



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.015.01.2020

Pan
Robert Bryk
Dyrektor
Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w Opolu
ul. Ozimska 72A
45-310 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/067 - Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Bryk, Dyrektor, od 12 grudnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. 2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów. 3. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.
Okres objęty kontrolą	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.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	1. Celina Augustyn, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LOP/104/2020 z 15 grudnia 2020 r. 2. Krzysztof Rajczyk, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LOP/8/2021 z 12 stycznia 2021 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: OOW NFZ lub Oddział.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli, jako wystarczające ocenia działania Oddziału na rzecz zabezpieczenia dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Oddział prawidłowo planował zakup świadczeń w zakresach objętych kontrolą. Podejmował też działania na rzecz zapewnienia lepszej dostępności do świadczeń, przede wszystkim w kierunku wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania list oczekujących przez świadczeniodawców. Oddział zwiększył poziom finansowania zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz stawu kolanowego⁴, co niewątpliwie wpłynęło na zwiększenie liczby wykonanych zabiegów wszczepienia endoprotez. Oddział analizował też przyczyny powstawania kolejek oczekujących, prawidłowo rozpatrywał skargi i zgłoszenia internetowe dotyczące kolejek oczekujących i pierwszego wolnego terminu na zabieg, a także przeprowadzał kontrole w tym zakresie.

Stanem nieprawidłowym było niedochowanie należytej staranności w działaniach polegających na weryfikacji informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń i czasie oczekiwania. W związku z tym, nie zapewniono świadczeniobiorcom rzetelnej informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia endoprotezoplastyki przez dwóch świadczeniodawców, pomimo wymogu monitorowania danych z zakresu list oczekujących, wynikającego z wytycznych Prezesa NFZ. Powyższe pozostawało jednak bez wpływu na stan dostępności do ww. świadczeń.

Poza częściowym⁵ zmniejszeniem liczby osób oczekujących i skróceniem czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego (w przypadkach pilnych), w pozostałych zakresach świadczeń, związanych przede wszystkim z ortopedią i traumatologią narządu ruchu (w przypadkach stabilnych) oraz rehabilitacją ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych (w przypadkach stabilnych) nie uzyskano poprawy. Liczba osób oczekujących na takie świadczenia w dalszym ciągu była znaczna.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, ustalenia te wskazują na konieczność kontynuowania lub wdrożenia przez Oddział oraz przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁶ innych działań zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki oraz rehabilitacji, w tym zapewnienia kompleksowej opieki koordynowanej dla pacjentów.

W 2020 r. w związku z ogłoszonym stanem epidemii związanymi z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 nastąpił spadek wykonanych świadczeń zarówno endoprotezoplastyki, jak i rehabilitacji. Część świadczeniodawców ograniczyła planowe przyjęcia do niezbędnego minimum. Mimo zaistniałej sytuacji, liczba osób, które nie zgłosiły się na ustalony termin lub zrezygnowały z zabiegu endoprotezoplastyki, a także świadczeń rehabilitacji, była znacznie mniejsza niż w latach 2018-2019. W umowach z podmiotami leczniczymi dokonano odpowiednich zmian umożliwiających przesunięcie środków pomiędzy zakresami świadczeń. Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę, że konieczne będzie

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej. W związku z ogłoszonym w 2020 r. stanem epidemii związanymi z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 ocenę formułowano odrębnie dla lat 2018-2019 i dla 2020 r.

⁴ Od kwietnia 2019 r. były świadczeniami priorytetowymi w finansowaniu, co oznaczało sfinansowanie kosztów po każdym sprawozdanym miesiącu.

⁵ Oprócz dwóch świadczeniodawców 08R/10037 i 08R/10063.

⁶ Dalej: NFZ.

podjęcie dodatkowych działań w celu zminimalizowania skutków epidemii, które miały wpływ na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów i przesunięcie ich w czasie, zwłaszcza w sytuacji, gdy nie wszyscy świadczeniodawcy dysponują wystarczającymi zasobami kadrowymi i infrastrukturalnymi do zwiększenia liczby przeprowadzanych zabiegów.

II. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.

Opis stanu faktycznego

1. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej OOW NFZ⁷ działał na podstawie przepisów § 5 i § 6 ust. 3 Statutu NFZ⁸ oraz § 15 Regulaminu Organizacyjnego⁹ i był właściwy do dokonywania oceny dostępności świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń udzielanych na obszarze województwa opolskiego. Przygotowywanie zapotrzebowania, planowanie oraz kontraktowanie świadczeń i udział w przygotowywaniu wszystkich innych niezbędnych analiz należało do Działu Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń. Do 30 września 2020 r. niektóre aspekty dostępności świadczeń endoprotezoplastyki (gromadzenie, weryfikacja i analiza informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń) należały do zakresu zadań Wydziału Spraw Świadczeniobiorców i działającej w jego strukturze Sekcji ds. Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących¹⁰.

(akta kontroli str. 4-10, 89-187)

1.1. Planowanie zakupu świadczeń

W każdym z badanych lat (2018, 2019 i 2020) Wydział Świadczeń sporządzał Plan Zakupu Świadczeń Opieki Zdrowotnej¹¹, stanowiący podstawę do zabezpieczenia dostępu do świadczeń. Naczelnik tego Wydziału od połowy 2015 r. sprawowała nadzór nad opracowaniem strategii kontraktowania świadczeń, definiowaniem regionalnych priorytetów zdrowotnych, terminowym przebiegiem i prawidłowością poszczególnych etapów tworzenia i aktualizacji planu. Plan zakupu składał się z pięciu części (opisowej i czterech tabel) i opracowywany był w szczególności oraz terminach określonych Procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń (wersja 4.1)¹². Po zatwierdzeniu planu¹³ i jego publikacji, następował etap monitorowania, tj. zarządzania procesem planowania zakupów świadczeń. W każdym roku planowania uwzględniono do realizacji priorytety regionalne i ogólnopolskie¹⁴, przy czym w żadnym z badanych lat świadczenia endoprotezoplastyki, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵ w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, nie stanowiły priorytetu

⁷ Dalej: Wydział Świadczeń.

⁸ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1992).

⁹ Przyjętego zarządzeniem Nr 466/2017 Dyrektora OOW NFZ z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego OOW NFZ.

¹⁰ Od 1 października 2020 r. na podstawie zarządzenia nr 184/2020z dnia 30 września 2020 r. w strukturze OOW NFZ nie ma Wydziału Spraw Świadczeniobiorców (zamiast niego funkcjonuje Wydział Obsługi Klientów), a zadanie to zostało przeniesione do Wydziału Świadczeń.

¹¹ Dalej: Plan zakupu.

¹² Wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ z 11 września 2018 r.

¹³ Przez cały skład osób kierownictwa Oddziału.

¹⁴ Priorytety zdrowotne obejmowały istotne zadania mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia.

¹⁵ Dalej: AOS.

regionalnego. Corocznie natomiast ujmowano realizację priorytetów ogólnopolskich, a wśród nich zabiegi endoprotezoplastyki, jako priorytet ogólnopolski¹⁶.

W każdym roku Centrala NFZ przekazywała oddziałom wojewódzkim wzór zestawienia, na podstawie którego, Oddział określał propozycje priorytetów regionalnych, z wyszczególnieniem celu priorytetu, mierników służących do oceny realizacji celu oraz statusu i terminu realizacji¹⁷ (załącznik nr 2¹⁸ do Procedury). Oddział sporządzał (na koniec I kwartału następnego roku) i przekazywał Prezesowi NFZ raport (załącznik nr 2a do Procedury) dotyczący poziomu realizacji priorytetów ogólnopolskich i regionalnych określonych na dany rok.

(akta kontroli str. 4-10, 89-187)

W Wydziale Świadczeń następował wybór priorytetów regionalnych, co poprzedzała analiza danych epidemiologicznych (przeprowadzana z wykorzystaniem mapy potrzeb zdrowotnych i innych dostępnych danych z systemów i rejestrów publicznych). Wśród priorytetów regionalnych na lata 2018-2019 znalazły się m.in.: dostęp do świadczeń w ramach leczenia szpitalnego - programy lekowe¹⁹, opieka nad pacjentem w wieku podeszłym²⁰, opieka perinatalna²¹, rehabilitacja lecznicza²² oraz leczenie uzdrowiskowe²³. Na liście priorytetów ogólnopolskich przekazanych Oddziałowi we wrześniu 2017 r.²⁴ oraz w sierpniu 2018 r.²⁵ zostało ujęte *Leczenie szpitalne - świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego w przebiegu chorób zwyrodnieniowych, zapalenia stawów biodrowych oraz kolanowych wymagających endoprotezoplastyki*. Do celu priorytetu (zwiększenie dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki) dołączono pięć mierników jego realizacji (liczbę udzielonych porad, liczbę osób oczekujących, wartość średnią i medianę średniego czasu oczekiwania oraz liczbę miejsc udzielania świadczenia). Od 2019 r. priorytetem ogólnopolskim było też *zwiększenie liczby porad AOS udzielonych na rzecz pacjentów pierwszorazowych* (z liczbą tego typu porad w stosunku do wszystkich wykonanych - jako miernikiem).

(akta kontroli str. 4-10, 89-187, 584-609)

Część opisowa Planów zakupu na kolejne lata: 2018, 2019 i 2020, zawierała obligatoryjne części planu, o których mowa w art. 131b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶. W części ogólnej wskazano priorytety w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej²⁷ (w tym dla regionalnej polityki zdrowotnej²⁸).

(akta kontroli str. 497-587, 1035-1089)

¹⁶ Przekazany przez Centralę.

¹⁷ Z oznaczeniem: K - kontynuacja priorytetu; N - nowy priorytet.

¹⁸ Wydział Świadczeń opracowywał, a Dyrektor Oddziału akceptował projekt wykazu priorytetów regionalnych na rok kolejny wraz z ustalonymi miernikami i uzasadnieniem (załącznik nr 2 do planu zakupu).

¹⁹ Jako priorytet nowy przyjęty na lata 2018-2019.

²⁰ Kontynuacja priorytetu przyjętego w 2017 r.

²¹ Jako kontynuacja priorytetu przyjętego w 2017 r.

²² Jako nowy priorytet na lata 2019-2020.

²³ Jako priorytet wieloletni (kontynuacja).

²⁴ Jako priorytet nr 5 na rok 2018 (łącznie zostało przyjętych osiem priorytetów ogólnopolskich).

²⁵ Jako priorytet nr 3 na rok 2019 (łącznie zostało przyjętych dziewięć priorytetów ogólnopolskich).

²⁶ Dz.U. z 2020, poz. 1398 ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach.

²⁷ Istniejący system określania potrzeb zdrowotnych Prezes NFZ uzupełnia poprzez definiowanie własnych priorytetów zdrowotnych, zwanych priorytetami ogólnopolskimi, które mają służyć osiągnięciu założonych celów, w tym długookresowych.

²⁸ Priorytety regionalne były to zadania (niesprzeczne z priorytetami ogólnopolskimi) mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia ukierunkowane na obszar województwa lub mniejszy.

Zgodnie z pkt 3.2.1 Procedury do planowania, opracowanie planu zakupu obejmowało sporządzenie części opisowej (m.in. założenia do planu²⁹, priorytety ogólnopolskie i regionalne, uzasadnienie dla planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów kontraktowania/zawierania umów). Przy opracowywaniu Planu zakupu, OOW NFZ opierał się na danych własnych, w tym danych o tzw. nadwykonaniach i niezrealizowanych świadczeniach³⁰, danych o kolejkach oczekujących (z aplikacji AP-KOLCE), danych z Centralnej Bazy Świadczeń w zakresie przyczyn korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej według ICD-10, a także przyjętych do realizacji priorytetach zdrowotnych (ogólnopolskich i regionalnych). Analiza dostępności do świadczeń zawierała opis wszystkich czynników wpływających na taką dostępność, tj. rozmieszczenie i liczba świadczeniodawców, zasoby kadry medycznej oraz sposób kontraktowania i finansowania zakupu świadczeń.

(akta kontroli str. 489-592, 1113-1139)

Plan zakupu świadczeń był przygotowywany zgodnie z Procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń (wersja 4.0 i kolejne)³¹, która w październiku 2020 r. została zastąpiona *Procedurą do procesu planowanie rzeczowe - opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej*³². Oprócz części opisowej Planu zakupu Oddział sporządzał jego cztery części tabelaryczne, w tym zagregowany plan zakupu świadczeń (sporządzany na potrzeby planu zbiorczego), w którym ujmowano dane o liczbie obszarów planowania dla danego zakresu, liczbie jednostek rozliczeniowych, wartości świadczeń do sfinansowania dla województwa i dla pacjentów spoza Oddziału oraz dane o sposobie finansowania (ryczałt lub finansowanie odrębne). Odstępstwami od zasady niezmienności planu (pkt 3.4.1. Procedury planowania) były: zmiany rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zmiany zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, a także zmiany uzasadnione innymi przesłankami, takimi jak: zmiany ceny jednostki rozliczeniowej w ryczałcie, czy zmiany zasad finansowania danego rodzaju/zakresu świadczeń³³. W latach 2018-2020, po zakończeniu każdego kwartału, Oddział przekazywał³⁴ do Centrali aktualizacje Planu zakupów, uwzględniające zmiany, które każdorazowo nie przekraczały wysokości środków przewidzianych w planie finansowym Oddziału. W trakcie każdego roku objętego kontrolą Plany zakupu (zaktualizowaną część tabelaryczną dokumentu³⁵) przekazywano Prezesowi NFZ. Wprowadzone czterokrotnie³⁶ aktualizacje do Planu zakupu w 2019 r., uwzględniały przyznane środki na endoprotezoplastykę i stanowiły podstawę do zawarcia aneksów do umów ze świadczeniodawcami.

(akta kontroli str. 1035-1089, 1113-1124)

W następstwie spotkania Wojewody Opolskiego i przedstawicieli OOW NFZ z dyrektorami szpitali oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w kwietniu 2018 r. Oddział zwrócił się do świadczeniodawców endoprotezoplastyki o poinformowanie o możliwości wykonania dodatkowych zabiegów (ponad limit określony w planie finansowania na I półrocze

²⁹ Na które składały się: cel główny oraz priorytety ogólnopolskie (centralne) i regionalne (zał. nr 1 i nr 2).

³⁰ Zgromadzone w Wydziale Świadczeń współpracującym w tym zakresie z Działem Kontraktowania i Obsługi Umów.

³¹ W wersji wstępnej plan zakupu był przekazywany do Centrali NFZ w IV kwartale poprzedniego roku, a w wersji ostatecznej w I kwartale danego roku.

³² Procedura nr 2017/001/DSOZ/PZ/4.1 wprowadzona w okresie objętym kontrolą przez Prezesa NFZ; dalej: Procedura do planowania.

³³ Np. przeliczenie ryczałtu PSZ związanego z wyodrębnieniem wybranych zakresów świadczeń.

³⁴ Terminy przekazania każdorazowo były ustalane w korespondencji wewnętrznej.

³⁵ Część B3 - zagregowany plan zakupu świadczeń.

³⁶ Po zakończeniu każdego z kwartałów.

2018 r.³⁷). W 2019 r. OOW NFZ informował świadczeniobiorców o możliwości skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki dzięki zwiększonym nakładom na przedmiotowe świadczenia. Informacje o szybszym dostępie do operacji ukazały się w lokalnej prasie³⁸ oraz na stronie internetowej NFZ. Pacjentów informowano też bezpośrednio o możliwości wcześniejszego wykonania zabiegu, ze względu na wprowadzone mechanizmy zwiększenia poziomu finansowania takich świadczeń.

