



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.028.02.2020

Błażej Górczyński
Prezes Zarządu
Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie
Sp. z o. o.
ul. Poznańska 125A
63-300 Pleszew

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o., ul. Poznańska 125A, 63–300 Pleszew (dalej: PCM lub Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zarząd jednoosobowy, działający w składzie: Błażej Górczyński, Prezes Zarządu Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie Sp. z o.o. (dalej: Prezes Zarządu) od 9 stycznia 2019 r. Wcześniej był zarząd wieloosobowy działający w składzie: Prezes Zarządu Tadeusz Stefaniak, Wiceprezes Zarządu Błażej Górczyński.
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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Bartosz Tomczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/152/2020 z 7 grudnia 2020 r. (dowód: akta kontroli str. 1-24)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, zarówno w latach 2018-2019, jak i w całym 2020 r.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital dysponował odpowiednią kadrami oraz zapewnił warunki udzielania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) dla porad specjalistycznych – ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, a oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu Szpitala (dalej: oddział ortopedyczny) spełniał wszystkie dodatkowe warunki dla realizacji tych zabiegów. Co prawda, dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki była ograniczona, jednakże przyczyny tej sytuacji nie leżały po stronie Szpitala. W latach 2018-2019 wzrastała zarówno liczba osób oczekujących, jak i średni okres oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki w przypadkach stabilnych. W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego liczba osób oczekujących w porównaniu do roku poprzedniego wzrosła o odpowiednio 34% i 23%, a średni czas oczekiwania o 17% i 23%. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego liczba osób oczekujących wzrosła o 44% i 28%, a średni czas oczekiwania o 54% w 2019 r. (w porównaniu do 2017 r.). Średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego przekraczał 2,5 roku, a stawu kolanowego 3 lata. W badanej próbie 45 pacjentów, w 24 przypadkach (53%) czas oczekiwania na zabieg od daty zarejestrowania skierowania przekraczał 6 miesięcy, tj. założony modelowy czas oczekiwania.

Również dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych była ograniczona. Pomimo, że w latach 2018-2019 malała liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i na oddziale dziennym, to wzrastał średni czas oczekiwania na te świadczenia. Na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych średni czas oczekiwania przekraczał 2,5 roku.

Główną przyczyną długiego okresu oczekiwania na ww. świadczenia, którą zidentyfikowano w trakcie kontroli, była zmiana przepisów uprawniająca osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności do otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością przyjęć.

Szpital zapewnił rzetelną opiekę przedoperacyjną i pooperacyjną pacjentom skierowanym na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, a także koordynował udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym w ramach ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń (świadczenia te były realizowane jako elementy planu leczenia). PCM monitorowało jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki oraz zapewniło odpowiednią jakość stosowanych protez, co skutkowało niewielką liczbą przeprowadzanych zabiegów rewizyjnych (w przypadku endoprotezoplastyki pierwotnej wykonanej w PCM). W Szpitalu podejmowano również działania mające podnieść świadomość pacjentów w zakresie procesu kwalifikacji do zabiegu i poszczególnych etapów leczenia, przygotowania się do zabiegu, pobytu na oddziale czy postępowania po wypisie ze Szpitala. Jednakże nie wszystkie informacje, które pacjenci otrzymywali bezpośrednio od personelu medycznego, były upubliczniane na stronie internetowej Szpitala. NIK wskazuje, że zawarcie kompleksowych informacji na stronie internetowej może pozytywnie wpłynąć na optymalizację rezultatów po wykonanych zabiegach endoprotezoplastyki oraz zmniejszyć ryzyko ewentualnych powikłań.

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 2020 r. potencjał Szpitala do realizacji świadczeń endoprotezoplastyki i rehabilitacji nie uległ zmniejszeniu. Jednak ze względu na stan epidemii wprowadzony na terytorium RP w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 liczba zabiegów endoprotezoplastyki zmniejszyła się o 37,5% w przypadku stawu biodrowego (ze 144 w 2019 r. do 90) oraz o 39,5% w przypadku stawu kolanowego (ze 124 w 2019 r. do 75). Szpital wdrażał odpowiednie wewnętrzne procedury mające na celu ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 oraz podejmował decyzje o zwiększaniu liczby wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki w okresach, w których nie obowiązywały ograniczenia epidemiczne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą liczba lekarzy udzielających świadczeń w poradni AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala (dalej: poradnia ortopedyczna) w porównaniu do 2017 r. kształtowała się na stabilnym poziomie. W 2018 r. było sześciu lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu, a w latach 2019-2020 pięciu. Wszyscy ww. lekarze zatrudnieni byli na podstawie kontraktu. Powyższy stan zatrudnienia był zgodny ze stanem zatrudnienia wykazany w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia – Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim w Poznaniu (dalej: OW NFZ) oraz z warunkami określonymi w załączniku nr 1 lp. 45 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³.

Na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu Szpitala (dalej: oddział ortopedyczny) liczba lekarzy zmniejszyła się w porównaniu do 2017 r. o jedną osobę. W 2018 r. zatrudnionych było łącznie ośmiu lekarzy (co stanowiło 6,32 etatu, w tym siedmiu lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu), siedmiu lekarzy w 2019 r. (co stanowiło 5,61 etatu, w tym sześciu lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) oraz ośmiu lekarzy w 2020 r. (co stanowiło 5,68 etatu, w tym sześciu lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu). Wszyscy ww. lekarze zatrudnieni byli na podstawie kontraktu.

W porównaniu do 2017 r. zwiększyła się liczba pielęgniarek na oddziale ortopedycznym. W 2017 r. zatrudnionych było 12 pielęgniarek, 13 w 2018 r. (w tym sześciu specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego), a w latach 2019-2020 – 14 pielęgniarek (w tym odpowiednio osiem i dziewięć specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego).

Ww. stan zatrudnienia był zgodny ze stanem zatrudnienia wykazany w umowie z OW NFZ, a także z warunkami określonymi w załączniku nr 3 lp. 35 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295 ze zm.

Zarówno w poradni, jak i na oddziale ortopedycznym struktura wiekowa lekarzy kształtowała się na zbliżonym poziomie. W podziale na 10-letnie przedziały wiekowe najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 35-44 lata. Lekarze w wieku poniżej 35 lat oraz 65 lat i powyżej zatrudnieni byli tylko na oddziale, a ich udział procentowy w stosunku do ogólnej liczby lekarzy wynosił, odpowiednio, od 12,5% w 2018 r. do 25% w 2020 r. oraz od 0% w 2018 r. do 12,5% w 2020 r.

W przypadku pielęgniarek najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 55-64 lata oraz 45-54 lata. Pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat stanowiły od 23% w 2018 r. do 21% w 2020 r. ogólnej liczby pielęgniarek. Nie zatrudniano osób w wieku 35-44 lata oraz 65 lat i powyżej.

(dowód: akta kontroli str. tabela nr 45-48)

Pięciu lekarzy zatrudnionych w oddziale ortopedycznym udzielało także świadczeń w poradni ortopedycznej w 2018 r., natomiast w 2019 i 2020 r. takich lekarzy było czterech. Siedmiu lekarzy w zatrudnionych w oddziale ortopedycznym w 2018 r. wykonywało zabiegi endoprotezoplastyki zarówno stawu biodrowego jak i stawu kolanowego. W 2019 i 2020 r. na ww. oddziale zatrudnionych było sześć lekarzy wykonujących ww. zabiegi.

(dowód: akta kontroli str. 49-50)

1.2. Poradnia ortopedyczna składała się z dwóch gabinetów, w tym jeden był gabinetem diagnostyczno-zabiegowym (w przypadku jednoczesnego udzielania świadczeń w poradni przez dwóch lekarzy, na potrzeby poradni wykorzystywano również drugi zespół ww. pomieszczeń). Liczba łóżek na oddziale ortopedycznym zmniejszyła się o cztery w latach 2019-2020 w porównaniu do 2017 r., tj. z 22 do 18 (o 18%), z czego dla pacjentów z endoprotezoplastyką stawu biodrowego lub stawu kolanowego wydzielono sześć łóżek w latach 2017-2020. Zmniejszenie liczby łóżek, zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, spowodowane było dostosowaniem infrastruktury łóżek w oddziale do możliwości kadrowych, wartości umowy i faktycznego zapotrzebowania w tym zakresie. Średnie wykorzystanie łóżek wyniosło 58,3% w 2017 r., 59,8% w 2018 r., 74,4% w 2019 r. i 37,3% w 2020 r. co pokazuje, że zmiana w liczbie łóżek nie ograniczyła dostępności do świadczeń, a wpłynęła na poprawę komfortu hospitalizowanych pacjentów.

Oddział wyposażony był także w przyłóżkowy aparat RTG, a Szpital zapewnił dostęp do badań RTG i USG oraz rezonansu magnetycznego w lokalizacji.

Blok operacyjny Szpitala, znajdujący się w budynku B, składał się z dwóch sal operacyjnych i wyposażony był w dwa stoły operacyjne. Sale te posiadały instalację klimatyzacyjną nawiewno-wywiewną (co było zgodne z § 38 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵), a ostatni remont bloku operacyjnego zakończył się w 2005 r. Oddział ortopedyczny dysponował jedną salą operacyjną z jednym stołem operacyjnym, a zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wykonywano w poniedziałki, wtorki, środy oraz piątki (raz w miesiącu zamiast wtorku zabiegi wykonywano w czwartek).

(dowód: akta kontroli str. 51-57, 669, 811-837, 1253)

1.3. Umowa pomiędzy OW NFZ a PCM na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej została zawarta na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

Zakres wykonanych świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu wyniósł 330.506 punktów w 2018 r. (wzrost o 331,1% w porównaniu do roku

⁵ Dz. U. poz. 595. Rozporządzenie weszło w życie 1 kwietnia 2019 r. Poprzednio był to § 37 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

poprzedniego), 429.597,56 punktów w 2019 r. (wzrost o 30,0% w stosunku do 2018 r.), a 2020 r. zmalał do 425.777,82 punktów (spadek o 0,9% w porównaniu do 2019 r.).

