz
11.		Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.	Błażej Górczyński
12.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie	Wojciech Maćkowiak
13.	Delegatura NIK w Szczecinie	Zachodniopomorski OW NFZ	Agnieszka Pietraszewska-Macheta
14.		Regionalny Szpital w Kołobrzegu	Małgorzata Grubecka
15.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Piotr Sołtysiński
16.	Delegatura NIK w Warszawie	Mazowiecki OW NFZ	Zbigniew Terek
17.		Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. w Konstancinie-Jeziornej – Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie	Piotr Zbigniew Papaj
18.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	Marcin Ozdarski

6.2. Analiza stanu prawnego

W *ustawie o świadczeniach* określono warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń. Zgodnie z tą ustawą, świadczeniobiorcy mają, na zasadach w niej określonych, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie (art. 15 ust. 1). Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej. Dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Mapę Regionalną sporządza się raz na 5 lat. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów (art. 95a).

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa (art. 131b).

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ (art. 132). Elementy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w art. 136. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 2a. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody Prezesa Funduszu.

W *ustawie* w dziale V określono także zasady funkcjonowania, organizację i zadania NFZ. NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu (art. 96 ust. 1 i 2). Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu (art. 102 ust. 1). Zakres działania Prezesa Funduszu został określony w art. 102 ust. 5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu (art. 107 ust. 1). Kompetencje dyrektora OW NFZ zostały określone w art. 107 ust. 5¹⁴².

¹⁴² Należy mieć na uwadze, że art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach został zmieniony z dniem 1 września 2020 r.

Prowadzenie przez świadczeniodawców list oczekujących wynika z zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jest przejawem zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 20 *ustawy o świadczeniach* stanowi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Od 1 lipca 2019 r. świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia harmonogramu przyjęć (art. 19a).

Ustawa o prawach pacjenta

Zgodnie z *ustawą o prawach pacjenta* pacjent ma prawo:

- do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1);
- w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6 ust. 2);
- do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Pozostałe akty prawne

Minister Zdrowia ustalił priorytety zdrowotne w zakresie rehabilitacji i zwiększenia koordynacji opieki na pacjentami starszymi (§ 1 pkt 2 i 10 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych*¹⁴³).

Odrębny sposób finansowania określono dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej), rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, a od 27 lutego 2020 r. także dla świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu (§ 2 pkt 7, 19, 33 lit. d *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania*¹⁴⁴).

Warunki realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego zostały określone w załącznikach nr 3 (lp. 35) oraz nr 4 (lp. 32) do *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych LSZ*.

¹⁴³ Dz. U. poz. 469.

¹⁴⁴ Dz. U. poz. 1225, ze zm.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186, ze zm.).
6. 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. poz. 1842, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.)¹⁴⁵.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.)¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Rozporządzenie obowiązuje od 1 lipca 2019 r.

¹⁴⁶ Rozporządzenie uchylone z dniem 1 lipca 2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.)¹⁴⁷.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739)¹⁴⁸.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 r. w sprawie rejestru endoprotezoplastyk (Dz. U. poz. 2409).

¹⁴⁷ Rozporządzenie obowiązuje od 1 kwietnia 2019 r.

¹⁴⁸ Rozporządzenie uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

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 (KOP)
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
13. Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji
14. Rzecznik Praw Pacjenta
15. Kierownicy kontrolowanych jednostek
16. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 04 października 2021

NKM.0911.9.2021.7.KCZ

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 15 września 2021 r. o znaku: LKR.430.001.2021, przy którym została przekazana Informacja Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli *PI/20/067 Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego*, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

Należy zwrócić uwagę, iż dokonana przez NIK wycinkowa ocena świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki dużych stawów utrwała nieprawdziwą tezę, jakoby ta część ortopedii i traumatologii narządów ruchu stanowiła podstawę działania specjalistów w tej dziedzinie. Tymczasem endoprotezoplastyki dużych stawów, zarówno pierwotne, jak i rewizyjne stanowią około 25% działalności oddziałów, które realizują te świadczenia. Pozostałe 75% stanowi leczenie następstw urazów (traumatologia dorosłych i dziecięca) oraz deformacji, dysfunkcji chorób nerwowo-mięśniowych, deformacji i uszkodzeń kręgosłupa, leczenie powikłań infekcyjnych oraz leczenie guzów pierwotnych i przerzutów do kości (ortopedia onkologiczna).

