



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.028.01.2020

Agnieszka Pachciarz
Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Poznaniu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.117.2021 Zespołu Orzekającego Komisji
Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 13 lipca 2021 r.

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
lpo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu (dalej: Oddział lub WOW)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pachciarz, Dyrektor od 13 lutego 2017 r. (dalej: Dyrektor Oddziału)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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 dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostką przeprowadzającą kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Monika Lasota, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/9/2021 z 12 stycznia 2021 r. i LPO/36/2021 z 7 kwietnia 2021 r.2. Andrzej Milewski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/7/2021 z 8 stycznia 2021 r. <p>(akta kontroli str. 1-6)</p>

¹ Dz. U. 2020 r., poz. 1200, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

NIK pozytywnie ocenia podejmowane przez Oddział w okresie objętym kontrolą działania zmierzające do zapewnienia świadczeniodawcom dostępu do świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz rehabilitacja na oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych. Umowy na realizację tych świadczeń były przez Oddział na bieżąco monitorowane. Nastąpiło zwiększenie środków przekazanych na realizację ww. świadczeń, co wpłynęło w latach 2018-2019 na wzrost liczby realizowanych świadczeń (z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego) oraz zmniejszenie liczby oczekujących pacjentów. W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki stabilne) nastąpiło skrócenie średniego czasu oczekiwania w województwie (z 463 do 424 dni). W przypadku stawu kolanowego średni czas oczekiwania w 2019 r. wzrósł w porównaniu do 2018 r. do 537 dni, tj. o 66 dni. NIK pozytywnie ocenia fakt, że na koniec 2020 r. średni czas oczekiwania uległ skróceniu do 227 dni, tj. o 197 dni w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego i do 260 dni, tj. o 271 dni w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

W przypadku 28 pacjentów³, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego, czas oczekiwania na zabieg (liczony od daty wizyty kwalifikującej pacjenta na zabieg⁴ do dnia przyjęcia na oddział w celu wykonania endoprotezoplastyki) nie przekroczył sześciu miesięcy określonych w „Modelu kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego”⁵. Świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego w ciągu sześciu miesięcy od daty kwalifikującej pacjenta na zabieg, wykonano u 14 pacjentów⁶.

W latach 2018-2019 Oddział dokonywał zmian wartości umów dotyczących świadczeń z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz na oddziale dziennym, poprzez ich zwiększenie do poziomu rzeczywistej realizacji świadczeń. Powyższe zmiany miały na celu poprawę dostępności do świadczeń w ww. zakresach. W 2019 r., w porównaniu do roku poprzedniego, średni czas oczekiwania w województwie na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych zwiększył się o 79 dni do 491 dni, a na rehabilitację na oddziale dziennym zmniejszył się o 97 dni do 224 dni. Pozytywnie należy ocenić fakt przygotowania i zrealizowania przez Oddział projektu „Analiza potrzeb ubezpieczonych wyznacznikiem konstruktywnych zmian w finansowaniu”, którego jednym z efektów było wprowadzenie usługi skojarzonej - rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym.

Oddział, za pośrednictwem strony internetowej, zapewnił świadczeniobiorcom uzyskanie informacji o liczbie osób oczekujących na świadczenie u danego świadczeniodawcy oraz średnim czasie oczekiwania.

W związku trwającą od marca 2020 r. sytuacją związaną z epidemią COVID-19 w roku tym zmniejszyło się wykonanie planu w zakresie endoprotezoplastyki stawu

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę 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. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

³ Szczegółowym badaniem objęto grupę 90 pacjentów, a czas ten można było określić dla 86 z nich.

⁴ Za datę kwalifikacji pacjenta na zabieg przyjęto datę wpisu w AP-KOLCE

⁵ Został on opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Wydział Taryfikacji) i zamieszczony w raporcie Nr AOTMiT-Wt-553-14/2015 „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”, str. 239-243, zwany dalej: Modelem kompleksowej opieki.

⁶ Szczegółowym badaniem objęto grupę 45 pacjentów i ten czas oczekiwania można było określić dla wszystkich pacjentów.

biodrowego lub stawu kolanowego oraz rehabilitacji na oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych. Oddział wdrożył jednak działania zmierzające do sfinansowania świadczeń zrealizowanych w tym okresie przez świadczeniodawców, którzy wykonali większą liczbę świadczeń niż wynikało to z ustalonych planów.

Ponadto w przypadkach objętych szczegółowym badaniem Oddział podczas rozliczania świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, z uwzględnieniem spełniania wymaganych warunków, stosował współczynniki korygujące ustalone przez Prezesa NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Dyrektor WOW sporządzała roczne plany zakupu świadczeń, o których mowa w art. 107 ust. 5 i art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej)⁸, w których wskazane były m.in. dane (bez podziału na świadczeniodawców) o planowanej liczbie jednostek rozliczeniowych planowanych dla danego rodzaju świadczenia w całym województwie, w tym dla świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: AOS) w zakresie porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja – świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dalej: system psz lub psz) oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa⁹ oraz rehabilitacja m.in. na oddziale dziennym i w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli: 14-17, 22-97)

Odnosnie do zgłaszania i uwzględniania przy opracowywaniu planu opinii lub wniosków konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, Dyrektor Oddziału wskazała m.in., że: Oddział współpracuje z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu od 2018 r., a współpraca dotyczyła potwierdzania przez konsultanta liczby wykonanych świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego przez poszczególnych świadczeniodawców.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła również, że: procedury dotyczące planowania zakupów świadczeń zdrowotnych przez Oddział nie przewidują dokonywania konsultacji z organizacjami pozarządowymi (fundacje, stowarzyszenia) lub Rzecznikiem Praw Pacjenta. Do oddziału NFZ nie wpłynęły pisma od powyższych podmiotów z sugestiami w zakresie sposobu sporządzania planów zakupowych świadczeń.

(akta kontroli: 14-15, 18, 98-245)

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

⁸ Dz.U. 2020 r. poz. 1938.

⁹ Zabiegi endoprotezoplastyki: H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15.

1.1.1. Świadczenia w rodzaju AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w przypadku świadczeniodawców, których świadczenia nie były finansowane w formie ryczałtu systemu psz, zostały:

- w 2018 roku zaplanowane dla 72 świadczeniodawców na poziomie 15.248.987 punktów rozliczeniowych, a wykonanie wyniosło 15.248.796,70 punktów, co stanowiło 100% wartości planowanej;
- w 2019 r. wykonanie wyniosło 96,64% (dla 70 świadczeniodawców zaplanowano świadczenia na poziomie 15.825.890 punktów rozliczeniowych, wykonano na poziomie – 15.293.533,5);
- w 2020 r. plan został przez 69 świadczeniodawców wykonany w 90,06% (zaplanowano świadczenia na poziomie 13.292.534 punktów rozliczeniowych, wykonano na poziomie – 11.971.890,44).

Dynamika planowanych świadczeń AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla świadczeniodawców, którzy realizowali dany zakres świadczenia, wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 100,05% wartości wyrażonej w zł i 299,87% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. odpowiednio: 104,21% i 104,14%;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 86,07% i 86,11%.

Natomiast dynamika wykonania planu w przypadku ww. świadczeń AOS wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 100,19% wartości wyrażonej w zł i 301,43% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. – 100,79% wartości wyrażonej w zł i 100,68% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 80,37% i 80,35%.

W okresie objętym kontrolą w przypadku siedmiu świadczeniodawców dynamika planu, wyrażonego w punktach rozliczeniowych, w stosunku do roku poprzedniego była zmienna, w pozostałych przypadkach wartości te zmniejszały się. Dynamika wykonania była zmienna w przypadku 11 świadczeniodawców, a u pozostałych świadczeniodawców zmniejszała się.

(akta kontroli: 1007-1008, 1045, 1046, 1080, 1082)

W 2018 r. nastąpiło w stosunku do 2017 r. zwiększenie wyrażonego w punktach rozliczeniowych planu zakupu świadczeń AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla świadczeniodawców, których świadczenia od 1 października 2017 r. nie były finansowane w formie ryczałtu systemu psz. Zwiększenie to kształtowało się dla poszczególnych świadczeniodawców od 131% do 455%. Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że „Zwiększenie planu zakupu świadczeń AOS, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyrażonego w punktach rozliczeniowych w roku 2018, w porównaniu do roku 2017 (...) jest wynikiem: zmiany wyceny punktu rozliczeniowego (denominacji). Denominacja została wprowadzona od dnia 01.10.2017 r. na podstawie Zarządzenia Nr 62/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wprowadzenie zmiany wyceny punktu rozliczeniowego miało na celu dokonanie ujednoczenia w zakresie jednostek sprawozdawczych w ramach umów ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w związku z wprowadzeniem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Przeliczenie wartości kontraktów po nowej cenie, skutkowało zwiększeniem Świadczeniodawcom w rodzaju umów AOS, wg zakresów świadczeń, w tym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu liczby punktów

rozliczeniowych w okresie październik – grudzień 2017 r. i znalazło odzwierciedlenie w planach rzeczowo-finansowych na rok 2018 i lata następne”.

W przypadku jednego świadczeniodawcy plan zakupu na 2019 r. wyrażony w punktach rozliczeniowych został zwiększony o 384% w porównaniu do 2018 r. Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że „Wskazane zwiększenie (w punktach rozliczeniowych) jest wynikiem przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy (...) zawartej przez inny podmiot leczniczy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rzecz tego świadczeniodawcy od dnia 01.04.2019 r.”.

W okresie objętym kontrolą zmniejszeniu uległa liczba świadczeniodawców, którzy świadczyli usługi w rodzaju AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu: w 2018 r. było to 72 świadczeniodawców, w 2019 – 70, a w 2020 r. – 69. Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że „w przypadku rozwiązania umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w latach 2017 – 2020, podjęte przez Oddział działania zmierzały do zabezpieczenia ww. świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie, na przyjętym obszarze kontraktowania poprzez:

- ogłoszenie postępowań konkursowych,
- zabezpieczenie świadczeń przez innych świadczeniodawców w tym zakresie.

W tym miejscu wskazać należy, że przywołana różnica w liczbie umów w okresie porównawczym lat 2017–2020, stanowi jednostkowo zaledwie o 4% mniej umów (zakresów świadczeń) w 2018 roku, 2,8% w roku 2019 oraz 1,4% w roku 2020. Natomiast liczba dostępnych świadczeń na rynku medycznym i co z tym związane - wartość środków finansowych globalnie dedykowanych ortopedii jest m.in. regulowana poziomem realizacji świadczeń (dostępnością) w ramach umów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (mechanizm finansowania – wartość będąca składową ryczałtu określana na dany okres rozliczeniowy), jak również identyfikowanym (rozliczanym) poziomem „nadwykonań” powstałych u pozostałych realizatorów świadczeń”.

(akta kontroli: 1498-1503)

W związku ze zmianami wprowadzonymi od 1 października 2017 r.¹⁰, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane przez 28 świadczeniodawców były od tego dnia finansowane w formie ryczałtu systemu psz. Natomiast zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania¹¹, świadczenia AOS w zakresie porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu od 1 marca 2020 r. podlegały odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹². W przypadku tych świadczeniodawców plan świadczenia usług z ww. zakresu AOS:

- od 1 stycznia do 30 września 2017 r. zostały ustalone na poziomie 500.507 punktów rozliczeniowych, natomiast wykonanie od 1 stycznia do 31 grudnia tego roku wyniosło 2.162.313 punktów rozliczeniowych.
- ww. świadczeniodawcy sprawozdali wykonanie świadczeń z powyższego zakresu AOS na poziomie: 6.752.658 punktów rozliczeniowych w 2018 r. i 7.615.770,22 – w 2019 r.

¹⁰ Zmiany te zostały wprowadzone ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 r., 844).

¹¹ Dz.U. 2020 r., poz. 309.

¹² Dz.U. 2020 r., poz. 1398 ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach zdrowotnych.

– w roku 2020 r. zaplanowano na okres od 1 marca do 31 grudnia realizację świadczenia na poziomie 4.819.597 punktów rozliczeniowych, natomiast wykonanie od 1 stycznia do 31 grudnia wyniosło 6.126.429,5 punktów rozliczeniowych.

Dynamika wykonania planu przez 28 świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej z rodzaju AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, które były finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia:

– wyrażona w tys. zł wynosiła: 107,84% wykonania za 2018 r. w stosunku do roku 2017, 112,78% w 2019 r. w stosunku do roku 2018 i 82,83% w 2020 r. – w stosunku do roku poprzedniego.

– wyrażona w jednostce rozliczeniowej jaką był punkt rozliczeniowy stanowiła odpowiednio: 312,29%, 112,78% i 80,44%.

Ze względu na fakt, że świadczenia z ww. zakresu od 1 października 2017 r. do marca 2020 r. były finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, nie ma możliwości przedstawienia dynamiki zmiany wysokości zaplanowanych środków pieniężnych oraz punktów rozliczeniowych w poszczególnych latach.

(akta kontroli: 1007-1008, 1045, 1046, 1080, 1082)

1.1.2. Wykonanie planu, wyrażonego zarówno w punktach rozliczeniowych, jak i w tys. zł, w przypadku świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w przypadku wszystkich świadczeniodawców realizujących to świadczenie wyniosło: w 2018 r. – 98,6%, w 2019 r. – 96,7% a w 2020 r. – 89,2%.

W przypadku wszystkich 28 świadczeniodawców, którzy realizowali usługi w rodzaju endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego, w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. nastąpił wzrost planu zakupu świadczeń wyrażony w punktach rozliczeniowych.

(akta kontroli: 1007-1008, 1045, 1051-1052, 1057-1058)

Dyrektor Oddziału wskazała, że m.in. w roku 2018 przekazane zostały podmiotom dodatkowe środki finansowe na realizację świadczeń endoprotezoplastyk m.in. poprzez wydane zarządzenie Nr 33/2018/DEF w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r., wprowadzające zmiany w zakresie wielkości planowanych na 2018 r. wydatków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z przeznaczeniem m.in. na zwiększenie dostępu do świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego. Oddział dokonał wówczas analizy poziomu realizacji ww. świadczeń za okres styczeń – marzec 2018 r. W jej wyniku wskazane zostały podmioty lecznicze, u których zaplanowano zmianę w zakresie poziomu finansowania. W związku z powyższym przygotowane zostały i podpisane przez strony aneksy, które zwiększały wartość zobowiązania Funduszu w zakresach ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w psz) oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa¹³, na ogólną kwotę 3.296.936,00 zł. W trakcie roku 2018 zostały przeprowadzone kolejne analizy, które skutkowały podpisaniem kolejnych aneksów do umów, które zwiększyły wartość zobowiązania Funduszu w tym rodzaju świadczeń.