(akta kontroli str. 892-1034)

W OOW NFZ działał Zespół „analiz i rozliczenia świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawców bieżącego okresu rozliczeniowego oraz po zakończeniu każdego kwartału kalendarzowego”³⁹. Zespół ten cyklicznie (po zakończonym kwartale lub półroczu) oceniał poziom realizacji świadczeń we wszystkich rodzajach i zakresach, wnioskował o zapłatę nadwykonań (lub odroczenie zapłaty do czasu pozyskania dodatkowych środków finansowych) oraz rekomendował przesunięcia środków między zakresami świadczeń w ramach umowy lub umów zawartych z danym świadczeniodawcą (przesunięcie środków następowało na te zakresy, w których występują uzasadnione nadwykonania). Zespół każdorazowo wnioskował do dyrektora Oddziału w sprawach zapłaty za świadczenia ponadlimitowe z uwzględnieniem przyjętych priorytetów w finansowaniu świadczeń i posiadanych środków w planie finansowym Oddziału w danym rodzaju wydatku⁴⁰.

(akta kontroli str. 892-1034, 1063-1087)

W 2018 r. w sprawie zwiększenia wartości umów (wyrażonej w liczbie punktów lub w kwotach wynikających z ich przeliczenia) wnioskowały następujące podmioty: SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu (zwiększenie o 140 714 pkt); ZOZ w Oleśnie⁴¹; ZOZ w Nysie (zwiększenie łącznie o 345 736 pkt⁴²); SPZOZ MSWiA (zwiększenie o wartość 104 351 zł) oraz Brzeskie Centrum Medyczne (zwiększenie o wartość 131 326 zł⁴³). W kolejnych latach (2019-2020) o takie zwiększenie wnioskował SPZOZ MSWiA (zwiększenie o wartość 563 982 zł⁴⁴) oraz ZOZ w Nysie (zwiększenie o 166 pkt⁴⁵). W 2018 r. zapłata za nadwykonania została zrealizowana podstawie tzw. aneksu - ugody i dotyczyła sześciu świadczeniodawców⁴⁶ na łączną kwotę 2 326 758 zł. W rodzaju leczenie szpitalne, z uwagi na przyjęte priorytety finansowania świadczeń, wszystkie wnioski były rozpatrywane pozytywnie, przy czym zapłata za wszystkie nadwykonania w latach 2018 i 2019 następowała w rozliczeniu końcowym umów ze świadczeniodawcami. Wyjątkiem od tej zasady była decyzja Zespołu Analiz podjęta w lutym 2020 r., że z rozliczenia końcowego umów, dotyczącego 2019 r., wyłączone zostaną zakresy związane z zabiegami u trzech świadczeniodawców⁴⁷, ze względu na fakt, że w tych trzech przypadkach wartość świadczeń pozaumownych przekroczyła przyjęte graniczne kwoty do wykorzystania⁴⁸.

(akta kontroli str. 842-846, 1305-1341)

³⁷ Wszyscy świadczeniodawcy zadeklarowali możliwość wykonania dodatkowych zabiegów.

³⁸ Nowa Trybuna Opolska (wydanie z 9 września 2019 r.) oraz publikacje internetowe (www.rynekzdrowia.pl).

³⁹ Zespół składał się z ośmiu pracowników Oddziału, w tym naczelnika Wydziału Świadczeń; Pracami zespołu kierowała Zastępca Dyrektora (przewodnicząca zespołu); dalej: Zespół Analiz.

⁴⁰ W ostatnim etapie rozpatrzenia wniosku świadczeniodawca wnioskował do Działu Kontraktowania i Obsługi Umów o przygotowanie aneksu zwiększającego.

⁴¹ Bez wskazania wartości zwiększenia.

⁴² W listopadzie 2018 r. wniosek o zwiększenie o 272 696 pkt; w styczniu 2019 r. – o 73 040 pkt.

⁴³ W rezultacie dokonano zmian w planie rzeczowo-finansowym ww. umów.

⁴⁴ Wniosek z 10 czerwca 2019 r.

⁴⁵ Wniosek z 31 stycznia 2020 r.

⁴⁶ Według stanu na 7 maja 2018 r.

⁴⁷ 08R/10037, 08R/10063, 08R/10051.

⁴⁸ Mogły one być sfinansowane dopiero po uzyskaniu zgody Prezesa NFZ.

W przypadku świadczeniodawców w rodzaju AOS Oddział zaakceptował zwiększenia przede wszystkim w formie przesunięcia między zakresami. Wnioskujący do Oddziału o sfinansowanie ponadlimitowych świadczeń nie wskazywali konkretnych wartości zwiększeń; z wyjątkiem FCM Zdrowie Sp. z o.o., który wskazał⁴⁹ nadwykonania w kwocie 8 042 zł (7732,8 pkt) oraz EMC Szpital, w przypadku którego łącznie uwzględniono dwa wnioski (w 2018 r. zwiększenie o 577 pkt (600 zł) oraz w 2019 r. o 1143,3 pkt (1189 zł). Zapłata za nadwykonania uzależniona była również od przyjętych priorytetów w rodzaju AOS (oprócz możliwości przesunięć w planie finansowym).

(akta kontroli str. 701-845, 1304-1348)

Wszystkie etapy przyjmowania Planu zakupu uwzględnione były w Planach pracy Oddziału⁵⁰, w ramach zadań operacyjnych na rzecz celu strategicznego nr 1 (Realizacja dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Do 30 października każdego roku OOW NFZ przygotowywał projekty Planu zakupu oraz propozycje poziomu finansowania świadczeń dla umów wieloletnich, niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego. Sprawozdania z działalności OOW NFZ potwierdzały, że kolejne aktualizacje Planu zakupu uwzględniały zalecenia Prezesa NFZ⁵¹.

(akta kontroli str. 191-244, 275-302)

W latach 2018-2019 wykonanie przewidzianych umowami świadczeń w rodzaju AOS u 12 świadczeniodawców⁵² pozostających poza systemem PSZ wynosiło od 99,55% do 100%. W przypadku dwóch świadczeniodawców, poziom wykonania założonego na 2020 r. planu, był znacznie niższy od wykonania planu z roku poprzedniego⁵³ (odpowiednio w NZOZ Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego - 67,86% oraz w Niepublicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Poradnia Chirurgiczno-Ortopedyczna s.c. Dybek Marek, Kowalczyk Tomasz - 64,66%). W latach 2018-2019 w całym województwie wzrastało wykonanie świadczeń w rodzaju AOS, w porównaniu do roku poprzedniego, o odpowiednio 218 % i 5,9 %, natomiast w 2020 r. spadło o 27,7 %. Pozostałych 14 świadczeniodawców zakwalifikowanych w 2017 r. do systemu PSZ⁵⁴ realizowało świadczenia finansowane ryczałtem, który wyniósł 1 zł⁵⁵.

(akta kontroli str. 347, 613-614, 1396-1424)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, przyczyną niewykonania planu był stan epidemii, a niewykonanie wartości planu rzeczowo - finansowego było powiązane z bezpośrednimi odmowami pacjentów, którzy w obawie przed ewentualnym zakażeniem się wirusem SARS-CoV-2 rezygnowali z możliwości uzyskania porady w poradni specjalistycznej.

(akta kontroli str. 1147-1152)

Wartości ujęte w Planach zakupów dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, wzrastały w latach 2018-2019 w porównaniu do roku poprzedniego, o odpowiednio 276,3% (co było efektem zmiany finansowania świadczeń) i 4,6%, a w roku 2020 obniżyły się o 23%.

⁴⁹ Pismo z 16 kwietnia 2020 r.

⁵⁰ Uchwalanych przez Radę OOW NFZ.

⁵¹ W tym dotyczące implementacji taryfy AOTWiT oraz dotyczące finansowania od 1 października 2019 r. przez Fundusz części świadczeń wysokospecjalistycznych.

⁵² W 2020 r. ich liczba wzrosła do 14.

⁵³ W 2019 r. – świadczeniodawcy wykonali 100 % planu.

⁵⁴ Do sieci PZS zakwalifikowano również poradnie specjalistyczne przyszpitalne.

⁵⁵ Przy zastosowaniu denominacji (przeliczenie punktów po cenie 52 zł na punkty po cenie 1 zł).

Wykonanie zakupu świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wzrosło w latach 2018-2019 o 276% i 4,4% oraz uległo spadkowi w 2020 r. o 28,6%.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Z zestawienia liczby zaplanowanych i wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki wynikały różnice, które wskazywały w latach 2018 i 2019 na występowanie świadczeń ponadlimitowych. Różnice te wynosiły odpowiednio: w 2018 r. 92 890 i w 2019 r. 33 040 pkt. W 2020 r. tendencja ta uległa odwróceniu i różnica pomiędzy wartością zaplanowanych⁵⁶ i wykonanych świadczeń, wg stanu na 31 grudnia, wyniosła o 5 238 722 pkt więcej po stronie świadczeń zaplanowanych.

(akta kontroli str. 842-846, 880-900)

Stawki za wykonanie zabiegów rewizyjnych różniły się od stawek zabiegów pierwotnych, co nie było zależne od Oddziału. Wycena zabiegów przyjmowała wartość punktową i odpowiadała jednolitym grupom pacjentów⁵⁷, tj. kategoriom hospitalizacji wyodrębnionym zgodnie z zasadami systemu JGP posiadającym kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. Wartość punktowa hospitalizacji ujęta była w treści załącznika nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ⁵⁸ i uległa podwyższeniu od 1 lipca 2019 r.⁵⁹. Stawki te wynosiły odpowiednio dla zabiegów pierwotnych i rewizyjnych:

- w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego: 10 800 i 13 993 (po zmianie - 11 124 i 14 413);
- w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego: 12 438 i 18 672 (po zmianie - 12 811 i 19 232).

(akta kontroli str. 847-850)

Środki finansowe wydatkowane na świadczenia AOS (ortopedia i traumatologia narządu ruchu) wyniosły⁶⁰: w 2018 r. 7 954,3 tys. zł (wzrost o 68,5% w porównaniu do roku poprzedniego), w 2019 r. 8 426,7 tys. zł (wzrost o 4%), w 2020 r. 6 093 tys. zł (spadek o 19,6%).

Środki finansowe zaplanowane i wydatkowane na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wyniosły:

- w 2018 r. – plan 34 080,7 tys. zł, wydatkowanie 33 540,5 tys. zł (98,4% planu),
- w 2019 r. – plan 35 998,7 tys. zł, wydatkowanie 35 369,8 tys. zł (98,2% planu),
- w 2020 r. – plan 27 725,7 tys. zł, wydatkowanie 25 267,3 tys. zł (91,1% planu).

(akta kontroli str. 347-348, 1396-1424)

Do Planów zakupu nie były zgłaszane, przez organizacje pozarządowe, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub Rzecznika Praw Pacjenta, wnioski, ani opinie.

1.2. Umowy o udzielanie świadczeń

Świadczenia AOS oraz zabiegi endoprotezoplastyki były wykonywane (w zakresie działania Oddziału) odpowiednio przez świadczeniodawców w rodzaju AOS, których liczba wynosiła: 26 w 2018 r, 27 w 2019 i 28 w 2020 r. oraz ośmiu⁶¹ - w rodzaju leczenie szpitalne - endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego⁶². Jeden

⁵⁶ Aktualnym na 1 stycznia 2020 r.

⁵⁷ Kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów, dalej JGP.

⁵⁸ Zał. nr 1a do zarządzenia nr 119/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r. oraz nr 134/2018/DSOZ z dnia 28 grudnia 2018 r.

⁵⁹ Zał. nr 1a do zarządzenia nr 77/2019/DSOZ z dnia 27 czerwca 2019 r.

⁶⁰ Finansowanie świadczeń na zasadzie ryczałtu oznaczało ustalenie wartości udzielonych świadczeń.

⁶¹ 08R/10006; 08R/10032; 08R/10037; 08R/10049; 08R/10051; 08R/10062; 08R/10063; 08R/10066.

⁶² W zakresie świadczenia 03.4580.8991.02.

z ośmiu świadczeniodawców (Brzeskie Centrum Medyczne) wykonywał wyłącznie zabiegi operacyjne stawu biodrowego. Zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego od kwietnia 2019 r. należały do świadczeń priorytetowych w finansowaniu, co oznaczało sfinansowanie ich kosztów po każdym miesiącu objętym obowiązkiem sprawozdawczym.

(akta kontroli str. 275-282)

Średni koszt leczenia pacjenta wyniósł odpowiednio w latach 2018, 2019 i 2020:

a) dla AOS -106,90 zł; 114,68 zł i 120,74 zł;

b) dla endoprotezoplastyk stawów (biodrowego i kolanowego) odpowiednio:

- 14,7 tys. zł; 15,1 tys. zł i 15,3 tys. zł;

- 14,7 tys. zł; 14,9 tys. zł i 15,0 tys. zł.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Wartość zabiegu endoprotezoplastyki była zależna od wagi punktowej świadczenia⁶³ określonego w katalogu JGP wraz z charakterystyką i algorytmem, ceny jednostkowej punktu rozliczeniowego, a także współczynnika korygującego (1,2)⁶⁴. Zgodnie z § 17 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia specjalistyczne⁶⁵, współczynnik korygujący dotyczył tylko tych świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku poprzednim zrealizowali, co najmniej (alternatywnie): 90 pierwotnych całkowitych alloplastyk stawu biodrowego, 60 pierwotnych alloplastyk stawu kolanowego, 10 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego⁶⁶. W latach 2018-2020 czterech z ośmiu świadczeniodawców⁶⁷ nie spełniało warunków do wykonywania operacji rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz trzech z siedmiu – do realizacji analogicznych operacji stawu kolanowego⁶⁸. W latach 2018-2020 wszyscy świadczeniodawcy wykonujący zabiegi stawu biodrowego spełniali wymogi wykonania⁶⁹: co najmniej 90 pierwotnych całkowitych alloplastyk stawu biodrowego⁷⁰ (ośmiu świadczeniodawców) oraz siedmiu świadczeniodawców (100% wykonujących zabiegi stawu kolanowego) spełniało wymóg realizacji 60 pierwotnych alloplastyk stawu kolanowego⁷¹.

(akta kontroli str. 327-332, 349-361)

Łączna wartość zakontraktowanych przez Oddział świadczeń AOS (w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu) wyniosła: 2 751,1 tys. pkt w 2018 r.; 2 852,4 tys. pkt w 2019 r. oraz 5 378,2 tys. pkt w 2020 r. Wartość zrealizowanych ww. świadczeń wyniosła odpowiednio: 7 954,3 tys., 8 426,7 tys. i 5 618,0 tys. punktów. Wartość zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz biodrowego wyniosła (w punktach): 34 424 930 w 2018 r.; 35 998 693 w 2019 r.; 30 147 870 w 2020 r. (według stanu na 31 grudnia 2020 r.). Wartość zrealizowanych świadczeń⁷² endoprotezoplastyki stawu biodrowego wyniosła odpowiednio: 23 049 222; 23 205 213 i 16 190 876 punktów.

⁶³ Wycena JGP dokonywana była przez Prezesa NFZ w uzgodnieniu z konsultantami krajowymi lub przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

⁶⁴ § 17 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ nr 66/2018/DSOZ z 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.

⁶⁵ Zarządzenie Prezesa NFZ 66/2018/DSOZ z 29 czerwca 2018 r. oraz kolejne (na lata 2019 i 2020).

⁶⁶ Przy rozliczaniu hospitalizacji grupami H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19.

⁶⁷ Brzeskie Centrum Medyczne, SPZOZ Kędzierzyn-Koźle, SPZOZ w Oleśnie, ZOZ w Nysie.