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, ww. wzrost o 331,1% w 2018 r. nie był związany z liczbą wykonanych świadczeń, a wynikał ze zmiany katalogów i różnej wyceny punktowej za świadczenia w AOS, np. Porada specjalistyczna 1-go typu w 2017 r. została wyceniona na 3,57 pkt (1 pkt =9,20zł), a od 1 października 2017 r. i w 2018 r. została wyceniona na 33 pkt (1pkt =1zł). Ponadto od 26 czerwca 2017 r. przejęto cesją dodatkową umowę obejmującą zakres AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu, co również miało wpływ na większe wykonanie w 2018 r.

W latach 2018-2019 wzrastała liczba punktów zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w porównaniu do roku poprzedniego, tj. 3.544.452 punktów w 2018 r. (wzrost o 195,9% w porównaniu do roku poprzedniego) i 4.088.878 w 2019 r. (wzrost o 15,4%). W 2020 r. zmniejszyła się liczba punktów zakontraktowanych świadczeń do poziomu 3.101.555 punktów, tj. o 24,1%.

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, ww. wzrost o 195,9% w 2018 r. nie wynikał ze wzrostu liczby zakontraktowanych świadczeń, a był związany ze zmianą od 1 października 2017 r. katalogu świadczeń szpitalnych, a także ich różną wyceną punktową, np. w 2017 r. endoprotezoplastykę pierwotną całkowitą kolana wyceniono na 222,87 punkty, a w 2018 r. na 11.443 punktów.

Prezes dodał w wyjaśnieniach, że w 2020 r. zmniejszyła się liczba punktów zakontraktowanych świadczeń o 24,1% ponieważ w 2019 r. ostateczna liczba zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wynikała z faktycznego wykonania i aneksów zwiększających wartość umowy w tym zakresie (łącznie siedem aneksów). Natomiast w 2020 r. wartość umowy również podlegała zmianom, ale zawarto tylko dwa aneksy, a obniżenie wartości umowy było powiązane bezpośrednio z mniejszym wykonaniem pierwotnych założeń umowy w związku z sytuacją epidemiczną.

W latach 2018-2019 wzrastała wartość wykonanych świadczeń AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu w porównaniu do roku poprzedniego. W 2018 r. wynosiła 330,5 tys. zł (wzrost o 30,7%), a w 2019 r. 429,61 tys. zł (wzrost o 30%). W 2020 r. nastąpił spadek o 15,9%, a wartość wykonanych świadczeń wynosiła 361,4 tys. zł wg stanu na 18 stycznia 2021 r.

W latach 2018-2019 wzrastała wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w porównaniu do roku poprzedniego. W 2018 r. wynosiła 3.544,45 tys. zł (wzrost o 14,7%), a w 2019 r. 4.088,88 tys. zł (wzrost o 15,4%). W 2020 r. nastąpił zarówno spadek wartości zakontraktowanych świadczeń o 15,8% (3.101,6 tys. zł), jak i liczby wykonanych świadczeń o 26,2% (2.599,1 tys. zł).

W latach 2018-2019 wykonano 100% zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki, a w 2020 r. 83,8%. Prezes Zarządu wyjaśnił, że przyczyną ww. niewykonania była sytuacja epidemiczna związana z zakażeniami COVID-19, w szczególności: wzrost liczby zakażeń SARS-CoV-2 wśród personelu medycznego oraz pacjentów, izolacja i kwarantanna personelu medycznego, przesunięcie z oddziału ortopedycznego części personelu oraz z bloku operacyjnego części personelu anestezyjologicznego do oddziału leczenia COVID-19 oraz lęk pacjentów przed kontaktem z personelem medycznym i liczne prośby o przesunięcie terminów zabiegów planowych, ograniczenie przyjęć pacjentów na zabiegi operacyjne endoprotezoplastyki dużych stawów, w związku z komunikatem Centrali NFZ z 22 marca 2020 r. W ww. komunikacie wskazano, że w celu ograniczenia zużycia

zapasów krwi i preparatów krwiopochodnych należało w miarę możliwości wstrzymać przyjęcia pacjentów planowanych.

(dowód: akta kontroli str. 58-301, 307-308, 1230, 1252-1253)

PCM występowało dwukrotnie do OW NFZ o przyznanie dodatkowych środków na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Wniosek z czerwca 2018 r. dotyczył kwoty 1.323.118 zł, a wniosek z sierpnia 2018 r. dotyczył kwoty 205.463,60 zł. Oba wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie.

W latach 2018-2020 PCM nie otrzymało środków na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego z innych źródeł niż NFZ.

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, w związku z epidemią, ograniczenia w liczbie wykonywanych zabiegów wystąpiły w okresie ostrego reżimu sanitarnego, w szczególności w okresie od marca do maja i od października do grudnia 2020 r. W celu wykonania planu na 2020 r. podjęto decyzję o wykonaniu zwiększonej liczby zabiegów (w czerwcu - 31, w lipcu - 24, w sierpniu 20), znacznie przekraczając średnią miesięczną z roku poprzedniego. W okresie epidemii świadczenia w poradni AOS były wykonywane bez ograniczeń, a podjęte działania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa epidemicznego polegały przede wszystkim na wdrożeniu w wybranych przypadkach porad telefonicznych.

(dowód: akta kontroli str. 302-306, 1211-1212)

Ponadto, w związku z epidemią, opracowano i wdrożono procedury: „Ścieżka postępowania w oddziałach PCM w celu zminimalizowania ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 w postępowaniu z chorymi bez objawów infekcji koronawirusem”, P-53KI „Procedura organizacji pracy w oddziałach leczenia SARS-CoV-2”; 15CO „Procedura organizacji zapisów do punktu wymazowego”; P-44 PJ zał. nr 4 „Postępowanie ze zwłokami i szczątkami ludzkimi osób zmarłych podejrzanych i z rozpoznaną chorobą wywołaną przez koronawirusa SARS-CoV-2”.

(dowód: akta kontroli str. 309-354)

1.4. W kontrolowanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z prowadzeniem listy oczekujących i czasem oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu, jak również zabiegami endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego.

(dowód: akta kontroli str. 355-357)

W latach 2018-2020, na koniec każdego roku, na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oczekiwało (porównań dokonano w stosunku do roku poprzedniego):

– przypadki pilne: żaden pacjent w 2018 r., 27 pacjentów w 2019 r. (wzrost o 270%) oraz 37 pacjentów w 2020 r. (wzrost o 37,0%);

– przypadki stabilne: 168 osób w 2018 r. (spadek o 43,8%), 230 pacjentów w 2019 r. (wzrost o 36,9%) oraz 182 osoby w 2020 r. (spadek o 20,9%).

W poszczególnych latach na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego oczekiwało:

– przypadki pilne: 57 pacjentów w 2018 r. (spadek o 24,0%), 22 osoby w 2019 r. (spadek o 61,4%) oraz dwóch pacjentów w 2020 r. (spadek o 90,9%);

– przypadki stabilne: 154 osoby w 2018 r. (wzrost o 33,9%), 189 pacjentów w 2019 r. (wzrost o 22,7%) oraz 252 osoby w 2020 r. (wzrost o 22,3%).

Na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego oczekiwało:

– przypadki pilne: 61 osób w 2018 r. (spadek o 14,1%), 40 pacjentów w 2019 r. (spadek o 34,4%), żaden pacjent w 2020 r. (spadek o 400%);

– przypadki stabilne: 310 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 44,2%), 398 osób w 2019 r. (wzrost o 28,4%) oraz 449 pacjentów w 2020 r. (wzrost o 12,8%).

(dowód: akta kontroli str. 358)

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, ww. zwiększająca się liczba pacjentów oczekujących na świadczenie endoprotezoplastyki biodra i kolana oraz AOS według stanu na koniec lat 2018-2020 wynikała z tego, iż przyrost nowych pacjentów oczekujących na świadczenie był większy niż liczba pacjentów, którym udzielono świadczenie w danym roku. Na powyższe mogła mieć wpływ dobra opinia jaką cieszy się podmiot leczniczy. Prezes Zarządu dodał, że wzrost liczby oczekujących na świadczenia w zakresie AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu nie miał wpływu na pacjentów, u których wykonano świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki, gdyż świadczenia te były realizowane w ramach planu leczenia (termin przyjęcia nie wynikał z prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących). Podkreślił również, że liczba świadczeń zaplanowanych i zrealizowanych w analizowanym okresie znacząco się zwiększyła.

(dowód: akta kontroli str. 358, 1221)

W latach 2018-2020 na ustalony termin zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie dziewięciu pacjentów, z tego trzech w 2018 r., dwóch w 2019 r., czterech w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 42 pacjentów, z tego 10 w 2018 r. 12 w 2019 r. i 20 w 2020 r. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie 19 pacjentów, z tego 12 w 2019 r. i siedmiu w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 36 pacjentów, z tego ośmiu w 2018 r., 13 w 2019 r. i 15 w 2020 r.