Odnosnie do realizacji planu w 2020 r. Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że w roku tym „na realizację ww. świadczeń oraz podejmowane przez WOW NFZ działania duży wpływ miała panująca w kraju sytuacja epidemiczna związana z zakażeniami SARS-CoV-2 (...). W sytuacji ograniczenia działalności podmiotów leczniczych poprzez ustanowienie określonych zakazów, nakazów w związku z zapobieganiem

¹³ zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15

rozprzestrzeniania COVID-19, wytypowania oddziałów covidowych bądź przeznaczeniem wszystkich komórek organizacyjnych danego podmiotu na szpital dedykowany pacjentom z COVID-19, nastąpiły zmiany w poziomie realizacji (zmniejszenie), w tym zabiegów endoprotezoplastyki, szczególnie w okresie I półrocza 2020 r. (...). Pomimo panującego stanu epidemii, WŚOZ (Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej) podejmował działania zmierzające do sfinansowania zrealizowanych zabiegów ortopedycznych ponad wartość zobowiązania WOW NFZ (...). Prowadzone przez WOW NFZ działania w kierunku sfinansowania wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki zwiększyły wartość zobowiązań w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w psz) oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa¹⁴ na ogólną kwotę 7.365.680,72 zł (z bilansowaniem)”.

(akta kontroli: 1221-1222, 1224-1231)

Dynamika planowanych świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego łącznie, w przypadku wartości wyrażonych w tys. zł, stanowiła: 112,45% w 2018 r. w stosunku do roku 2017, 111,56% w 2019 r. w porównaniu z rokiem 2018 i 89,83% w 2020 r. w porównaniu do roku 2019. Natomiast w przypadku wartości wyrażonych w punktach rozliczeniowych odpowiednio: 329,4%, 111,6% i 89,8%.

W przypadku świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego za lata 2018 r., 2019 r. i 2020 r. w stosunku do roku poprzedniego dynamika wykonania, w przypadku wartości wyrażonych w tys. zł, wyniosła odpowiednio: 108,58%, 105,46% i 83,86%, a stawu kolanowego: 122,72%, 116,75% i 81,34%. Natomiast w przypadku wartości wyrażonych w punktach rozliczeniowych w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego odpowiednio: 319,8%, 105,49% i 83,82%, a stawu kolanowego: 346,98%, 116,84% i 81,32%.

(akta kontroli: str. 1051-1052, 1057-1058)

Odnosnie do sposobu określania bieżącego i przyszłego zapotrzebowania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego Dyrektor Oddziału poinformowała m.in., że „punktem wyjścia przy planowaniu i szacowaniu wielkości usług w ramach bieżącego lub przyszłego zapotrzebowania jest analiza i ocena poziomu wykonania świadczeń zdrowotnych na podstawie danych z raportów statystycznych Świadczeniodawców, za dany okres. Elementem oceny przy zmianie warunków umów zawartych z WOW NFZ jest również analiza list kolejek osób oczekujących na dane zabiegi endoprotezoplastyki. W latach 2018-2020 Wielkopolski Urząd Wojewódzki nie sformułował w ramach priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, zadań związanych bezpośrednio z endoprotezoplastyką stawu biodrowego lub kolanowego. Niezależnie od prowadzonych działań, WOW NFZ, traktując choroby układu mięśniowo-szkieletowego jako jedną z przyczyn ograniczenia w funkcjonowaniu życia społecznego/zawodowego, uznał za konieczne dokonanie zmian poprzez wsparcie dodatkowymi środkami finansowymi”.

(akta kontroli: str. 1212-1215)

W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy złożyli do WOW NFZ 162 wnioski o dodatkowe środki przeznaczone na świadczenia AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego i rehabilitacji z powyższego zakresu. W 2018 r. złożono 33 takich wniosków, w 2019 r. – 53, a w 2020 r. – 76. Po ich rozpatrzeniu dokonano zwiększenia kwoty

¹⁴ Ibidem.

środków przeznaczonych na wykonanie ww. świadczeń, i tak w 2018 r. o kwotę 3.677,05 tys. zł w 2019 r. – o 12.941,04 tys. zł, a w 2020 r. – o 5.321,64 tys. zł.

(akta kontroli: 15-16, 18, 246-255)

W okresie objętym kontrolą wzrastał: minimalny, maksymalny i średni koszt świadczeń AOS z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, i tak: średni z poziomu 53,28 zł do 62,86 zł, maksymalny z 101,66 zł do 131,22 zł, a minimalny z 33,91 zł do 37,38 zł.

W przypadku świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego: minimalny koszt tego świadczenia w okresie objętym kontrolą kształtował się na zmiennym poziomie i wynosił odpowiednio: 9.041,76 zł w 2018 r., 5.626 zł w 2019 r. i 10.131,66 zł w 2020 r. Wzrastał natomiast maksymalny i średni koszt, w przypadku maksymalnego odpowiednio z 50.680,8 zł do 68.032,8 zł, a średniego – z 15.524,76 zł do 16.332,41 zł.

W okresie objętym kontrolą wzrósł minimalny i średni koszt endoprotezoplastyki stawu kolanowego odpowiednio: z 6.678,9 zł do 7.567,56 zł i z 15.060,36 zł do 16.075,8 zł. Maksymalny koszt tego świadczenia kształtował się natomiast na zmiennym poziomie i wynosił: 58.813,2 zł w 2018 r., 57.878,4 w 2019 r. i 60.577,2 zł w 2020 r.

(akta kontroli: 1045, 1059)

Dyrektor WOW wskazała m.in., że Oddział nie różnicował stawki (w znaczeniu ceny jednostkowej za punkt) zabiegów pierwotnych i rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. Było to niemożliwe z uwagi na konstrukcję katalogów świadczeń (jednorodne grupy pacjentów) i przyjętego sposobu finansowania usług realizowanych w ramach leczenia szpitalnego. W zależności od trybu hospitalizacji, wartość rozliczanego świadczenia była różna. Równie różna była liczba punktów w sytuacji wykonywania i rozliczania zabiegów pierwotnych i rewizyjnych (przy zachowaniu np. w ramach umów systemu psz tożsamej ceny jednostkowej punktu – 1,00 zł). Powyższe wynikało wyłącznie z przypisania różnych wartości punktowych danemu świadczeniu zdrowotnemu (produktowi).

Natomiast odnośnie do stawek za zabiegi endoprotezoplastyki podała m.in., że ustalone były one na podstawie wartości punktowej przypisanej poszczególnym jednolitym grupom pacjentów, z uwzględnieniem typu hospitalizacji, określonej w katalogu grup, stanowiącym załącznik nr 1a do obowiązującego w okresie sprawozdawczym zarządzenia pomnożonej przez cenę za jednostkę rozliczeniową (punkt). W przypadku umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (typ 03/8/) zawartych z Oddziałem, cena za jednostkę rozliczeniową (punkt) dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wynosiła 1,00 zł. Natomiast dla przedmiotowych świadczeń rozliczanych w ramach obowiązujących od dnia 1 lipca 2018 r. umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne (typ /03/1/), ceny za jednostkę rozliczeniową zostały ustalone w prowadzonym postępowaniu w trybie konkursu ofert i wynosiły od 0,90 zł do 0,99 zł.

(akta kontroli: str. 1212-1216)

Średni koszt leczenia obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni objętych opieką: dla świadczeń w rodzaju AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu wzrósł w okresie objętym kontrolą z 101,92 zł do 120,01 zł. Wzrastał również w przypadku świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego z 15.524,76 zł do 16.332,41 zł

w 2020 r. oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego z 15.060,36 zł do 16.075,80 zł.

(akta kontroli: str. 1045, 1060)

1.2. Odnośnie do podpisania umów na świadczenia w ramach umów psz Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że: „Świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne związane z realizacją zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego rozliczane w ramach hospitalizacji (zakres: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w psz)) oraz w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jak również w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym dla pacjentów po ww. zabiegach, rozliczane są na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego zostały zabezpieczone na okres 2018-2020 w drodze kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przeprowadzonej w roku 2017. Kwalifikacja opierała się na zakresach występujących w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na podstawie przeprowadzonych w latach wcześniejszych postępowań konkursowych. Publikacja *Wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego* zamieszczona została w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ w dniu 27 czerwca 2017 r. Okres obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: 01.10.2017 r. – 30.06.2021 r.”.

Świadczenia zdrowotne w rodzaju AOS w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, zostały zabezpieczone w ramach ogłoszonego w 2011 r. konkursu ofert – okres ich obowiązywania to 1 stycznia 2012 r. – 31 grudnia 2016 r. oraz konkursów uzupełniających ogłoszonych w 2012 r. – termin końcowy obowiązywania podpisanych wówczas umów to 31 grudnia 2016 r. Na podstawie podpisywanych aneksów okres obowiązywania umów został przedłużony do 30 czerwca 2021 r.¹⁵

Świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne związane z realizacją zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego i rozliczane w ramach hospitalizacji planowej, realizowane przez świadczeniodawców, którzy nie zostali zakwalifikowani do systemu psz, zostały zabezpieczone w drodze ogłoszonych postępowań konkursowych w roku: 2011 – okres obowiązywania umów od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r., 2012 r. (postępowanie uzupełniające) – okres obowiązywania umów od 15 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. Czas obowiązywania tych umów był następnie przedłużany kolejnymi aneksami do 30 czerwca 2018 r.¹⁶. Po przeprowadzeniu postępowania konkursowego w 2018 r. podpisane zostały umowy na realizację tego rodzaju świadczeń od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2021 r.

(akta kontroli: str. 1548-1555)

¹⁵ Okres obowiązywania umów był przedłużany kolejno do: 30 czerwca 2017 r., 30 września 2017 r., 30 czerwca 2018 r., 31 grudnia 2018 r., 31 grudnia 2019 r. i 30 czerwca 2021 r.

¹⁶ Do: 30 czerwca 2017 r., 30 września 2017 r. i 31 marca 2018 r. oraz 30 czerwca 2018 r.

1.3. Oddział, działając na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym prowadził kwartalne analizy realizacji dla poszczególnych świadczeń i oceniał poziom zabezpieczenia i realizacji świadczeń zdrowotnych. Mając na uwadze powyższe oraz zgodnie z postanowieniami Zarządzenia Nr 265/2015 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z 2015 r. w sprawie procedury dokonywania zwiększeń kwot zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie dokonanych analiz, opracowywane były wnioski właściwej komórki organizacyjnej Oddziału do Dyrektora WOW w przedmiocie sfinansowania świadczeń medycznych udzielonych przez podmioty w danym okresie – znajdujące potwierdzenie w faktycznym poziomie realizacji świadczeń. Realizowane było to w ramach działań WOW związanych z utrzymaniem/poprawą dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Wyniki monitorowania zostały ujęte m.in. w piśmie z 23 kwietnia 2018 r. – prezentującym m.in. wynik analizy informacji na temat liczby osób oczekujących, średniego czasu oczekiwania i pierwszego wolnego terminu wizyty w kategorii „przypadek pilny”, „przypadek stabilny” na realizację świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego i dokonano na tej podstawie zmiany wartości umowy w zakresach związanych z realizacją endoprotezoplastyki. W kolejnym piśmie z 12 kwietnia 2019 r. znajdował się m.in. zapis, iż do świadczeniodawców realizujących endoprotezoplastyki przekazano komunikat zawierający prośbę o wskazanie dodatkowej liczby możliwych do wykonania operacji endoprotezoplastyki w okresie 9 miesięcy 2019 r. (począwszy od kwietnia 2019 r.) w stosunku do obecnej umowy. W oparciu o przekazane propozycje świadczeniodawców wyliczono wartość zwiększenia umów.

Natomiast w piśmie z 13 sierpnia 2020 r. określono jako cel podejmowanych przez Oddział NFZ działań sfinansowanie świadczeń udzielonych w okresie od stycznia do czerwca 2020 r. w ramach działań związanych z utrzymaniem/poprawą dostępności do świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, znajdujących potwierdzenie w faktycznym poziomie realizacji świadczeń w ww. okresie. W związku z powyższym dokonano oceny poziomu zabezpieczenia i realizacji świadczeń, wskazując jednocześnie, że „Na poziom realizacji świadczeń w ww. okresie czasu miały wpływ:

- sytuacja ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (...);
- sytuacja ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (...);
- zaistnienie szeregu ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii określonych w kolejno publikowanych rozporządzeniach Rady Ministrów;
- zmiana zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- w okresie od 8 marca 2020 r. do 30 czerwca 2020 r. w kontekście przestrzegania zasad postępowania z pacjentem u którego wystąpiło podejrzenie zakażenia lub zakażenie wirusem SARS CoV-2 – decyzje Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowisk konsultantów krajowych/wojewódzkich, wydawane zalecenia – w tym m.in. zasady postępowania w podmiotach leczniczych realizujących umowy w rodzaju leczenie stacjonarne (zalecenia Konsultanta krajowego ds. chorób zakaźnych);
- przeprowadzona reorganizacja działalności podmiotów leczniczych – na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach

związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych – w porozumieniu z Wojewodą Wielkopolskim wytypowano świadczeniodawców do realizacji świadczeń w związku z COVID (...);

– finansowanie działalności podmiotu dedykowanego pacjentom z podejrzeniem/wystąpieniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 w stanie epidemii (...) w oparciu o zapisy Zarządzenia nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanej z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (...)."

(akta kontroli: 14-15, 16, 19-20, 256-724)

1.4.1. Na koniec 2018 r. na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oczekiwało łącznie 8.246 pacjentów (przypadki pilne i stabilne). Na koniec 2019 r. było to 12.742 pacjentów, a 2020 r. – 5.732.

W przypadku świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego było to odpowiednio: 7.075, 6.078, 5.348 pacjentów, a stawu kolanowego: 7.653, 6.799, 6.021 pacjentów.

W 2018 r. liczba pacjentów oczekujących na świadczenie AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu (przypadki stabilne) stanowiła 102% liczby pacjentów oczekujących w 2017 r., w 2019 r. w stosunku do 2018 r. – 152%, a w 2020 r. w stosunku do 2019 r. – 44%.

Liczba pacjentów oczekujących (przypadki stabilne) na koniec roku na świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego w stosunku do liczby oczekujących na koniec roku poprzedniego stanowiła odpowiednio: 90%, 84% i 85%, a w przypadku stawu kolanowego odpowiednio: 92%, 87% i 87%¹⁷.

(akta kontroli: 1017-1018, 1093-1098)

1.4.2. Poniższe dane, prezentujące liczbę osób oczekujących na realizację świadczeń, zostały wyliczone jako średnia z sumy liczby oczekujących na koniec poszczególnych miesięcy w danym roku.