⁶⁸ SPZOZ Kędzierzyn-Koźle, SPZOZ w Oleśnie, ZOZ w Nysie.

⁶⁹ W roku poprzedzającym rok, na który obowiązywał współczynnik.

⁷⁰ W sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H13, H14 (grupy JGP).

⁷¹ Przy rozliczaniu hospitalizacji grupą H01 (grupy JGP).

⁷² Według stanu na 31.12.2020 r.

Dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego wartości te wynosiły odpowiednio: 10 830 047; 12 164 554 oraz 7 709 557 punktów.

(akta kontroli str. 1396-1424)

1.3. Monitorowanie realizacji umów oraz celowości świadczeń udzielanych w ramach umów

W badanym okresie OOW NFZ monitorował⁷³ poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń w zakresach związanych z ortopedią i traumatologią narządu ruchu.

Monitorowanie realizacji umów, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 8 lit b. ustawy o świadczeniach, rozpoczynało się od etapu akceptacji poziomu finansowania świadczeń poprzez zabezpieczenie środków finansowych (w planie finansowym i planie zakupu świadczeń). Wydział Świadczeń opracowywał i przedkładał Dyrektorowi OOW NFZ okresowe analizy poziomu realizacji świadczeń, w tym realizacji umów w zakresie endoprotezoplastyki oraz AOS⁷⁴. Analizy te były również prezentowane na posiedzeniach Rady Oddziału.

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń w ramach zawartych umów, realizowane było m.in. poprzez: analizę danych dotyczących udzielonych świadczeń⁷⁵ oraz ocenę merytoryczną wniosków o rozliczenie w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach⁷⁶. W przypadku stwierdzenia niewykorzystania pierwotnie przewidzianych środków przez świadczeniodawców poddawano analizie⁷⁷ wielkości realizacji świadczeń (w tym nadwykonań i niedowykonań), potencjał świadczeniodawców oraz liczby osób oczekujących na wykonanie świadczenia. Wyniki tych analiz były wykorzystywane do zawierania aneksów do umów kontraktowych, korygujących poziom świadczeń z uwzględnieniem potrzeb pacjentów i możliwości ich wykonania, bez względu na okres, który upłynął od dokonania poprzedniej zmiany⁷⁸.

(akta kontroli str. 652-826)

W latach 2018-2020 w wyniku renegotiacji umów, OOW NFZ zawierał ze świadczeniodawcami aneksy w zakresach obejmujących:

a) leczenie szpitalne – endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego – zwiększenia wartości świadczeń⁷⁹ w podziale na lata wyniosły odpowiednio:

- w 2018 r. łącznie o kwotę 9 451 540,12 zł;

- w 2019 r. łącznie o kwotę 9 663 370,00 zł;

- w 2020 r. łącznie o kwotę 1 887 465,00 zł;

b) AOS (ortopedia i traumatologia narządu ruchu) – zwiększenia wartości świadczeń w podziale na lata wyniosły odpowiednio:

- w 2018 r. łącznie o kwotę 460 704,00 zł;

⁷³ Monitorowanie realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach, należy do zakresu działań NFZ. W wyniku prowadzonego monitoringu umów OOW NFZ powinien podejmować próby alokacji środków w przypadku stwierdzenia, w miarę upływu czasu, niepełnej realizacji ich zapisów (harmonogramów rzeczowo-finansowych stanowiących załączniki do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz nadwykonań.

⁷⁴ Analogicznie dotyczyło to zakresów rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz w zakresie oddziału ośrodka dziennego.

⁷⁵ W tym liczby hospitalizacji, liczby osobodni, średniego czasu hospitalizacji, średniego kosztu osobodni, średniego kosztu osoby leczonej, średniego czasu pobytu, liczbę i rodzaj zrealizowanych procedur medycznych wg ICD 9 i rozpoznań ICD 10, trybów przyjęcia, struktury zrealizowanych świadczeń.

⁷⁶ Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz kosztorysu zawierającego szczegółowe zestawienia wykonanych czynności medycznych i kosztorysu zawierającego szczegółowe zestawienia wykonanych czynności medycznych.

⁷⁷ Analizy prowadzone były w arkuszach kalkulacyjnych Excel dla wszystkich rodzajów świadczeń w podziale m.in. na poszczególnych świadczeniodawców, zakresy i miejsca wykonywania świadczeń oraz na poszczególne obszary kontraktowania.

⁷⁸ Przykładowo w 2019 r. we wniosku (z 10 czerwca 2019 r.) Zespół wnioskował o kwotę zwiększenia 788 981 zł, (za okres I-V 2019), a następnie w kolejnym wniosku (z 12 lipca 2019 r.) o kwotę 301 167 zł (za okres I-VI 2019).

⁷⁹ Dotyczące wszystkich ośmiu świadczeniodawców.

- w 2019 r. łącznie o kwotę 576 722,00 zł;
- w 2020 r. łącznie o kwotę 3 495 780,00 zł (w kwietniu 2020 r. zwiększenia wynikające z nadwykonań wyniosły 846 835,00 zł⁸⁰).

(akta kontroli str. 1304a-1348)

Pracownicy Działu Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń z wykorzystaniem narzędzia *Przegląd Świadczeń*⁸¹, sporządzali analizy, m.in. na potrzeby realizacji zadań przez Radę Oddziału oraz przygotowania rocznego sprawozdania z działalności Oddziału.

Pierwszy rodzaj analiz - w ujęciu kwartalnym - ujmował dane dotyczące udzielonych świadczeń w zakresach związanych z ortopedią i traumatologią narządu ruchu (leczenie szpitalne), w tym liczby i średniej długości hospitalizacji, średniego kosztu tzw. osobodnia, średniego kosztu leczenia pacjenta, średniego czasu pobytu, liczby hospitalizacji na osobę, liczby i rodzaju zrealizowanych procedur ICD-9, rozpoznań ICD-10 oraz grup JGP, a także trybów przyjęcia. W przypadku AOS (ortopedia i traumatologia narządu ruchu) analizy ujmowały dane dotyczące struktury porad (zabiegowe, pierwszorazowe i pozostałe), liczby porad, średniego kosztu porad, liczby porad na osobę oraz realizowanych świadczeń zabiegowych w ramach poradni urazowo-ortopedycznej.

(akta kontroli str. 134-240)

Elementem monitorowania realizacji umów był raport ze sprawdzenia poprawności danych o zrealizowanych świadczeniach, który wpływał codziennie do Sekcji Informatycznej OOW NFZ⁸². Dane z zakresu monitorowania udzielanych świadczeń stanowiły część sprawozdań z działalności OOW NFZ. Oprócz opisanych powyżej analiz Oddział przeprowadzał także kontrole u świadczeniodawców oraz opiniował wnioski o indywidualne rozliczenie świadczeń⁸³.

(akta kontroli str. 163-175, 190-242)

Poprzez działania Zespołu, Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń i podejmował działania w celu ograniczenia skutków niewykonania planów rzeczowych przez świadczeniodawców. W odniesieniu do dwóch świadczeniodawców⁸⁴, którzy od 2018 r. wykonywali coraz mniej zabiegów, Oddział określił przyczyny spadku liczby zabiegów, z których najważniejszą był fakt, że oba szpitale były jednostkami o II poziomie referencyjności, w związku z czym miały obowiązek zabezpieczać pacjentów po wypadkach⁸⁵.

(akta kontroli str. 892-967, 1265-1277, 1304-1341, 1349-1354)

1.4. Oczekiwanie na udzielenie świadczenia i publikacja informacji o średnim czasie oczekiwania i pierwszym wolnym terminie

Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie w ramach w AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (osoby zakwalifikowane do kategorii medycznej „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”) na koniec każdego roku wynosiła:

- 4 539 w 2018 r. (wzrost o 12,6% w porównaniu do roku poprzedniego), 5 990 w 2019 r. (wzrost o 24,2%) oraz 4 736 w 2020 r. (spadek o 20,9%).

W latach 2018-2019, w porównaniu do roku poprzedniego, ulegała zwiększeniu liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadki pilne odpowiednio o 55,7% i 63,3%. Z kolei liczba osób oczekujących w ramach kategorii przypadek

⁸⁰ Rezultat wyodrębnienia AOS z finansowania ryczałtowego.

⁸¹ Narzędzie opracowane przez pracownika Działu Analiz.

⁸² Generowanie raportów było włączane codziennie automatycznie.

⁸³ Umieszczonych w Bazie Zgód Indywidualnych.

⁸⁴ SPZOZ Kędzierzyn-Koźle oraz ZOZ w Nysie.

⁸⁵ W związku z tym, liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów po zabiegach jest ograniczona.

stabilny, wzrosła w 2018 r. o 44,3% oraz w 2019 r. o 36,6%.

W 2020 r. nastąpił spadek liczby osób oczekujących w przypadku obu kategorii o odpowiednio 18,4% i 21,2%.

Łączna liczba osób oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w latach objętych kontrolą zmniejszała się w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosła: 4 485 w 2018 r. (spadek o 3,1%), 4 011 w 2019 r. (spadek o 10,6%) i 3 889 w 2020 r. (spadek o 3,04%). Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadki pilne wzrosła o 19,6% w 2018 r., a w latach 2019-2020 zmniejszyła się odpowiednio o 18,8% i 2,9%. Z kolei liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadki stabilne zmniejszyła się w 2018 r. o 5,7%, w 2019 r. o 9,5% i w 2020 r. o 3 %.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Analiza danych z zakresu list oczekujących polegała na sprawdzaniu terminowości, kompletności i poprawności danych z tych list, monitorowaniu kolejek oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców, m.in. poprzez analizy „rozkładów rocznych” liczby osób oczekujących (badanie, czy świadczeniodawca nie wydłuża sztucznie kolejki oczekujących), a także eliminowanie - z wykorzystaniem *Systemu wsparcia procesów obsługi kolejek oczekujących zgłoszeń* - nieprawidłowości w tym zakresie. Monitorowaniem i analizą danych z zakresu list oczekujących na określone świadczenia do 1 października 2020 r. zajmowali się pracownicy Sekcji ds. Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących w Wydziale Spraw Świadczeniobiorców, a następnie – pracownik Wydziału Świadczeń⁸⁶.

(akta kontroli str. 34-70)

Ponadto, w aplikacji AP-KOLCE wprowadzona została automatyczna weryfikacja oznaczająca osoby zmarłe, co pozwoliło świadczeniodawcom na zidentyfikowanie nieprawidłowych wpisów. W efekcie doszło do obniżenia łącznej liczby oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyk z 9 763 osób na koniec 2017 r. do 8 674 osób na koniec 2020 r. (spadek o 11,1%).

(akta kontroli str. 430-455, 1396-1424)

Z listy oczekujących, w wyniku niezgłoszenia się na ustalony termin zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego (bez wskazania, że skreślenie nastąpiło z powodu zgonu pacjenta), zostało skreślonych:

- w 2018 r. 417 osób (84 – przypadki pilne, 333 – przypadki stabilne), tj. o 34,5% więcej (w porównaniu do roku poprzedniego);
- w 2019 r. 379 osób (68 – przypadki pilne, 311 – przypadki stabilne), tj. o 9,1% mniej;
- w 2020 r. 232 osoby (36 – przypadki pilne, 196 – przypadki stabilne), tj. o 38,8% mniej.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego z tego powodu z listy oczekujących skreślono w poszczególnych latach:

- w 2018 r. 371 osób (88 – przypadki pilne, 283 – przypadki stabilne), tj. o 39,3% więcej (w porównaniu do roku poprzedniego);
- w 2019 r. 482 osoby (148 – przypadki pilne, 334 – przypadki stabilne), tj. o 23% więcej;
- w 2020 r. 346 osób (75 – przypadki pilne, 271 – przypadki stabilne), tj. o 28,2% mniej.

W wyniku rezygnacji z list oczekujących na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego (bez uwzględnienia jako powodu rezygnacji zgonu pacjentów), skreślono odpowiednio:

⁸⁶ Specjalista Wydziału Świadczeń, poprzednio zatrudniony w Sekcji ds. Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących.

- w 2018 r. 514 osób (44 przypadki pilne, 470 przypadków stabilnych), tj. 19% więcej; 494 osoby (45 przypadki pilne, 449 przypadków stabilnych), tj. 30,2% więcej;
- w 2019 r. 637 osób (43 przypadki pilne, 594 przypadki stabilne), tj. 19,3% więcej; 496 osób (45 – przypadki pilne, 451 – przypadki stabilne), tj. 0,4% więcej;
- w 2020 r. 438 osób (90 – przypadki pilne, 348 – przypadki stabilne), tj. 31,2% mniej; 501 osób (64 – przypadki pilne, 437 – przypadki stabilne), tj. 1% więcej.
(akta kontroli str. 1396-1424)

W latach 2018-2020 (według stanu na 31 grudnia) najdłuższy czas oczekiwania⁸⁷ wystąpił w zakresach:

- a) endoprotezoplastyki stawu kolanowego: przypadki stabilne - odpowiednio: 1 982 dni w 2018 r. (2 027 osób oczekujących), 2 172 dni w 2019 r. (1 862 osób) i 1 593 dni w 2020 r. (1 911 osób) i przypadki pilne odpowiednio: 765 dni (355 osób), 662 dni (261 osób) i 527 dni (234 osoby);
- b) endoprotezoplastyki stawu biodrowego: przypadki stabilne - odpowiednio: 2 063 dni (1 522 osoby), 2260 dni (1 404 osoby) i 1 361 dni (1 424 osoby) i przypadki pilne odpowiednio: 679 dni (262 osoby), 620 (203 osoby) i 589 dni (177 osób).
(akta kontroli str. 1396-1424)

W 2019 r. (w porównaniu do 2018 r.) odnotowano nieznaczny spadek liczby osób oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego odpowiednio dla przypadków:

- a) stabilnych – u czterech świadczeniodawców⁸⁸;
- b) pilnych – u dwóch świadczeniodawców⁸⁹.

W przypadku dwóch świadczeniodawców (tj. 25% podmiotów wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki) średni czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadek stabilny) zwiększał się w poszczególnych latach 2018-2019 w porównaniu do roku poprzedniego (dynamika zmian wynosiła więcej niż 100% we wszystkich tych latach). Z kolei w przypadku trzech świadczeniodawców (42,85%) średni czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego (przypadek stabilny) zwiększał się w poszczególnych latach 2018-2019 w porównaniu do roku poprzedniego.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Zestawienia danych z list oczekujących, które Oddział przygotowywał w oparciu o informacje uzyskane od świadczeniodawców (komunikatem sprawozdawczym xml za pośrednictwem AP-KOLCE), stanowiły narzędzie, które wspierało działania służące skracaniu czasów oczekiwania oraz zapobieganiu ich wydłużaniu. Oględziny przeprowadzone pod kątem czterech zakresów świadczeń: endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz rehabilitacja lecznicza potwierdziły, że dane w zakresie dostępności świadczenia⁹⁰ (w tym pierwszy wolny termin) świadczeniodawcy przekazywali do systemu⁹¹ za pomocą komunikatów xml w systemie CLO_AGENT-Raporty CBS (raport zaimportowanych przesylek). System ten pozwalał Oddziałowi na weryfikację, czy: a) świadczeniodawca przesyła dane w terminie oraz b) raporty te nie zawierają błędów.

⁸⁷ Na podstawie danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenie i średniego czasu oczekiwania.

⁸⁸ 08R/10037, 08R/10049, 08R/10063 i 08R/10066.

⁸⁹ 08R/10062 i 08R/10037.

⁹⁰ Objęte oględzinami przypadki dotyczące dostępności endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego prezentowały stan danych na daty: 28, 29, 30 lub 31 grudnia 2020 r.