(dowód: akta kontroli str. 359)

Prezes Zarządu podał w złożonych wyjaśnieniach, że PCM nie posiadało szczegółowych informacji nt. przyczyn niezgłaszania się pacjentów, natomiast z informacji nieformalnych wynikało, iż były to: zrealizowanie świadczenia u innego świadczeniodawcy, zgon pacjenta, względy medyczne np. dyskwalifikacja z zabiegu przez lekarza kierującego bez powiadomienia ośrodka realizującego endoprotezy. Od momentu wprowadzenia przez NFZ możliwości weryfikacji wpisów na listach oczekujących pod kątem zgonów (obecnie system kolejkowy NFZ AP-KOLCE⁶ umożliwia weryfikację tych informacji na bieżąco), a także braku możliwości wpisu na listę oczekujących u kilku świadczeniodawców, liczba osób niezgłaszających się w ustalonym terminie znacząco się zmniejszyła. Natomiast w 2020 r. do najczęstszych przyczyn niezgłaszania się pacjentów na zabieg należało, w jego ocenie, zachorowanie na COVID-19 lub ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

(dowód: akta kontroli str. 1212-1213)

W kontrolowanym okresie, zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, OW NFZ informował okresowo PCM o niemożności stawienia się pacjenta z powodu zgonu. W przypadku skreśleń pacjentów z listy oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego, wolne terminy były proponowane kolejnym osobom z listy oczekujących (systemowo dokonywane były przesunięcia grupowe zgodnie z zasadą udzielania świadczeń według kolejności zgłoszenia) lub miejsce to było proponowane świadczeniobiorcy zakwalifikowanemu do zabiegu w trybie pilnym albo świadczeniobiorcy mającemu prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str.359, 1212-1213)

Czas oczekiwania (średnia, mediana i kwartyl trzeci w dniach) na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu wyniósł odpowiednio:

- w 2018 r.: 20, 15 i 29 dla przypadków pilnych oraz 334, 336 i 353 dla przypadków stabilnych;
- w 2019 r.: 21, 14 i 28 dla przypadków pilnych oraz 161, 172 i 211 dla

⁶ Aplikacja internetowa umożliwiająca świadczeniodawcom rejestrowanie informacji o harmonogramach przyjęć do poszczególnych świadczeń w ramach miejsc realizacji tych świadczeń.

przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 20, 14 i 27 dla przypadków pilnych oraz 214, 218 i 246 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmalał o 13,0% w 2018 r., następnie wzrósł o 5% w 2019 r. i zmalał o 4,8% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrósł o 56,8% w 2018 r., zmalał o 51,8% w 2019 r. i wzrósł o 32,9% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmalała o 21,1% w 2018 r. i o 6,6% w 2019 r., a w 2020 r. była na tym samym poziomie. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrosła o 71,4% w 2018 r., zmalała o 48,8% w 2019 r. i wzrosła o 26,7% w 2020 r.

Czas oczekiwania (średnia, mediana i kwartył trzeci w dniach) na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego wyniósł odpowiednio:

– w 2018 r.: 207, 136 i 300 dla przypadków pilnych oraz 964, 964 i 964 dla przypadków stabilnych;

– w 2019 r.: 210, 129 i 271 dla przypadków pilnych oraz 1.188, 1.285 i 1.494 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 195, 123 i 208 dla przypadków pilnych oraz 1.281, 1.295 i 1.320 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 38,0% w 2018 r. i o 1,5% w 2019 r., a następnie zmalał o 7,1% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrósł o 17,3% w 2018 r., o 23,2% w 2019 r. i o 7,8% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrosła o 83,8% w 2018 r., zmalała o 5,1% w 2019 r. i o 4,7% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrosła o 20,1% w 2018 r., o 33,3% w 2019 r. i o 0,8% w 2020 r.

Czas oczekiwania (średnia, mediana i kwartył trzeci w dniach) na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego wyniósł odpowiednio:

– w 2018 r.: 233, 165 i 308 dla przypadków pilnych oraz zero⁷ w tym roku dla przypadków stabilnych;

– w 2019 r.: 253, 139 i 320 dla przypadków pilnych oraz 1.291, 1.291 i 1.299 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 315, 200 i 337 dla przypadków pilnych oraz 1.503, 1.503 i 1.575 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 7,8% w 2018 r., o 8,6% w 2019 r. i o 24,5% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych spadł do 0 w 2018 r., następnie wzrósł do 1.291 dni w 2019 r., a w 2020 r. wzrósł o 16,4%.

Mediana czasu oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrosła o 61,7% w 2018 r., zmalała o 15,8% w 2019 r. i wzrosła o 43,9% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych spadła do zera w 2018 r., następnie wzrosła do 1.291 dni w 2019 r., a w 2020 r. wzrosła o 16,4%.

(dowód: akta kontroli str. 360)

Prezes Zarządu podał w złożonych wyjaśnieniach, że wzrost czasu oczekiwania na ww. świadczenia wynikał ze wzrostu zainteresowania pacjentów świadczeniami realizowanymi przez PCM. Zakładając stały poziom zasobów organizacyjnych PCM

⁷ W tym roku nie udzielono świadczeń dla kategorii pacjentów „stabilny”, a wszystkie zabiegi dotyczyły pacjentów z kategorii „nagły”, „pilny” lub zabiegu rewizyjnego. Zmiana kwalifikacji kategorii pacjenta ze „stabilny” na „pilny” została opisana w punkcie 1.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(w szczególności ilość sal operacyjnych i personelu anestezyjologicznego), a także określoną wartość umowy z OW NFZ, wspomniany wzrost zainteresowania generuje wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na zabiegi.

(dowód: akta kontroli str. 360, 1221)

Działający w PCM Zespół oceny przyjęć przeprowadzał raz w miesiącu, zgodnie z art. 21⁸ ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹ (dalej: ustawa o świadczeniach), ocenę list oczekujących na udzielenie świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Przeglądy te przeprowadzane były pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn ewentualnych zmian terminów udzielenia świadczeń. W ich wyniku ww. zespół nie stwierdził żadnych nieprawidłowości i w związku z tym, nie zalecił podjęcia żadnych działań związanych z prowadzeniem list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 361-590)

Odnosząc się do wpływu epidemii COVID-19 na czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, Prezes Zarządu podał, że epidemia nie wpłynęła na czas oczekiwania na świadczenia AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu pacjentów po endoprotezoplastyce, gdyż ci pacjenci byli przyjmowani poza prowadzoną listą oczekujących w ramach planu opieki. Natomiast na faktyczny wzrost czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego mogło mieć wpływ przesunięcie z bloku operacyjnego personelu medycznego anestezyjologicznego do oddziału leczenia COVID-19 dla pacjentów sztucznie wentylowanych oraz pozostałe czynniki opisane w wyjaśnieniach Prezesa Zarządu zawartych w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 1213, 1222)

W trakcie kontroli¹⁰ stwierdzono również, że czas oczekiwania na świadczenia AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego dla przypadków stabilnych, wykazany na stronach internetowych NFZ, był zgodny z czasem oczekiwania na dane świadczenie wykazanym przez prowadzony w Szpitalu system rejestracji pacjentów do poradni ortopedycznej oraz oddziału ortopedycznego.

(dowód: akta kontroli str. 591-602)

Ponadto w wyniku porównania wybranych list oczekujących na świadczenie¹¹ z listami pacjentów zarejestrowanych do poradni ortopedycznej oraz przyjętych na oddział ortopedyczny stwierdzono, że pacjenci, którzy mieli zaplanowaną wizytę w poradni lub zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego w danym miesiącu, uzyskali to świadczenie w zakładanym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 603-637)

W trakcie kontroli NIK szczegółową analizą objęto dokumentację dotyczącą 45 pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do zabiegu i wpisani do kategorii medycznej „przypadek stabilny”¹². Stwierdzono, że w każdym przypadku w trakcie

⁸ Uchylony z dniem 1 września 2020 r.

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.

¹⁰ Badanie przeprowadzono dwukrotnie w czasie kontroli, tj. 12 stycznia oraz 3 lutego 2021 r.

¹¹ tj. z czerwca i grudnia (początek miesiąca) 2018 r., kwietnia i października (środek miesiąca) 2019 r., stycznia i września (koniec miesiąca) 2020 r.

¹² Po 10 pacjentów z każdego roku objętego badaniem, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego i po pięciu pacjentów z każdego roku, u których wykonano pierwotną całkowitą endoprotezoplastykę stawu kolanowego.

pierwszej wizyty kwalifikacyjnej rejestrowano skierowanie na ww. zabiegi (tj. tego samego dnia). Stwierdzono również¹³, że:

- druga wizyta kwalifikacyjna odbywała się od jednego do 154 dni przed przyjęciem na oddział ortopedyczny. W 37 przypadkach (82,2% badanej próby) termin ten wyniósł poniżej dwóch miesięcy, a w ośmiu przypadkach (17,8) dwa miesiące z powodu przesunięcia terminu zabiegu ze względów medycznych lub na wniosek pacjenta;
- czas oczekiwania na przyjęcie na oddział od zarejestrowania skierowania na zabieg wyniósł od 45 dni do 1.359 dni. W 24 przypadkach (53,3%) termin ten wyniósł ponad 6 miesięcy (w tym w dwóch przypadkach ponad 1.000 dni);
- czas hospitalizacji wyniósł od czterech do 17 dni.

(dowód: akta kontroli str. 638-665)

Wyjaśniając ponad sześciomiesięczny termin oczekiwania na przyjęcie na oddział ortopedyczny w 24 zbadanych przypadkach (w tym w dwóch przypadkach ponad 1.000 dni), Prezes Zarządu podał, że zgodnie ze stanowiskiem NFZ, obowiązkiem świadczeniodawcy jest umieszczenie (tj. ustalenie planowanego terminu udzielenia świadczenia) pacjenta wymagającego wcześniejszego przyjęcia na liście oczekujących jako kolejnego przypadku "pilnego", ale przed wszystkimi przypadkami oznaczonymi jako "stabilne". Powyższe doprowadza do sytuacji, iż przy miesięcznej liczbie zaplanowanych zabiegów, zdeterminowanej posiadanymi przez Szpital zasobami, świadczenia wykonywane są przede wszystkim u pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „pilny”. Obserwowana duża rozpiętość faktycznego czasu oczekiwania na świadczenia, liczonego jako różnica pomiędzy datą wpisu na listę oczekujących, a datą wykonania świadczenia, wynikała z indywidualnego czasu, w którym doszło do zaostrzenia się objawów u pacjenta oraz do podjęcia przez lekarza decyzji o konieczności wykonania zabiegu w trybie pilnym (zmiana kwalifikacji ze „stabilnego” na „pilny”) i w konsekwencji wykonania tego zabiegu. Ww. dwa przypadki, których czas oczekiwania na przyjęcie na oddział ortopedyczny od zarejestrowania skierowania na zabieg wyniósł odpowiednio 1.359 i 1.296 dni dotyczyły pacjentów z kategorii „stabilny”, których kwalifikacja nie uległa zmianie w trakcie ich oczekiwania na zabieg.