Na koniec 2018 r. w przypadku 10 świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla przypadków stabilnych nie odnotowano żadnych osób oczekujących. Natomiast na koniec 2019 r. i 2020 r. takich świadczeniodawców było czterech w każdym roku. W okresie objętym kontrolą wystąpiły podmioty realizujące ww. świadczenia, w których na realizację świadczenia w przypadkach stabilnych oczekiwało:

- od jednej do 49 osób – dotyczyło to: 47 świadczeniodawców na koniec 2018 r., 36 na koniec 2019 r. i 38 na koniec 2020 r.;
- od 50 do 99 osób – odpowiednio: 15, 22 i 22 świadczeniodawców;
- od 100 do 199 osób – odpowiednio: 19, 26 i 28 świadczeniodawców;
- powyżej 200 osób – odpowiednio: ośmiu, dziewięciu i czterech świadczeniodawców.

W okresie objętym kontrolą u 17 świadczeniodawców, liczba oczekujących na świadczenie AOS w rodzaju ortopedia i traumatologia narządu ruchu (przypadki stabilne) w danym roku w stosunku do liczby osób oczekujących w roku poprzednim na ww. świadczenia (dynamika) nie przekroczyła zwiększenia o 100% (liczonego jako stosunek danych za dany rok do roku ubiegłego na przestrzeni lat 2017-

¹⁷ Prezentowane w powyższych akapitach dane wskazują na liczbę osób oczekujących na realizację danego świadczenia na koniec grudnia danego roku.

2020¹⁸). Natomiast u dziewięciu świadczeniodawców wartość ta przekraczała 100% licząc od 2017 r. W przypadku 68 świadczeniodawców występowała zmienna dynamika oczekujących świadczeniobiorców.

Na realizację świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego u 26 świadczeniodawców oczekiwało:

- od jednej do 49 osób – u trzech świadczeniodawców na koniec 2018 r., u dwóch na koniec 2019 r. i pięciu na koniec 2020 r.;
- od 50 do 99 osób – odpowiednio: trzech, siedmiu i siedmiu;
- od 100 do 199 osób – odpowiednio: ośmiu, ośmiu i siedmiu;
- powyżej 200 osób – odpowiednio: 12, dziewięciu i siedmiu.

W przypadku 11 świadczeniodawców wystąpiła zmienna dynamika liczby osób oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego (liczona jako stosunek danych za dany rok objęty kontrolą do danych z roku ubiegłego), w 13 przypadkach malała, a dwóch rosła.

Na realizację świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego u 24 świadczeniodawców oczekiwało:

- od jednego do 49 osób – u dwóch świadczeniodawców na koniec 2018 r., dwóch na koniec 2019 r. i trzech na koniec 2020 r.;
- od 50 do 99 osób – odpowiednio: dwóch, trzech i czterech;
- od 100 do 199 osób – odpowiednio: ośmiu, siedmiu i siedmiu;
- powyżej 200 – odpowiednio: 12, 12 i 10.

W przypadku siedmiu świadczeniodawców wystąpiła zmienna dynamika liczby osób oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego (liczona jako stosunek danych za dany rok objęty kontrolą do danych z roku ubiegłego), w 15 przypadkach malała, a dwóch rosła.

(akta kontroli: 1017-1023)

1.4.3. W latach 2018-2020 zostało skreślonych z listy oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego (przypadki stabilne) z powodu niezgłoszenia się na zabieg w ustalonym terminie odpowiednio: 428, 433, 291 świadczeniobiorców, a na zabieg w zakresie stawu kolanowego (przypadki stabilne) odpowiednio: 460, 628, 346. W okresie tym, z powodu rezygnacji z zabiegu, zostało skreślonych z listy oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego (przypadki stabilne) odpowiednio: 1.196, 1.201, 698 świadczeniobiorców, a na zabieg w zakresie stawu kolanowego (przypadki stabilne) odpowiednio: 1.353, 1.373, 927.

Liczba skreśleń z list oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki stabilne) z powodu zgonu kształtowała się w okresie objętym kontrolą następująco: 169, 113 i 71 skreśleń, a w przypadku stawu kolanowego (przypadki stabilne): 154, 75 i 84 skreślenia.

(akta kontroli: 1017-1018, 1031-1032, 1037)

1.4.4. Na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu (przypadki stabilne) dla całego województwa wielkopolskiego w latach 2018-2020:

- średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 63, 70 i 47 dni;
- mediana wynosiła: 46, 60 i 33 dni;
- kwartył trzeci wynosił: 90, 94 i 64 dni¹⁹.

¹⁸ Stosunek średniej ilości świadczeniobiorców oczekujących, tj. w 2018 r. do 2017 r., w 2019 r. do 2018 r. i w 2020 r. do 2019 r.

¹⁹ Średnie czasy oczekiwania odnoszą się do danych na koniec grudnia każdego roku.

W okresie objętym kontrolą u świadczeniodawców objętych kontrolą czas oczekiwania w dniach na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w poszczególnych latach wynosił średnio:

- zero dni – 10 świadczeniodawców w 2018 r., czterech – w 2019 r. i sześciu – w 2020 r.;
- od jednego do 30 dni – odpowiednio: 18, 18 i 23;
- od 31 do 90 dni – odpowiednio u 50, 55 i 43;
- powyżej 91 dni – 21 (najdłużej – 331 dni); 20 świadczeniodawców (najdłużej – 297 dni) i 24 (najdłużej – 278 dni).

W przypadku 19 świadczeniodawców, którzy świadczyli usługi w całym okresie objętym kontrolą, wystąpiło zmniejszenie dynamiki średniego czasu oczekiwania na te świadczenia (liczonego jako stosunek danych za dany rok objęty kontrolą do danych z roku ubiegłego), w 11 przypadkach – rosła, a w 51 – była zmienna.

W przypadku mediany kształtowało się to odpowiednio w poszczególnych latach u określonej liczby świadczeniodawców:

- zero dni – 10, pięciu i ośmiu;
- od jednego do 30 dni – 20, 19 i 21;
- od 31 do 90 dni – 48, 53 i 45;
- powyżej 91 dni – 21 (najdłużej – 328 dni); 20 (najdłużej – 298 dni) i 22 (najdłużej – 297 dni).

W przypadku 13 świadczeniodawców, którzy świadczyli usługi w całym okresie objętym kontrolą, wystąpiło zmniejszenie dynamiki średniego czasu oczekiwania na te świadczenia (liczonego jako stosunek danych za dany rok objęty kontrolą do danych z roku ubiegłego), w 12 przypadkach – rosła, a w 56 – była zmienna.

W przypadku kwartyła trzeciego dane te kształtowały się następująco w poszczególnych latach u określonej liczby świadczeniodawców :

- zero dni – 10, czterech i siedmiu;
- od jednego do 30 dni – 13, 13 i 16;
- od 31 do 90 dni – 49, 52 i 43;
- powyżej 91 dni – 27 (najdłużej – 345 dni); 28 (najdłużej – 327 dni) i 30 (najdłużej – 283 dni).

(akta kontroli: str. 1093, 1101-1102, 1017-1018, 1026-1027)

1.4.5. Średni czas oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego w latach 2018-2020 dla przypadków stabilnych wynosił odpowiednio: 463, 424 i 227 dni. Mediana dla ww. lat to odpowiednio: 367, 378 i 96 dni, a kwartył trzeci odpowiednio: 719, 545 i 316 dni.

(akta kontroli: 1093, 1103)

W okresie objętym kontrolą czas oczekiwania w dniach endoprotezoplastyki stawu biodrowego w poszczególnych latach wynosił średnio:

- zero dni – jeden świadczeniodawca w 2018 r. i jeden w 2019 r., żaden w 2020 r.;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: 10, u 11 i 13;
- od 366 do 732 dni – odpowiednio: dziewięciu, ośmiu i 10;
- powyżej 735 dni – odpowiednio: sześciu (najdłużej – 1.828 dni); sześciu świadczeniodawców (najdłużej – 1.883 dni) i trzech (najdłużej – 1.559 dni).

Dynamika średniego czasu oczekiwania na dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u 11 świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 17,96%), u siedmiu świadczeniodawców powyżej 100% (najwięcej – 183,05%), u siedmiu – pomiędzy 80% a 99%, dla jednego nie można było jej określić;

- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: ośmiu – mniej niż 80% (najmniej – 16,81%), u 10 – powyżej 100% (najwięcej – 1.726,88%), u siedmiu – pomiędzy 80% a 100%, dla jednego nie można było jej określić;
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u dziewięciu – mniej niż 80% (najmniej – 19,60%), u dziewięciu – powyżej 100% (najwięcej – 299,18%), u siedmiu – pomiędzy 80% a 100%, dla jednego nie można było jej określić.

Mediana średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniosła:

- zero dni – pięciu świadczeniodawców w 2018 r., dwóch w 2019 r. i dwóch w 2020 r.;
- od 1 do 365 dni – odpowiednio: sześciu, 10 i 11;
- od 366 do 732 dni – odpowiednio: dziewięciu, ośmiu i dziewięciu;
- powyżej 735 dni – odpowiednio: sześciu (najdłużej – 2.324 dni); sześciu świadczeniodawców (najdłużej – 1.662 dni) i czterech (najdłużej – 1.637 dni).

Dynamika mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosiła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u siedmiu świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 38,68%), u pięciu – powyżej 100% (najwięcej – 183,55%), u dziewięciu – pomiędzy 80% a 99%, dla pięciu nie można było jej określić;
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: ośmiu – mniej niż 80% (najmniej – 22,94%), u dziewięciu – powyżej 100% (najwięcej – 264,38%), u czterech – pomiędzy 80% a 100%, dla pięciu nie można było jej określić;
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u siedmiu – mniej niż 80% (najmniej – 35,14%), u dziewięciu – powyżej 100% (najwięcej – 228,94%), u sześciu – pomiędzy 80% a 100%, dla czterech nie można było jej określić.

Kwartył trzeci średni czas oczekiwania w poszczególnych latach wyniósł:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców w 2018 r. i dwóch w 2019 r., żaden w 2020 r.;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: ośmiu, 10 i 10;
- od 366 do 732 dni – odpowiednio: 10, siedmiu i ośmiu;
- powyżej 733 dni – odpowiednio: sześciu (najdłużej – 2.567 dni); siedmiu świadczeniodawców (najdłużej – 2,449 dni) i ośmiu (najdłużej – 2.077).

(akta kontroli: str. 1017-1018, 1028)

Odnosnie do endoprotezoplastyki stawu kolanowego średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w okresie objętym kontrolą wynosił odpowiednio: 471, 537 i 260 dni. Mediana dla ww. lat to odpowiednio: 391, 459 i 130 dni dla przypadków stabilnych, a kwartył trzeci: 620, 735 i 358 dni.

(akta kontroli: 1093, 1103)

W okresie objętym kontrolą średni czas oczekiwania w dniach na realizację ww. świadczenia w poszczególnych latach wynosił średnio:

- zero dni – jeden świadczeniodawca w 2018 r. i jeden w 2019 r., u dwóch w 2020 r.;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: trzech, siedmiu i dziewięciu;
- od 366 do 732 dni – odpowiednio: 13, ośmiu i siedmiu;
- powyżej 733 dni – odpowiednio: pięciu (najdłużej – 2.172 dni), ośmiu świadczeniodawców (najdłużej – 662 dni) i siedmiu (najdłużej – 714 dni).

Dynamika średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u pięciu świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 13,69%), u ośmiu świadczeniodawców powyżej 100%

(najwięcej – 111,19%), u ośmiu – pomiędzy 80% a 99%, dla jednego nie można było jej określić;

– w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: ośmiu – mniej niż 80% (najmniej – 29,82%), u ośmiu – powyżej 100% (najwięcej – 1.045,90%), u pięciu – pomiędzy 80% a 100%, dla jednego nie można było jej określić;

– w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u 10 – mniej niż 80% (najmniej – 40,89%), u siedmiu – powyżej 100% (najwięcej – 174,63 %), u dwóch – pomiędzy 80% a 100%, dla trzech nie można było jej określić.

Mediana średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniosła:

– zero dni – czterech świadczeniodawców w 2018 r., trzech w 2019 r. i trzech w 2020 r.;

– od jednego do 365 dni – żaden w 2018 r., pięciu – w 2019 r. i dziewięciu – w 2020 r.;

– od 366 do 732 dni – odpowiednio: 12, ośmiu i siedmiu;

– powyżej 735 dni – odpowiednio: sześciu (najdłużej – 2.239 dni); sześciu świadczeniodawców (najdłużej – 2.206 dni) i trzech (najdłużej – 1.110 dni).

Dynamika mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosiła:

– w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u pięciu świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 13,69%), u ośmiu świadczeniodawców - powyżej 100% (najwięcej – 115,67%), u ośmiu – pomiędzy 80% a 99%, dla jednego nie można było jej określić;

– w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: ośmiu – mniej niż 80% (najmniej – 28,82%), u ośmiu – powyżej 100% (najwięcej – 1.045,90%), u pięciu – pomiędzy 80% a 100%, dla jednego nie można było jej określić;

– w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u 10 – mniej niż 80% (najmniej – 40,89%), u siedmiu – powyżej 100% (najwięcej – 168,22%), u dwóch – pomiędzy 80% a 100%, dla trzech nie można było jej określić.

Kwartył trzeci średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniósł:

– zero dni – dwóch świadczeniodawców w 2018 r., jeden w 2019 r., dwóch w 2020 r.;

– od jednego do 365 dni – odpowiednio: jeden, pięciu i sześciu;

– od 366 do 732 dni – odpowiednio: 12, ośmiu i ośmiu,

– powyżej 735 dni – odpowiednio: siedmiu (najdłużej – 2.421 dni); ośmiu świadczeniodawców (najdłużej – 2.497 dni) i sześciu (najdłużej – 1.719).

(akta kontroli: str. 1017-1018, 1028)

Na posiedzeniach, Rada WOW, zgodnie z tematyką planu pracy, otrzymywała m.in. informacje: na temat list oczekujących, liczbie osób oczekujących, o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej; o sposobie wykonania przez świadczeniodawców obowiązku w zakresie sprawozdawania informacji o listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz na temat kontraktowania i aneksowania świadczeń zdrowotnych na 2020 r.