⁹¹ Na serwerze centralnym NFZ funkcjonuje moduł administracyjny Centralne Kolejki Oczekujących (AP-Kolce).

Moduł *Wymiana danych* umożliwiał odczytanie kodu świadczeniodawcy oraz rodzaju stwierdzonego błędu.

(akta kontroli str. 851-868)

Najdłuższe okresy oczekiwania⁹², w tym powyżej 100 dni (przypadki stabilne) dotyczyły ośmiu świadczeniodawców - w latach 2018 i 2019 oraz pięciu - w 2020 r. Niższa liczba dni oczekiwania dotyczyła przypadków pilnych, w pięciu przypadkach czas oczekiwania wynosił od 32 dni do 66 dni⁹³ (lata 2018-2019). W 2020 r. liczba świadczeniodawców z okresem oczekiwania powyżej 30 dni wzrosła o 1, przy czym czas ten nie przekraczał 58 dni⁹⁴. W rodzaju AOS w terminie poniżej 30 dni świadczeń udzielało 11 świadczeniodawców w przypadkach stabilnych oraz 20 świadczeniodawców w przypadkach pilnych.

(akta kontroli str. 1396-1424)

W przypadku endoprotezoplastyki, wzrost czasu oczekiwania (w liczbach dni) dotyczył następujących świadczeniodawców:

- 08R/10018 - przypadki pilne: wzrost z 41 dni w 2018 r. do 107 dni w 2019 r. oraz ze 107 dni w 2019 r. do 296 dni w 2020 r.; przypadki stabilne: wzrost z 16 dni w 2018 r. do 124 dni w 2019 r. oraz ze 124 dni w 2019 r. do 288 dni w 2020 r.
- 08R/10037 - przypadki pilne: wzrost ze 110 dni w 2019 r. do 116 w 2020 r.; przypadki stabilne: z 428 dni w 2018 r. do 618 dni w 2019 r.
- 08R/10041 - przypadki pilne: 116 w 2019 r. i 115 w 2020 r. przypadki stabilne: wzrost z 750 dni w 2018 r. do 811 dni w 2019 r. oraz z 811 dni w 2019 r. do 890 dni w 2020 r.
- 08R/10053 - przypadki pilne: wzrost z 84 dni w 2019 r. do 116 dni w 2020 r.; przypadki stabilne: wzrost z 8 dni w 2018 r. do 121 dni w 2019 r. oraz ze 121 dni w 2019 r. do 270 dni w 2020 r.

(akta kontroli str. 1396-1424)

W latach 2018-2020 najdłuższy średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego dla przypadków stabilnych, tj. przekraczający 1 000 dni we wszystkich tych latach, wystąpił w przypadku dwóch świadczeniodawców⁹⁵. Wynosił on od 1 361 dni w 2020 r. do 2 260 dni w 2019 r. Również w odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu kolanowego najdłuższy czas oczekiwania na zabieg (od 1 393 dni w 2018 r. do 2 172 dni w 2019 r.) stwierdzono w przypadku ww. świadczeniodawców. Najkrótszy średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla przypadków stabilnych, nieprzekraczający 180 dni, wystąpił w przypadku jednego świadczeniodawcy⁹⁶, tj. odpowiednio w 2018 r. 62 i 50 dni, w 2019 r. 145 i 125 dni, a w 2020 r. 178 i 154 dni.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Świadczeń, *przyczyną długiego czasu oczekiwania na te świadczenia w przypadku niektórych świadczeniodawców, są przede wszystkim decyzje świadome podejmowane przez świadczeniobiorców, którzy wybierają określone placówki, mając na uwadze ich renomę i opinie innych pacjentów*. Przykładem jest Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie, gdzie pomimo dużej liczby⁹⁷ oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki, kolejne osoby wybierają właśnie tą placówkę, pomimo iż na terenie województwa funkcjonują świadczeniodawcy, u których czas oczekiwania jest znacznie krótszy. Jak wskazała

⁹² Liczone jako średni czas oczekiwania.

⁹³ NZOZ Chir-Orto-Med sc.

⁹⁴ SPZOZ Kędzierzyn-Koźle.

⁹⁵ OCR w Korfantowie i Szpital Wojewódzki w Opolu.

⁹⁶ SPZOZ w Oleśnie.

⁹⁷ Według stanu na koniec 2020 r. łącznie 3746 osób (staw biodrowy i kolanowy).

Naczelnik Wydziału, decyzje podejmowane przez świadczeniobiorców odnośnie wyboru miejsca udzielenia świadczenia nie opierają się wyłącznie na czasie oczekiwania na to świadczenie, w związku z czym Oddział nie dysponuje realnymi możliwościami wpływania na te decyzje.

(akta kontroli str. 308-354)

W marcu 2020 r. Centrala NFZ poinformowała⁹⁸ oddziały wojewódzkie o odstąpieniu od obowiązku – w odniesieniu do oddziałów wojewódzkich - przygotowywania analizy osób oczekujących, ze względu na fakt, iż od 1 kwietnia 2020 r. do 5 września 2020 r. wszyscy świadczeniodawcy byli zwolnieni z obowiązku przekazywania list oczekujących.

(akta kontroli str. 383)

Oddział nie prowadził szczegółowych analiz (odnoszących się do konkretnych świadczeniodawców) co do przyczyn wzrostu:

- średniego czasu oczekiwania w porównaniu do roku poprzedniego;
 - liczby osób oczekujących w porównaniu do roku poprzedniego;
- lub odnoszących się do świadczeniodawców, u których odnotowano dużą liczbę pacjentów, którzy nie zgłosili się na ustalony termin zabiegu (ewentualnie zrezygnowały z terminu).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że badane w trakcie kontroli zakresy, stanowią niecałe 3% całości danych podlegających weryfikacji; *w latach 2017-2020 nie istniała prawna ani merytoryczna przyczyna, aby Oddział traktował je w sposób wyjątkowy i analizował je w inny sposób na tle całokształtu danych otrzymywanych od świadczeniodawców.* Dyrektor Oddziału wskazał, że ze względu na konieczność ustalania priorytetów zadań w kontekście ograniczonych zasobów ludzkich, nacisk główny podczas weryfikacji położony był na terminowość i kompletność sprawozdawanych danych.

Jak wynikało z wyjaśnienia, analizy dotyczące merytorycznej poprawności (w tym polegające na porównywaniu danych „rok do roku”) były podejmowane jako reakcja na sygnały od pacjentów. Jak podkreślił Dyrektor Oddziału, *nie było takich przesłanek w odniesieniu do badanych w kontroli NIK zakresów świadczeń.*

(akta kontroli str. 970-974)

W celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności danych sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, w OOW NFZ podejmowano następujące działania: a) monitorowanie terminów przekazywania komunikatów sprawozdawczych xml dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców, wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych; b) sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych xml dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia; c) monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji AP-KOLCE; d) publikowanie komunikatów dla przypominających świadczeniodawcom o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań oraz informujących o brakach danych z zakresu list oczekujących; e) telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, przekazujących je nieterminowo lub z błędami; f) prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane; g) weryfikacja poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz

⁹⁸ Informacja mailowa z 1 marca 2021 r.

udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet.

(akta kontroli str. 372-379)

W latach 2018-2020 pacjenci nie zwracali się, bezpośrednio do Oddziału o udzielenie informacji dotyczących świadczeń objętych niniejszą kontrolą. OOW NFZ w ramach zadań związanych z monitorowaniem list oczekujących weryfikował m.in. poprawność przekazywanych przez świadczeniodawców danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenia, średniego czasu oczekiwania oraz pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia, jak również zgodność tych danych ze stanem faktycznym. System umożliwiał analizę raportów pochodzących od świadczeniodawców pod kątem terminowości realizacji obowiązków sprawozdawczych i bezbłędności danych.

(akta kontroli str. 851-867)

Aplikacja AP-KOLCE uniemożliwiała wpisanie jednej osoby na więcej niż jedną listę oczekujących na to samo świadczenie. Przy próbie dokonania takiego wpisu świadczeniodawca otrzymywał informację, że dana osoba jest już zapisana na to świadczenie u innego świadczeniodawcy. Naczelnik Wydziału podkreśliła, że świadczeniobiorca *ma prawo zapisać się więcej niż jeden raz na tą samą listę oczekujących w przypadku świadczeń AOS, jeżeli wpis jest dokonany z innym rozpoznaniem chorobowym, tzn. leczone jest inne schorzenie*. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w przekazywanych danych, jak np. brak prowadzonej sprawozdawczości, nagle zwiększenie lub zmniejszenie liczby oczekujących, brak zmian liczby oczekujących w dłuższym okresie sprawozdawczym, Wydział Świadczeń przeprowadzał analizy odnoszące się do konkretnej kwestii. Oddział posiadał również własne narzędzie analityczne: „Migracje-3D” służące do oceny kierunku migracji pacjentów w celu uzyskania leczenia. Główne opcje aplikacji pozwalały na dokonywane wyboru według rodzaju świadczenia, zakresu świadczenia, miejsca udzielenia świadczenia, według produktu kontraktowego lub według produktu jednostkowego.

(akta kontroli str. 308-354)

Wytyczne dotyczące monitorowania danych z zakresu list oczekujących obowiązywały oddziały wojewódzkie od listopada 2018 r. W ramach weryfikacji danych przekazywanych komunikatem sprawozdawczym xml, w pierwszej kolejności Oddział powinien systematycznie sprawdzać, czy świadczeniodawcy zamieszczają informacje (co najmniej raz w tygodniu) o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, jak również, czy informacja ta nie odbiega w sposób znaczący od planowanych terminów udzielenia świadczenia, wyznaczanych ostatnim osobom wpisanym na listy oczekujących (prowadzone przez świadczeniodawców w AP-KOLCE).

(akta kontroli str. 870-879)

Oddział NFZ umożliwiał pacjentom, za pośrednictwem strony internetowej, zapoznanie się z informacjami dotyczącymi dostępności świadczeń (w tym zabiegów endoprotezoplastyki). Funkcjonalność *Informatora o Terminach Leczenia* umożliwiała: wybór przypadku (stabilny/pilny); wybór konkretnego zakresu świadczenia (o ile jego nazwa znajduje się w liście rozwijalnej), a po rozwinięciu odnośnika „więcej danych” istniała możliwość odczytania: pierwszego wolnego terminu, liczby udzielonych świadczeń. Jednak w czterech przypadkach świadczeniodawców⁹⁹ ww. dane nie zostały uzupełnione, co potwierdziły

⁹⁹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, SPZOZ MSWiA, Brzeskie Centrum Medyczne, SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.

ogłędziny¹⁰⁰. Ponadto dwóch świadczeniodawców (Brzeskie Centrum Medyczne oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny) w trakcie dwóch tygodni (ogłędziny odbyły się w odstępie 7 dni i nie wykazały zmian) nie przekazało danych dotyczących pierwszego wolnego terminu świadczenia endoprotezoplastyki, co oznaczało, że przynajmniej przez pierwszych 15 dni 2021 r. pacjenci nie uzyskali wiedzy o pierwszym wolnym terminie zabiegu u tych świadczeniodawców. Powyższe szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 851-868)

1.5. Identyfikacja przyczyn występowania kolejek

Oddział przeprowadzał szereg analiz i następnych działań w celu zidentyfikowania przyczyn występowania kolejek na listach oczekujących na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Przykładowo czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki u dwóch świadczeniodawców (08R/10037 i 08R/10063) w latach 2017-2019 pozostawał na niezmiennie wysokim poziomie, tj. od 1 441 dni (średni czas oczekiwania w 2018 r.) do 2 260 dni¹⁰¹ (średni czas oczekiwania w 2019 r.); z kolei w przypadku AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu średni czas oczekiwania w latach 2017-2019 na przyjęcie u niektórych świadczeniodawców przekraczał 160 a nawet 200 dni¹⁰². Sprawozdawczość z zakresu list oczekujących była prowadzona, zgodnie ze słownikami publikowanymi przez NFZ¹⁰³ i na podstawie załączników nr 8-9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁰⁴.

(akta kontroli str. 372-379)

Kontrole w zakresie prawidłowości prowadzenia list oczekujących należały do zadań Wydziału Kontroli, a nadzór i monitorowanie (poprzez analizę rzetelności i jakości przekazywanych przez świadczeniodawców danych dotyczących listy oczekujących) – pierwotnie do Wydziału Spraw Świadczeniobiorców, a od 1 października 2020 r. do Wydziału Świadczeń. Oddział kontrolował świadczeniodawców, m.in. w zakresie prowadzenia list osób oczekujących, w tym wykazujących najdłuższe czasy oczekiwania i prowadzonej sprawozdawczości. Oprócz jednego przypadku świadczeniodawcy AOS¹⁰⁵, kontrole przeprowadzone w latach 2018-2020 nie wykazały nieprawidłowości w zakresie wywiązywania się z obowiązków sprawozdawczych.

(akta kontroli str. 440-455, 1372-1373)

Prezes NFZ wydał i polecił dyrektorom oddziałów wojewódzkich realizację *Wytycznych dla oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie monitorowania weryfikacji czasów oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, raportowania do Centrali NFZ oraz informowania świadczeniobiorców wpisanych na listy*¹⁰⁶. Celem ich stosowania było m.in. uzyskanie wiedzy o przyczynach wzrostów liczby oczekujących na świadczenie, wydłużania czasu oczekiwania, czy propozycji

¹⁰⁰ Po dwukrotnym ich przeprowadzeniu w dniach 8 i 15 stycznia 2021 r.

¹⁰¹ Świadczeniodawca 08R/10037.

¹⁰² Świadczeniodawcy 08R/10032 i 08R/20352.

¹⁰³ Są to w szczególności słowniki: Słownik komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości komunikatem danych o harmonogramach przyjęć/listach oczekujących, słownik świadczeń podlegających sprawozdawczości komunikatem danych o harmonogramach przyjęć/listach oczekujących, słownik świadczeń podlegających sprawozdawczości w aplikacji (AP-KOLCE).

¹⁰⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1207.

¹⁰⁵ NZOZ CHIR-ORTO-MED s.c. (08R/ 20005). Na świadczeniodawcę Oddział nałożył karę w kwocie 472,14 zł.

¹⁰⁶ Dalej: *Wytyczne*.

zapobiegania zjawisku powstawania kolejek. Wytyczne służyć miały zapewnieniu gromadzenia wiarygodnych danych, będących podstawą do innych działań ze strony NFZ. Terminy działań wyznaczone w Wytycznych miały na celu zapewnienie zarówno właściwej terminowości pozyskiwania danych (sprawozdawania przez świadczeniodawców), jak również ich kompletności oraz spójności, poprzez prowadzenie ciągłego ich monitorowania. Jednym z narzędzi wskazanych w Wytycznych były ankiety telefoniczne (metodą anonimowego pacjenta). Oddział przeprowadził łącznie 565 ankiet¹⁰⁷, których wyniki stanowiły podstawę sformułowania, w 30 przypadkach, zastrzeżeń co do poprawności przekazywanych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Ponowna weryfikacja¹⁰⁸ potwierdziła, że świadczeniodawcy usunęli nieprawidłowości w tym zakresie. Innym działaniem OOW NFZ były szkolenia dotyczące prowadzenia list oczekujących. W czterech turach takich szkoleń¹⁰⁹ udział wzięło 93 przedstawicieli świadczeniodawców (pracowników zajmujących się organizacją i prowadzeniem list oczekujących).

(akta kontroli str. 869-890, 1143)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło 439 skarg¹¹⁰ ze strony pacjentów. Rada OOW NFZ na swoich posiedzeniach¹¹¹ analizowała co kwartał sprawozdania Oddziału z rozpatrzonych skarg. Analizy¹¹² były prowadzone w podziale na skargi dotyczące jakości świadczeń oraz ich dostępności, rozumianej jako sposób wykonania przez świadczeniodawców obowiązku dotyczącego ustalania kolejności dostępu do świadczeń.