W toku kontroli NIK ustalono, że spośród 143 zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego w 2018 r., tylko jeden zabieg dotyczył przypadku „stabilnego” (0,7%); z 144 zabiegów w 2019 r. przypadek „stabilny” stanowiły trzy zabiegi (2,1%), a z 90 zabiegów w 2020 r. pięć stanowiło przypadek „stabilny” (5,6%). W odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu kolanowego, w 2018 r. z 99 zabiegów żaden nie dotyczył przypadku „stabilnego”, a w 2019 r. z 124 zabiegów oraz w 2020 r. z 75 zabiegów odpowiednio po dwa dotyczyły przypadku „stabilnego” (tj. 1,6% w 2019 r. oraz 2,7% w 2020 r.).

(dowód: akta kontroli str.666, 1207, 1222, 1253)

1.5. W Szpitalu obowiązywała procedura P-14 CO regulująca postępowanie z pacjentami zgłaszającymi się w trybie planowym, jak i z pacjentami przyjmowanymi w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, a także przypadki odmów przyjęcia pacjentów. Procedura ta zawierała informacje o rodzaju wymaganych dokumentów i badań niezbędnych do przyjęcia planowego, a także m.in. opis: weryfikacji danych pacjenta przez pracownika izby przyjęć, uzyskania odpowiednich zgód pacjenta na hospitalizację, przekazania informacji o prawach pacjenta, przekazania pacjenta na odpowiedni oddział Szpitala. Natomiast procedura P-46 PJ/a dotycząca postępowania z pacjentem przyjętym do operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego zawierała m.in. zasady postępowania przygotowawczego w przypadku zabiegów planowych, do których

¹³ Do obliczeń założono, że jeden miesiąc to 30 dni.

należało przede wszystkim przeprowadzenie badania krwi, zarezerwowanie dwóch jednostek koncentratu krwinek czerwonych, wykonanie RTG stawu operowanego, jeżeli pacjent nie posiadał własnych zdjęć RTG, przeprowadzenie konsultacji anestezjologicznej, wykonanie profilaktyki antybiotykowej oraz przeciwzakrzepowej. W wyniku przeglądu dokumentacji dotyczącej 45 pacjentów stwierdzono, że w każdym przypadku podczas pierwszej wizyty kwalifikacyjnej ustalany był plan leczenia, który zawierał informacje o poszczególnych etapach leczenia¹⁴, a także informacje jak przygotować się do zabiegu, jak przygotować mieszkanie do funkcjonowania w okresie po hospitalizacji, jak wygląda zabieg oraz pobyt pacjenta w szpitalu, jakie są ograniczenia dla pacjenta po zabiegu, jakie należy wykonywać ćwiczenia, pouczenie o konieczności zgłoszenia się w okresie około jednego miesiąca przed planowanym zabiegiem na drugą wizytę kwalifikacyjną, a także każdorazowo w sytuacji pogorszenia się stanu funkcjonalnego.

Pacjenci, którzy zgłosili się do PCM ze skierowaniem na zabieg endoprotezoplastyki wystawionym przez innego świadczeniodawcę (32 takie sprawy z badanych 45 przypadków), w trakcie pierwszej wizyty kwalifikacyjnej przedstawiali dokumentację medyczną dotyczącą dotychczasowego leczenia (m.in. RTG stawu). W takich przypadkach lekarz kwalifikujący nie zlecał dodatkowych badań czy konsultacji. Pozostali pacjenci, którzy posiadali skierowanie wystawione w poradni ortopedycznej PCM, w trakcie pierwszej wizyty kwalifikacyjnej mieli wykonywane RTG stawu, które wykonywane było tego samego dnia w PCM (skierowanie na RTG wystawiał lekarz kwalifikujący do zabiegu). W odniesieniu do pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i ta kwalifikacja nie uległa zmianie przez cały okres leczenia (w badanej próbie dwa takie przypadki), druga wizyta kwalifikacyjna odbyła się po odpowiednio 1.258 dniach i 1.351 dniach od pierwszej wizyty. W odniesieniu do przypadków stabilnych, u których wystąpiło pogorszenie stanu zdrowia, druga wizyta kwalifikacyjna odbywała się wcześniej (w okresie od 33 dni do 949 dni) i w jej trakcie lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu potwierdzał pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta i kwalifikował dany przypadek do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Pacjenci tacy, zgodnie z komunikatem NFZ dla świadczeniobiorców z dnia 30 grudnia 2016 r. (artykuł nr 12347) umieszczani byli na liście oczekujących na zabieg przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi jako przypadki stabilne. W trakcie tej wizyty dokonywano również wstępnego wyboru protezy oraz ustalano harmonogram postępowania przed i pooperacyjnego.

We wszystkich badanych przypadkach, bez względu na stan zdrowia pacjenta, po przyjęciu na oddział ortopedyczny przeprowadzana była każdorazowo konsultacja i kwalifikacja przez lekarza anestezjologa oraz wykonywano EKG, badanie krwi, RTG operowanego stawu, próbę krzyżową, co było zgodne z procedurą P-46 P/J/a (a w zależności od potrzeb, w pojedynczych przypadkach w badanej próbie, również badanie hematologiczne, RTG klatki piersiowej, CT klatki piersiowej, konsultację z pulmonologiem).

(dowód: akta kontroli str. 638-665)

1.6. W roku 2018 liczba wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego wzrosła w porównaniu do roku poprzedniego o 14% (a w 2019 r. była na tym samym poziomie). W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego liczba wykonanych zabiegów w 2018 r. zmniejszyła się o 10,8% w porównaniu do roku poprzedniego, a w 2019 r. wzrosła o 25,3% w porównaniu do 2018 r. W 2020 r. nastąpił spadek wykonanych zabiegów o 37,5% w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz o 39,5% w przypadku stawu kolanowego. W 2018 r. takich

¹⁴ Przygotowanie do zabiegu, pobyt w szpitalu, opieka poszpitalna - minimum trzy wizyty pokontrolne - oraz leczenie rehabilitacyjne.

zabiegów było 143, w 2019 r. 144, a w 2020 r. przeprowadzono 90 zabiegów. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego takich zabiegów wykonano odpowiednio: 111, 99, 124 oraz 75.

(dowód: akta kontroli str. 666)

Spadek liczby wykonanych endoprotezoplastyk stawu kolanowego w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego. wynikał, zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, z liczby zabiegów wykonanych u pacjentów w trybie nagłym, do którego doszło w wyniku urazu (w 2017 r. było 12 takich zabiegów, a w 2018 r. trzy). Zabiegi takie są niemożliwe do zaplanowania oraz wymagają większego nakładu czasu i zaangażowania personelu.

Przyczyny spadku liczby wykonanych zabiegów w 2020 r. w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz w przypadku stawu kolanowego zostały opisane w wyjaśnieniach Prezesa Zarządu zawartych w punkcie 1.3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 666, 1223, 1230)

Z wyjątkiem 2020 r., wydajność chirurgiczna endoprotezoplastyki stawu biodrowego (tj. stosunek liczby wykonanych zabiegów do liczby zarejestrowanych skierowań) rosła w kontrolowanym okresie i wyniosła 87,20% w 2018 r., 91,72% w 2019 r. oraz 71,43% w 2020 r. Wydajność chirurgiczna endoprotezoplastyki stawu kolanowego rosła w całym okresie objętym kontrolą i wyniosła 48,77% w 2018 r., 51,67% w 2019 r. oraz 61,48% w 2020 r.

(dowód: akta kontroli str. 667)

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego:

- minimalny wiek pacjentów wyniósł 52 lata (kobiety) i 46 lat (mężczyźni) w 2018 r., 42 lata (kobiety) i 26 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 33 lata (kobiety) i 45 lat (mężczyźni) w 2020 r.;
- maksymalny wiek pacjentów wyniósł 96 lata (kobiety) i 82 lata (mężczyźni) w 2018 r., 95 lat (kobiety) i 88 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 92 lata (kobiety) i 87 lat (mężczyźni) w 2020 r.;
- średni wiek pacjentów wyniósł 70 lat (kobiety) i 64 lata (mężczyźni) w 2018 r., 69 (kobiety) i 64 lata (mężczyźni) w 2019 r. oraz 71 lat (kobiety) i 55 lat (mężczyźni) w 2020 r.
- mediana wieku wyniosła 68 lata (kobiety) i 63 lata (mężczyźni) w 2018 r., 68 lat (kobiety) i 64 lata (mężczyźni) w 2019 r. oraz 70 lat (kobiety) i 66 lat (mężczyźni) w 2020 r.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego:

- minimalny wiek pacjentów wyniósł 43 lata (kobiety) i 49 lat (mężczyźni) w 2018 r., 50 lat (kobiety) i 53 lata (mężczyźni) w 2019 r. oraz 56 lat (kobiety i mężczyźni) w 2020 r.;
- maksymalny wiek pacjentów wyniósł 84 lata (kobiety) i 88 lat (mężczyźni) w 2018 r., 84 lata (kobiety) i 80 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 83 lata (kobiety) i 80 lat (mężczyźni) w 2020 r.;
- średni wiek pacjentów wyniósł 67 lat (kobiety i mężczyźni) w 2018 r., 67 lat (kobiety) i 68 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 67 lat (kobiety i mężczyźni) w 2020 r.
- mediana wieku wyniosła 67 lata (kobiety i mężczyźni) w 2018 r., 67 lat (kobiety) i 69 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 66 lat (kobiety i mężczyźni) w 2020 r.

(dowód: akta kontroli str. 668)

Liczba osobodni pobytu pacjentów, u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego wzrosła z 952 w 2017 r. do 1.061 w 2018 r. (tj. o 11,4%), w 2019 r. wzrosła do 1.115 osobodni (tj. o 5,1% w stosunku do roku poprzedniego), a następnie zmalała do 692 w 2020 r. (spadek o 37,9% w stosunku do roku poprzedniego).

Liczba osobodni pobytu pacjentów, u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu kolanowego zmalała z 763 w 2017 r. do 664 w 2018 r. (tj. o 13,0%), w 2019 r. wzrosła do 827 osobodni (tj. wzrost o 24,5% w stosunku do roku poprzedniego), a następnie zmalała do 505 w 2020 r. (spadek o 38,9% w stosunku do roku poprzedniego).