Utrwalanie się ww. tezy oraz niepełne informacje dotyczące osób oczekujących na leczenie z zakresu endoprotezoplastyki dużych stawów stawiają chorych z innymi schorzeniami w trudnej sytuacji mogą wpłynąć, i w istocie wpływają, na ograniczenie

dostępu do świadczeń pacjentów, którzy wymagają innych niż endoprotezoplastyki świadczeń.

Stworzenie systemu nielimitowania świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki dużych stawów w najistotniejszy sposób wpłynęło i wpływa nadal na pomniejszanie się liczby chorych oczekujących na te świadczenia. Podkreślenia wymaga fakt, iż w 2019 r. po raz pierwszy liczba wykonanych endoprotezoplastyk pierwotnych i rewizyjnych stawów biodrowych i kolanowych sięgnęła prawie 100 000. Tak duża liczba operacji wykonana przez 287 świadczeniodawców spowodowała zmniejszenie liczby oczekujących: w małych oddziałach operacje są wykonywane na bieżąco (bez kolejki), w dużych, zwłaszcza monoprofilowych szpitalach, niestety kolejki nadal utrzymują się, sięgając od 3 do 18 miesięcy.

Należy jednak dodać, że najwięksi świadczeniodawcy realizują świadczenia wykonywane wcześniej przez innych – mniejszych świadczeniodawców, korygując powikłania (obluzowania aseptyczne, obluzowania septyczne, nawracające zwichnięcia, złamania okołoprotezowe), realizują najcięższe postacie choroby zwyrodnieniowej, najcięższe rewizje. Powyższe skutkuje używaniem znacznie droższych i większych implantów, jak również wymaga znacznie bardziej doświadczonej kadry (lekarzy, którzy wykonali znacząco większą liczbę trudnych operacji).

Ponadto, w latach poprzedzających okres kontroli, występował niekorzystny trend związany ze zjawiskiem dotyczącym małych szpitali, które zajmowały się udzielaniem świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki, ale nie zapewniały pacjentom kompleksowego postępowania pooperacyjnego, co mogło mieć wpływ na podnoszony przez NIK brak skoordynowanej pooperacyjnej rehabilitacji.

Jednakże wprowadzone przez Ministra Zdrowia zmiany w przepisach prawa dotyczące warunków ilościowych, które powinien spełniać świadczeniodawca oraz wprowadzone po raz pierwszy kryteria jakościowe, istotnie poprawiły sytuację i wpłynęły pozytywnie na strukturę ośrodków udzielających świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki. Od stycznia 2018 r. zmniejszyła się liczba miejsc akredytowanych do realizacji świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki dużych stawów.

Warto dodać, że w grudniu 2019 r. Minister Zdrowia powołał Rejestr Endoprotezoplastyk, który zaczął działać formalnie od dnia 30 września 2021 r. Rejestr skorzysta z zasobów Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk (zwanej dalej „CBE”), w której są gromadzone dane od 2005 r., modyfikując formularze, stając się już obecnie nowym narzędziem dla