(akta kontroli str. 195-244, 1096-1097)

Jak wyjaśnił przewodniczący Rady Oddziału, bardzo mało skarg dotyczyło prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców. Poza treścią skarg świadczeniobiorców, wiedza Rady Oddziału o listach oczekujących opierała się na informacjach od Dyrektora Oddziału dotyczących pozyskania dodatkowych środków na poprawę dostępności m.in. w zakresie wszczepiania endoprotez.

(akta kontroli str. 303-307, 834-837)

1.6. Zapewnienie dostępności świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz stawu kolanowego

Analizy poziomu realizacji zakontraktowanych świadczeń w odniesieniu do zawartych umów prowadzone były w formie elektronicznej w przygotowanych aplikacjach (*Przegląd świadczeń*) i ujmowały m.in. informacje o ilości i wartości zrealizowanych świadczeń, procentowym wykonaniu świadczeń, nadwykonaniach i niewykonaniach kontraktu. Tym samym umożliwiały nadzór nad tempem realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń oraz obszarach kontraktowania. Ponadto, w celu prowadzenia kompleksowych ocen dostępu do świadczeń stosowano narzędzia analityczne (autorskie) pn. *Przegląd świadczeń NEW* (dla hospitalizacji i AOS) oraz *Migracje-3D* - do oceny kierunku migracji pacjentów w celu uzyskania leczenia. Aplikacja pozwalała na analizy według

¹⁰⁷ W tym: w 2018 – 337; w 2019 – 216; w 2020 – 12.

¹⁰⁸ Do świadczeniodawców, u których stwierdzono nieprawidłowości kierowane były pisemne wezwania do ich niezwłocznego usunięcia, a następnie po upływie dwóch tygodni ponownie weryfikowano poprawność przekazywanych informacji.

¹⁰⁹ Szkolenia dla świadczeniodawców odbyły się w dniach 30-31 maja 2019 r., oraz w terminie dodatkowym (5-6 czerwca 2019 r.). Informacja o szkoleniu wraz z jego tematyką została zamieszczona na stronie internetowej OOW NFZ oraz na Portalu Świadczeniodawcy.

¹¹⁰ W kolejnych badanych latach było ich 130, 129 i 180. W tym okresie nie było wniosków.

¹¹¹ W latach 2018-2020 Rada Oddziału odbyła odpowiednio: po 4 posiedzenia w 2018 r. i 2019 r. oraz 5 posiedzeń w 2020 r.

¹¹² Analiza skarg i wniosków za IV kwartał 2017 r. oraz trzy kwartały 2018 r. była omawiana na posiedzeniu 5 grudnia 2018 r., analiza skarg i wniosków za dwa kwartały 2019 r. była omawiana na posiedzeniu 9 grudnia 2019 r. oraz odpowiednio za IV kwartał 2019 r. i I kwartał 2020 r. była omawiana na posiedzeniu w maju 2020 r.

produktu kontraktowego lub jednostkowego, rodzaju i zakresu świadczenia oraz miejsca udzielenia świadczenia. Aplikacja umożliwiała też dokonywanie wyboru ze względu na zakres świadczeń, produkt jednostkowy JGP, przegląd wskaźników na poziomie całego województwa lub pojedynczego szpitala¹¹³. Zarówno w rodzaju AOS, jak i zabiegów endoprotezoplastyki, dokonywana była szczegółowa analiza struktury porad (zabiegowe, pierwszorazowe, onkologiczne i pozostałe) oraz realizacji świadczeń zdrowotnych związanych z endoprotezoplastyką. Poza analizami ilościowymi prowadzone były analizy jakościowe, zawierające informacje na temat wskaźników jakościowych osiąganych przez świadczeniodawcę, odpowiadających danemu zakresowi świadczeń.

(akta kontroli str. 195-244, 908-1000)

Przedmiotowe analizy wykorzystywane były również w przygotowaniu ocen:

- a) poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na danym obszarze, w przypadku stwierdzenia zagrozenia w dostępie do świadczeń w danym zakresie (np. na skutek wypowiedzenia umowy przez świadczeniodawcę, a tym samym zmniejszenia liczby wykonawców świadczeń) podejmowane były decyzje o ogłaszaniu postępowań uzupełniających;
- b) prawidłowości realizacji umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami – w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości realizacji świadczeń stanowiły podstawę podjęcia czynności wyjaśniających ze świadczeniodawcą.

(akta kontroli str. 372-379)

Dostęp do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz w rodzaju AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, był równomiernie zapewniony na terenie całego województwa.

Obszarem kontraktowania była grupa powiatów, co odpowiadało regulacjom art.146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz szczegółowym warunkom zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹⁴. W latach 2018-2020 przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami przyjęto pięć obszarów kontraktowania w formie grupy powiatów:

- a) brzeski, namysłowski;
- b) kędzierzyńsko-kozielski, głubczycki, strzelecki;
- c) kluczborski, oleski;
- d) krapkowicki, opolski, Miasto Opole;
- e) nyski, prudnicki.

OOW NFZ przy ocenie dostępności świadczeń korzystał z danych (opracowanych przez Centralę NFZ) umożliwiających porównywanie wartości i liczby zawartych umów przypadających na 10 tys. ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 1369-1424)

Wartość zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego wzrosła w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. o 409,3% (tj. o 17 417 345 pkt) - w przypadku stawu biodrowego i 320,4% (tj. o 7 450 221 pkt) – w przypadku stawu kolanowego. Zwiększenie poziomu zakontraktowania świadczeń, jak również ich wykonania, nie miało jednakże dużego wpływu na zmniejszenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania. Wartość zakontraktowanych świadczeń AOS również wzrastała od 2018 r. - o 5 453 567 pkt¹¹⁵,

¹¹³ Np. w rodzaju leczenia szpitalne: liczba hospitalizacji, średni czas hospitalizacji, średni koszt osobodnia, średni czas hospitalizacji, średni koszt osoby liczba hospitalizacji na osobę, rozpoznania według ICD-10, zrealizowane procedury medyczne według ICD-9, informacje o zrealizowanych grupach JGP, na jakim oddziale były realizowane, u jakiego świadczeniodawcy i jakie zostały wykonane procedury medyczne w ramach danej grupy.

¹¹⁴ Przepis § 3 ust. 1 Zarządzenia nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r.

¹¹⁵ Wzrost z 2 500 772 pkt do 7 954 339 pkt.

tj. o 314,3% w porównaniu do 2017 r. oraz o kolejne 472 322 pkt w 2019 r.¹¹⁶, tj. o 94,4% w porównaniu do 2018 r.

Mediana średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego dla przypadków stabilnych, na koniec 2018 r. wyniosła 851 dni i była tylko o 31 dni niższa niż na koniec 2017 r. (882 dni). Dla przypadków pilnych wartość mediany spadła o 41 dni (z 296 do 255). W kolejnym badanym roku (2019) wartości przedmiotowej mediany wyniosły odpowiednio: 895 dni dla przypadków stabilnych (wzrost o 44 dni) i 223 dla pilnych (spadek o 32 dni). W AOS liczba osób oczekujących dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., była wyższa niż na koniec 2018 r. o 1 278 osób¹¹⁷ (13,2 %), a w przypadkach pilnych o 202 osoby¹¹⁸ (63,4%). Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia AOS (ortopedia i traumatologia narządu ruchu) w przypadkach pilnych pozostała na takim samym poziomie (14-15 dni), z kolei w przypadkach stabilnych obniżyła się z 73 do 66 dni. W 2020 r. ze względu na ograniczenie działania specjalistycznych przychodni, wszystkie ww. wskaźniki uległy obniżeniu i mediany średniego czasu oczekiwania na świadczenia AOS wyniosły odpowiednio: 10 i 56 (pilne i stabilne); przy liczbach osób oczekujących: 483 i 3 926. Mediana średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę na koniec 2020 r. wyniosła: 227 i 812, przy liczbie oczekujących 399 i 3 490 (pilne i stabilne).

(akta kontroli str. 1397-1424)

W latach 2018-2020 łącznie wykonano 6 477 zabiegów wszczepienia endoprotezy, z czego 4 352 stanowiła endoprotezoplastyka stawu biodrowego; 2 125 – stawu kolanowego. W poszczególnych latach dynamika endoprotezoplastyki stawu biodrowego nie była stała. W 2018 r. (w porównaniu do 2017 r.) było ich wprawdzie o 211 więcej, ale w 2019 r. o 17 mniej. Większą dynamikę zanotowano w przypadku zabiegów stawu kolanowego, ponieważ siedmiu świadczeniodawców w kolejnych latach 2018 i 2019 sukcesywnie powiększało liczbę zabiegów (łącznie o 26 i o 78). W 2020 r. z powodu epidemii w obu rodzajach endoprotezoplastyk odnotowano spadek wykonania (odpowiednio o 447 i o 287 mniej). W latach 2018 i 2019 poszczególni świadczeniodawcy zrealizowali (wartości najwyższa i najniższa) od 326¹¹⁹ do 130¹²⁰ zabiegów w ciągu jednego roku. W 2020 r. świadczeniodawcy wykonali od 263¹²¹ do 49 zabiegów¹²².

Najwięcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego wykonywało dwóch z ośmiu świadczeniodawców: 08R/10037 oraz 08R/10063, w tym odpowiednio: 291 i 292 w 2018 r. oraz 313 i 326 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba endoprotezoplastyk stawu kolanowego (realizowanych przez siedmiu świadczeniodawców) wyniosła: 245 i 127 oraz 286 i 119. W 2020 r. liczba zabiegów obniżyła się i wyniosła u ww. świadczeniodawców: 263 i 216 (operacje stawu biodrowego) oraz 244 i 79 (operacje stawu kolanowego).

(akta kontroli str. 1396-1424)

Szczegółową analizą objęto przypadki 135 pacjentów, w tym 90 pacjentów poddanych endoprotezoplastyce stawu biodrowego i 45 endoprotezoplastyce stawu kolanowego¹²³, ujętych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyki i poddanych w latach 2018-2020 tym zabiegom. W odniesieniu do 90 pacjentów, u których

¹¹⁶ Wzrost z 7 954 339 pkt do 8 426 661 pkt.

¹¹⁷ Wzrost z 3884 osób do 5162 osób.

¹¹⁸ Wzrost z 350 osób do 552 osób

¹¹⁹ Najwyższa wartość z 2019 r. (Szpital Wojewódzki w Opolu).

¹²⁰ Najniższa wartość w 2018 r. (SZOZ w Oleśnie).

¹²¹ Najwyższa wartość z 2020 r. (OCR w Korfanie).

¹²² Najniższa wartość w 2020 r. (Szpital MSWiA w Opolu).

¹²³ Do wylosowania próby przypadków pacjentów zarejestrowanych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyki; kryteriami przy losowaniu próby było oznaczenie w tym systemie pacjenta jako przypadku stabilnego (przy wykorzystaniu wpisów kolejkowych (AP-Kolce) oraz wykonanie endoprotezoplastyki całościowej pierwotnej.

wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego oraz 45, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu kolanowego - w latach 2018, 2019 i 2020, okresy oczekiwania na wszystkie etapy leczenia (od wystawienia skierowania do ortopedy do zakończenia rehabilitacji) można było określić (w stosunku do próby badawczej) odpowiednio:

- a) w 33 na 90 przypadków endoprotezoplastyki stawu biodrowego (36,6 %);
- b) w 20 na 45 przypadków endoprotezoplastyki stawu kolanowego (44,4 %).

Całkowity czas leczenia, w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego, wynosił od 57 do 4087 dni, tj. od 1,9 do 136,2 miesięcy, a w przypadku stawu kolanowego od 196 do 4133 dni, tj. od 6,5 do 137,8 miesięcy. W przypadku najdłuższego całkowitego czasu oczekiwania¹²⁴ (4 087 dni - zabieg w 2019 r.), składowe czasy oczekiwania wyniosły: 35 dni na wizytę u ortopedy; 70 dni na pierwszą wizytę kwalifikacyjną; 414 dni na przyjęcie na oddział ortopedii i zabieg, co łącznie stanowiło 492 dni (od zarejestrowania skierowania do daty wypisania z oddziału). Z kolei najkrótsze czasy oczekiwania dotyczyły przypadków, kiedy odwrócona była kolejność etapów leczenia¹²⁵; np. łącznie pacjent oczekiwał na zabieg 57 dni (dot. zabiegu w 2020 r. stawu biodrowego), co oznaczało okres 57 dni od daty wpisania pacjenta na listę oczekujących (przy braku odnotowanej w systemie wizyty u ortopedy¹²⁶) i 133 dni na rehabilitację (czas trwania rehabilitacji 21 dni). Do systemu wpisani byli również pacjenci, którzy nie mieli zarejestrowanych żadnych wizyt u ortopedy, również po zabiegu (pacjent leczył się prywatnie, w innym województwie albo za granicą).

(akta kontroli str. 1091-1095, 1098-1099)

Na podstawie badanej próby nie można było ustalić dat, a więc wyliczyć czasu oczekiwania na następujące etapy leczenia:

- a) pierwszej wizyty u lekarza ortopedy od czasu wystawienia skierowania do lekarza ortopedy dla 21 przypadków, tj. 23,3% badanej próby stawu biodrowego i 10 przypadków dla stawu kolanowego, tj. 22,2% badanej próby;
- b) daty wystawienia skierowania na rehabilitację dla 48 przypadków stawu biodrowego, tj. 53,3% badanej próby, i dla 23 przypadków stawu kolanowego, tj. 51% badanej próby;
- c) daty rozpoczęcia i zakończenia rehabilitacji w przypadku 47 pacjentów (staw biodrowy), tj. 52,2% badanej próby, i 21 pacjentów (staw kolanowy), tj. 46,7% badanej próby.

Analiza wyników badania próby wykazała, że w Centralnej Bazie Świadczeń odnotowano:

- 55 przypadków (odpowiednio: 33 i 22), w których data wystawienia skierowania na endoprotezoplastykę była późniejsza niż data pierwszej wizyty kwalifikacyjnej (lub data wpisu na listę oczekujących), przy czym najdłuższe odstępy czasowe wyniosły 8 lat i 9 miesięcy¹²⁷ (dla pacjenta zakwalifikowanego do operacji stawu biodrowego) oraz 10 lat i 3 miesiące¹²⁸ (dla pacjenta zakwalifikowanego do operacji stawu kolanowego);
- 30 przypadków (odpowiednio: 20 i 10) braku danych o wystawieniu skierowania do lekarza ortopedy, pomimo iż w każdym z tych przypadków miała miejsce co najmniej jedna wizyta u ortopedy (wizyta kwalifikacyjna do zabiegu). Powyższe nie

¹²⁴ Wyliczenie to jest jednak obarczone niepewnością; czy pierwsza wizyta kwalifikacyjna (zapisana w Centralnej Bazie Świadczeń jako porada specjalistyczna) dotyczyła tego konkretnego (prawego lub lewego) biodra, które objęte było zabiegiem. Lekarz ortopeda nie zapisywał w systemie, czy jest to wizyta kwalifikacyjna do zabiegu (brak takiego produktu), czy jedna z wielu wizyt u specjalisty ortopedy (z tym rozpoznaniem).

¹²⁵ Poz. 24 tabeli (2020 r.) - data wykonania zabiegu 28 sierpnia 2020 r., z kolei data wystawienia skierowania do ortopedy 2 września 2020 r. (taka sama jak data wypisania ze Szpitala).