Średnia długość pobytu pacjenta (w dniach), u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego zmalała z ośmiu dni w 2017 r. do siedmiu dni w 2018 r., a następnie wzrosła do ośmiu dni w 2019 r. i w 2020 r. Średnia długość pobytu pacjenta (w dniach), u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosiła siedem dni w każdym z kontrolowanych lat.

Wykorzystanie łóżek wydzielonych na potrzeby endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego wzrosło z 78% w 2017 r. do 79% 2018 r. (tj. o 0,6%), w 2019 r. wzrosło do 89% (tj. o 12,6% w stosunku do roku poprzedniego), a następnie zmalało do 55% w 2020 r. (spadek o 38,2% w stosunku do roku poprzedniego).

(dowód: akta kontroli str. 669)

Ordynator oddziału ortopedii PCM podał w złożonych wyjaśnieniach, że harmonogram zabiegów endoprotezoplastyki kolan i bioder dostosowywany był do wartości umowy z OW NFZ w zakresie endoprotezoplastyki, a wartość ta zapewniała zaplanowanie i wykonanie średnio 12-15 zabiegów w miesiącu. Ordynator dodał, że nie była prowadzona statystyka przesuniętych zabiegów, a liczba ta jest bardzo zmienna i wynika z decyzji lekarzy anestezjologów kwalifikujących do znieczulenia (dyskwalifikacja ze względów medycznych), możliwości wykorzystania sali operacyjnej w związku z koniecznością priorytetowego zaopatrzenia pilnego lub nagłego urazu lub w związku z informacją o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta lub wydarzeń losowych zmuszających do przesunięcia zaplanowanego zabiegu. Gdy zabieg nie może być wykonany w zaplanowanym terminie, pacjenci są osobiście lub telefonicznie informowani o tym fakcie (w takiej sytuacji w kolejnym okresie planowania jest większa liczba zabiegów powiększona o liczbę niewykonanych zabiegów). Ordynator podał również, że harmonogramy planów zabiegowych nie są archiwizowane – są ustalane z ok. dwutygodniowym wyprzedzeniem.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że lekarz oddziału ortopedycznego kontaktuje się z pacjentem drogą telefoniczną na około jeden miesiąc przed zabiegiem celem przypomnienia o zbliżającym się terminie zabiegu. Prezes dodał, że PCM jest w stanie wykonywać więcej zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego niż zakontraktowano, tj. ok 100 zabiegów rocznie więcej, przy założeniu braku ograniczeń wynikających ze stanu epidemii.

(dowód: akta kontroli str. 670, 1212-1213)

1.7. W Szpitalu obowiązywała procedura P-73 PJ „Procedura edukacji pacjenta po endoprotezoplastyce stawu/biodrowego/kolanowego”. Zgodnie z nią, po zabiegu operacyjnym należało: stopniowo wdrażać ćwiczenia rehabilitacyjne, przeprowadzić naukę reedukacji chodu przy pomocy kul łokciowych lub balkonika, zapoznać pacjenta z zasadami wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, omówić z pacjentem zalecenia dotyczące zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym i wyjaśnić wszystkie wątpliwości oraz wydać pacjentowi informator edukacyjny.

W wyniku przeglądu dokumentacji dotyczącej 45 pacjentów stwierdzono, że plan rehabilitacji ustalany i omawiany był przez rehabilitanta po wykonanym zabiegu na oddziale ortopedycznym. W ramach ustalonego planu leczenia, odbywane były minimum trzy wizyty kontrolne (I wizyta miała miejsce ok 12-14 dni po zabiegu celem usunięcia szwów oraz oceny stanu zdrowia pacjenta, II wizyta - w celu oceny wyników leczenia pooperacyjnego oraz ewentualnej weryfikacji planu leczenia - miała miejsce ok. trzy miesiące po zabiegu, III wizyta - w celu oceny stanu pacjenta

i wyników leczenia - miała miejsce w okresie do jednego roku od zabiegu). Spośród 45 badanych przypadków 26 pacjentów nie wyraziło zgody na odbycie wizyt kontrolnych w PCM. Wszystkim pacjentom po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego wystawiane były skierowania na rehabilitację. Wystawiał je lekarz specjalista prowadzący danego pacjenta jeszcze w trakcie jego pobytu na oddziale ortopedycznym PCM.

(dowód: akta kontroli str. 638-665, 682-683)

Po endoprotezoplastyce stawu biodrowego wystawiono skierowania na rehabilitację w warunkach stacjonarnych łącznie: dla 139 pacjentów w 2018 r., 138 osób w 2019 r. oraz 85 pacjentów w 2020 r., a na rehabilitację na oddziale dziennym wystawiono cztery skierowania w 2018 r., sześć w 2019 r. oraz pięć w 2020 r. Stanowiło to 100,0% ogólnej liczby pacjentów, u których wykonano ten zabieg w każdym z kontrolowanych lat.

Po endoprotezoplastyce stawu kolanowego wystawiono skierowania na rehabilitację w warunkach stacjonarnych dla 98 pacjentów w 2018 r., 122 osób w 2019 r. oraz 72 pacjentów – w 2020 r., a na rehabilitację na oddziale dziennym wystawiono jedno skierowanie w 2018 r., dwa w 2019 r. oraz trzy w 2020 r. Stanowiło to 100,0% ogólnej liczby pacjentów u których wykonano ten zabieg w każdym z kontrolowanych lat.

(dowód: akta kontroli str. 669)

1.8. Wyjaśniając problemy związane z udzielaniem świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego Prezes Zarządu podał, że obecnie funkcjonujące limity świadczeń i nieprzewidywane zwiększenia przez NFZ tychże limitów pod koniec roku, utrudniają planowanie zabiegów w zwiększonym wymiarze. Powszechnie występujący deficyt lekarzy anesteziologów i pielęgniarek anesteziologicznych ogranicza możliwości realizacji dodatkowych zabiegów z zakresu endoprotezoplastyki. Ponadto dodatkowe ograniczenia w dostępności do personelu anesteziologicznego wynikają obecnie z konieczności zaangażowania tego personelu w opiekę nad chorymi zajmującymi tzw. „łóżka respiratorowe” dla chorych na COVID-19, które szpital zorganizował zgodnie z poleceniem wojewody wielkopolskiego. Poza tym wycena świadczeń endoprotezoplastyki jest nieadekwatna do rzeczywistych kosztów udzielania tychże świadczeń (wzrost kosztów wynikający z upływu czasu i względów rynkowych, wzrost kosztów wynikający ze zmian powszechnie obowiązujących przepisów prawa nie znajduje odzwierciedlenia we wzroście wyceny świadczeń). W szczególności dotyczy to wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę, generującego np. wyższe koszty usług sprzątania i posiłków, a także wzrostu wskaźników minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla personelu medycznego. Ponadto obecnie obowiązujące zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyskospecjalistyczne, nie uwzględnia w katalogu świadczeń zabiegu autotransfuzji krwi¹⁵. Ta metoda transfuzji mogłaby być z powodzeniem stosowana w planowanych zabiegach ortopedycznych, jednakże generuje określone koszty związane z przygotowaniem preparatu oraz samym przetoczeniem. Umożliwienie finansowania, obok procedury przetaczania krwi, procedury autotransfuzji zapewne wpłynęłoby pozytywnie na podejmowanie przez świadczeniodawców decyzji o zastosowaniu tej metody.

(dowód: akta kontroli 1213-1214)

¹⁵ Transfuzja autologiczna jest zabiegiem przetaczania krwi, w którym biorcą i dawcą jest ta sama osoba. Leczenie pacjenta własną krwią konserwowaną pozwala na uniknięcie ryzyka związanego z immunizacją antygenami krwinkowymi, przeniesieniem chorób wirusowych, bakteryjnych i pasożytniczych. Ponadto uzupełnia zapasy krwi i jest źródłem krwi dla osób, dla których trudno znaleźć grupę krwi.

Ordynator oddziału ortopedycznego dodał, że w PCM ok. 60-80% zabiegów endoprotezoplastyki wykonywane jest u pacjentów spoza granic powiatu pleszewskiego, co wpływa na ograniczenie możliwości realizacji opieki kompleksowej, gdyż w zakresie AOS oraz rehabilitacji pacjenci wybierają placówki bliżej swojego miejsca zamieszkania (nie pozwala to w pełni monitorować stanu pacjenta po wszczęciu). Obowiązujące przepisy prawa nie pozwalają również na wygzekwowanie od jednostek kierujących na zabieg pełnej diagnostyki przedoperacyjnej. Ponadto posiadany potencjał w zakresie personelu anestezjologicznego i dostępności do bloku operacyjnego ogranicza możliwości zwiększenia wykonania zabiegów.

Pielęgniarka oddziałowa oddziału ortopedycznego wyjaśniła, że ze strony pielęgniarskiej opieki nad pacjentami po zabiegach endoprotezoplastyki nie stwierdziła szczególnych problemów związanych z opieką nad nimi i uważa, że pacjenci mieli zapewnioną kompleksową opiekę.

(dowód: akta kontroli str. 670-671)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze zarówno w latach 2018-2019, jak i w 2020 r. (przed oraz w trakcie stanu epidemii w Polsce).

OBSZAR

2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W styczniu 2019 r. Szpital otrzymał (ważny przez trzy lata) certyfikat akredytacyjny dla lecznictwa szpitalnego, o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹⁶. Szpital opracował i wdrożył procedury związane z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego dotyczące następujących standardów akredytacyjnych¹⁷ odnoszące się do: przyjmowania pacjentów na oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu (standard CO 1), zasady konsultowania pacjentów (standard OS 4), uzyskiwania przez pacjentów i ich rodziny wiedzy niezbędnej do zrozumienia dalszego leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (standard CO 13).

Szpital wdrożył i opracował również procedury dotyczące wszystkich oddziałów Szpitala, w tym oddziału ortopedycznego, odnoszące się do m.in.: postępowania przy przyjęciu do Szpitala (standard CO 6), otrzymywania kart informacyjnych przez pacjentów (standard CO 11), prowadzenia edukacji zdrowotnej (standard CO 12), zakresu wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego (standard OS 1), opracowania planu opieki pacjenta (standard OP 1), funkcjonowania Standardowej Procedury Postępowania (standard OP 2), oceny i skutecznego leczenia bólu (standard OP 6), programu działań dla poprawy jakości (standard PJ 1), analizy reoperacji (standard PJ 2.5), prowadzenia oceny opinii pacjentów (standard PJ 3), wykorzystywania wyników monitorowania jakości (standard PJ 4).