zakwalifikowania kompleksowej, koordynowanej opieki dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego jako świadczeń gwarantowanych. Ważnym argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest fakt, że najliczniejszą grupą pacjentów, u których wykonuje się te zabiegi, są osoby w wieku 50-69 lat. Są to w większości osoby czynne zawodowo, dlatego jest konieczne zapewnienie im szybkiej i sprawnej opieki przed- oraz pooperacyjnej, w szczególności rehabilitacji, uprzejmie informuję, iż w zarządzeniu nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, został wyodrębniony zakres skojarzony w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej. Wyodrębnienie takiego zakresu było m.in. wynikiem projektu prowadzonego przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu, wskazującego na potrzeby pacjentów pourazowych i po zabiegach operacyjnych, w tym po endoprotezoplastyce stawów biodrowych i kolanowych. Wyodrębniony zakres dotyczył wszystkich pacjentów po urazach i zabiegach operacyjnych, a nie jedynie po zabiegach endoprotezoplastyki. W 2019 r. 2210 pacjentów, którzy poddali się zabiegom endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego było leczonych w ramach zakresu skojarzonego, a w 2020 r. liczba ta wzrosła znacząco i wyniosła 13 935 pacjentów. Powyższy wzrost liczby pacjentów po zabiegach z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, którzy następnie byli leczeni w ramach zakresu skojarzonego, pozwala na dokonanie oceny, iż cele ww. wniosku NIK zostały w dużej mierze osiągnięte poprzez wydanie i wykonanie ww. zarządzenia nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z kolei, w odniesieniu do poruszonych na str. 56 ww. Informacji o wynikach kontroli NIK, problemów związanych z udzielaniem świadczeń endoprotezoplastyki, dotyczących powszechnie występującego deficytu m.in. pielęgniarek anestezjologicznych, uprzejmie informuję, iż w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla tych grup zawodowych, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa.

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty

dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2021 r.¹, minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2021 r. wynosi 2 525, maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2021 r. wynosi 3 950 zł, natomiast maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2021 r. wynosi 10 000 000 zł.

Wykaz priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie w 2021 r. z podziałem na województwa oraz z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych i edycji w województwie, jest dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-wykazu-priorytetowych-dziedzin-specjalizacji-dla-pielęgniarek-i-polożnych-ktore-beda-mogly-uzyskac-dofinansowanie-z-budzetu-panstwa-w-2021-r.>

Zgodnie z ww. wykazem szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek zostało uznane za dziedzinę priorytetową w 16 województwach, w tym w 3 w ramach dziedzin rezerwowych, co oznacza, że szkolenie w tej dziedzinie w bieżącym roku zostanie uruchomione dla minimum 400 pielęgniarek.

Ponadto, z uwagi na sytuację epidemiczną w Polsce oraz zwiększoną w związku z tym potrzebę zabezpieczenia kadry pielęgniarek w szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w 2020 r. został zmieniony Wykaz priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które mogły uzyskać dofinansowanie w 2020 r. z podziałem na województwa oraz z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych i edycji w województwie. Przedmiotowa zmiana polegała na dodaniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki do każdego z województw, w którym pierwotnie dziedzina ta nie została ujęta. Wprowadzone zmiany pozwoliły na objęcie dofinansowaniem ponad 500 miejsc szkoleniowych w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że zgodnie z informacją z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, liczba pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej

¹ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 111.

opieki w latach 2002-2021 wynosi 12 635 pielęgniarek. Natomiast liczba pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w latach 2000-2019 wynosi – 23 239.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że w sesji jesiennej 2021 r. odbędzie się egzamin państwowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, do którego planuje przystąpić 812 pielęgniarek. Osoby te zasilą grono specjalistów w tej dziedzinie.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKR.430.001.2021
P/20/067

Warszawa, 27 października 2021 r.

Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia

przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izby Kontroli do informacji o wynikach kontroli *Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego*

Uprzejmie dziękując za przedstawione stanowisko, pragnę wyrazić nadzieję, że wyniki kontroli NIK, w tym oceny i wniosek pokontrolny, zostaną należycie wykorzystane przez Pana Ministra, dla usprawnienia organizacji świadczeń, a tym samym w interesie pacjentów i świadczeniodawców.