(akta kontroli: 14-16, 19-20, 725-985)

1.4.6. Analiza czasu oczekiwania (w dniach) 135 pacjentów na poszczególne etapy leczenia, tj. od daty wystawienia skierowania przez lekarza POZ do lekarza specjalisty w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, poprzez datę wystawienia skierowania na endoprotezoplastykę, datę pierwszej wizyty

kwalifikacyjnej²⁰, datę przyjęcia i wypisu na zabieg, datę wystawienia skierowania na rehabilitację, datę rozpoczęcia rehabilitacji, do daty zakończenia rehabilitacji po zabiegu endoprotezoplastyki, wykazała, że czas oczekiwania na wszystkie etapy leczenia w związku z endoprotezoplastyką stawu biodrowego lub kolanowego można było ustalić dla 67 pacjentów, tj. 50% spośród wszystkich objętych badaniem.

Analiza danych dotyczących 90 pacjentów oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wykazała, że:

- w przypadku 40 pacjentów (tj. 44% pacjentów objętych badaniem), możliwe było ustalenie czasu oczekiwania na wszystkie etapy leczenia (od wystawienia skierowania do lekarza ortopedy do zakończenia rehabilitacji), który wynosił od 270 do 6.529 dni;
- czas oczekiwania na wizytę u ortopedy (liczony od dnia uzyskania przez pacjenta skierowania do poradni specjalistycznej) możliwy był do ustalenia dla 69 pacjentów i wynosił od dwóch do 1.929 dni. W przypadku 22 pacjentów (32%) czas oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej nie przekroczył miesięcznego²¹ terminu określonego w Modelu kompleksowej opieki;
- czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta na oddział (liczony od daty wizyty kwalifikującej pacjenta do endoprotezoplastyki) możliwy był do ustalenia dla 86 pacjentów²² i wynosił od pięciu do 1.961 dni. W przypadku 28 pacjentów (33%) czas oczekiwania nie przekroczył sześciomiesięcznego terminu określonego w Modelu kompleksowej opieki²³;
- czas pobytu pacjenta na oddziale (liczony od przyjęcia pacjenta do jego wypisu z oddziału) możliwy był do ustalenia dla wszystkich 90 pacjentów i wynosił od trzech do 21 dni;
- czas od dnia wystawienia skierowania do poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu do daty wypisania z oddziału możliwy był do ustalenia dla wszystkich 90 pacjentów i wynosił od pięciu do 1.967 dni. W przypadku 40 pacjentów (45%) czas ten nie przekroczył 10 miesięcy²⁴, określonych w Modelu kompleksowej opieki.

Analiza danych dotyczących 45 pacjentów oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wykazała, że:

- w przypadku 27 pacjentów (tj. 60% pacjentów objętych badaniem), możliwe było ustalenie czasu oczekiwania na wszystkie etapy leczenia (od wystawienia skierowania do lekarza ortopedy do zakończenia rehabilitacji), który wynosił od 803 do 6.506 dni;
- czas oczekiwania na wizytę u ortopedy (liczony od dnia uzyskania przez pacjenta skierowania do poradni specjalistycznej) możliwy był do ustalenia dla 39 pacjentów i wynosił od dwóch do 2.863 dni, w tym w przypadku 14 pacjentów (36%) czas oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej nie przekroczył miesięcznego²⁵ terminu;
- czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta na oddział (liczony od daty wizyty kwalifikującej pacjenta do endoprotezoplastyki) możliwy był do ustalenia dla wszystkich 45 pacjentów i wynosił od trzech do 2.889 dni. W przypadku

²⁰ Za datę kwalifikacji pacjenta na zabieg przyjęto datę wpisu w AP-KOLCE.

²¹ Miesiąc liczony jest jako 30 dni.

²² Nie można było ustalić tego czasu dla trzech pacjentów, którzy mieli wykonany zabieg w 2018 r., ze względu na brak zapisów w AP KOLCE oraz jednego w 2020 r., gdy nie można wykluczyć, co wynika z AP-KOLCE, że wprowadzono wpis do systemu z wsteczną datą formalną wpisu na listę. Przyjmując popelnienie błędu w formalnej dacie wpisu na listę i tym samym uznając datę wprowadzenia do AP-KOLCE, można założyć nieprawidłowe działanie świadczeniodawcy, tj. wprowadzenie wpisu na etapie już udzielanego świadczenia (trwającej hospitalizacji). Obserwacji nie można potwierdzić bez wglądu w dokumentację medyczną świadczeniodawcy.

²³ Sześć miesięcy liczone jest jako 180 dni.

²⁴ Dziesięć miesięcy liczone jest jako 300 dni.

²⁵ Miesiąc liczony jest jako 30 dni.

14 pacjentów (31%) czas oczekiwania nie przekroczył sześciomiesięcznego²⁶ terminu;

– czas pobytu pacjenta na oddziale (liczony od przyjęcia pacjenta do jego wypisu z oddziału) możliwy był do ustalenia dla wszystkich 45 pacjentów i wynosił od czterech do 20 dni;

– czas od dnia wystawienia skierowania do daty wypisania z oddziału możliwy był do ustalenia dla wszystkich 45 pacjentów i wynosił od 41 do 2.903 dni. W przypadku 18 pacjentów (40%) czas ten nie przekroczył 10 miesięcy²⁷.

Brak możliwości ustalenia wszystkich dat dla pacjentów objętych badaniem wynikał z faktu, że w systemie nie zostały sprawozdane świadczenia, które wiązałyby się z wykonywanym zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego.

(akta kontroli: 995-1006, 1487-1497)

1.5. Oddział zapewnił możliwość pozyskania przez świadczeniobiorców informacji o świadczeniodawcach m.in. po wpisaniu następujących rodzajów świadczeń: „świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu”, „endoprotezoplastyka stawu biodrowego”, „endoprotezoplastyka stawu kolanowego”, „rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego” oraz „rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego”. W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego jako pierwsze wskazane zostało miejsce, w którym zabieg ten mógł zostać wykonany najszybciej. Ostatnie dwa wpisy na liście nie miały określonej daty pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia – były to miejsca udzielania świadczeń zwolnione z obowiązku sprawozdawczego w związku z leczeniem covid-19. Pierwszy wolny termin w przypadku wszystkich miejsc wskazany został według stanu na dzień 26 kwietnia 2021 r. W przypadku każdego podmiotu z listy wskazana została: jego nazwa, adres miejsca udzielania świadczeń oraz telefon kontaktowy, a w okienku „Menu dodatkowe” w zakładce „Więcej danych” następujące informacje:

- liczba udzielonych świadczeń endoprotezoplastyki w 2019 r.;
- liczba osób oczekujących;
- liczba osób skreślonych;
- średni czas oczekiwania (dni).

W przypadku powyższych danych zaznaczone zostało, że ich aktualizacja nastąpiła w marcu 2021 r.

Powyższe informacje były dostępne na stronie internetowej Oddziału w zakładce „Dla pacjenta” (<http://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/1/>), w której znajdowała się zakładka „Listy oczekujących”, posiadająca łącze do informacji publikowanych przez Centralę NFZ znajdujących się pod adresem: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/listy-oczekujacych/>. Szczegółowa wyszukiwarka terminów leczenia znajduje się pod adresem <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/#>.

(akta kontroli: 1564-1574, 9-11)

1.6. Oddział podejmował w okresie objętym kontrolą działania ukierunkowane na zmniejszenie/ograniczenie kolejek do świadczeń AOS w rodzaju ortopedia i traumatologia narządu ruchu, a także endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, a także rehabilitacji leczniczej, w tym m.in. prowadził spotkania ze świadczeniodawcami podczas których prezentował analizy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych.

²⁶ Sześć miesięcy liczone jest jako 180 dni.

²⁷ Dziesięć miesięcy liczone jest jako 300 dni.

Działania Oddziału polegały również m.in. na monitorowaniu i prowadzeniu m.in. kwartalnych analiz realizacji świadczeń, według umów i zakresów świadczeń. W zależności od ustaleń i możliwości finansowych WOW podejmował decyzje w przedmiocie zwiększenia wartości umów, w tym również w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Celem zmiany była poprawa dostępności do usług, zarówno pacjentom oczekującym na udzielenie świadczenia, jak również pacjentom kontynuującym leczenie. Działaniem takim była również realizacja przez Oddział zasad dotyczących kontraktowania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna określona w wydanych w 2019 i 2020 r. aktach prawnych.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że: „Przekazanie podmiotom leczniczym dodatkowych środków w 2018 r. na świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego oraz zmiana liczby planowanych zabiegów spowodowało, że kolejka osób oczekujących w Wielkopolsce na endoprotezoplastykę stawu biodrowego zmniejszyła się z 7.709 osób na koniec 2017 r. do 6.898 osób na koniec 2018 r. Z powodu wykonania zabiegu z kolejki skreślono w tym czasie 1.217 pacjentów (nadal ciągle zapisywano nowe osoby), a średni czas oczekiwania w ciągu 12 miesięcy w przypadkach „pilnych” skrócił się o 42 dni (z 163 dni do 122 dni), a w „stabilnych” o 103 dni (z 563 do 460 dni). W przypadku endoprotez stawu kolanowego sytuacja wyglądała podobnie. Dzięki dodatkowym środkom finansowym oraz aktywności zabiegowej podmiotów leczniczych, liczba oczekujących zmniejszyła się z 8.161 na koniec 2017 roku do 7.485 na koniec IV kwartału 2018 roku; z kolejki oczekujących wykreślono w tym czasie 860 osób, u których zabieg został wykonany. Średni czas oczekiwania w przypadkach „pilnych” skrócił się ze 164 do 147 dni, a w przypadkach „stabilnych” z 562 do 534 dni.

Dalsze działania podejmowane w tym zakresie przez Oddział w 2019 r., spowodowały, że kolejka osób oczekujących w Wielkopolsce na endoprotezoplastykę stawu biodrowego ponownie się zmniejszyła z 6.898 w grudniu 2018 r. do 6.007 w grudniu 2019 r. (zmniejszenie 891 osób). Średnia rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie kształtowała się różnie w zależności od miesiąca (od 347 do 477), ale uśredniona wartość rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie wyniosła 431 dni (zmniejszenie o 28 dni z 459 w roku 2018).

W przypadku endoprotez stawu kolanowego sytuacja wygląda podobnie. Dzięki dodatkowym środkom finansowym liczba oczekujących zmniejszyła się z 7.485 w grudniu 2018 r. do 6.748 w grudniu 2019 r. (zmniejszenie 737 osób). Średnia rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie kształtowała się różnie w zależności od miesiąca, w ostatnim kwartale 2019 r. (odpowiednio w kwartałach poprzednich 527/539/537) średni rzeczywisty czas był nieco wyższy niż uśredniona wartość rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie w roku 2019, która wynosi 479 dni.

W 2020 r. pomimo panującego stanu epidemii, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej podejmował działania zmierzające do sfinansowania zrealizowanych zabiegów ortopedycznych ponad wartość zobowiązania WOW. Prowadzone przez WOW NFZ działania w kierunku sfinansowania wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki zwiększyły wartość zobowiązań w zakresach ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w psz) oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa (...) na ogólną kwotę 7.365.680,72 zł (z bilansowaniem)”.
(akta kontroli: str. 1221-1222, 1223-1235, 1243-1415)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że istnieje możliwość zapobiegania wpisaniu się świadczeniobiorcy na kilka list oczekujących na świadczenia dla których świadczeniodawcy prowadzą listy/harmonogramy przyjęć w aplikacji AP-KOLCE, gdyż każde świadczenie posiada zdefiniowaną przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia konfigurację, która obejmuje m.in. określenie: maksymalnej krotności wpisów we wszystkich harmonogramach i maksymalnej krotności wpisów w ramach jednego harmonogramu, i tak:

- w przypadku świadczenia 60003 – świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, konfiguracja dopuszcza występowanie wielokrotnych zapisów (max do 10) danego pacjenta. Wynika to z dopuszczenia sytuacji, w której pacjent np. oczekuje aktualnie na wizytę w miejscu A z uwagi na dolegliwości bólowe kręgosłupa i przed terminem tej wizyty wymaga zapisu na wizytę w miejscu B z uwagi na urazowe złamanie kończyny;
- w ramach świadczeń: 80003 – endoprotezoplastyka stawu biodrowego i 80005 – endoprotezoplastyka stawu kolanowego, brak jest możliwości zaistnienia wielokrotnego wpisu pacjenta o statusie oczekujący na dane świadczenie z dokładnością do operowanej strony ciała. Dopiero po dokonaniu skreślenia pacjenta istnieje możliwość dokonania wpisu u innego lub tego samego świadczeniodawcy. Powyższa konfiguracja obowiązywała w całym kontrolowanym okresie.

(akta kontroli: str. 1221-1222, 1236-1238)

Odnosnie do sytuacji, gdy średni czas oczekiwania w dniach na realizację świadczenia: AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub stawu kolanowego uległ w 2020 r. zwiększeniu w stosunku do średniego czasu oczekiwania na to świadczenie w 2019 r. Dyrektor WOW wyjaśniła, m.in., że: „Przeprowadzenie analizy danych dotyczących list oczekujących, z punktu widzenia dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19, w miesiącach od marca do września 2020 roku byłoby obciążone dużym ryzykiem błędu z powodu braku dostępu do kompletnych informacji. Od 1 kwietnia zawieszono świadczeniodawcom obowiązek przekazywania informacji o prowadzonych listach oczekujących/harmonogramach przyjęć pacjentów (przekazywanych do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni) oraz informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (przekazywanych każdego dnia roboczego miejsca udzielania świadczeń)²⁸. Dotyczyło to również aktualizacji informacji gromadzonych na listach oczekujących/harmonogramach przyjęć prowadzonych w aplikacji AP-KOLCE, dostarczonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powrót obowiązku sprawozdawczego nastąpił w dniu 5 września 2020 roku, gdy przestało obowiązywać zawieszenie obowiązków sprawozdawczych wynikających z przepisów art. 23, art. 23a i art. 23b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹. Zgodnie ze stanowiskiem Centrali NFZ, pierwszym okresem po przywróceniu obowiązku sprawozdawczego, za który dane są wymagane był wrzesień 2020 roku. Ponadto, w komunikacie Centrali NFZ z dnia 3 września 2020 r. w sprawie przywrócenia obowiązku

²⁸ Dnia 1 kwietnia 2020 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. 2020 r. poz. 567). We wprowadzonym art. 7b. wskazano, m.in. że w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, na okres jego trwania: 1) zawieszają się wykonywanie obowiązków wynikających z przepisów art. 23, art. 23a i art. 23b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁹ Na mocy art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o delegowaniu pracowników w ramach świadczenia usług oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2020 poz. 1423), w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.) art. 36 ust. 1 otrzymał brzmienie: „Przepisy art. 4–4d, art. 5, art. 6 ust. 1, art. 7b, art. 7d, art. 8, art. 10–11c, art. 12 i art. 12b, art. 13 i art. 14–14b i art. 14h tracą moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy”.

sprawozdawczego, pełna sprawozdawczość w zakresie list oczekujących/harmonogramów przyjęć dotyczyła wyłącznie świadczeniodawców, którzy powrócili do pełnego udzielania świadczeń. W przypadku ograniczenia udzielania świadczeń obowiązek sprawozdawczy nie dotyczy list oczekujących, których świadczeniodawca czasowo nie udzielał a w sytuacji całkowitego zawieszenia udzielania świadczeń obowiązek sprawozdawczy świadczeniodawcy nadal nie dotyczył. Tym samym, dane z pierwszych miesięcy, za które sprawozdawczość ponownie obowiązywała była niekompletna i dawała niereprezentatywne wyniki, utrudniające lub uniemożliwiające porównanie dostępu do świadczeń w analogicznych miesiącach roku 2019 i 2020.