(dowód: akta kontroli str. 672-808)

2.2. Oddział ortopedyczny spełniał dodatkowe warunki realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego, które zostały określone

¹⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135

¹⁷ Określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24).

w załączniku nr 4 poz. 32 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁸, tj.:

- posiadał wydzielone dwie sale chorych dla potrzeb ortopedii spośród sal urazowo-ortopedycznych;
- zapewniono udział w zespole leczniczym osoby prowadzącej fizjoterapię;
- opracowano sformalizowane procedury (postępowania w przypadku powikłań septycznych, profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo zatorowej, profilaktyki antybiotykowej, usprawnienia pooperacyjnego);
- zapewniono w ramach własnej działalności koordynację rehabilitacji leczniczej, wymaganej stanem świadczeniobiorcy, po zakończonym leczeniu szpitalnym;
- posiadano potwierdzenie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wykonania rocznie: co najmniej 60 totalnych aloplastyk stawu biodrowego, co najmniej 40 aloplastyk stawu kolanowego oraz co najmniej 20 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego w okresie trzech lat;
- dokonywano co najmniej raz w roku analizy zdarzeń niepożądanych i przekazywano informacje w tym zakresie ww. konsultantowi wojewódzkiemu.

(dowód: akta kontroli str. 809-861)

2.3. Szpital udzielił w kontrolowanym okresie trzech zamówień publicznych¹⁹ na zakup endoprotez stawu biodrowego i kolanowego oraz endoprotez rewizyjnych. W jednym przetargu wybór najkorzystniejszej oferty dotyczącej protez dokonany został na podstawie jedyne go kryterium oceny, którą była cena brutto oferty. W dwóch pozostałych przetargach wybór najkorzystniejszej oferty dotyczącej endoprotez stawu biodrowego i kolanowego dokonany został na podstawie ceny (waga 90%) oraz czynników ocenianych (waga 10%), którymi były parametry techniczne protez, a wybór najkorzystniejszej oferty dotyczącej endoprotez rewizyjnych stawu biodrowego i kolanowego oraz endoprotez bezcementowych stawu biodrowego dokonany został na podstawie jedyne go kryterium oceny, tj. ceny brutto. Szpital wymagał od podmiotów biorących udział w ww. przetargach oświadczeń, że oferowane przez nie artykuły posiadają atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których mogą być wprowadzane do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia, a oferenci przedstawiali w swoich ofertach odpowiednie certyfikaty, atesty dotyczące endoprotez, jak również deklaracje zgodności wyrobu medycznego wydane przez prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz oceny kliniczne wyrobu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 862-1096)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że przy udzielaniu ww. zamówień publicznych do oceny ofert nie stosowano kryterium jakości ponieważ wprowadzanie tego kryterium było zbędne i bezcelowe. Parametry jakościowe były w przedmiotowych przypadkach stosowane – wynikały mianowicie z cech i parametrów wyrobów wymaganych przez zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia. Wszystkie dopuszczone przez zamawiającego wyroby musiały spełniać postawione przez zamawiającego parametry techniczne – użytkowe. Ponadto w ww. postępowaniach postawiono wymóg posiadania przez potencjalnych oferentów wszelkich atestów, zezwoleń, świadectw rejestracji wymaganych przez polskie prawo, na podstawie których produkty mogą być wprowadzane do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP, co także gwarantowało określoną jakość i bezpieczeństwo produktów.

(dowód: akta kontroli str. 1214)

¹⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295 ze zm.

¹⁹ Oznaczenia spraw nr: Te2300-21/2017, Te2300-03/2018 oraz Te2300/04/2020.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego w latach 2018-2020 najczęściej kupiono i zastosowano endoprotez bezcementowych (łącznie 330), a najczęściej stosowano je u pacjentów w wieku od 60 do 69 lat. Endoprotez cementowych kupiono i użyto łącznie w 25 przypadkach, a najczęściej stosowano je u pacjentów w wieku od 80 do 89 lat. Endoprotez hybrydowych użyto w 22 przypadkach, a najczęściej stosowano je u pacjentów w wieku od 60 do 69 i od 70 do 79 lat.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego w kontrolowanym okresie najczęściej zastosowano endoprotez cementowych (łącznie 287), a najczęściej używano ich u pacjentów w wieku od 60 do 69 lat. Endoprotez bezcementowych użyto łącznie w trzech przypadkach, a endoprotez hybrydowych użyto tylko w 2018 r. w ośmiu przypadkach u pacjentów w wieku od 50 do 59 lat.

(dowód: akta kontroli str. 1097)

2.4. Szpital, zgodnie z procedurami P-81 PJ „Procedura oceny skutków zabiegów”, P-64 PJ „Procedura analizy wybranych wskaźników jakościowych” monitorował jakość wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. Analiza ta obejmowała ustalenie przyczyn: wystąpienia zakażeń miejsca operowanego, przedłużonych pobytów w Szpitalu, wystąpienia zdarzeń niepożądanych, zabiegów rewizyjnych oraz rehospitalizacji, a także zgonów pacjentów. Analiza przeprowadzana była dwa razy w roku. W wyniku ww. analiz stwierdzono, że stosowane w Szpitalu standardy leczenia operacyjnego oraz postępowania terapeutycznego po ww. zabiegach były zgodne z wytycznymi w tym zakresie i nie zachodziła konieczność zmian w zakresie wdrożonych standardów. Ponadto zgodnie z procedurą P-43 PJ „Procedura postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego” przeprowadzono analizy zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły w danym roku na oddziale ortopedycznym (łącznie sześć takich zdarzeń w 2018 r., 12 zdarzeń w 2019 r. oraz jedno w 2020 r., w efekcie których przeprowadzono odpowiednie szkolenia personelu, opracowano i wdrożono nowe procedury). Ww. zdarzenia niepożądane nie dotyczyły zabiegów endoprotezoplastyki.

Liczba endoprotezoplastyk rewizyjnych stawu biodrowego wyniosła po dziewięć w 2018 r. i 2019 r. oraz 11 zabiegów w 2020 r., z czego w siedmiu przypadkach w 2018 r. (tj. 77,8%), sześciu w 2019 r. (tj. 66,7%) oraz pięciu w 2020 r. (tj. 45,5%) endoprotezoplastykę pierwotną wykonał inny świadczeniodawca.

Liczba endoprotezoplastyk rewizyjnych stawu kolanowego wyniosła sześć zabiegów w 2018 r. oraz po dziewięć w 2019 i 2020 r., z czego w trzech przypadkach w 2018 r. (tj. 50,0%), jednym w 2019 r. (tj. 11,1%) oraz trzech w 2020 r. (tj. 33,3%) endoprotezoplastykę pierwotną wykonał inny świadczeniodawca.

Przeprowadzone w kontrolowanym okresie zabiegi rewizyjne endoprotezoplastyki kolana dotyczyły wyłącznie endoprotez cementowych, a zabiegi rewizyjne endoprotezoplastyki biodra w 90% dotyczyły endoprotez bezcementowych, w pozostałym zakresie – cementowych.

Każdego roku analizowano przyczyny zabiegów rewizyjnych. Najczęstsze przyczyny tych zabiegów to pourazowe złamania okoloartrozy, wystąpienie infekcji oraz poluzowań poinfekcyjnych.

(dowód: akta kontroli str. analizy, 666, 774-807, 1098-1125, 1215, 1231-1247)

W kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki zgłoszenia incydentów medycznych związanych ze stosowanymi przez PCM implantami stawów.

W kontrolowanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z wykonaniem w Szpitalu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.

(dowód: akta kontroli str. 355-357, 1126)

W kontrolowanym okresie nie toczyły się postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych związanych z wykonanymi w Szpitalu zabiegami endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego,

jak również nie toczyły się postępowania sądowe wobec Szpitala związane z wykonanymi w Szpitalu zabiegami w ww. zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 1127-1128)

W celu zbadania poziomu satysfakcji pacjentów, zgodnie z procedurą P-12PJ „Procedura przeprowadzania badania satysfakcji pacjentów”, Szpital trzykrotnie w kontrolowanych latach przeprowadził wśród nich badanie ankietowe. Analiza uzyskanych odpowiedzi na oddziale ortopedycznym wykazała m. in. poprawę oceny przez pacjentów w 2019 r. dostępności lekarzy dla pacjentów (spadek z 6,5% ocen negatywnych w 2018 r. do 5,5% w 2019 r.) oraz poprawę oceny przekazywania przez lekarzy informacji o stanie zdrowia pacjenta (spadek z 12% ocen negatywnych do 2,2% w 2019 r.). Szpital ustalił, że oceny negatywne związane były z niewystarczającą liczbą lekarzy na oddziale, przepracowaniem personelu medycznego oraz koniecznością obecności personelu na bloku operacyjnym. W związku z ww. ustaleniami zaproponowano zatrudnienie dwóch lekarzy na tym oddziale. W maju 2020 r. Szpital zatrudnił lekarza odbywającego specjalizację w dziedzinie ortopedii i został złożony do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wniosek o zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych o dwa dodatkowe, który został już zaakceptowany i oczekuje na zaopiniowanie przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora ww. Centrum.

(dowód: akta kontroli str. 808, 1129-1139, 1217)

2.5. Zgodnie z procedurą P-73PJ „Procedura edukacji pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego/kolanowego” pacjenci przed zabiegiem operacyjnym, w trakcie pierwszej wizyty kwalifikacyjnej, zapoznawali się z pisemną broszurą dotyczącą zasad rehabilitacji i postępowaniu po wszczęciu implantu. Lekarz kwalifikujący do zabiegu zapoznawał ustnie pacjenta z planem leczenia oraz przygotowania do zabiegu, o którym mowa w punkcie 1.5 niniejszego wystąpienia pokontrolnego (m.in. informacje dotyczące przebiegu zabiegu i pobytu na oddziale, rehabilitacji po zabiegu). Natomiast po zabiegu, w trakcie pobytu pacjentów na oddziale, otrzymywali oni ww. broszurę na własność (potwierdzając ten fakt podpisem w zeszycie edukacji), co było zgodne z ww. procedurą P-73PJ. Broszura zawierała materiały edukacyjne dotyczące m. in. samoopieki, samopielęgnacji, zasad rehabilitacji oraz reguł wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego. W materiałach tych zawarte były również czytelne instrukcje wykonywania ćwiczeń w domu (wraz z elementami graficznymi wykonywanych ćwiczeń).