Odnosząc się do uwag zawartych w tym stanowisku, pragnę zaznaczyć, że w informacji o wynikach kontroli nie postawiono tezy, że endoprotezoplastyka dużych stawów stanowi podstawę działania specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Niemniej jednak nie można zgodzić się ze stanowiskiem, że te świadczenia są mało istotne i stanowią tylko 25% działalności oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Na fakt, że świadczenia endoprotezoplastyki dużych stawów są ważne wśród innych świadczeń z dziedziny ortopedii i traumatologii narządu ruchu, wskazują następujące działania podejmowane zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i Prezesa NFZ:

- wyodrębnienie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, jako świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu (§ 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania¹); pozostałe świadczenia oddziałów szpitalnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, z wyjątkiem świadczeń onkologicznych, finansowane są na zasadach ogólnych, tj. w formie ryczałtu,
- określenie dodatkowych warunków, które muszą być spełnione, aby świadczeniodawcy mogli realizować świadczenia endoprotezoplastyki tych stawów (lp. 32 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²); tymczasem dla pozostałych świadczeń w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie określono dodatkowych warunków,
- utworzenie rejestru endoprotezoplastyk – na razie jedyne rejestru medycznego dla świadczeń w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu tworzonych na podstawie art. 20 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³,
- obowiązek prowadzenia przez świadczeniodawców w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) wyodrębnionych list oczekujących na endoprotezoplastykę obu stawów jako wydzielonych świadczeń spośród innych świadczeń udzielanych przez oddziały ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- wykazywanie i wymienianie w rocznych sprawozdaniach z działalności NFZ danych o średnim czasie oczekiwania oraz liczbie oczekujących na endoprotezoplastykę obu stawów, jako oddzielnej kategorii z największymi wartościami. Według sprawozdań w 2019 r. liczba osób oczekujących (przypadki stabilne) na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wynosiła 89 649 osób, na endoprotezoplastykę stawu biodrowego 73 257 osób, tj. łącznie 162 906 osób, podczas gdy na świadczenia na oddziałach chirurgii urazowo-

¹ Dz. U. poz. 1225, ze zm.

² Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 666, ze zm.

ortopedycznej oczekiwało 73 897 osób, tj. o prawie połowę mniej. W 2019 r. mediana średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wynosiła 979 dni, na endoprotezoplastykę stawu biodrowego 357 dni, podczas gdy na świadczenia na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosiła 135 dni⁴. Z kolei w 2020 r. liczba osób oczekujących (przypadek stabilny) na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w III kwartale wynosiła 69 747, na endoprotezoplastykę stawu kolanowego 88 134, a na oddział chirurgii urazowo ortopedycznej 77 884, średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio 511, 528 i 221 dni⁵.

Należy także zauważyć, że w latach 2018-2020 w przypadku Specjalistycznego Szpitala im E. Szczeklika w Tarnowie odsetek zabiegów endoprotezoplastyk w stosunku do liczby zabiegów operacyjnych wykonanych przez lekarzy ortopedów wynosił od 38% do 40%, a w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Bogusława Frańczuka w Krakowie od 59% do 79%.

W kwestii realizacji wniosku skierowanego do Pana Ministra dotyczącego podjęcia działań w celu zakwalifikowania kompleksowej, koordynowanej opieki dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego jako świadczeń gwarantowanych, nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że cele wniosku zostały w dużej mierze osiągnięte poprzez wydanie i wykonanie zarządzenia nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Przywołane przez Pana Ministra zarządzenia dotyczy zmiany zarządzenia nr 13/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 lutego w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką⁶. Przedmiotowe zarządzenie określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach świadczeń rehabilitacja lecznicza. Na podstawie tego zarządzenia wyłania się świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz rozlicza świadczenia rehabilitacji udzielone także pacjentom po zabiegach endoprotezoplastyki. Nie ma ono jednak nic wspólnego z kompleksową i koordynowaną opieką.

Uregulowania tego zarządzenia pozwalają na zebranie danych o liczbie pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń rehabilitacji po zabiegach endoprotezoplastyki, oraz o wielkości środków wydatkowanych na te świadczenia. Zarządzenie to nie rozwiązuje jednak problemu uzyskania świadczenia rehabilitacji w zalecany terminie od 6 tygodni do 3 miesięcy po wykonaniu zabiegu endoprotezoplastyki. Problemem pacjentów, którzy wymagają zabiegów endoprotezoplastyki, jest konieczność oczekiwania na każdy etap leczenia na oddzielnych listach oczekujących, tj. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (do czasu limitowania tych świadczeń przez NFZ), wykonania zabiegu endoprotezoplastyki oraz rehabilitacji. Powoduje to, że pacjenci po takich zabiegach wpisywani są jako nowi pacjenci na listach oczekujących na świadczenia rehabilitacji na warunkach ogólnych, przez co nie mogą skorzystać z tych świadczeń w zalecanych terminach. Skutkiem takiego działania jest rezygnacja ze świadczeń rehabilitacji, a co za tym idzie dłuższy okres powrotu do pełnej sprawności.