Niemniej, dnia 22 października 2020 r. tj. po przywróceniu obowiązku sprawozdawczego, WOW NFZ w Poznaniu dokonał analizy zapisów pacjentów w ramach świadczeń prowadzonych AP-KOLCE. Każdy przypadek, w którym pacjent ze stanem na dzień 22 października 2020 r. miał w AP-KOLCE zaplanowany termin udzielenia świadczenia wcześniejszy niż 1 kwietnia 2020 r. (dzień zawieszenia obowiązków sprawozdawczych) i nie został z listy oczekujących skreślony, został wskazany świadczeniodawcy jako błąd z zaleceniem analizy wskazanych wpisów pacjentów i dokonania stosownych korekt. Powyższe zostało przekazane do świadczeniodawców w postaci komunikatu na konta Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji dnia 22 października 2020 r. z terminem korekty do dnia 16 listopada 2020 r.

W ramach kontrolowanych zakresów świadczeń w ww. komunikacie wskazano świadczeniodawcom łącznie 1025 pozycji do korekty. (...) świadczeniodawcy dokonali stosownych korekt.

Korekty pacjentów w zależności od sytuacji mogły dotyczyć:

- skreślenia pacjenta w powodu wykonania świadczenia – skreślenia z harmonogramu/listy oczekujących z powodu rozpoczęcia udzielania świadczenia, z dniem przyjęcia na oddział szpitalny lub w dniu wizyty w poradni;
- skreślenia pacjenta w innego powodu niż wykonanie - z dniem pozyskania adekwatnej informacji przez świadczeniodawcę;
- zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia - przeniesienie pacjenta na późniejszy termin, wraz z podaniem powodu jego odroczenia.

Analiza danych zawartych w tabelach sporządzonych na potrzeby kontroli wskazuje, że w przypadku czasu oczekiwania w ramach kategorii medycznej „przypadki pilne”, we wszystkich zakresach świadczeń, na łączną liczbę 203 świadczeniodawców, średni czas oczekiwania wydłużył się, rok do roku, w przypadku 105 z nich skrócił lub pozostał bez zmian w przypadku 98. Najwięcej list oczekujących, na których wydłużył się średni czas oczekiwania w tej kategorii, występuje w zakresie ortopedii w AOS – 51, wobec 44, na których się skrócił lub nie uległ zmianie. Najwięcej list, na których skrócił się czas oczekiwania w ramach tej kategorii, stwierdzono w ramach rehabilitacji stacjonarnej. Spośród list 21 świadczeniodawców, w przypadku 12 z nich czas dla przypadków pilnych uległ skróceniu, w 8 wydłużeniu, a w 1 pozostał bez zmian.

Również w kategorii „przypadki stabilne” czas oczekiwania wydłużył się na największej liczbie list w poradniach ortopedycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; wydłużył się na 80 z nich, a skrócił się lub nie uległ zmianie na 15. Najkorzystniej przedstawia się sytuacja w ramach list oczekujących na endoprotezoplastykę pierwotną stawu kolanowego; na 24 listy czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 8, a skrócił w przypadku 16.

(...) mniejsza realizacja umów w 2020 roku w stosunku do roku 2019 wpłynęła na dłuższy czas oczekiwania części z pacjentów oczekujących, co ma związek

z rezygnacją przez pacjentów z pierwotnie ustalonych terminów (z powodu obawy przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2) lub przesuwaniem terminów przez świadczeniodawców z powodu ograniczania liczby udzielanych świadczeń”.

(akta kontroli: (akta kontroli: str. 1221-1222, 1238-1242)

1.7. W latach 2018-2020 świadczenia AOS w rodzaju ortopedia i traumatologia narządu ruchu były realizowane odpowiednio przez: 99, 97 i 96 świadczeniodawców. Świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego były w tym okresie realizowane przez 28 podmiotów.

W ogólnej liczbie podmiotów realizujących dany zakres świadczenia, udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej, spółki kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego w latach 2018 -2020 wynosił:

– odpowiednio: 30,30%, 30,92%, 31,25%, w przypadku świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu:

– a w każdym roku objętym kontrolą 78,57% w przypadku świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.

(akta kontroli: str. 1011, 1012)

Świadczenia z zakresu AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu były udzielane odpowiednio w: 109, 107 i 106 miejscach. W okresie objętym kontrolą nie było żadnego miejsca, w którym udzielane było to świadczenie na terenie powiatów ziemskich: kaliskiego, konińskiego i leszczyńskiego. W przypadku Kalisza – miasta na prawach powiatu, liczba miejsc udzielanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców była najwyższa w całym województwie i wskaźnik ten w okresie objętym kontrolą wynosił odpowiednio: 0,79 – w 2018 r. i 0,70 – w 2019 r. i 2020 r. Wskaźnik ten ustalony dla Konina – miasta na prawach powiatu był drugim w województwie w roku 2018 i 2019, a trzecim w 2020 r. i wynosił odpowiednio: 0,67, 0,68 i 0,68. W przypadku Leszna – miasta na prawach powiatu, ustalony wskaźnik był odpowiednio: siódmy, szósty i siódmy w województwie i wynosił w każdym roku – 0,47. Dla całego województwa wskaźnik ten w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosił odpowiednio: 0,31, 0,30 i 0,30. Wskaźnik o wartości niższej wystąpił w 18 powiatach w latach 2018 i 2020 oraz w 17 w roku 2019. Najniższą wartość osiągnął w powiecie kolskim (odpowiednio: 0,11, 0,12 i 0,12). W 14 powiatach w latach 2018 i 2020 oraz w 15 w roku 2019, wskaźnik ten był wyższy niż średnia wartości dla całego województwa z uwzględnieniem trzech miast na prawach powiatu opisanych wyżej.

W przypadku jednego powiatu (pilskiego) wskaźnik ten zmieniał się w okresie objętym kontrolą i wynosił odpowiednio: 0,29, 0,37 i 0,22.

(akta kontroli: str. 1011, 1013)

Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w latach 2018-2020 zakontraktowano u 28 świadczeniodawców³⁰, którzy świadczyli usługi na terenie 19 z 35 powiatów³¹. Dla całego województwa wielkopolskiego wskaźnik liczby świadczeniodawców świadczących tą usługę na 10 tys. mieszkańców został ustalony w każdym roku objętym kontrolą na poziomie: 0,08. W trzech powiatach (ostrowskim – 0,06 w całym okresie, pilskim – 0,07 w całym okresie i poznańskim – 0,03 w 2018 r. i 2019 r. i 0,02 w 2020 r.), w których znajdowały się placówki świadczące usługę endoprotezoplastyki wskaźnik ten był niższy niż średnia wartość

³⁰ 26 świadczeniodawców staw biodrowy, z czego 22 również kolanowy, a dwa – tylko staw kolanowy.

³¹ Powiaty: chodzieski, gnieźnieński, jarociński, Kalisz, Konin, kościański, krotoszyński, Leszno, nowotomyski, obornicki, ostrowski, pilski, pleszewski, Poznań, poznański, średzki, śremski, turecki, wrzesiński.

ustalona dla całego województwa. W pozostałych powiatach wskaźnik ten był natomiast wyższy, z czego najwyższy w powiecie chodzieskim i wynosił w całym okresie objętym kontrolą 0,21.

(akta kontroli: str. 1011, 1014)

Odnosnie do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na terenie powiatów, na których brak było świadczeniodawców realizujących świadczenie endoprotezoplastyki Zastępca Dyrektora ds. Medycznych WOW wyjaśniła m.in., że „Oceniając wysokość wskaźnika dostępności do świadczeń w danym zakresie, mierzoną liczbą punktów na 10 tys. ludności województwa na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń stwierdzić należy, że Wielkopolska z liczbą pkt/10 tys. ludności wynoszącą 345 768, znajduje się na czwartej pozycji w kraju, przewyższając tym samym średnią liczbę pkt/10 tys. ludności wynoszącą 306.187 (dane zgodne ze stanem na dzień 06.08.2019 r.). Świadczenia endoprotezoplastyki (oprócz umów PSZ) realizowane są również w ramach zakresu - hospitalizacja planowa. W tym wypadku Wielkopolska jest jednym z 5 województw posiadających umowy na zakres: ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa (...).

Dodatkowo podkreślić należy, że na terenie Wielkopolski funkcjonuje podmiot leczniczy (poziom ogólnopolski) o charakterze monoprofilowym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu tj. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Podmiot ten w skali kraju należy do ośrodków realizujących największą liczbę świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Zgodnie z raportem Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2019 r. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu znajduje się na trzecim miejscu, po Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku i Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. J. Daaba w Piekarach Śląskich, pod względem liczby zrealizowanych endoprotezoplastyk. Na marginesie zaznaczyć należy, że duże placówki (podobnie jak poznański Szpital Kliniczny) cieszą się większym zainteresowaniem pacjentów, którzy biorą pod uwagę jakość udzielanych świadczeń (doświadczony i sprawny zespół lekarzy, dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego, najnowszych technik wykorzystywanych przy zabiegu).

Uwzględniając zatem poziom zabezpieczenia dostępu do świadczeń na terenie Wielkopolski (w porównaniu z pozostałymi oddziałami wojewódzkimi NFZ) WOW NFZ nie znajduje podstaw dla zakontraktowania dodatkowych miejsc realizacji ww. świadczeń. Dalsze istotne rozdrobnienie rynku byłoby systemowo niezasadne. Powyższe wynika z braku obszarowego ograniczenia dostępności do świadczeń (tzw. rejonizacja), specyfiki świadczeń (zabieg planowy) oraz dążenia do:

- maksymalnego wykorzystania potencjału podmiotów leczniczych poprzez kumulację liczby świadczeń możliwych do wykonania w ośrodkach dysponujących odpowiednim sprzętem i aparaturą medyczną;
- maksymalnego wykorzystania potencjału osobowego (kadry medycznej) gwarantującego odpowiednią jakość świadczenia (im większe doświadczenie operatorów tym mniejsze prawdopodobieństwo powikłań – konieczność rewizji);
- ograniczenia do minimum zjawiska rozproszenia kadry medycznej w wielu podmiotach leczniczych (określona liczba specjalistów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rynku usług);

– wsparcia finansowego (zwiększenie wartości umowy) podmiotów leczniczych już wykonujących świadczenia endoprotezoplastyk ponad kwoty wynikające z obowiązującej umowy w sytuacji odnotowania „nadwykonania” świadczeń.

Ponadto, należy mieć również na uwadze fakt, że realizacja świadczeń endoprotezoplastyki wymaga spełnienia warunków dodatkowo wymaganych (przede wszystkim w zakresie liczby świadczeń w okresie poprzedzającym dany rok realizacji umowy) określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego warunki dodatkowo wymagane do realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego miały na celu doprowadzenie do koncentracji kompetencji i skupienia ich realizacji w specjalistycznych podmiotach”.

(akta kontroli: str. 1540-1541, 1542-1544)

1.7.1. W okresie objętym kontrolą u wszystkich świadczeniodawców wykonano odpowiednio: 5.731, 5.874 i 4.802 endoprotezoplastyk stawu biodrowego oraz odpowiednio: 3.083, 3.489 i 2.748 endoprotezoplastyk stawu kolanowego.

Dynamika liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego wynosiła:

- w 2018 r. w stosunku do roku 2017 r.: u pięciu świadczeniodawców mniej niż 100% (najmniej – 85,05%), a u pozostałych 21 powyżej 100% (najwięcej – 139,74%);
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: u 11 świadczeniodawców mniej niż 100% (najmniej – 73,43%), a u pozostałych 15 powyżej 100% (najwięcej – 140,09%);
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u 22 świadczeniodawców mniej niż 100% (najmniej – 19,57%), a u pozostałych 4 powyżej 100% (najwięcej – 108,51%).

Dynamika liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosiła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u dwóch świadczeniodawców mniej niż 100% (79,10% i 89,19%), a u pozostałych 22 powyżej 100% (najwięcej – 225%);
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: u sześciu świadczeniodawców stanowiła mniej niż 100% (najmniej – 74,16%), a u pozostałych 18 powyżej 100% (najwięcej – 212,07%);
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u 21 świadczeniodawców stanowiła mniej niż 100% (najmniej – 22,36%), a u pozostałych 3 powyżej 100% (najwięcej – 123,52%).

Największa liczba świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, tj: 874, 882, 922, co stanowiło nie mniej niż 100% liczby zabiegów wykonanych w roku poprzednim, została zrealizowana w okresie objętym kontrolą przez jednego świadczeniodawcę. Również jeden świadczeniodawca zrealizował najmniejszą liczbę świadczeń z tego zakresu, odpowiednio: 45, 54, 49, co stanowiło: 102,27%, 120% i 90,74% liczby zabiegów wykonanych w roku poprzednim. Podmioty te wykonały również najwięcej, tj 694, 730 i 777 (co stanowiło nie mniej niż 100% liczby zabiegów wykonanych w roku poprzednim) i najmniej, tj. 55, 47 i 36 endoprotezoplastyk stawu kolanowego, odpowiednio: 130,95%, 85,45% i 76,59% zabiegów wykonanych w roku poprzednim

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1064-1066)

W okresie objętym kontrolą powyżej 150 endoprotezoplastyk stawu biodrowego wykonało odpowiednio: 18, 19, 15 świadczeniodawców. W przypadku stawu

kolanowego powyżej 150 endoprotezoplastyk stawu kolanowego wykonało – pięciu, ośmiu i czterech świadczeniodawców. Największa liczba świadczeniodawców zrealizowała od 50 do 74 zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego, było to odpowiednio: dziewięciu, trzech i ośmiu świadczeniodawców.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1064, 1068)

1.7.2. U pacjentów spoza województwa wielkopolskiego wykonano w latach 2018-2020 odpowiednio: 581, 625, 463 endoprotezoplastyk stawu biodrowego oraz 298, 390, 344 – stawu kolanowego.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1064, 1067)

Odnosząc się do kwestii migracji pacjentów Zastępca Dyrektora ds. Medycznych WOW wyjaśniła, że: „Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ od roku 2017 sukcesywnie zwiększa środki finansowe na sfinansowanie świadczeń w zakresie: endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego. Jednym ze skutków dofinansowania przedmiotowych świadczeń jest dodatni bilans migracji w zabiegach endoprotezoplastyki na korzyść województwa wielkopolskiego.