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczone były informacje dla pacjentów dotyczące procesu kwalifikacji do zabiegu, etapów leczenia, sposobu ustalania terminu zabiegu, powodów skreślenia z listy oczekujących²⁰.

NIK wskazuje jednak na fakt, że na stronie internetowej Szpitala nie zawarto informacji dotyczących zasad przygotowania się pacjentów do operacji, przebiegu zabiegu i pobytu na oddziale czy dotyczących postępowania pacjenta po wypisie ze Szpitala. NIK podkreśla, że zamieszczenie tych informacji na stronie internetowej Szpitala zapewniłoby pacjentom i ich rodzinom uzyskanie wszechstronnej wiedzy o zabiegach. Prowadzenie komunikacji za pośrednictwem różnych form i kanałów informacyjnych, może zdaniem NIK zmniejszyć ryzyko niewłaściwego postępowania pacjenta, a co za tym idzie nieosiągnięcia optymalnych rezultatów po wykonanych zabiegach endoprotezoplastyki oraz zwiększenia liczby powikłań. Zapewnienie pacjentom i ich rodzinom wszechstronnej edukacji i łatwego dostępu do informacji zawartych na stronie internetowej może ułatwić przygotowanie do operacji oraz szybszy powrót do zdrowia i sprawności po wykonanym zabiegu.

²⁰ Ani w ww. procedurze P-73PJ ani w procedurze P-74PJ „Procedura edukacji pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu” nie zawarto wymogu zamieszczania informacji dotyczących zabiegu endoprotezoplastyki na stronie internetowej Szpitala.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że na stronie internetowej Szpitala zamieszczane były przede wszystkim informacje wymagane przepisami prawa. Informacje dotyczące przygotowania się pacjentów do operacji, przebiegu zabiegu i pobytu na oddziale oraz postępowania pacjenta po wypisie ze szpitala przekazywane są pacjentowi przez personel medyczny szpitala, w szczególności podczas wizyt w poradni bądź ustalania terminów hospitalizacji. Niezależnie od powyższego w 2021 r. planowana jest gruntowna modernizacja strony internetowej PCM, która umożliwi poszerzenie zakresu informacji dostępnych dla pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 638-665, 682-697, 752-754, 1140-1141, 1223)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze zarówno w latach 2018-2019, jak i w 2020 r. (przed oraz w trakcie stanu epidemii w Polsce).

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Zakres zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych²¹ wyniósł 151.840 punktów w 2018 r. (spadek o 1,6% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrósł do 1.537.259 punktów w 2019 r. (tj. o 33,5%), a w 2020 r. spadł do poziomu 1.293.972 punktów (tj. o 15,8%). Zakres wykonanych ww. świadczeń wyniósł 1.151.840 punktów w 2018 r. (spadek o 1,6% w porównaniu do roku poprzedniego) 1.513.742 punktów w 2019 r. (wzrost o 31,4%) oraz 1.116.627 punktów w 2020 r. (spadek o 26,2%).

Zakres zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym²² wyniósł 358.400 punktów w 2018 r. (spadek o 3,7% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrósł do 432.647 punktów w 2019 r. (wzrost o 20,7%), a w 2020 r. spadł do poziomu 359.035 punktów (tj. o 17,0%). Zakres wykonanych ww. świadczeń wyniósł 358.400 punktów w 2018 r. (spadek o 3,8%), 429.926 punktów w 2019 r. (wzrost o 20,0%) oraz 274.428 punktów w 2020 r. (spadek o 36,1%).

(dowód: akta kontroli str. 307)

Wartość zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wyniosła 1.188,62 tys. zł w 2018 r. (spadek o 2,8% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrosła w 2019 r. do 1.614,12 tys. zł (tj. o 35,8%). W 2020 r. wyniosła 1.358,67 tys. zł²³ (spadek o 15,8%).

Wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło 100% w 2018 r., a w 2019 r. wyniosło 1.589,43 tys. zł (tj. 98,5% wartości świadczeń wynikających z umowy) oraz 1.172,46 tys. zł w 2020 r. (tj. 86,3%).

Wartość zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym wyniosła 350,15 tys. zł w 2018 r. (spadek o 4,7 w porównaniu do roku poprzedniego), wzrosła

²¹ Nazwa jednostki rozliczeniowej: Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym – od 1 października 2019 r.

²² Nazwa jednostki rozliczeniowej: rehabilitacja ogólnoustrojowa ośrodka/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

²³ Wg stanu na 18 stycznia 2021 r.

w 2019 r. do 432,65 tys. zł (tj. o 23,6%). W 2020 r. wyniosła 359,04 tys. zł²⁴ (spadek o 17,0%).

Wykonanie ww. zakontraktowanych świadczeń wyniosło 100% w 2018 r. oraz 429,93 tys. zł w 2019 r. (tj. 99,4% wartości umowy) oraz 274,43 tys. zł w 2020 r. (tj. 76,4%).

(dowód: akta kontroli str. 308)

Niepełne wykonanie zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2019 r., zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, spowodowane być mogło skróceniem czasu pobytu pacjentów w oddziale. Natomiast niepełne wykonanie świadczeń rehabilitacji w ośrodku rehabilitacji dziennej wystąpiło w zakresie rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności i wynikało z braku pacjentów kwalifikujących się do rozliczenia w tym zakresie.

Wyjaśnienia dotyczące przyczyn niewykonania zakontraktowanych ww. świadczeń w 2020 r. znajdują się w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Prezes Zarządu dodał jednocześnie, że niewykonania związane były również z: przesunięciem z rehabilitacyjnego części personelu medycznego do oddziału leczenia COVID-19, wprowadzeniem ograniczeń w zakresie realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji w związku z rozporządzeniem Rady Ministrów z 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii²⁵ (ograniczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta), realizacją decyzji Wojewody Wielkopolskiego z 12 listopada 2020 r. o utworzeniu i prowadzeniu Izolatorium dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (40 miejsc usytuowanych w lokalizacji oddziału rehabilitacyjnego), lękiem pacjentów przed kontaktem z personelem medycznym oraz licznymi prośbami o przesunięcia terminów rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 308, 1223-1230)

PCM wystąpiło jeden raz do OW NFZ o przyznanie dodatkowych środków na świadczenia rehabilitacji (w sierpniu 2018 r. zwrócił się o kwotę 114.730 zł na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz o 36.577,58 zł na świadczenia rehabilitacji w oddziale dziennym). Wniosek ten został rozpatrzony negatywnie.

W latach 2018-2020 PCM nie otrzymało środków na świadczenia rehabilitacji pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i stawu kolanowego z innych źródeł niż NFZ.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19, a także wytycznymi NFZ, świadczenia rehabilitacyjne zostały ograniczone do sytuacji, kiedy jej brak mógłby doprowadzić do pogorszenia stanu funkcjonalnego pacjenta. Oprócz opracowania i wdrożenia procedur wymienionych punkcie 1.3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w celu zwiększenia wykonania planu na 2020 r. podjęto decyzję o przyjmowaniu pacjentów wyrażających taką chęć na oddział rehabilitacji stacjonarnej bezpośrednio po wykonaniu endoprotezoplastyki biodra lub kolana.

(dowód: akta kontroli str. 304-306, 1215)

3.2. W kontrolowanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z prowadzeniem listy oczekujących i czasem oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym.

(dowód: akta kontroli str. 355-357)

²⁴ Wg stanu na 18 stycznia 2021 r.

²⁵ Dz.U. z 2020 r., poz. 566.

W latach 2018-2020 liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych zmniejszała się w porównaniu do roku poprzedniego²⁶. Na koniec każdego roku, na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oczekiwało:

– przypadki pilne: siedmioro pacjentów w 2018 r., troje w 2019 r. oraz sześcioro w 2020 r.;

– przypadki stabilne: 928 pacjentów 2017 r., 865 w 2018 r. (spadek o 6,8%), 656 w 2019 r. (spadek o 24,1%) oraz 607 w 2020 r. (spadek o 7,5%).

Zmniejszała się także liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym, przy czym w 2018 r. nastąpił wzrost w porównaniu do roku poprzedniego. W poszczególnych latach na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym oczekiwało:

– przypadki pilne: troje pacjentów w 2019 r., a w latach 2018 i 2020 liczba osób oczekujących wynosiła zero;

– przypadki stabilne: 209 w 2018 r. (wzrost o 60,8%), 167 w 2019 r. (spadek o 20,1%) oraz 102 w 2020 r. (spadek o 38,9%).

(dowód: akta kontroli str. 358)

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, ww. zwiększona liczba pacjentów oczekujących na świadczenie rehabilitacji na oddziale dziennym w 2018 r. wynikała z tego, iż przyrost nowych pacjentów oczekujących na świadczenie był większy niż liczba pacjentów, którym udzielono świadczenie w danym roku. Prezes podał również argumenty tożsame z przytoczonymi w jego wyjaśnieniach zawartych w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Podkreślił również, że liczba świadczeń zaplanowanych i zrealizowanych w analizowanym okresie znacząco się zwiększyła.

(dowód: akta kontroli str. 358, 1221-1222)

W latach 2018-2019 wzrastała liczba osób (przypadek stabilny), które nie zgłosiły się na ustalony termin lub zrezygnowały ze świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. W 2018 r. łącznie 93 pacjentów zostało skreślonych z listy oczekujących, w 2019 r. miały miejsce 123 takie skreślenia, a w 2020 r. osiem takich przypadków.