¹²⁶ Pierwsza taka wizyta odbyła się po dacie zabiegu.

¹²⁷ Wystawienie skierowania 24 kwietnia 2018 r.; wpis na listę oczekujących 20 lipca 2009 r.

¹²⁸ Wystawienie skierowania 11 maja 2020 r.; pierwsza wizyta kwalifikacyjna 5 lutego 2010 r.

odpowiadało art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Czasy oczekiwania na poszczególne etapy leczenia wynosiły:

- od wystawienia skierowania na endoprotezoplastykę do wpisania na listę oczekujących dla endoprotezoplastyki biodra od 0 do 833 dni, a w przypadku stawu kolanowego od 19 do 1 813 dni;
- od wpisania na listę oczekujących do przyjęcia na oddział ortopedii dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego od 13 do 3 274 dni¹²⁹, a w przypadku stawu kolanowego od 3 do 2 472 dni;
- czas pobytu na oddziale od 4 do 13 dni w przypadku stawu biodrowego i od 6 do 11 dni w przypadku stawu kolanowego.

(akta kontroli str. 1091-1095, 1098-1099)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie od 31 grudnia 2020 r. do 15 stycznia 2021 r.¹²⁹ nie dochowano należytej staranności w działaniach polegających na weryfikacji informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń i czasie oczekiwania, co skutkowało tym, że dwóch świadczeniodawców wykonujących endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego nie przekazywało wymaganych danych przez okres co najmniej dwóch tygodni.

Jak wskazywały regulacje aktu wewnętrznego Oddziału (§ 28 ust. 1 pkt 1.1.6 regulaminu organizacyjnego¹³⁰), do zadań Działu Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń należało gromadzenie, weryfikacja i analiza informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i czasie oczekiwania.

(akta kontroli str. 140-175)

Ponadto, zgodnie z treścią *Wytycznych*, Oddział zobowiązany był do zweryfikowania, czy listy oczekujących na operacje endoprotezoplastyki prowadzone w systemie AP-KOLCE są uzupełniane przez świadczeniodawców w czasie rzeczywistym. Czynności te zostały wykonane przez Oddział po przeprowadzeniu oględzin¹³¹, które wykazały, że w czterech przypadkach świadczeniodawców¹³², dane dotyczące: pierwszego wolnego terminu, liczby udzielonych świadczeń, liczby osób oczekujących, liczby osób skreślonych, średniego czasu oczekiwania na świadczenia - nie zostały wypełnione, a zamiast tego widniał komunikat: „brak aktualnych danych”. Przekazywania ww. danych wymagał od świadczeniodawców przepis § 8 ust. 4 pkt 4 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców. Uczestniczący w oględzinach pracownicy Oddziału wyjaśnili powyższy brak aktualizacją systemu w Centrali związaną z początkiem roku kalendarzowego.

(akta kontroli str. 851-868)

Pracownik Działu Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń, odpowiedzialny za gromadzenie, przetwarzanie i weryfikację danych z list oczekujących na wybrane świadczenia, jak też za „podejmowanie interwencji w przypadku braku komunikatu od świadczeniodawców”, wyjaśnił, że brak aktualizacji danych o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu,

¹²⁹ Data przeprowadzenia ponownych oględzin w trakcie kontroli NIK.

¹³⁰ Zarządzenie nr 184/2020 Dyrektora NFZ z dnia 30 września 2020 r.

¹³¹ Dwukrotnych oględzin 8 i 15 stycznia 2021 r.

¹³² Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, SPZOZ MSWiA, Brzeskie Centrum Medyczne, SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.

SPZOZ MSWiA, Brzeskie Centrum Medyczne, SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu jest uzasadniony faktem udzielania przez ww. świadczeniodawców świadczeń, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19, o których mowa w art. 20 pkt 4 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem Covid-19¹³³. Powyższe, zdaniem pracowników Oddziału¹³⁴, oznaczało, że brak aktualizacji danych o pierwszym wolnym terminie nie wymagał przekazywania przez tych świadczeniodawców dodatkowych wniosków lub wyjaśnień.

(akta kontroli str. 34-37, 41-43, 118-123, 164-170, 366-369)

Nie kwestionując obowiązywania wskazanych regulacji, należy stwierdzić, że tylko dwóch z czterech świadczeniodawców, którzy nie wprowadzili do aplikacji AP-KOLCE informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, należało do świadczeniodawców, na których zostało nałożone przez Wojewodę Opolskiego polecenie wykonywania zadań w związku z przeciwdziałaniem Covid-19. Do tej grupy świadczeniodawców nie należało Brzeskie Centrum Medyczne¹³⁵ oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu. Oba te podmioty lecznicze nie zostały przed datą oględzin zobowiązane przez pracownika Oddziału do uzupełnienia wymaganych danych. Pozostali świadczeniodawcy¹³⁶ zamieścili powyższe dane jeszcze w poprzednim roku kalendarzowym (w okresie od 28 do 31 grudnia 2020 r.).

(akta kontroli str. 382, 851-868)

Zgodnie z pkt 2 *Wytycznych*¹³⁷, Oddział powinien sprawdzać, czy świadczeniodawcy zamieszczają informacje o pierwszym wolnym terminie, które powinny być wprowadzane nie rzadziej niż raz w tygodniu (w tzw. czasie rzeczywistym).

(akta kontroli str. 870-879)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych sprawująca nadzór nad realizacją zadań Wydziału Świadczeń wyjaśniła, że pracownik Oddziału skontaktował się telefonicznie z oboma świadczeniodawcami, przypomniał im o ciążyących na nich obowiązkach sprawozdawczych i jednocześnie zobowiązał do uzupełnienia brakujących danych. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu umieścił w systemie 20 stycznia 2021 r. dane w zakresie pierwszego wolnego terminu. Pracownik Brzeskiego Centrum Medycznego wyjaśnił¹³⁸, że *powodem zakłóceń w sprawozdawczości kolejek oczekujących jest wdrażanie informatyzacji*.

(akta kontroli str. 1118- 1126)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia są najczęściej poszukiwanymi informacjami przez świadczeniobiorców, dlatego tak istotne jest publikowanie w *Informatorze* jak najbardziej aktualnych informacji, a realizacja tego obowiązku wymaga nadzoru ze strony Oddziału, czego dowodem było przekazanie oddziałom *Wytycznych* przez Prezesa NFZ.

¹³³ Dz. U. z 2020 r. poz. 2112.

¹³⁴ Wyjaśnienia zostały podpisane jednocześnie przez kierownika Sekcji oraz Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

¹³⁵ Świadczeniodawca wykonujący wyłącznie endoprotezoplastykę stawu biodrowego.

¹³⁶ Objęte oględzinami przypadki dotyczące dostępności endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego prezentowały stan danych na daty: 28, 29, 30 lub 31 grudnia 2020 r.

¹³⁷ Zasady weryfikacji danych z zakresu list oczekujących.

¹³⁸ Korespondencja elektroniczna Oddziału z 8 stycznia 2021 r.

Przygotowanie planów zakupu świadczeń przez OW NFZ odbywało się zgodnie z ustaloną przez Prezesa NFZ procedurą¹³⁹. Za pozytywny należy uznać wzrost poziomu finansowania świadczeń objętych kontrolą, co wpłynęło na zwiększenie liczby wykonanych wszczepień endoprotez. Oddział dysponował danymi o liczbie osób oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Jednakże, w przypadku dwóch świadczeniodawców, Oddział nie zidentyfikował braku realizacji przez te podmioty obowiązku bieżącego przekazania danych w ww. zakresie.

OBSZAR

2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów

Opis stanu
faktycznego

1. Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego stanowiły wyodrębniony zakres, który był finansowany za wykonaną usługę. Na podstawie art. 95l ustawy z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, został stworzony system podstawowego zabezpieczenia świadczeń¹⁴⁰. Wskaźniki jakościowe udzielanych świadczeń, wynikające z analizy realizacji umów, były elementem Planu zakupu. Dodatkowo, dla zapewnienia wymaganej jakości, stosowano wytyczne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w zakresie wyceny i taryfy świadczeń¹⁴¹.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania¹⁴², od 1 października 2017 r. świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej) oraz świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych były świadczeniami finansowanymi odrębnie¹⁴³ (w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowach z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu PSZ).

(akta kontroli str. 869-890, 1035-1077)

W latach 2018-2020 Oddział nie przeprowadzał postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach obejmujących zabiegi endoprotezoplastyki. Ośmiu świadczeniodawców (100%) wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego zostało zakwalifikowanych do jednego z poziomów zabezpieczenia, przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji (art. 95l ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach). Szczegółowe kryteria kwalifikacji określone zostały w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴⁴.

Wszystkie etapy *Procedury kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu PSZ*¹⁴⁵ były realizowane terminowo. W ramach tych prac sporządzony został wstępny wykaz świadczeniodawców, z przypisanymi im profilami i poziomami

¹³⁹ „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”, wersja 4.1 z dnia 11 września 2018 r.

¹⁴⁰ Dalej: system PSZ.

¹⁴¹ Podstawową metodą ustalania taryf świadczeń jest analiza kosztów, a głównym źródłem informacji są dane finansowe i niefinansowe dotyczące świadczeń gwarantowanych, gromadzone i raportowane przez świadczeniodawców.

¹⁴² Dz. U. z 2017 r. poz. 1225.

¹⁴³ Kwalifikacja obejmowała włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

¹⁴⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1163; dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji.

¹⁴⁵ Procedura nr 2017/DAIS/01/ wprowadzona pismem Prezesa NFZ z 13 czerwca 2017 r.

zabezpieczenia¹⁴⁶, a następnie Dyrektor Oddziału, 27 czerwca 2017 r., ogłosił wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu PSZ¹⁴⁷. Do poziomu szpitali ogólnopolskich zakwalifikowano dwa podmioty (Szpital MSWiA w Opolu oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu), do poziomu szpitali II stopnia – trzy (Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie, SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, ZOZ w Nysie), a pozostałe trzy (Brzeskie Centrum Medyczne, ZOZ w Oleśnie i Szpital Wojewódzki w Opolu) – zostały zakwalifikowane do poziomu szpitali I stopnia.

(akta kontroli str. 613-644, 650-826)

Do kwalifikacji świadczeniodawców¹⁴⁸ nie miało zastosowania rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴⁹. Tym samym, w trakcie kontroli, nie było możliwe sprawdzenie poprawności zastosowanego kryterium jakości. Spośród 26 świadczeniodawców, z którymi zawarto w 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS (poradnia ortopedii i traumatologii narządu ruchu), w przypadku 14¹⁵⁰ nastąpiło włączenie do sieci podmiotów PSZ w związku z zakwalifikowaniem do PSZ profilu (oddziału) chirurgii urazowo-ortopedycznej lub chirurgii ogólnej. Pozostałych 12 świadczeniodawców funkcjonowało poza siecią PSZ, z powodu braku „pokrewnego” profilu (oddziału) włączonego do sieci (braku umowy z zakresu leczenia szpitalne).

(akta kontroli str. 869-890, 1035-1077)

W latach 2018-2020 Oddział, w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń w rodzaju AOS, analizował następujące wskaźniki: średni koszt porady, wartość porady, liczba porad na osobę, liczba zrealizowanych procedur medycznych oraz struktura porad. Analiza służyła ocenie poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na danym obszarze, jak i monitorowaniu ich jakości. W przypadku stwierdzenia barier w dostępie do świadczeń w danym zakresie (np. wskutek wypowiedzenia umowy przez świadczeniodawcę, a tym samym zmniejszenia liczby realizatorów świadczeń na danym obszarze, z uwagi na brak potencjału kadrowego) podejmowane były decyzje o ogłaszaniu postępowań uzupełniających. Dodatkowo realizację umów Oddział oceniał pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w ich realizacji, podejmował czynności wyjaśniające.

(akta kontroli str. 1035-1077)

2. Czterech spośród ośmiu świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju leczenie szpitalne, spełniało wymagane standardy i posiadało certyfikaty akredytacyjne w zakresie lecznictwa szpitalnego¹⁵¹.

(akta kontroli str. 407-420, 1035-1077)

3. Operacje rewizyjne stawu biodrowego i kolanowego zostały ujęte w katalogu grup JGP (załącznik nr 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków

¹⁴⁶ Drugim etapem było przygotowanie ostatecznego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów (podpisanego przez Dyrektora Oddziału) – zgodnie z załącznikiem nr 1 do procedury.

¹⁴⁷ Wykaz ogłoszony na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 844).

¹⁴⁸ Wszystkie objęte próbą umowy (12 umów) zostały zawarte ze świadczeniodawcami, którzy zakwalifikowani zostali do systemu PSZ na podstawie art. 95m ustawy.

¹⁴⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.

¹⁵⁰ Od października 2017 r. do lutego 2020 r. były one finansowane ryczałtem.

¹⁵¹ Zasady i tryb udzielania akredytacji, która ma potwierdzić, czy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych spełnia standardy dotyczące właściwego udzielania opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania tego podmiotu określają przepisy ustawy z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 poz. 2135).

zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne)¹⁵². I tak, wykonywane były m.in. następujące rodzaje operacji rewizyjnych¹⁵³:

- rewizje z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem okołoprotezowym;
- rewizje w przypadkach infekcji wokół protezy;
- zabiegi rewizyjne z użyciem protez poresekcyjnych.

(akta kontroli str. 828-833)

Czterech świadczeniodawców (Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie, Szpital Wojewódzki w Opolu, Szpital MSWiA w Opolu i Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu) spełniało wymóg konieczny do wykonywania endoprotezoplastyk rewizyjnych (zabiegów wymagających częściowej lub całkowitej wymiany endoprotezy), dotyczący realizacji, w okresie trzech lat, co najmniej 20 operacji rewizyjnych, potwierdzonych przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii. Wymóg ten wynikał z treści załącznika nr 4 (lp. 32) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵⁴.

Dwóch świadczeniodawców¹⁵⁵, w kolejnych latach 2018 i 2019, zrealizowało więcej niż 50 operacji rewizyjnych, w tym odpowiednio: 187 i 70 (2018 r.) i 128 i 81 (2019 r.). Zastosowane przez Oddział współczynniki korygujące w odniesieniu do świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (ustalone zarządzeniem Prezesa NFZ) służyły zapewnieniu kompleksowości i jakości świadczeń na rzecz świadczeniobiorców

(akta kontroli str. 327-332)

Najwyższy koszt zabiegów rewizyjnych wykazywał świadczeniodawca 08R/10037, u którego wartość takich zabiegów wyniosła odpowiednio dla:

a) endoprotezoplastyki stawu biodrowego od 603,8 tys. zł w 2018 r. do 807,5 tys. zł w 2019 r. oraz 615,6 tys. zł w 2020 r. (w ww. latach najwyższy udział procentowy kosztów zabiegów rewizyjnych, w stosunku do ogólnych kosztów tego typu operacji, wyniósł 16,95%);

b) endoprotezoplastyki stawu kolanowego od 437,2 tys. zł w 2018 r. do 491, 8 tys. zł w 2019 r. oraz 399,5 tys. zł w 2020 r. (w ww. latach najwyższy udział procentowy kosztów zabiegów rewizyjnych, w stosunku do ogólnych kosztów tego typu operacji, wyniósł 12,61%).

W latach 2018-2020 udział kosztów zabiegów rewizyjnych, w stosunku do ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki, ulegał podwyższeniu z 5,76% w 2018 r. do 7,94% w 2019 r., a w 2020 r. udział ten wyniósł 9,02%.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Najwyższa liczba zabiegów rewizyjnych dotyczyła dwóch świadczeniodawców (08R/10037 oraz 08R/10063). I tak, liczba zrealizowanych przez te podmioty zabiegów rewizyjnych wyniosła odpowiednio w latach 2018, 2019 i 2020 (staw biodrowy i staw kolanowy):

a) 08R/10037 - 42, 55 i 41 oraz 21, 24 i 19,

b) 08R/10063 - 22, 29 i 32 oraz 14, 13 i 3.

(akta kontroli str. 343-361, 1396-1424)

¹⁵² Przykładowo umowa 184/2019/DSOZ.

¹⁵³ Zgodnie z charakterystyką JGP wymagano wskazania rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań ICD-10 dla poszczególnych grup, które obejmują m.in.: zakażenia i odczyn zapalny wokół protezy; zapalenie kości i szpiku; zmiany nowotworowe; złamania okołokrętarzowe; mechaniczne powikłania wewnętrznych protez i inne.

¹⁵⁴ Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń (Dz.U. z 2017 r. poz. 2295 ze zm.)

¹⁵⁵ Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie i Szpital Wojewódzki w Opolu.

Oddział analizował przyczyny zabiegów rewizyjnych stawu biodrowego i kolanowego. Z analiz tych wynikało, że najczęstszą przyczyną rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego były mechaniczne powikłania wewnętrznych protez stawów oraz mechaniczne powikłanie innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów, jak też zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą. Przyczynami była koincydencja czynników związanych z samym zabiegiem, funkcjonowaniem pacjenta przed i po operacji endoprotezoplastyki oraz schorzenia współistniejące u pacjenta z endoprotezą. Dane zawarte w Centralnej Bazie Świadczeń nie były jednak wystarczające¹⁵⁶, aby w trakcie kontroli zweryfikować wyniki powyższych analiz (bez zapoznania się z dokumentacją medyczną poszczególnych pacjentów).

(akta kontroli str. 327-332, 828-833)

4. Spośród wszczepianych endoprotez, najwyższy udział (we wszystkich grupach wiekowych) miały endoprotezy bezcementowe. Naczelnik Wydziału Świadczeń wyjaśniła, że *za rodzaj wszczepionej endoprotezy (cementowa, bezcementowa, hybrydowa) odpowiada lekarz realizujący świadczenia, a OOW NFZ nie ma kompetencji do tego, aby ingerować w proces leczenia i decyzje podejmowane przez lekarza*. Dodatkowo Naczelnik Wydziału Świadczeń podkreśliła, że przy udzielaniu każdego ze świadczeń (również operacji endoprotezoplastyki), lekarz zobowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnych z aktualnym stanem wiedzy. Zdaniem Naczelnika Wydziału Świadczeń (jak również zatrudnionego w tym wydziale lekarza), zmniejszenie lub zwiększenie częstotliwości potrzeby wykonania powtórnej operacji (dynamika zabiegów rewizyjnych) nie zależy tylko od rodzaju zastosowanej endoprotezy, ale również od techniki operacyjnej oraz schorzeń współistniejących. Decydującym uwarunkowaniem jest stopień zaawansowania choroby zwyrodnieniowej, jakość tkanki kostnej chorego oraz stan mięśni.

(akta kontroli str. 327-332, 828-833)

5. Kontrolą objęto 12 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w trybie art. 159a ustawy o świadczeniach, dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zarówno oddział szpitalny, jak i AOS). Postępowania konkursowe w rodzaju leczenie szpitalne przed wprowadzeniem systemu PSZ przeprowadzono w 2010 r. W wyniku tych postępowań zawarto umowy z świadczeniodawcami na lata 2011-2013, następnie okresy obowiązywania umów były przedłużane na kolejne lata (aż do 30 września 2017 r.). W 2017 r. odbyła się kwalifikacja świadczeniodawców do systemu PSZ. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne niezakwalifikowanych do systemu PSZ konkursy odbyły się w sierpniu 2017 r.¹⁵⁷ z okresem obowiązywania umów od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

Poziom finansowania świadczeń wynikał z planu rzeczowo-finansowego (zał. nr 1 do umowy) i określany był w okresach rocznych lub krótszych. I tak:

- do umowy nr 08R/10066/03/08/PSZ/2017 z 29 września 2017 r.¹⁵⁸ z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu zawarto dwa aneksy obowiązujące na okresy: od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2018 r. oraz od 1 lipca do 31 grudnia (po 6 m-cy) i aneks roczny z 4 stycznia 2019 r. obowiązujący na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.;

¹⁵⁶ Należałoby uwzględnić przyczyny choroby, okres od wcześniej wykonanego zabiegu, choroby współistniejące, aktywność zawodową pacjenta, analizę przebiegu samego zabiegu, jak i postępowania medycznego po zabiegu.

¹⁵⁷ Konkurs w rodzaju AOS został ogłoszony 2 sierpnia 2017 r.

¹⁵⁸ Załączniki: 1 - Plan rzeczowo-finansowy, 2 - Harmonogram - zasoby; 3 - Wykaz podwykonawców; 4 - Wykaz współrealizatorów.

- do umowy nr 08R/10037/03/08/PSZ/2017 z 29 września 2017 r. z Opolskim Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Korfantomie zawarto trzy aneksy¹⁵⁹, w tym jeden wynikający ze zmian legislacyjnych dotyczący zmiany warunków umów w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego;
- do umów: 08R/10063/03/08/PSZ/2017 z 29 września 2017 r. zawartych ze Szpitalem Wojewódzkim w Opolu Sp. z o.o. oraz nr 08R/10032/03/08/PSZ/2017 z 29 września 2017 r. z SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu zawarto dwa aneksy obowiązujące od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2020 r.¹⁶⁰ oraz od 1 lipca do 31 grudnia 2020 r.

(akta kontroli str. 650-826)

Świadczeniodawcy zostali zakwalifikowani do jednego z poziomów zabezpieczenia, przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji (art. 95m ust. 6, 7 lub 8 ustawy o świadczeniach), określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶¹.

(akta kontroli str. 613-645)

6. Na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni urazowo ortopedycznej (AOS), jak i w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki, wpływały wymagania dotyczące wyposażania w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikacji personelu. Spełnianie powyższych wymogów zostało szczegółowo zweryfikowane¹⁶² w toku prowadzanego w 2010 r. postępowania konkursowego¹⁶³. Brak spełnienia przez któregośkolwiek ze świadczeniodawców wymaganych warunków skutkowało odrzuceniem oferty.

(akta kontroli str. 1147-1156)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Oddział rozpoznawał przyczyny powtórnych zabiegów endoprotezoplastyki, a także monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń, wprowadzając do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmiany dotyczące poziomu finansowania. W latach 2018-2020 udział kosztów zabiegów rewizyjnych, w stosunku do ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki, ulegał podwyższeniu, co jednak nie pozostawało w związku z niską jakością wykonywanych uprzednio zabiegów (do dwóch świadczeniodawców, u których zanotowano największy wzrost tego typu operacji¹⁶⁴, zwracali się bowiem głównie pacjenci, u których operacje pierwotne realizował inny świadczeniodawca).

¹⁵⁹ Aneks nr 9 z 29 grudnia 2017 r. (zmniejszenie planowanej liczby punktów o 7 i zmiana załącznika nr 1; aneks nr 5 (wprowadzenie do stosowania zarządzeń Prezesa NFZ nr 81/2017/DOZ z 8 września 2017 r. w sprawie. szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.

¹⁶⁰ Aneks nr 53 do umowy Nr 08R/10063/03/08/PSZ/2019 z 14 stycznia 2020 r.

¹⁶¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1163; dalej: rozporządzenie w sprawie kryteriów kwalifikacji do PSZ.

¹⁶² Sprawdzenie następowało również przy każdym wniosku świadczeniodawcy dotyczącym zgłoszenia nowej osoby do realizacji świadczeń lub usunięcia personelu.

¹⁶³ Konkursy te nie były objęte badaniem kontrolnym.

¹⁶⁴ 08R/10037 i 08R/10063.

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

Opis stanu faktycznego

1. Czynności obejmujące przygotowanie, z wykorzystaniem określonych danych¹⁶⁵, jak i zatwierdzenie Planu zakupu, przebiegały analogicznie jak w przypadku świadczeń opisanych w pkt 1.1. niniejszego wystąpienia. Plan zakupu uwzględniał stałe dla wszystkich zakresów wyznaczniki, tj. przyjęte do realizacji priorytety, poziom zawartych umów, dane o wykonanych świadczeniach oraz analizę jakościową realizowanych świadczeń.

(akta kontroli str. 1113-1139)

Plan zakupu świadczeń rehabilitacyjnych (w szczególności wykonanie procedur po leczeniu operacyjnym) przewidywał stopniowy wzrost nakładów oraz zwiększenie udziału środków w tym zakresie świadczeń. W dwóch kolejnych latach (2018 i 2019) zaplanowano o 1 621 561 pkt więcej (przy czym pierwotny plan na 1 stycznia 2019 r. przewidywał 5 710 994 pkt, a plan na 31 grudnia - 6 631 797 pkt). W 2020 r. tendencja była odwrotna, tj. pierwszy plan był o 474 261 pkt wyższy niż plan aktualny na koniec tego roku. Zmniejszenie Planu zakupu świadczeń rehabilitacji odnosiło się do świadczeń wykonywanych w warunkach stacjonarnych (z 12 707 tys. zł w 2019 r. do 7 497,9 tys. zł w 2020 r.) oraz na oddziale dziennym (z 6 994 tys. zł w 2019 r. do 5 112 tys. zł w 2020 r.).

(akta kontroli str. 845, 1396-1424)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych, zmniejszenie wykonania planu zakupu było konsekwencją ograniczenia - w związku z epidemią - wykonywania realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji stacjonarnej, jak i dziennej - w okresie od 16 marca 2020 r. do 3 maja 2020 r. oraz od listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 308-314)

Ustalenie stawek (wycena świadczeń) za świadczenia rehabilitacji leczniczej uzależnione było od wagi punktowej świadczenia określonej w załącznikach (nr 1m, 1n, 1r) do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁶⁶ oraz stawki jednostkowej punktu rozliczeniowego. Stawka za punkt rozliczeniowy była określana w ofercie, jak również była elementem negocjowanym w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 1113-1117)

2. W latach 2018-2020 obowiązywało 21 umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w tym sześć umów - w zakresie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i 15 umów - w zakresie rehabilitacji w oddziale dziennym. Liczba świadczeniodawców była stała i wynosiła 21 podmiotów leczniczych. Wszystkie umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁶⁷ zostały zawarte na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2022 r., z wyjątkiem umów w zakresach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym¹⁶⁸. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane w ramach PSZ, obejmujące realizację wyodrębnionych

¹⁶⁵ Danych demograficznych, danych epidemiologicznych, danych o listach kolejkowych, oceny potencjału kadry medycznej i sprzętu.

¹⁶⁶ Np. zarządzenie nr 13/2019/DSOZ z 6 lutego 2019 r., nr 22/2019/DSOZ z 27 lutego 2019 r. 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 1 października 2019 r.

¹⁶⁷ Np. umowa nr 08R/20352/03/08/PSZ/2018 z EMC Instytut Medyczny SA.

¹⁶⁸ Umowy zostały zawarte od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2022 r.

świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej¹⁶⁹, zostały zawarte na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r., przy czym plany rzeczowo-finansowe (stanowiące załącznik do umowy) określały poziom finansowania każdego zakresu rehabilitacji w każdym roku obowiązywania umowy.

(akta kontroli str. 652-826)

Monitorowaniem realizacji umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej (we wszystkich zakresach), w sposób analogiczny do opisanego w obszarze I pkt 1.3 niniejszego wystąpienia, zajmował się Wydział Świadczeń.

(akta kontroli str. 1363-1367)

W latach 2018-2020 OOW NFZ, w wyniku renegocjacji umów podpisywał aneksy, co skutkowało zwiększeniem środków w zakresach obejmujących:

a) rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach oddziału/ośrodka dziennego (05.2300.522.02), odpowiednio w poszczególnych latach:

- w 2018 r. łącznie o kwotę 919 118,00 zł;
- w 2019 r. łącznie o kwotę 1 978 847,70 zł;
- w 2020 r. łącznie o kwotę 783 178,47 zł;

b) rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych (05.4300.300.02); odpowiednio w poszczególnych latach:

- w 2018 r. łącznie o kwotę 660 081,40 zł;
- w 2019 r. łącznie o kwotę 1 522 176,07 zł;
- w 2020 r. łącznie o kwotę 339 733,00 zł.

c/ rehabilitację leczniczą w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym (05.4300.200.02); odpowiednio w poszczególnych latach:

- w 2019 r. łącznie o kwotę – 0 (nowy zakres od 1 października 2019 r.);
- w 2020 r. łącznie o kwotę 2 008 804,00 zł.

(akta kontroli str. 310-314, 1147-1169)

4. Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym (osoby zakwalifikowane do kategorii medycznej „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”) na koniec każdego roku objętego kontrolą wynosiła odpowiednio: 6 258 i 2 808 osób w 2018 r. (w porównaniu do roku poprzedniego nastąpił wzrost o 8% i 23,1%), 4 452 i 3 546 osób w 2019 r. (spadek o 28,8% i wzrost o 20,8%) oraz 3 793 i 3 313 osób w 2020 r. (spadek o 14,8% i spadek o 6,6%). Liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, zakwalifikowanych jako przypadki pilne, zwiększyła się w 2018 r. o 36,9% (w porównaniu do roku poprzedniego), w 2019 r. liczba ta uległa spadkowi o 8,2%, z kolei w 2020 r. podwyższyła się o 5,1%.

Liczba osób oczekujących, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, była na tym samym poziomie w 2018 r. oraz obniżyła się w latach 2019-2020 odpowiednio o 32,2% i 19,2%. W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym liczba osób oczekujących, zakwalifikowanych jako przypadki pilne, zwiększała się we wszystkich latach odpowiednio o 25,6%, 19,2% oraz 3%. Z kolei liczba osób oczekujących, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, zwiększyła się w latach 2018-2019 o 22,7% i 21% oraz pozostała na stabilnym poziomie w 2020 r.

Wzrost liczby przypadków pilnych, oczekujących na świadczenie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, w latach 2017-2018¹⁷⁰ wyniósł 58,55%. W przypadku oczekiwania na świadczenie rehabilitacji dla przypadków pilnych na oddziale

¹⁶⁹ Np. umowa 8R/10037/08/PSZ/2017 z OCR w Korfantomie i umowa nr 08R/80057/05/REH/18 z Euromedyk A. Sochacki, T. Sochacki sp. jawna.

¹⁷⁰ Różnica pomiędzy danymi na 31 grudnia 2017 r. i 31 grudnia 2018 r..

dziennym, wskaźnik ten obniżył się z 34,36% (dla lat 2017-2018) do 23,79% (dla lat 2018-2019).

(akta kontroli str. 1396-1424)

W latach 2018-2020 u trzech z sześciu podmiotów udzielających ww. świadczeń, średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji (w przypadkach pilnych) przekroczył 90 dni. Wzrost czasu oczekiwania (w liczbach dni) dotyczył następujących świadczeniodawców:

- 08R/10018 wzrost z 41 dni w 2018 r. do 107 dni w 2019 r. (wzrost o 260%) oraz ze 107 dni w 2019 r. do 296 dni¹⁷¹ w 2020 r.;

- 08R/10037 wzrost ze 110 dni w 2019 r. do 116 w 2020 r.¹⁷²;

- 08R/10053 wzrost z 84 dni w 2019 r. do 116 dni w 2020 r.¹⁷³

W przypadku trzech świadczeniodawców¹⁷⁴ (50% wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń w tym zakresie), średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny) zwiększał się w latach 2018-2019 w porównaniu do roku poprzedniego (dynamika zmian wynosiła więcej niż 100% we wszystkich tych latach).

W przypadku sześciu świadczeniodawców¹⁷⁵ (42,8%), średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym (przypadek stabilny) zwiększał się w poszczególnych latach 2018-2019 w porównaniu do roku poprzedniego (we wszystkich latach dynamika zmian wynosiła więcej niż 100%).

(akta kontroli str. 1396-1424)

W ramach obowiązujących umów ze świadczeniodawcami nie został wdrożony model pn. Kompleksowa opieka - endoprotezoplastyka stawu biodrowego¹⁷⁶, przewidujący rozpoczęcie rehabilitacji od 6 tygodni do 3 miesięcy po przebytej operacji. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że *przed 1 września 2019 r. - kiedy nastąpiło przeniesienie ww. list oczekujących do aplikacji AP-KOLCE - dane o liczbie oczekujących dotyczyły wszystkich pacjentów z list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i na oddziale dziennym, a także wszystkich okresów sprawozdawczych.*

Tym samym dane dotyczyły średniego czasu oczekiwania wyliczonego dla wszystkich osób, ze wszystkimi schorzeniami, które to osoby uzyskały świadczenie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 1349-1359)

Na podstawie danych OOW NFZ, przede wszystkim z uwagi na brak wyodrębnienia - do 1 października 2019 r. - zakresu skojarzonego do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych¹⁷⁷ (kod 05.4300.200.02), nie było możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji po zabiegu operacyjnym był odległy (tym samym przekraczający zakładany w Modelu kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce). Brak było również możliwości określenia, ile wynosił czas oczekiwania na takie świadczenie, w przypadku pacjentów po endoprotezoplastyce. Dodatkowo od 1 lipca 2019 r. uległa

¹⁷¹ Czas oczekiwania w przypadkach stabilnych był zdecydowanie dłuższy.

¹⁷² Przypadki stabilne: z 428 dni w 2018 r. do 618 dni w 2019 r.

¹⁷³ Przypadki stabilne: wzrost z 750 dni w 2018 r. do 811 dni w 2019 r. oraz z 811 dni w 2019 r. do 890 dni w 2020 r.

¹⁷⁴ Tj. EMC Instytut Medyczny SA, SPZOZ i Specjalistyczny Szpital w Branicach.

¹⁷⁵ Tj. OCR w Korfantomie, Stobrowskie Centrum Medyczne w Kup, Szpital Wojewódzki w Opolu, Novum Zdrowie - Centrum Rehabilitacji, Polska Grupa Kardiologiczna Pro Corde Sp. z o.o., Euromedyk A. Sochacki, T. Sochacki sp. jawna.

¹⁷⁶ Opracowany na podstawie raportu AOTMiT Nr: AOTMiT-WT-553-14/2015 „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”, str. 239-243.

¹⁷⁷ Zarządzenie nr 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 października 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

zwiększeniu we wszystkich zakresach świadczeń (produktach rozliczeniowych ujętych w zarządzeniu Prezesa NFZ¹⁷⁸) waga punktowa, która wynosiła 10% na świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(akta kontroli str. 310-314, 1147-1169)

W latach 2018-2020 nie wystąpiły przypadki, w których średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym dla przypadków stabilnych był dłuższy niż 1 000 dni. Najdłuższy średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wynosił 890 dni¹⁷⁹ w 2020 r., z kolei na oddziale dziennym¹⁸⁰ - 461 dni w 2020 r. Najkrótszy średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 8 dni w 2018 r.¹⁸¹ i 16 dni w 2019 r.¹⁸²

(akta kontroli str. 1396-1424)

Na podstawie wyników weryfikacji czasu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji po zabiegu endoprotezoplastyki (próby badawczej 135 pacjentów) stwierdzono, że w 30 przypadkach czas oczekiwania odpowiadał założeniom modelu, tj. wynosił poniżej trzech miesięcy od zabiegu. I tak, w podziale na lata i typ operacji¹⁸³:

- w 2018 r. wystąpiło 10 takich przypadków (6 i 4);
- w 2019 r. – 10 przypadków (8 i 2);
- w 2020 r. – 10 przypadków (6 i 4).

Brak danych w powyższym zakresie w poszczególnych latach dotyczył następującej liczby przypadków endoprotezoplastyki:

- w 2018 r. – 16 (staw biodrowy) i 7 (staw kolanowy¹⁸⁴);
- w 2019 r. – 14 (staw biodrowy) i 7 (staw kolanowy);
- w 2020 r. – 18 (staw biodrowy) i 9 (staw kolanowy).

Z kolei długość czasu trwania rehabilitacji odpowiadała czasowi modelowemu (od 28 do 42 dni) tylko w 10 przypadkach. Faktyczne okresy (spośród odnotowanych w systemie) trwania rehabilitacji u tej grupy pacjentów po endoprotezoplastyce wyniosły:

- w 2018 r. – po 42 dni w dwóch przypadkach na 15 zarejestrowanych w systemie (staw biodrowy) i jednym przypadku¹⁸⁵ 41 dni (staw kolanowy);
- w 2019 r. – od 28 do 39 dni w trzech przypadkach na 12 zarejestrowanych w systemie (staw biodrowy) i jednym przypadku¹⁸⁶ 35 dni (staw kolanowy);
- w 2020 r. – 28 i 38 dni w dwóch przypadkach na 12 zarejestrowanych w systemie (staw biodrowy) i jednym przypadku¹⁸⁷ 34 dni (staw kolanowy).

(akta kontroli str. 1091-1095, 1098-1099)

5. W latach 2018-2020 do OOW NFZ wpłynęło łącznie 30 skarg dotyczących świadczeń rehabilitacji leczniczej, w tym najwięcej (13) w 2019 r. W wyniku analizy pięciu skarg¹⁸⁸ stwierdzono, że żadna z nich nie dotyczyła rehabilitacji po zabiegu endoprotezoplastyki.

(akta kontroli str. 1374-1375)

Działaniem na rzecz zmniejszenia kolejek do świadczeń rehabilitacji leczniczej była zmiana sposobu sprawozdawania list z komunikatu xml do AP-KOLCE.

¹⁷⁸ Zarządzenie nr 85/2019/DSOZ z 28 czerwca 2019 r.

¹⁷⁹ Dot. świadczeniodawcy Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup (przypadki stabilne).

¹⁸⁰ Dot. świadczeniodawcy Brzeskie Centrum Medyczne (przypadki stabilne).

¹⁸¹ Dot. świadczeniodawcy 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Opolu (przypadki stabilne).

¹⁸² Dot. świadczeniodawcy Euromedyk A. Sochacki, T. Sochacki sp. jawna (przypadki stabilne).

¹⁸³ Operacja stawu biodrowego i stawu kolanowego.

¹⁸⁴ Na 15 przypadków w próbie badawczej.

¹⁸⁵ Na osiem odnotowanych w systemie.

¹⁸⁶ Na osiem odnotowanych w systemie.

¹⁸⁷ Na siedem odnotowanych w systemie.

¹⁸⁸ WSS.5111.13.2019, WW.511

Konieczność przeniesienia danych skutkowała weryfikacją list oczekujących przez świadczeniodawców i usunięciem z tych list pacjentów, którzy pozostawali wpisani do harmonogramu przyjęć, pomimo że termin udzielenia świadczenia upłynął lub którzy byli zapisani u więcej niż jednego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 371)

6. OOW NFZ dokonywał oceny dostępności terytorialnej potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń w danym zakresie¹⁸⁹ rehabilitacji leczniczej. Przedmiot postępowania oraz obszary kontraktowania określał Prezes NFZ w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁹⁰. W przypadku braku potencjalnych świadczeniodawców na obszarze danego powiatu, obszar kontraktowania mógł zostać ustalony - zgodnie z § 3 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ¹⁹¹ oraz wytycznymi dotyczącymi sugerowanych obszarów kontraktowania - na poziomie grupy powiatów lub województwa. Brak równomiernego rozmieszczenia realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych wynikał przede wszystkim z braku na obszarze województwa opolskiego potencjalnych świadczeniodawców, którzy posiadali w strukturach organizacyjnych podmiotu oddziały rehabilitacji leczniczej, a także spełniliby warunki wymagane do realizacji świadczeń w ramach rehabilitacji stacjonarnej, zwłaszcza w zakresie personelu medycznego (lekarzy specjalistów w zakresie rehabilitacji i specjalistów fizjoterapii). W latach 2018-2020 w siedmiu¹⁹² z 12 powiatów nie zapewniono rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, a tym samym liczba świadczeniodawców na 10 tys. ubezpieczonych mieszkańców wyniosła 0. W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym brak świadczeniodawców (liczba świadczeniodawców na 10 tys. ubezpieczonych mieszkańców wyniosła 0) wystąpił w czterech z 12 powiatów¹⁹³.

(akta kontroli str. 1396-1424)

Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora ds. Medycznych i Naczelnik Wydziału Świadczeń, nie w każdym powiecie znajduje się potencjalny realizator świadczeń spełniający określone wymagania. Dlatego przed każdym rokiem planowania zakupu świadczeń, Oddział dokonywał rozpoznania rynku świadczeniodawców, poprzez analizę ksiąg rejestrowych podmiotów leczniczych. Każda deklaracja potencjalnego świadczeniodawcy posiadającego możliwości realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych jest przez Oddział analizowana (pod kątem spełniania wymaganych warunków), a jeśli świadczeniodawca je spełnia – to ogłaszane są uzupełniające postępowania konkursowe.

(akta kontroli str. 308-314, 1012-1087)

Postępowania uzupełniające w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych Oddział przeprowadził dla trzech obszarów kontraktowania. W ich rezultacie zawarto umowy z dwoma świadczeniodawcami: 08R/10018¹⁹⁴ i 08R/10053¹⁹⁵. W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, przeprowadzono postępowanie dla jednego obszaru kontraktowania (powiat kędzierzyńsko-kozielski), co umożliwiło zawarcie umowy na okres od 1 września 2018 r. do 30 czerwca 2022 r. w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna, lekarska

¹⁸⁹ Zgodnie z art. 146. ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach Prezes NFZ określa szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

¹⁹⁰ Zarządzenie nr 42/2018DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. wraz ze zmianą zawartą w zarządzeniu nr 60/2018/DSOZ z dnia 26 czerwca 2018 r.

¹⁹¹ Zarządzenie nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 31 grudnia 2019 r.

¹⁹² Powiaty: kędzierzyńsko-kozielski, kluczborski, krapkowicki, prudnicki, strzelecki, brzeski, oleski.

¹⁹³ Powiaty: głubczycki, krapkowicki, oleski, prudnicki.

¹⁹⁴ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Glucholazach.

¹⁹⁵ 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią.

ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia domowa. W latach 2019-2020, po przeprowadzonych uzupełniających postępowaniach konkursowych zostały zawarte również umowy ze świadczeniodawcą 08R/10032¹⁹⁶, obowiązujące od 1 maja 2019 r. do 30 czerwca 2022 r. w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

(akta kontroli str. 652-818, 976-998, 1012-1087)

Świadczeniodawcy wykonujący świadczenia rehabilitacji leczniczej (podlegające odrębnemu finansowaniu¹⁹⁷) w warunkach ośrodka/oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, zwracali się do Oddziału o zwiększenie środków na świadczenia rehabilitacja w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym. W konsekwencji, Oddział cyklicznie dokonywał analiz poziomu realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz podejmował decyzje dotyczące zapłaty za świadczenia przekraczające limit finansowania (z uwzględnieniem przyjętych priorytetów w finansowaniu i posiadanych środków w planie finansowym).

I tak, w latach 2018-2019 (po każdym zakończonym kwartale), Zespół uwzględniał dwie grupy wniosków świadczeniodawców o sfinansowanie świadczeń:

a) w zakresach nielimitowanych (rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i w warunkach oddziału/ośrodka dziennego);

b) w zakresach odpowiadających przyjętym przez OOW NFZ priorytetom ogólnopolskim, tj. rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, rehabilitacji leczniczej – świadczeń w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji, rehabilitacji leczniczej – świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej wczesnej, a od 2019 r. również rehabilitacji leczniczej dla osób innych niż posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁹⁸.

(akta kontroli str. 308-314, 584-587)

W ramach rozliczenia końcowego umów za 2018 r. zostało sfinansowanych 100% nadwykonań we wszystkich ww. zakresach, z wyjątkiem rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym (z uwagi na stawkę degresywną). W ramach rozliczenia końcowego umów za 2019 r. – wszystkie zgłoszone nadwykonania zostały sfinansowane w 100%, zgodnie z wnioskami świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 1012-1087)

7. Prezes NFZ wprowadził na lata 2020-2021 priorytet ogólnopolski (priorytet nr 7): rehabilitacja lecznicza - świadczenia rehabilitacyjne dla osób po urazach i zabiegach operacyjnych¹⁹⁹, zakładający wzrost udziału ww. świadczeń o 20% (wartość docelowa wskaźnika do osiągnięcia w okresie dwóch lat).

(akta kontroli str. 371, 490-496)

W 2020 r. w przypadku trzech²⁰⁰ świadczeniodawców wykonujących rehabilitację w warunkach stacjonarnych oraz 11 - rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, odnotowano niższy plan zakupu świadczeń. Było to konsekwencją ograniczenia wykonywania świadczeń w zakresie rehabilitacji stacjonarnej, jak i dziennej w okresie od 16 marca 2020 r. do 3 maja 2020 r. oraz od listopada 2020 r. z uwagi zagrożenie zarażenia wirusem SARS-CoV-2. W konsekwencji świadczeniodawcy wnioskowali o przedłużenie okresu rozliczeniowego umów do 30 czerwca 2021 r.

(akta kontroli str. 1369-1424)

¹⁹⁶ SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.

¹⁹⁷ Zgodnie z § 2 pkt 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r.

¹⁹⁸ Priorytet na lata 2019-2021.

¹⁹⁹ Priorytet kontynuowany w 2021 r.

²⁰⁰ Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfanowie, Stobrowskiego Centrum Medycznego oraz 116 Szpitala Wojskowego z Przzychodnią.

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, jedną przyczyną były przepisy²⁰¹ o czasowym ograniczeniu wykonywania działalności leczniczej lub zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Świadczeniodawcy zgłaszali pisemną informację o czasowym ograniczeniu udzielania świadczeń planowych w związku z epidemią i koniecznością zastosowania reżimu sanitarnego. Drugą przyczyną niewykonania wartości planu były bezpośrednie odmowy pacjentów, którzy w obawie przed ryzykiem zarażenia Covid-19, rezygnowali z przysługującego świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym.

(akta kontroli str. 1147-1152, 1369-1424)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W celu poprawy dostępności świadczeń rehabilitacji przeprowadzano w kolejnych trzech latach uzupełniające postępowania konkursowe. Pomimo wdrożenia innych działań zapobiegawczych wzrostowi liczby oczekujących, takich jak weryfikacja wpisanych na listy oczekujących pacjentów, wprowadzenie przez Prezesa NFZ rehabilitacji leczniczej jako priorytetu ogólnopolskiego oraz wyodrębnienie produktu skojarzonego, dedykowanego pacjentom po urazach i operacjach, efekty tych działań – z uwagi na aktualną sytuację epidemiologiczną – nie są jeszcze zauważalne.

V. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę zintensyfikowania działań sprawdzających mających na celu zapewnienie terminowego przekazywania przez świadczeniodawców informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Wnioski Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

²⁰¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Opole, 30 kwietnia 2021 r.

Kontroler
Ewa Tomaszewska
Doradca prawny



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor



.....
DYREKTOR
Delegatura w Opolu
podpis
Iwona Zyman