Oddział Funduszu poddał analizie wartość zrealizowanych świadczeń w ramach migracji ubezpieczonych w wybranych zakresach świadczeń za lata 2017-2019 analizując wartość przyjazdów, wyjazdów i bilans migracji ubezpieczonych. Przedmiot analizy obejmował między innymi zakres ortopedii i traumatologii narządu ruchu i endoprotezoplastykę. Dane z przygotowanych raportów prezentowane były na spotkaniach ze świadczeniodawcami „sieciovymi” w dniu 22 maja 2019 r. oraz ze szpitalami klinicznymi w dniu 4 czerwca 2019 r. jak również na stronie internetowej WOW NFZ od dnia 31 grudnia 2020 r. (dane za 2019 r. przygotowane w ramach projektu: Migracja ubezpieczonych wskaźnikiem słabości lub siły jakości świadczeń zdrowotnych (...)).

W odniesieniu do endoprotezoplastyki na przestrzeni lat 2017-2019 utrzymuje się dodatni bilans wartości migracji ubezpieczonych do Wielkopolski oscylujący w zakresie od 3.240 tys. zł do 3.974 tys. zł. Dostrzegalny jest także rosnący trend wartości realizowanych świadczeń dla przyjeżdżających wynoszący odpowiednio 12,9% (między latami 2017-2018) oraz 16,8% (między latami 2018-2019). Analizując kierunki przyjazdów, dominują pacjenci z województw ościennych do Wielkopolski, przede wszystkim z dolnośląskiego, lubuskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodniopomorskiego. Jednocześnie dodatni bilans wartości migracji ubezpieczonych do Wielkopolski odnotowano z województwami: dolnośląskim i kujawsko-pomorskim, natomiast z lubuskim i zachodniopomorskim bilanse były ujemne. Blisko $\frac{3}{4}$ wartości wszystkich świadczeń endoprotezoplastyki dla pacjentów przyjeżdżających do Wielkopolski zrealizowanych było przez świadczeniodawców z subregionu poznańskiego.

Powyższe wynika z faktu, że na terenie naszego województwa funkcjonuje jedna z lepszych klinik wysokospecjalistycznych w dziedzinie ortopedii tj. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, realizująca przedmiotowe świadczenia wykwalifikowaną i doświadczoną kadram medyczną, podejmującą nowe wyzwania medyczne (np. leczenie metodą Paleya) i kształcąca lekarzy specjalistów w omawianej dziedzinie medycznej dla innych ośrodków.

Innym zjawiskiem mającym wpływ na migrację może być również tzw. „migracja pacjenta za lekarzem”. Pacjent wybierając miejsce leczenia kieruje się przede wszystkim opinią na temat lekarza udzielającego świadczenie”.

(akta kontroli: str. 1540-1545)

1.7.3. Wiek świadczeniobiorcy, u którego wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego w przypadku kobiet wynosił: minimalny – 12 lat, maksymalny – 102 lata, a w przypadku mężczyzn odpowiednio: 13 lat i 103 lata. Natomiast minimalny i maksymalny wiek w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosił: u kobiet odpowiednio – 24 lata i 91 lat, u mężczyzn – 20 i 92 lata. Średni wiek pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego wynosił: u kobiet odpowiednio – ok. 70 lat, a u mężczyzn – ok. 65 lat. W przypadku stawu kolanowego średni wiek pacjentów to: u kobiet – ok. 69 lat w każdym roku, natomiast u mężczyzn – ok. 66 lat. Mediana u kobiet wynosiła w każdym roku 70 lat w przypadku stawu biodrowego i 69 lat – stawu kolanowego, a u mężczyzn – 65, 65 i 66 lat – w przypadku stawu biodrowego i 66, 67 i 67 lat – stawu kolanowego.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1064, 1069)

1.7.4. Wydział Współpracy Międzynarodowej WOW w latach 2018-2020 nie procedował wniosków pacjentów z terenu województwa wielkopolskiego o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium innego niż Rzeczypospolita Polska państwa członkowskiego UE/EOG – na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego wykonanych poza granicami kraju. Również do Dyrektora WOW (w okresie od 1 stycznia 2018 do 31 sierpnia 2020 roku) oraz do Prezesa NFZ, w imieniu którego działał Dyrektor WOW (od 1 września do 31 grudnia 2020 roku), nie wpłynęły żadne wnioski pacjentów z terenu województwa wielkopolskiego o zwrot kosztów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego wykonanych poza granicami kraju w związku ze zbyt długim czasem oczekiwania na udzielenie tych świadczeń w kraju.

Dyrektor WOW w omawianym okresie nie rozpatrywał i nie wydał żadnej decyzji w zakresie zwrotu kosztów wykonania poza granicami kraju świadczeń zdrowotnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. Ponadto WOW nie finansował leczenia w tym zakresie na podstawie decyzji Prezesa NFZ.

W związku z brakiem wniosków i wydanych decyzji w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego wykonanych poza granicami kraju WOW nie poniósł kosztów związanych z realizacją przedmiotowych świadczeń.

(akta kontroli: str. 1540-1542, 1545-1546)

Na terenie województwa wielkopolskiego w latach 2018-2020 liczba świadczeniodawców, którzy zapewniali kompleksowość udzielanych świadczeń zdrowotnych w kontrolowanym zakresie, tj. wykonywali świadczenia zarówno z zakresu AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, jak i rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa lub rehabilitacja narządu ruchu) oraz rehabilitacji na oddziale dziennym, była stała i było to czterech świadczeniodawców³², co stanowiło 14% podmiotów realizujących świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1011, 1016)

Działania podejmowane przez Oddział NFZ w celu wykonania planu zakupu świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego na 2020 r. zostały opisane w pkt 1.6. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

³² Świadczeniodawcy na terenie powiatów: kościański, Poznań, pleszewski, wrzesiński.

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

W 2018 r. i 2019 r. WOW ustalił po zmianach plan zakupu świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego na poziomie wyższym w porównaniu do roku poprzedniego. W kontrolowanym okresie Oddział monitorował wykonanie umów przez świadczeniodawców, a w zależności od ustaleń i możliwości finansowych, podejmował decyzje w przedmiocie zwiększenia wartości umów, co miało w 2018 r. i 2019 r. wpływ na wzrost liczby wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. W rezultacie w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki stabilne) nastąpiło skrócenie średniego czasu oczekiwania w województwie (z 463 do 424 dni). W przypadku stawu kolanowego średni czas oczekiwania w 2019 r. wzrósł w porównaniu do 2018 r. o 66 dni. Na koniec 2020 r. Średni czas oczekiwania na koniec 2020 r. uległ jednak skróceniu o 197 dni w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego i o 271 dni w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Wykonanie planu w 2020 r. na poziomie 81% dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz na poziomie 84% dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego w odniesieniu do roku 2019, było m.in. wynikiem zmniejszenia liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych w związku z COVID-19. NIK pozytywnie ocenia podjęte przez Oddział działania w kierunku sfinansowania wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki. Oddział, za pośrednictwem strony internetowej, zapewnił świadczeniobiorcom uzyskanie informacji o liczbie osób oczekujących na świadczenie u danego świadczeniodawcy oraz średnim czasie oczekiwania. W przypadku 28 pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego, czas oczekiwania na zabieg (liczony od daty wizyty kwalifikującej pacjenta na zabieg do dnia przyjęcia na oddział w celu wykonania endoprotezoplastyki) nie przekroczył szczęście miesięcy określonych w „Modelu kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego”. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego zabieg w tym okresie miało wykonanych 14 pacjentów.

2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą, w przypadku sześciu wybranych do kontroli świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, NFZ stosował współczynniki korygujące ustalone przez Prezesa Funduszu³³.

(akta kontroli str. 1416-1426)

W okresie objętym kontrolą zabiegi z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego wykonywało 26 świadczeniodawców³⁴, z czego certyfikat akredytacji posiadało na 31 grudnia 2018 r. sześć podmiotów, a na koniec zarówno 2019 r., jak i 2020 r. – siedmiu świadczeniodawców. W zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego świadczenia te wykonywało 24 świadczeniodawców, z tego certyfikat akredytacji posiadało na koniec danego roku objętego kontrolą odpowiednio: siedmiu, i po ośmiu w kolejnych latach świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 987-994)

³³ Zarządzeniem Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, Zarządzeniem Nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz Zarządzeniem Nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

³⁴ Dane pozyskane z portalu internetowego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: <https://www.cmj.org.pl/> (dostęp: 17 lutego 2021 r.).

2.1.1. W okresie objętym kontrolą w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej stawu biodrowego wiodącym sposobem mocowania we wszystkich grupach wiekowych była metoda bezcementowa, za wyjątkiem grupy wiekowej 90-99 lat, w której najczęściej zastosowana została metoda cementowa. Metoda cementowa była jedyną metodą zastosowaną w przypadku grupy powyżej 100 lat, tj. przypadku dwóch osób w 2018 r.³⁵ Metoda bezcementowa została zastosowana łącznie w: 4.774 przypadkach w 2018 r., 4.970 – w 2019 r. i 4.124 – w 2020 r. Pozostałe dwa rodzaje endoprotez (cementowa i hybryda) zostały natomiast zastosowane łącznie odpowiednio w: 893, 856 i 640 przypadkach, co stanowiło: 15,76 %; 14,69 % i 13,43 % ogółu przypadków.

Najwięcej świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego metodą bezcementową, zostało wykonanych, w każdym roku objętym analizą, w grupie 60-69 lat, odpowiednio: 33,58 % wszystkich endoprotez cementowych wykonanych w 2018 r., 32,87% w 2019 r. i 32,75% w 2020 r. Najmniej endoprotez mocowanych tą metodą wykonano w grupie do 20 lat, odpowiednio: dziewięć, pięć i pięć, a w grupie powyżej 100 lat nie wykonano żadnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego tą metodą.

W przypadku świadczeń z zakresu pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego najczęściej stosowaną była metoda cementowa, którą wykonano: w 2.774 przypadkach w 2018 r., 3.154 – w 2019 r. i 2.483 – w 2020 r., co stanowiło odpowiednio: 90,76%, 90,36% i 90,62% wszystkich przypadków w danym roku. Pozostałe dwa rodzaje (bezcementowa i hybrydowa) zostały natomiast zastosowane łącznie odpowiednio w: 296, 321, i 257 przypadkach, z czego hybrydowa w: 10, dwóch i dziewięciu przypadkach. Świadczeń tego zakresu nie wykonano: w 2018 r. – w grupie wiekowej: do 20 lat i powyżej 100 lat, w 2019 r. – w czterech grupach wiekowych: do 20 lat, 20-29 lat, 90-99 lat i powyżej 100 lat, a w 2020 r. – do 20 lat i powyżej 100 lat.

Świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego metodą bezcementową najczęściej wykonywane były w grupach wiekowych 60-69 i 70-79 lat. W poszczególnych latach objętych analizą odsetek, wykonanych świadczeń tą metodą w odniesieniu do wszystkich wykonanych, w tych grupach wiekowych kształtował się następująco: 38,66% i 33,94% w 2018 r., 37,47% i 36,23% w 2019 r. i 38,91% i 34,53% w 2020 r.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1064, 1070)

2.1.2. W latach 2018-2020 wykonanych zostało łącznie: 5.731, 5.874 i 4.802 zabiegów pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego i odpowiednio: 3.083, 3.489 i 2.748 pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyk stawu kolanowego. Wykonanych zostało również odpowiednio: 448, 455 i 401 zabiegów rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego, co stanowiło: 7,8%, 7,7% i 8,4% wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki tego stawu. Zabiegów rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu kolanowego wykonano odpowiednio: 123, 178 i 185, co stanowiło: 4%, 5,1% i 6,7% wszystkich zabiegów endoprotezoplastyki tego stawu.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1064, 1069)

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła min., że: w przypadku zabiegów rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego Oddział NFZ nie miał systemowych możliwości do przeprowadzania takich analiz. Najczęstszą przyczyną przeprowadzenia operacji rewizyjnych są mechaniczne powikłania wewnętrznych protez stawów. Dostrzeżono konieczność ograniczenia przyczyn, które wpływają

³⁵ Świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego nie było wykonywane w tej grupie wiekowej w roku 2019 i 2020.

ilość zabiegów rewizyjnych, ale zasadnym jest posiadanie narzędzi pozwalających monitorować niepożądane zjawiska związane z tymi zabiegami.” Stosowanie droższych, nowoczesnych rozwiązań medycznych przy pierwotnym zabiegu endoprotezoplastyki mogłoby – zdaniem Dyrektora Oddziału – w perspektywie zmniejszyć ilość zabiegów rewizyjnych, a tym samym obniżyć koszty. Dyrektor Oddziału wskazała, że „na bardziej efektywne prowadzenie analiz w zakresie tej problematyki pozwoli wprowadzenie rejestru endoprotezoplastyki, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 r. w sprawie rejestru endoprotezoplastyki. Jego wdrożenie pozwoli na pozyskanie dokładnych danych.

Dyrektor Oddziału wskazała również, że w systemie Centralna Baza Endoprotezoplastyk dostępny jest zbiór informacji o rodzaju endoprotez rewizyjnych w podziale na endoprotezy cementowe, bezcementowe, hybrydowe. System CBE nie umożliwiał wygenerowania zbiorczego zestawienia wykonanych zabiegów rewizyjnych w powiązaniu z zabiegami endoprotezoplastyki pierwotnej. Oddział ma możliwość jedynie podglądu w Rejestrze Endoprotezoplastyk historii wykonanych endoprotezoplastyk konkretnego pacjenta z zaznaczeniem, że dotychczas w CBE nie są rejestrowane m.in. zabiegi komercyjne, zabiegi wykonane przed 2005 rokiem. Oddział Funduszu nie posiada również informacji czy u danego pacjenta były wykonane zabiegi na terenie innych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

(akta kontroli str. 1108-1116)

Koszt zabiegów rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego w 2017 r. wyniósł 5.969,21 tys. zł, co w stosunku do ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego stanowiło 7,61%. W 2018 r. wartość zabiegów rewizyjnych wyniosła 6.834,01 tys. zł, co stanowiło 8,02% kosztów zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego. W kolejnym roku 2019 r. koszty zabiegów rewizyjnych kształtowały się na poziomie 7.352,40 tys. zł – 8,18% zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego, a w 2020 r. 6.807,52 tys. zł, co stanowiło 9,03% kosztów biodrowego.

Koszty zabiegów rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu kolanowego poniesionych przez świadczeniodawców w 2017 r. wyniosły 2.339,10 tys. zł, co stanowiło 6,41% ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki tego stawu. W 2018 r. koszty ww. zabiegów rewizyjnych wyniosły 2.397,63 tys. zł, co stanowiło 5,35% ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki tego stawu. W 2019 r. koszty ww. zabiegów rewizyjnych wyniosły 3.639,83 tys., co stanowiło 6,96% ogólnych kosztów zabiegów endoprotezoplastyki tego stawu, a w 2020 r. koszty zabiegów rewizyjnych stawu kolanowego wyniosły 3.931,37 tys. zł, tj. 9,24% ogólnie poniesionych kosztów związanych z endoprotezoplastyką stawu kolanowego.

(akta kontroli str. 1007-1108, 1080, 1090-1092)

2.1. Dyrektor Oddziału 13 marca 2018 r. ogłosił dwa postępowania na zawarcie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Ogłoszenie dotyczyło leczenia szpitalnego w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja planowa – zabiegi endoprotezoplastyki. Postępowanie dotyczyło zawarcia umów z sześcioma podmiotami na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r. Wpłynęły oferty od dziewięciu podmiotów, które zostały ocenione na podstawie kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³⁶.

³⁶ Dz. U. 2016 r., poz. 1327 ze zm.

Ponadto, w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2020 r. Oddział ogłosił dwa uzupełniające postępowanie konkursowe w rodzaju AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Postępowania dotyczyły powiatu kolskiego i złotowskiego. Po ogłoszeniu postępowania w dniu 28 czerwca 2018 r. nie wpłynęły żadne oferty.

(akta kontroli str. 1430-1486)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w przypadkach objętych szczegółowym badaniem Oddział podczas rozliczania świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, jeżeli spełnione zostały wymagane warunki, stosował współczynniki korygujące ustalone przez Prezesa NFZ. W przypadkach objętych szczegółową kontrolą, Oddział prawidłowo stosował kryteria jakościowe określone przez Ministra Zdrowia przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami wybranymi w przeprowadzonym w 2018 r. konkursie ofert na realizację świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba zabiegów rewizyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, jednakże system CBE nie umożliwił wygenerowania zbiorczego zestawienia wykonanych zabiegów rewizyjnych w powiązaniu z zabiegami endoprotezoplastyki pierwotnej. Oddział nie miał również systemowych możliwości do przeprowadzania analiz przyczyn przeprowadzania takich zabiegów.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych zostały:

- w 2018 roku zaplanowane 39.178.454 punktów rozliczeniowych, a wykonanie wyniosło 39.064.530 punktów, co stanowiło 99,7% wartości planowanej. Trzech świadczeniodawców zrealizowało świadczenia na poziomie poniżej 99% (98,9, 98,5 i 96,7), pozostali powyżej 99% (najwięcej – 102,25%);
- w 2019 r. wykonanie planu wyniosło 90,89% (zaplanowano świadczenia na poziomie 45.583.854 punktów rozliczeniowych, wykonano na poziomie – 41.435.231). Na poziomie poniżej 80% zostały wykonane świadczenia przez jednego świadczeniodawcę (63,7%), powyżej 100% - przez dwóch (najwięcej – 100,20%);
- w 2020 r. plan został wykonany w 75,88% (zaplanowano świadczenia na poziomie 42.821.271 punktów rozliczeniowych, wykonano na poziomie – 32.495.216). Na poziomie poniżej 80% punktów rozliczeniowych zostały wykonane przez 10 świadczeniodawców (najmniej – 43,6%), powyżej 100% - dwóch świadczeniodawców (103,62% i 109,54%).

Dynamika planowanych świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 102,43% wartości wyrażonej w tys. zł i 103,66% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. odpowiednio: 116,84% i 116,34%;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 94,3% i 93,93%.

Natomiast dynamika wykonania planu wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 101,92% wartości wyrażonej w tys. zł i 103,48% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;

- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. – 106,21% wartości wyrażonych w zł i 106,06% wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 78,64% i 78,42%.

Świadczenia rehabilitacji w oddziale dziennym zostały:

- w 2018 roku zaplanowane 16.699.287 punktów rozliczeniowych, a wykonanie wyniosło 16.685.940 punktów, co stanowiło 99,92% wartości planowanej. Jedenastu świadczeniodawców zrealizowało świadczenia na poziomie poniżej 99% (najmniej – 95,84%), pozostali na poziomie 100%;
- w 2019 r. – świadczenia zostały zaplanowane na poziomie 18.494.145 punktów rozliczeniowych, a wykonanie wyniosło 18.405.805 punktów, co stanowiło 99,52% wartości planowanej. Poniżej 100% punktów świadczenia zrealizowało 16 świadczeniodawców (najmniej – 92,62%), powyżej 100% - pozostali świadczeniodawcy (najwięcej – 100,01%);
- w 2020 r. świadczenia zostały zrealizowane na poziomie 89,35% wartości zaplanowanej (zaplanowano – 17.355.086 punktów rozliczeniowych, wykonano – 15.507.784 punktów). Poniżej 80% świadczenia zrealizowało 8 świadczeniodawców (najmniej – 57,12%), powyżej 100% - 16 świadczeniodawców (najwięcej – 164,35%), pozostali pomiędzy 80% a 100%.

Dynamika planowanych świadczeń rehabilitacji w oddziale dziennym, wszystkich 36 świadczeniodawców, wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 103,3% wartości wyrażonej w tys. zł i 104,16% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. odpowiednio: 111,19% i 110,75%;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 93,81% i 93,84%.

Natomiast dynamika wykonania planu w przypadku ww. świadczeń wyniosła:

- w 2018 r. w odniesieniu do 2017 r. – 103,07% wartości wyrażonej w tys. zł i 104,09% wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. – 110,42% wartości wyrażonych w tys. zł i 110,3% wyrażonej w punktach rozliczeniowych;
- w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. odpowiednio: 84,16% i 84,25%.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1080, 1041, 1042, 1088, 1089)

Koszt świadczenia z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych zmniejszał się w okresie objętym kontrolą odpowiednio: z 105 zł do 100 zł – w przypadku kosztu minimalnego i z 19.152 zł do 18.942 zł – maksymalnego. Wzrastał natomiast z 3.784,06 zł do 4.616,28 średni koszt wykonania tego świadczenia. W okresie objętym kontrolą wzrastał również koszt: minimalny, maksymalny i średni świadczeń z zakresu rehabilitacji na oddziale dziennym odpowiednio: z 61,97 zł do 68,25 zł; z 80 zł do 88 zł i z 68,36 zł do 75,14 zł.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1045, 1059)

3.2. Kwestie związane z realizacją świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych i na oddziałach dziennych dla pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki rozliczane na podstawie zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie psz zostały opisane w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Świadczenia, które nie były ujęte i rozliczane w systemie psz, zostały zabezpieczone w drodze ogłoszonych w 2017 r. postępowań konkursowych. Umowy na realizację ww. świadczeń zostały podpisane na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

(akta kontroli: str. 1548-1549, 1550, 1553-1555)

3.3. Realizacja zadań w zakresie monitorowania realizacji umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i na oddziałach dziennych została opisana pkt 1.3. wystąpienia pokontrolnego.

3.4. Świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych były realizowane przez 21 świadczeniodawców każdego roku objętego kontrolą. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dla przypadków stabilnych w województwie wielkopolskim wynosił w latach 2018-2020 odpowiednio: 412, 491 i 597 dni. Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła odpowiednio: 285, 393 i 424 dni, a kwartył trzeci odpowiednio: 653, 895 i 1.091 dni.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1093, 1104-1105)

W okresie objętym kontrolą średni czas oczekiwania w dniach w przypadkach stabilnych w poszczególnych latach wynosił:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców w 2018 r. i trzech w 2020 r.; w 2019 r. – przypadek takiego świadczeniodawcy nie wystąpił;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: dziewięciu, 10 i ośmiu;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: trzech, sześciu i czterech;
- powyżej 731 dni – odpowiednio: siedmiu (najdłużej – 1.485 dni); pięciu świadczeniodawców (najdłużej – 1.175 dni) i sześciu (najdłużej – 1.531 dni).

Dynamika średniego czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u czterech świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 39,92%), u ośmiu świadczeniodawców powyżej 100% (najwięcej – 136%), a u siedmiu – pomiędzy 80% a 99%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: siedmiu – mniej niż 80% (najmniej – 51,67%), u 10 – powyżej 100% (najwięcej – 226,69%), u dwóch – pomiędzy 80% a 100%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u dwóch – mniej niż 80% (31,33% i 57,26%), u 13 – powyżej 100% (najwięcej – 368,73%), u trzech – pomiędzy 80% a 100%, dla trzech nie można było jej określić.

Mediana średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniosła:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców w roku 2018, u jeden w 2019 r. i trzech w 2020;
- od 1 do 365 dni – odpowiednio: ośmiu, dziewięciu i ośmiu;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: czterech, sześciu i czterech;
- powyżej 731 dni – odpowiednio: siedmiu (najdłużej – 2.108 dni); pięciu (najdłużej – 1.218 dni) i sześciu (najdłużej – 1.484 dni).

Dynamika mediany średniego czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u trzech świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 25,40%), u dziewięciu świadczeniodawców powyżej 100% (najwięcej – 148,94%), u siedmiu – pomiędzy 80% a 99%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: sześciu – mniej niż 80% (najmniej – 29,37%), u 10 – powyżej 100% (najwięcej – 229,26%), u trzech – pomiędzy 80% a 100%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u pięciu – mniej niż 80% (u dwóch – 0%), u 12 – powyżej 100% (najwięcej – 566,29%), u trzech – pomiędzy 80% a 100%, dla jednego nie można było jej określić.

Kwartył trzeci średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniósł:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców w roku 2018, u jeden w 2019 r. i trzech w 2020;
- od 1 do 365 dni – odpowiednio: siedmiu, ośmiu i sześciu;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: pięciu, pięciu i sześciu;
- powyżej 731 dni – odpowiednio: siedmiu (najdłużej – 2.200 dni); ośmiu (najdłużej – 1.346 dni) i sześciu (najdłużej – 1.531 dni).

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1017, 1029-1030)

Świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym były realizowane przez 36 świadczeniodawców każdego roku objętego kontrolą. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w województwie wielkopolskim dla przypadków stabilnych wynosił w okresie objętym kontrolą odpowiednio: 231, 224 i 200 dni. Mediana dla ww. lat to odpowiednio: 231, 213 i 162 dni dla przypadków stabilnych, a kwartył trzeci odpowiednio: 376, 350 i 321 dni dla przypadków stabilnych.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1093, 1104-1105)

W latach 2018-2020 średni czas oczekiwania w dniach w przypadkach stabilnych w poszczególnych latach wynosił:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców każdego roku;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: 24, 25 i 27;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: 10 (najdłużej – 501 dni), dziewięciu (najdłużej – 626 dni) i siedmiu (najdłużej – 723 dni),
- powyżej 731 dni – żaden świadczeniodawca.

Dynamika średniego czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji na oddziale dziennym dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u 10 świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 18,80%), u 21 świadczeniodawców powyżej 100% (najwięcej – 1.365%), a u trzech – pomiędzy 80% a 99%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: ośmiu – mniej niż 80% (najmniej – 16,81%), u 19 – powyżej 100% (najwięcej – 339,74%), a u siedmiu – pomiędzy 80% a 100%, dla dwóch nie można było jej określić;
- w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u siedmiu – mniej niż 80% (najmniej – 45,83%), u 17 – powyżej 100% (najwięcej – 349,29%), u 10 – pomiędzy 80% a 100%, dla dwóch nie można było jej określić.

Mediana średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniosła:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców każdego roku;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: 24, 25 i 26;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: 10 (najdłużej – 503 dni), dziewięciu (najdłużej – 625 dni) i sześciu;
- powyżej 731 dni – żaden świadczeniodawca w 2018 i 2019 r., jeden w 2020 r. (najdłużej – 772 dni).

Dynamika mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła:

- w roku 2018 w stosunku do roku 2017: u dziewięciu świadczeniodawców mniej niż 80% (najmniej – 15,74%), u 19 świadczeniodawców powyżej 100% (najwięcej – 1237,50%), u czterech – pomiędzy 80% a 99%, dla czterech nie można było jej określić;
- w 2019 r. w stosunku do roku 2018 r.: sześciu – mniej niż 80% (najmniej – 10,54%), u 20 – powyżej 100% (najwięcej – 218,18%), u ośmiu – pomiędzy 80% a 100%, dla dwóch nie można było jej określić;

– w 2020 r. w stosunku do roku 2019 r.: u dziewięciu – mniej niż 80% (10,53%), u 16 – powyżej 100% (najwięcej – 508,97%), u dziewięciu – pomiędzy 80% a 99%, dla dwóch nie można było jej określić.

Kwartył trzeci średniego czasu oczekiwania w poszczególnych latach wyniósł:

- zero dni – dwóch świadczeniodawców każdego roku;
- od jednego do 365 dni – odpowiednio: 23, 25 i 23;
- od 366 do 730 dni – odpowiednio: 11, dziewięciu i 10;
- powyżej 731 dni – żaden świadczeniodawca w 2018 i 2019 r., jeden w 2020 r. (najdłużej – 796 dni).

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1017, 1029-1030)

W latach 2018-2020 z listy oczekujących na rehabilitację w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny) z powodu niezgłoszenia się na zabieg w ustalonym terminie zostało skreślonych odpowiednio: 2.264, 4.225 i 140 świadczeniobiorców, a z powodu rezygnacji odpowiednio: jeden, 503 i 1.659 świadczeniobiorców. Z powodu niezgłoszenia się zabieg w zakresie rehabilitacji na oddziale dziennym (przypadek stabilny) skreślono z list oczekujących odpowiednio: 2.699, 2.050 i 2.950, brak było natomiast skreśleń z powodu rezygnacji.

Liczba skreśleń z list oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (przypadki stabilne) z powodu zgonu kształtowała się następująco: 116 skreśleń w 2019 r. i 352 – w 2020 r., w okresie objętym kontrolą brak było skreśleń z tego powodu w przypadku listy oczekujących na rehabilitację na oddziale dziennym.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1017, 1033-1034, 1039)

3.5. Odnosnie do prowadzenia działań ukierunkowanych na zmniejszenie /ograniczenie kolejek do świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziałach dziennych Dyrektor WOW wyjaśniła m.in., że : „Na podstawie oceny realizacji umów i stwierdzonej realizacji świadczeń ponad wartość umów oraz uwzględniając możliwości finansowe, Oddział Funduszu dokonywał zmian wartości umów w trakcie okresu rozliczeniowego, poprzez ich zwiększenie do poziomu rzeczywistej realizacji świadczeń, celem zwiększenia dostępności do świadczeń. (...). W roku 2019 - mając na względzie potrzeby zdrowotne m.in. tej grupy ubezpieczonych, Oddział Funduszu zaplanował od dnia 1 stycznia 2019 r. zmiany w wartościach umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wprowadzając tym samym do umów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) dodatkowe kwoty w wysokości 25% wzrostu w stosunku do wartości umów roku 2019 w przypadku pełnej realizacji kontraktu. Powyższe poprawiło dostępność do usług stwarzając tym samym warunki do objęcia opieką dodatkowej liczby pacjentów. (...). Wprowadzenie nowego bezlimitowego zakresu skojarzonego dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności od dnia 01 lipca 2018 r. w związku z wejściem w życie z dniem 1 lipca 2018 r. ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r., poz. 932), która określa szczególne uprawnienia świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 1 tej ustawy), oraz na podstawie dyspozycji wynikających z zarządzenia Nr 53/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką oraz zarządzenia Nr 60/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca

2018 r. zmieniającego w/w zarządzenie nr 53/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 czerwca 2018 r. (...). Wprowadzenie nielimitowanego charakteru ww. świadczeń umożliwiło Świadczeniodawcom składanie wniosków, po upływie kwartału, w sprawie zwiększenia puli świadczeń do poziomu rzeczywistego wykonania, a w konsekwencji poprawę dostępności do świadczeń”.

(akta kontroli: str. 1221-1222, 1223, 1231-1235)

3.6. W ogólnej liczbie podmiotów realizujących dany zakres świadczenia, udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej, spółki kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego w latach 2018 -2020 wynosił: w przypadku świadczenia rehabilitacja w warunkach stacjonarnych - 90,47% w każdym roku, a w zakresie rehabilitacji na oddziale dziennym – 61,11% w każdym roku.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1011-1012)

Świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych były realizowane przez świadczeniodawców mających swoją siedzibę na terenie 16 powiatów województwa wielkopolskiego³⁷, a na rehabilitację w oddziale dziennym również przez świadczeniodawców mających swoją siedzibę na terenie 16 powiatów³⁸.

Dla całego województwa wielkopolskiego wskaźnik liczby świadczeniodawców realizujących rehabilitację w warunkach stacjonarnych na 10 tys. mieszkańców wyniósł w każdym roku objętym kontrolą: 0,06. W 12 powiatach, w których znajdowały się placówki świadczące tą usługę wskaźnik ten był wyższy niż średnia wartość ustalona dla całego województwa i wynosił od 0,07 do 0,42. W trzech powiatach był na zbliżonym poziomie i wynosił w całym okresie kontrolą: 0,068, 0,061 i 0,056, natomiast w jednym był powiecie (poznańskim) niższy i wynosił w całym okresie kontrolą 0,025 .

Wskaźnik liczby świadczeniodawców realizujących rehabilitację na oddziale dziennym na 10 tys. mieszkańców został ustalony w każdym roku objętym kontrolą na poziomie: 0,103. W 14 powiatach, w których znajdowały się placówki świadczące tą usługę wskaźnik ten był wyższy niż średnia wartość ustalona dla całego województwa i wynosił od 0,128 do 0,54, natomiast w dwóch powiatach (ostrowskim i poznańskim) był niższy i wynosił odpowiednio: 0,062 i 0,025.

(akta kontroli: str. 1007-1008, 1015)

Odnosnie do działań podejmowanych przez WOW w celu poprawy dostępności świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym Dyrektor Oddziału wskazała m.in., że: „Niezależnie od obowiązujących rozwiązań systemowych, w roku 2019 - celem poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji neurologicznej wczesnoudarowej, rehabilitacji ogólnoustrojowej pourazowej oraz narządu ruchu po leczeniu operacyjnym poprzez właściwą alokację środków finansowych zgodnie z identyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi ubezpieczonych województwa wielkopolskiego - Oddział Funduszu przygotował i realizował od dnia 30 kwietnia 2019 r. do dnia 15 stycznia 2020 r. projekt: „Analiza potrzeb ubezpieczonych wyznacznikiem konstruktywnych zmian w finansowaniu”³⁹. Oczekiwany rezultatem w/w działania było skrócenie czasu oczekiwania na w/w świadczenia zdrowotne.

³⁷ Chodzieski, czarnkowsko-trzcianecki, gnieźnieński, m. Kalisz, kępiński, m. Konin, kościański, krotoszyński, leszczyński, ostrowski, pilski, pleszewski, m. Poznań, poznański, wolsztyński, wrzesiński.

³⁸ Gnieźnieński, jarociński, m. Kalisz, m. Konin, kościański, leszczyński, m. Leszno, obornicki, ostrowski, pleszewski, m. Poznań, poznański, rawicki, śremski, wolsztyński, wrzesiński.

³⁹ Dalej: Projekt.

WOW przygotowując się do realizacji ww. zadania dokonał wieloaspektowej oceny poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń oraz potencjału podmiotów leczniczych pod kątem możliwości objęcia opieką medyczną dodatkowej liczby świadczeniobiorców poprzez:

- ocenę poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych grupach powiatów na terenie Wielkopolski,
- analizę geograficznego rozlokowania podmiotów leczniczych w poszczególnych subregionach województwa wielkopolskiego,
- ocenę demograficznych potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych województwa wielkopolskiego na podstawie list oczekujących z analizą grup wiekowych w przedziałach do 18 r.ż., 19 – 65 r.ż., powyżej 65 r.ż.; oceniono liczbę oczekujących skreślonych z listy z powodu wykonania świadczenia w okresie porównawczym marzec 2018 r. do marzec 2019 r.; określono rzeczywisty czas oczekiwania w podmiotach realizujących ww. świadczenie,
- analizę struktury świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawcę w badanym okresie czasu ze szczególnym uwzględnieniem procedur ROC01, ROO01, ROO02 z katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP) w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej (liczba hospitalizacji związanych z realizacją grup ROO01, ROO02 wyniosła 51,73% w stosunku do liczby wszystkich hospitalizacji zrealizowanych w ramach stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej – struktura udziału kształtowała się w poszczególnych podmiotach w granicach od 8,97% do 82,67%; struktura wartości realizacji ww. grup w ogólnej wartości stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej kształtowała się w granicach od 16,08% do 91,90%),
- ocenę poziomu realizacji faktycznej w stosunku do wartości umowy określonej w planie rzeczowo-finansowym na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej,
- zweryfikowano potencjał podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych porównując liczbę łóżek wskazaną przez podmioty w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z liczbą łóżek koniecznych do realizacji umowy – określono rezerwę bazy łóżkowej,
- zwrócono się do wytypowanych podmiotów leczniczych w przedmiocie możliwości kadrowych, sprzętowych i lokalowych pozwalających na objęcie opieką zdrowotną dodatkowej liczby pacjentów,
- ustalono listę podmiotów, dla których zaplanowano zwiększenie wartości umowy w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. celem objęcia opieką dodatkowej liczby pacjentów (spośród wytypowanych pierwotnie sześciu świadczeniodawców odstąpiono w dwóch przypadkach od kwalifikacji do projektu z powodu braku potencjału kadrowego lub realizacji świadczeń poniżej wartości umowy w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 maja 2019 r.).

Z planowanej w budżecie projektu wartości 3.000.000,00 zł na poprawę dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej przeznaczono kwotę 2.571.378,80 zł, w tym na świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wartość 1.217.160,00 zł. Nie wykorzystano całości przeznaczonych środków finansowych projektu z powodu ujemnego bilansu zrealizowanych świadczeń lub braku potencjału podmiotu w zakresie zasobów kadrowych i/lub sprzętowo-lokalowych niezbędnych do objęcia opieką dodatkową grupę świadczeniobiorców. Poprawa dostępności do świadczeń dotyczyła wybranych podmiotów medycznych. Na obszarach miejsc udzielania świadczeń wybranych podmiotów, z uwagi na zwiększenie poziomu finansowania w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych o ww. kwotę ok. 1.217.160,00 zł., w 4 podmiotach dodatkowo zakontraktowano łącznie 42 łóżka dla 169 pacjentów. W tych podmiotach gdzie nastąpiło zwiększenie finansowania

świadczeń - opieką medyczną objęto dodatkową grupę pacjentów, w odpowiednio krótszym czasie.

Na realizację projektu miało wpływ działanie OW NFZ związane ze zwiększeniem planu zakupu świadczeń na rok 2019 w zakresach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w ramach umów podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) wprowadzające dodatkowe kwoty w wysokości 25% wzrostu w stosunku do wartości umów w roku 2018 w przypadku pełnej realizacji kontraktu. Spowodowało to wykorzystanie istniejących rezerw potencjału podmiotów leczniczych, co uniemożliwiło przekazanie dodatkowych środków finansowych w ramach Projektu wszystkim funkcjonującym na rynku świadczeń podmiotom – w analizie wstępnej w podmiotach tych zidentyfikowano brak potencjału do realizacji większej liczby świadczeń.

Zwiększone finansowanie świadczeń w ramach Projektu w okresie od 1 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. u świadczeniodawców, którzy dysponowali potencjałem w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, spowodowało spadek liczby oczekujących stan na 31 grudnia 2019 r. 34% w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w porównaniu do danych z 31 marca 2019 r. Prezentowane dane zawierają również skutki działań systemowych dotyczące zmiany raportowania list oczekujących w zakresach objętych projektem oraz egzekwowanie od miesiąca XII 2019 r. w aplikacji AP-KOLCE zasady blokady jednoczesnych wpisów na to samo świadczenie u innych świadczeniodawców.

Realizowany przez WOW NFZ w 2019 roku Projekt (...) w odniesieniu do zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej u pacjentów po zabiegach operacyjnych (m.in. endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego) oraz u pacjentów po urazach stał się podstawą do wprowadzenia zmian w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych określonych w Zarządzeniu nr 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 października 2019 r. zmieniającym 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, poprzez wprowadzenie usługi skojarzonej – rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym”.

Odnośnie do działań podejmowanych przez Oddział w związku z epidemią COVID-19 w celu wykonania planu zakupu ww. świadczeń Dyrektor Oddziału wskazała, m.in., że: „wprowadzono czasowe ograniczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta i świadczeń stacjonarnych udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. W rozumieniu tych przepisów nastąpiła przerwa w udzielaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji - powyższe miało wpływ na poziom realizacji świadczeń zarówno w trybie ambulatoryjnym jaki i stacjonarnym (ograniczenie liczby usług). Dodatkowo, wpływ na dostęp do świadczeń miało również okresowe zawieszanie działalności podmiotów na podstawie decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego w związku z objęciem kwarantanną. Niezależnie od ww. stanu, w sytuacji realizacji świadczeń przez podmioty bez ustanowionego „ograniczenia”, WOW NFZ doceniając fakt zachowania ciągłości udzielania świadczeń, dokonywał zmian finansowych, zarówno w toku trwania roku, jak i po zakończeniu okresu rozliczeniowego roku 2020 (bilansowanie umów; zapłata za świadczenia zrealizowane ponad wartość umów w rodzaju rehabilitacji leczniczej)”.

(akta kontroli: str. 1221-1222, 1223, 1231-1235)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W roku 2018 r. i 2019 r. Oddział ustalił po zmianach plan zakupu świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym na poziomie wyższym w porównaniu do roku poprzedniego. W 2019 r., w porównaniu do roku poprzedniego, średni czas oczekiwania w województwie na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych zwiększył się o 79 dni do 491 dni, a na rehabilitację na oddziale dziennym zmniejszył się o 97 dni do 224 dni. W kontrolowanym okresie Oddział monitorował wykonanie umów przez świadczeniodawców, a także przygotował i realizował od dnia 30 kwietnia 2019 r. do dnia 15 stycznia 2020 r. Projekt, którego wynikiem było m.in. zwiększone finansowanie świadczeń w ramach projektu w okresie od 1 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. u świadczeniodawców, którzy dysponowali potencjałem w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Wykonanie planu w 2020 r. na poziomie 84,16% w odniesieniu do roku 2019 r. było m.in. wynikiem wprowadzonego w związku z COVID-19 czasowego ograniczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta i świadczeń stacjonarnych udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. NIK pozytywnie ocenia działania podjęte przez Oddział działania polegające m.in. na zapłacie za świadczenia zrealizowane ponad wartość umów w 2020 r.

IV. 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 Poznaniu. 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

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania uwag i wniosków.

Poznań, 21 maja 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Dyrektor
z up. p.o. Wicedyrektora
Grzegorz Malesiński

.....
podpis

Na podstawie art. 35c ust. 1 ustawy o NIK w powyższym tekście dokonano sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej poprzez:

- 1) zastąpienie użytego w wierszu 21 od góry na str. 1 wystąpienia pokontrolnego wyrazu „szczęściu” wyrazem „sześciu”;
- 2) zastąpienie użytego w wierszu 26 od góry na str. 6 wystąpienia pokontrolnego wyrazu „kolanowego” wyrazem „biodrowego”;
- 3) zastąpienie użytego w wierszu 17 od dołu na str. 7 wystąpienia pokontrolnego wyrazu „jednolitym” wyrazem „jednorodnym”;
- 4) zastąpienie podanego w wierszu 2 od dołu na str. 8 wystąpienia pokontrolnego roku „2021” rokiem „2023”;
- 5) zastąpienie podanej w przypisie nr 36 na str. 27 wystąpienia pokontrolnego pozycji publikacji w Dzienniku Ustaw tj. „1327”, pozycją „1372”;
- 6) zastąpienie podanej na str. 28 wystąpienia pokontrolnego, wiersze 20 od dołu liczby „102,25” liczbą „100,25”.

Poznań, 23 czerwca 2021 r.

p.o. Dyrektora
Andrzej Aleksandrowicz

.....

Na podstawie art. 35c ust. 1 ustawy o NIK w tekście wystąpienia pokontrolnego z dnia 21 maja 2021 r. (LPO.410.028.01.2020) dokonano sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej poprzez:

- 1) zastąpienie użytego w wierszu 26 od góry na str. 3 wystąpienia pokontrolnego wyrazu „siedmiu” wyrazem „sześciu”;
- 2) zastąpienie użytego w wierszu 7 od góry na str. 29 wystąpienia pokontrolnego wyrazu „99%” wyrazem „100%”

Poznań, 9 lipca 2021 r.

Dyrektor
Z up. Grzegorz Malesiński
p.o. wicedyrektora