W wyniku niezgłoszenia się na ustalony termin świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w 2018 r. z tego powodu skreślono z listy łącznie 10 pacjentów, w 2019 r. dwoje pacjentów, a w 2020 r. miało miejsce jeden taki przypadek.

W wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2018 r. łącznie pięcioro pacjentów zostało skreślonych z listy oczekujących, w 2019 r. miało miejsce siedem skreśleń, a w 2020 r. 15 takich przypadków.

W wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym w 2018 r. z tego powodu skreślono z listy 28 pacjentów, w 2019 r. dziewięcioro pacjentów, a w 2020 r. miało miejsce 14 takich przypadków.

(dowód: akta kontroli str. 359)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że PCM nie posiada udokumentowanych informacji nt. przyczyn niezgłaszania się pacjentów czy też przyczyn rezygnacji ze świadczeń. Z informacji nieformalnych wynika, że w 2020 r. był to lęk przed zakażeniem COVID-19. Prezes dodał, że w przypadku skreśleń pacjentów z listy oczekujących na świadczenia rehabilitacji wolne terminy były proponowane kolejnym osobom z listy oczekujących lub miejsce to było proponowane świadczeniobiorcy w trybie pilnym

²⁶ Procedury regulujące zasady przyjęć pacjentów do Szpitala (tj. procedura P-14 CO oraz P-46 PJ/a) zostały opisane w punkcie 1.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

lub świadczeniobiorcy mającemu prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str. 359, 1215-1216)

Czas oczekiwania (średnia, mediana i kwartył trzeci w dniach) na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wyniósł odpowiednio:

– w 2018 r.: 369, 336 i 508 dla przypadków pilnych oraz 891, 986 i 920 dla przypadków stabilnych;

– w 2019 r.: 465, 488 i 602 dla przypadków pilnych oraz 941, 951 i 1.005 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 77, pięć i dziewięć dla przypadków pilnych oraz 1.086, 1.069 i 1.153 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 94,2% w 2018 r., następnie wzrósł o 26,0% w 2019 r. i zmalał o 83,4% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrósł o 10,0% w 2018 r., o 5,6% w 2019 r. i o 15,4% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrosła o 114% w 2018 r. i o 45,2% w 2019 r., a w 2020 r. zmalała o 99,0%. Natomiast dla przypadków stabilnych wzrosła o 23,1% w 2018 r., zmalała o 3,6% w 2019 r. i wzrosła o 12,4% w 2020 r.

Czas oczekiwania (średnia, mediana i kwartył trzeci w dniach) na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym wyniósł odpowiednio:

– w 2018 r.: 92, 102 i 136 dla przypadków pilnych oraz 136, 16 i 157 dla przypadków stabilnych;

– w 2019 r.: 50, 42 i 61 dla przypadków pilnych oraz 227, 229 i 262 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 47, 44 i 69 dla przypadków pilnych oraz 225, 208 i 260 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmalał o 45,7% w 2019 r. i o 6,0% w 2020 r. Natomiast dla przypadków stabilnych zmalał o 11,7% w 2018 r., wzrósł o 66,9% w 2019 r. i zmalał o 0,9% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na ww. świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmalała o 58,8% w 2019 r., a w 2020 r. wzrosła o 2,3%. Natomiast dla przypadków stabilnych zmalała o 88,7% w 2018 r., wzrosła o 1.331,6% w 2019 r. i zmalała o 9,2% w 2020 r.

(dowód: akta kontroli str. 360)

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu, na wzrost czasu oczekiwania pacjentów zapisanych na listach oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz w oddziale dziennym miał wpływ fakt, iż od 1 lipca 2018 r. osoby, które ukończyły 16 rok życia i posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności miały prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (świadczenia opieki zdrowotnej dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności udzielane są poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonych w placówkach medycznych list oczekujących²⁷), a PCM nie miało możliwości ograniczenia zapisów pacjentów posiadających takie szczególne uprawnienia. Przyjęcie pacjenta poza listą oczekujących wpływało na ograniczenie dostępności w innych zakresach. Prezes podał również argumenty dotyczące planu leczenia, tożsame z przytoczonymi w jego wyjaśnieniach zawartych w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 360, 1221-1222)

²⁷ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 932)

Działający w PCM Zespół oceny przyjęć przeprowadzał raz w miesiącu, zgodnie z art. 21²⁸ ustawy z o świadczeniach, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Przeglądy te przeprowadzane były pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn ewentualnych zmian terminów udzielenia świadczeń. W wyniku ww. przeglądów zespół nie stwierdził żadnych nieprawidłowości i w związku z tym, nie zalecił podjęcia żadnych działań związanych z prowadzeniem list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 1142-1203)

PCM przypominało telefonicznie pacjentom o zbliżającym się terminie rozpoczęcia z około dwutygodniowym wyprzedzeniem.

Odnosząc się do wpływu epidemii COVID-19 na czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym, Prezes podał argumenty tożsame z przytoczonymi w jego wyjaśnieniach zawartych w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Dodał, że udział procentowy skierowań realizowanych w PCM był wyższy niż w latach poprzednich i wynosił w przypadku endoprotezoplastyki biodra – 29%, a w przypadku kolana - 33%. Wskaźnik ten mógłby być jeszcze wyższy, jednak część operowanych pacjentów zrezygnowała z wszelkich dodatkowych świadczeń w obawie przed możliwością zakażenia SARS-CoV-2 oraz z uwagi na preferencje wynikające z miejsca zamieszkania.

W celu ograniczenia czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym, w związku z epidemią COVID-19, wolne terminy były proponowane kolejnym osobom z listy oczekujących lub miejsce to było proponowane świadczeniobiorcy w trybie pilnym lub świadczeniobiorcy mającemu prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli str. 1215-1216, 1222)

W trakcie kontroli²⁹ stwierdzono również, że czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (dla przypadków stabilnych) wykazany na stronach internetowych NFZ był zgodny z czasem oczekiwania wykazany przez prowadzony w Szpitalu system rejestracji pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 591-602)

3.3. W wyniku przeglądu dokumentacji dotyczącej 45 pacjentów stwierdzono, że w każdym przypadku lekarz prowadzący wystawiał skierowanie na rehabilitację. W przypadku podjęcia przez pacjenta decyzji o leczeniu rehabilitacyjnym w PCM, lekarz prowadzący, jeszcze w trakcie pobytu pacjenta na oddziale, po konsultacji z Ordynatorem oddziału rehabilitacji PCM, ustalał czas rozpoczęcia rehabilitacji na tym oddziale. Takie przypadki traktowano jako kontynuację leczenia po zabiegu (łącznie 20 pacjentów spośród badanej próby kontynuowało leczenie rehabilitacyjne po zabiegu w PCM). W odniesieniu do tych pacjentów, ich rehabilitacja w 13 przypadkach rozpoczęła się w okresie do jednego miesiąca od wykonania zabiegu endoprotezoplastyki, w pięciu przypadkach w okresie do trzech miesięcy, a w dwóch przypadkach w okresie do pięciu miesięcy po zabiegu.

(dowód: akta kontroli str. 638-661)

Łącznie po endoprotezoplastyce stawu biodrowego 22 pacjentów w 2018 r., 33 w 2019 r. oraz 21 w 2020 r. korzystało w PCM ze świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, a czworo pacjentów w 2018 r., sześć w 2019 r. oraz pięć w 2020 r. korzystało z tych świadczeń na oddziale dziennym.

Po endoprotezoplastyce stawu kolanowego 19 pacjentów w 2018 r., 30 w 2019 r. oraz 22 w 2020 r. korzystało w PCM ze świadczeń rehabilitacji w warunkach

²⁸ Uchylony z dniem 1 września 2020 r.

²⁹ Badanie przeprowadzono dwukrotnie w czasie kontroli, tj. 12 stycznia oraz 3 lutego 2021 r.

stacjonarnych, a jeden pacjent w 2018 r., dwoje w 2019 r. oraz troje w 2020 r. korzystało z tych świadczeń na oddziale dziennym.

(dowód: akta kontroli str. 1204)

3.4. Omawiając problemy związane z udzielaniem świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym Prezes Zarządu podał, że najistotniejszym problemem jest wycena świadczeń rehabilitacji nieadekwatna do rzeczywistych kosztów ich udzielania (wzrost kosztów został opisany w wyjaśnieniach zawartych w punkcie 1.8 niniejszego wystąpienia pokontrolnego). Ponadto, dla zapewnienia bardzo wysokich standardów udzielanych świadczeń Szpital zatrudnia opiekunki medyczne, które – stanowiąc bardzo istotne wsparcie personelu pielęgniarskiego przy wykonywanych czynnościach opiekuńczych – nie są uwzględniane przy obliczaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Taki mechanizm powoduje, że podmioty lecznicze nie dostrzegają ekonomicznego uzasadnienia dodatkowego zatrudniania personelu opiekuńczego. W okresie pandemii oczywistym problemem jest obawa pacjentów przed zakażeniem wirusem SARS CoV-2 i w związku z tym wynikają także określone niedogodności związane ze stosowaniem środków ochrony indywidualnej, koniecznością izolowania pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub kontaktu z osobą zakażoną.

Ordynator oddziału rehabilitacji dodała, że w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej nie zidentyfikowała problemów związanych z udzielaniem świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie usprawniania pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. W zakresie świadczeń realizowanych w oddziale dziennej rehabilitacji ordynator wskazała na zaniżone szacowanie kosztów jednego osobodnia pobytu pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki (na poziomie 77 zł).

Pielęgniarka oddziałowa oddziału rehabilitacji wyjaśniła, że nie widzi problemów w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz oddziale dziennej rehabilitacji związanych z udzielaniem świadczeń w zakresie usprawniania pacjentów po zabiegach endoprotezoplastyki.

(dowód: akta kontroli str. 1205-1206, 1216)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze zarówno w latach 2018-2019, jak i w 2020 r. (przed oraz w trakcie stanu epidemii w Polsce).

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w 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 niesformułowaniem wniosków pokontrolnych i uwag, NIK nie oczekuje odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne.

Poznań, dnia 21 kwietnia 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Bartosz Tomczyk
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. wicedyrektora

.....
Podpis

.....
Podpis