Opieka koordynowana polega na zapewnieniu pacjentom terminowych i dopasowanych do określonego problemu usług wysokiej jakości w całym procesie leczenia począwszy od konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez wymagane badania, konsultacje u lekarza specjalisty, hospitalizację, rehabilitację, a skończywszy na badaniach kontrolnych po zakończeniu leczenia. Koordynacją całego procesu powinien zajmować się lekarz, a w trudnych przypadkach może to być wielodyscyplinarny zespół. Zapewnienie kompleksowej, koordynowanej opieki pozwala na zmniejszenie kosztów leczenia, skrócenie czasu oczekiwania zarówno na zabieg, jak i na rehabilitację, co zostało potwierdzone w przywołanym w informacji NIK raporcie

⁴ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r., str. 171 i 180, https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/uchwaly_rady/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2019_rok.pdf [dostęp: 18.10.2021 r.].

⁵ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2020 r., str. 13, https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zalacznik_do_uchwaly_nr_12_-_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2020_rok-sig.pdf [dostęp: 18.10.2021 r.].

⁶ Zarządzenie to zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2020 r. przez zarządzenie Nr 183/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, które obowiązywało do 10 stycznia 2021 r. Od 11 stycznia 2021 r. obowiązuje zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

AOTMiT „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”. W efekcie ten typ opieki powinien przyczynić się do zmniejszenia zabiegów rewizyjnych, które są zabiegami o wiele bardziej skomplikowanymi oraz droższymi niż zabiegi pierwotne, o czym Pan Minister także wspominał w swoim stanowisku.

Ze względu na wymagania jakościowe ograniczona została liczba świadczeniodawców wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki, co jest w pełni uzasadnione i ocenione przez NIK pozytywnie. Należy jednak zauważyć, że świadczenia rehabilitacji są udzielane przez większą liczbę świadczeniodawców niż tych, którzy wykonują świadczenia endoprotezoplastyki. Także nie wszystkie podmioty lecznicze wykonujące zabiegi endoprotezoplastyki dysponują jednocześnie oddziałami rehabilitacji. Konieczne jest więc skoordynowanie tych świadczeń pomiędzy różnymi ośrodkami, podobnie jak to odbywa się w przypadku programu „KOZ Zawał”, tak aby pacjenci nie musieli oczekiwać na świadczenia rehabilitacji na warunkach ogólnych jako nowi pacjenci, lecz jako kontynuujący leczenie. I to właśnie na celu ma wniosek skierowany przez Izbę do Pana Ministra.

Z satysfakcją przyjmuję do wiadomości, że podejmowane są działania związane z rejestrem endoprotezoplastyk, który jednak został uruchomiony z opóźnieniem w stosunku do pierwotnych założeń, a także rozwiązania problemu niewystarczającej liczby pielęgniarek anestezjologicznych. Pragnę jednak zwrócić uwagę, że dotychczasowa Centralna Baza Endoprotezoplastyk nie była wykorzystywana do oceny jakości wykonywanych zabiegów, w związku z tym stosowny wniosek w tym zakresie NIK skierowała do Prezesa NFZ.

Reasumując, pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że z uwagi na istotność problemów poruszonych w tym mimo wszystko ważnym dla bardzo wielu pacjentów ortopedycznych obszarze, oceny, uwagi i wnioski NIK sformułowane w przedłożonej informacji zostaną należycie wykorzystane, a przyszłe działania Ministra Zdrowia przyczynią się do rozwiązania problemów organizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś