



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.028.03.2020

Wojciech Maćkowiak  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki  
Zdrowotnej w Kościanie  
ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I.

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Maćkowiak, Dyrektor Szpitala, od 14 czerwca 2018 r. Wcześniej funkcję tę pełnił Piotr Lehmann, od 1 września 2006 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dostępność do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.</li><li>2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów.</li><li>3. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2020. Badania kontrolne mogą 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 <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	Marek Rozwalka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/163/2020 z 17 grudnia 2020 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-9)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W latach 2018-2019, jak i w 2020 r. w Szpitalu podjęto skuteczne działania służące zwiększeniu dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki i zapewnieniu jakości tych zabiegów oraz rehabilitacji pooperacyjnej.

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 (leczenie szpitalne).

W latach 2018-2019 wzrastała wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, to jednakże nie przyczyniło się do znacznego zmniejszenia liczby oczekujących na te zabiegi, a średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych był ciągle długi i wynosił 2 501 i 1 642 dni w przypadku stawu biodrowego oraz 2 055 i 2 273 dni w przypadku stawu kolanowego. W badanej próbie 45 pacjentów założony modelowy 6-miesięczny czas oczekiwania na zabieg od zarejestrowania skierowania został przekroczony w przypadku 27 osób (60%).

W 2020 r. zmniejszyła się liczba wykonywanych zabiegów, liczba oczekujących pacjentów oraz średni czas oczekiwania. Było to spowodowane epidemią COVID-19, w trakcie której wstrzymano lub ograniczono wykonywanie zabiegów, a pacjenci rezygnowali z hospitalizacji.

Również dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych była ograniczona. W latach 2019-2020 wzrósł o 504,1% średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych na takie świadczenia w warunkach stacjonarnych, z 44 dni do 265 dni.

Szpital zapewniał rzetelną opiekę pooperacyjną pacjentów skierowanych na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, a także koordynował udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym w ramach ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń.

W toku badania dokumentacji medycznych 45 pacjentów stwierdzono, że w przypadku 38 osób nie wyznaczono i nie zrealizowano w Szpitalu pierwszej wizyty kwalifikacyjnej<sup>3</sup>, wskazanej w modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce. W przypadku pięciu pacjentów kierowanych na operację biodra oraz dwóch na operację kolana, pierwsze wizyty kwalifikacyjne miały miejsce w Szpitalu. W odniesieniu do wszystkich 45 pacjentów ujętych w badanej próbie stwierdzono brak przeprowadzenia drugich wizyt kwalifikacyjnych przewidzianych ww. modelem opieki, potwierdzających kwalifikacje do przedmiotowych zabiegów, a w przypadku 43 osób w dokumentacji medycznej brak było danych wskazujących na zapewnienie im koniecznych konsultacji z lekarzami specjalistami.

Szpital monitorował jakość wykonywanych świadczeń endoprotezoplastyki oraz zapewnił odpowiednią (wysoką) jakość stosowanych protez, co skutkowało niewielką liczbą przeprowadzanych zabiegów rewizyjnych.

Badanie list oczekujących do poradni AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala ujawniło w kontrolowanym okresie przypadki braku wskazywania w listach, pomimo takiego obowiązku, zakwalifikowania świadczeniobiorców do określonej

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Zdaniem pracowników kontrolowanej jednostki w odniesieniu do ww. 38 osób pierwsze wizyty kwalifikacyjne na zabieg endoprotezoplastyki były realizowane w podmiotach leczniczych, w których pacjent otrzymywał skierowanie na taki zabieg, rejestrowane następnie w Szpitalu.

kategorii medycznej (przypadki pilne lub stabilne). Jednocześnie stwierdzono przypadki nierzetelnego wprowadzania w niektórych miesiącach badanego okresu danych dotyczących liczb osób oczekujących w systemie informatycznym AP-KOLCE Kolejki Centralne. Na stronach internetowych Szpitala nie prezentowano w badanym okresie informacji dotyczących przygotowania się do zabiegu endoprotezoplastyki, jego przebiegu i pobytu na oddziale ortopedycznym, a także postępowania po wypisie ze Szpitala. Nie przekazywano ponadto konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii informacji dotyczących wystąpienia lub braku zdarzeń niepożądanych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

### 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 liczbą lekarzy udzielających świadczeń w poradni AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala w porównaniu do roku poprzedniego kształtowała się na stabilnym poziomie. W latach 2018, 2019 i 2020 porad tego rodzaju udzielało trzech lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów. Ww. stan zatrudnienia był zgodny ze stanem zatrudnienia wykazany w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia – Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim w Poznaniu (dalej: także 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 specjalistycznej<sup>4</sup>.

Na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu Szpitala (dalej: oddział ortopedyczny) liczba lekarzy w 2020 r. zwiększyła się w porównaniu do 2017 r. o dwie osoby. W 2018 r. zatrudnionych było łącznie sześciu lekarzy (wzrost o 20% - w relacji do zatrudnienia z 2017 r.), ośmiu lekarzy w 2019 r. (wzrost o 60%) oraz siedmiu lekarzy w 2020 r. (wzrost o 40%). W porównaniu do 2017 r. zwiększyła się liczba pielęgniarek na oddziale ortopedycznym. W 2018 r. zatrudnionych było 14 pielęgniarek (analogicznie jak w roku wcześniejszym), natomiast w 2019 i 2020 r. 15 pielęgniarek (wzrost o 7 %). Ww. stan zatrudnienia był zgodny ze stanem zatrudnienia wykazany w umowie z 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 szpitalnego (dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.)<sup>5</sup>.

Zarówno w poradni, jak i na oddziale ortopedycznym struktura wiekowa lekarzy kształtowała się na stabilnym poziomie. W podziale na 10-letnie przedziały wiekowe najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku poniżej 35 lat, najmniej liczną osoby powyżej 65 lat. W poradni zatrudnieni byli lekarze w wieku poniżej 35 lat, od 45 do 54 lat oraz powyżej 65 lat (po jednym lekarzu w takich grupach wiekowych), a ich udział procentowy w stosunku do ogólnej liczby lekarzy wynosił w każdej z tych grup od 13% w 2019 r. do 17% w 2018 r.

W przypadku pielęgniarek najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku poniżej 35 lat, od 35 do 44 lat oraz od 45-54 lat. Pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat stanowiły

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290

od 36% w latach 2018 i 2019 do 40% w 2020 r. ogólnej liczby pielęgniarek. Nie zatrudniano w tej grupie zawodowej osób w wieku powyżej 65 lat.

(akta kontroli str. 134-245, 856-857, 860)

Dwóch lekarzy zatrudnionych w oddziale ortopedycznym udzielało także świadczeń w poradni ortopedycznej w 2018 r., natomiast w 2019 i 2020 r. jeden lekarz łączył pracę w oddziale z poradnią. W 2018 roku sześciu lekarzy oddziału ortopedycznego wykonywało zabiegi endoprotezoplastyki zarówno stawu biodrowego, jak i kolanowego. Zabiegi endoprotezoplastyk obu stawów w latach 2019 i 2020 wykonywało ogółem odpowiednio siedmiu oraz dziewięciu lekarzy tego oddziału.

(akta kontroli str. 245, 631-678)

**1.2.** W latach 2018-2010 na potrzeby poradni ortopedycznej przeznaczono jeden gabinet lekarski z dostępem na miejscu do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego oraz gipsowni. Dla poradni AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu zapewniono dostęp do badań RTG oraz USG w lokalizacji<sup>6</sup>.

Szpital zapewnił od 2019 r. dostęp do badań rezonansu magnetycznego w lokalizacji na podstawie zawartej umowy z podmiotem zewnętrznym L., a ponadto badania tego rodzaju realizowano w oparciu o umowę zawartą ze szpitalem klinicznym w Poznaniu. Oddział ortopedyczny dysponował w badanym okresie dwoma przyłóżkowymi jezdnyymi aparatami RTG, w tym jednym cyfrowym.

(akta kontroli str. 246-253, 631-663, 679-681)

Oddział ortopedyczny wyposażono w latach 2018, 2019 oraz 2020 w 15 łóżek, z których nie wydzielono łóżek na potrzeby endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. Dyrektor wyjaśnił, że Szpital zapewniał w oddziale w badanym okresie dostęp do minimum dwóch sal chorych na potrzeby świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

(akta kontroli str. 679-681, 862)

Blok operacyjny Szpitala dysponował w badanych latach trzema salami operacyjnymi, każda wyposażona w stół operacyjny. Każdy oddział zabiegowy, tj. oddział ortopedyczny, oddział chirurgiczny oraz oddział ginekologiczno-położniczy dysponował jedną salą (stołem operacyjnym), przy czym w latach 2018-2020 oddział ortopedyczny wykorzystywał do swoich zabiegów również salę operacyjną oddziału ginekologiczno-położniczego. Sale operacyjne bloku operacyjnego wyposażono w wentylację jednokierunkową z zastosowaniem wielostopniowej filtracji powietrza nad polem zabiegowo-operacyjnym (stropy laminarne), z nawiewem (góraj) i wywiewem (proporcjonalnie dołem i góraj) powietrza, zapewniającym nadciśnienie w stosunku do części korytarzowej. Blok operacyjny został oddany do użytku jako nowa inwestycja w styczniu 2015 r. i od tego czasu nie przeprowadzano remontu generalnego. Dyrektor wyjaśnił, że na bieżąco wykonywane są naprawy i konserwacje, jak również wymagane serwisy sprzętu, urządzeń i systemów bloku.

(akta kontroli str. 631-636, 679-682)

**1.3.** Zakres wykonanych świadczeń AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu wyniósł 211 766,6 punktów w 2018 r. (wzrost o 201,1% w porównaniu do roku poprzedniego), 240 898,81 punktów w 2019 r. (wzrost o 13,8%), a 2020 r. 191 586,80 punktów (spadek o 20,5%).

---

<sup>6</sup> W Szpitalu funkcjonowało Centrum Diagnostyki Obrazowej (CDO) realizujące usługi rentgenodiagnostyki oraz USG. Dostęp do badań USG zapewniono poza CDO także w pomieszczeniach poradni ortopedycznej.

W latach 2018-2019 wzrastała liczba punktów zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w porównaniu do roku poprzedniego, tj. 3 622 196,22 punktów w 2018 r. (wzrost o 219,1%) i 4 002 395,80 punktów w 2019 r. (wzrost o 10,5%). W 2020 r. zmniejszyła się liczba punktów zakontraktowanych świadczeń do poziomu 3 293 993 punktów, tj. o 18,3%. Zakres wykonanych świadczeń w latach 2018-2019 był tożsamy z zakresem zakontraktowanych świadczeń, a w 2020 r. wyniósł 3 199 238,60 punktów, tj. 97,1% zakontraktowanych świadczeń.

(akta kontroli str. 867-868)

W latach 2018 i 2019 zmniejszyła się a następnie wzrosła, wartość wykonanych świadczeń AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu w porównaniu do roku poprzedniego. W 2018 r. wynosiła 211 tys. zł (spadek o 3,6%), a w 2019 r. 240 tys. zł (wzrost o 13,7%). W 2020 r. nastąpił ponownie spadek o 36,2%, a wartość wykonanych świadczeń wynosiła 153 tys. zł.

W latach 2018-2019 wzrastała wartość zakontraktowanych oraz wykonanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego w porównaniu do roku poprzedniego. W 2018 r. wartość wykonanych świadczeń wyniosła 3 622 tys. zł (wzrost o 19,5%), a w 2019 r. 3 999 tys. zł (wzrost o 10,4%). W 2020 r. nastąpił spadek wykonania powyższych świadczeń o 20,0% (3 199 tys. zł), przy jednoczesnym spadku wartości kontraktu na ich realizację o 20,6% (3 199 tys. zł).

W latach 2018-2019 wykonano odpowiednio 100% i 99,2% zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki, natomiast w 2020 r. 100%.

(akta kontroli str. 861)

W latach 2018 i 2019 Szpital występował do NFZ o przyznanie dodatkowych środków na realizację świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego<sup>7</sup>. W 2018 roku dotyczyło to dodatkowego zwiększenia wartości umowy w drugim półroczu o kwotę 239 492,92 zł, a w 2019 r. dwóch pozytywnie zaopiniowanych wniosków, na podstawie których wartość zakontraktowanych świadczeń zwiększono o 447 482 zł oraz 637 438 zł. W 2020 r. Szpital nie składał, jak wyjaśnił Dyrektor, przedmiotowych wniosków, z uwagi na problemy związane z realizacją umów dotyczące epidemii COVID-19.

(akta kontroli str. 664-668, 879)

Szpital nie otrzymywał w badanym okresie środków na świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego z innych źródeł niż NFZ.

(akta kontroli str. 631-636)

W badanym okresie obowiązywała zawarta w dniu 25 października 2017 r., pomiędzy NFZ a Szpitalem na okres od 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021 r., umowa<sup>8</sup> o udzielanie przez świadczeniodawcę (Szpital) gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń gwarantowanych). Umowa obejmowała m.in. realizację w tym okresie przez Szpital świadczeń w zakresie: endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (finansowanych odrębnie w PSZ), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, w tym po

<sup>7</sup> Wnioski z dnia 16 kwietnia 2018 r. oraz 22 marca i 30 sierpnia 2019 r.

<sup>8</sup> Nr 150001592/03/8/0027/0/17/21.

leczeniu operacyjnym, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, a także świadczeń poradni ortopedycznej Szpitala.

(akta kontroli str. 134-244)

W dniu 15 marca 2020 r. NFZ przekazał za pośrednictwem SZOI komunikat „Zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19”. Na jego podstawie wprowadzono, jak stwierdził Dyrektor, nie odwołany do dziś obowiązek ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia, udzielania świadczeń planowych. Szpital dwukrotnie wstrzymał lub ograniczył wykonywanie świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w okresie przełomu marca i kwietnia świadczenia te wstrzymano, natomiast na przełomie października i listopada ograniczono ilość wykonywania takich zabiegów. Pomimo zaistniałych ograniczeń świadczenia te, jak wyjaśniono, wykonano w ilości przekraczającej wartość określoną w umowie na dzień 1 stycznia 2020 r. Dyrektor stwierdził ponadto, iż celem realizacji tego rodzaju świadczeń podejmowano w Szpitalu działania w zakresie okresowej pracy na dwóch salach operacyjnych, a także zwiększenia liczby łóżek umożliwiających przyjęcie większej liczby pacjentów.

(akta kontroli str. 631-636)

1.4. W badanym okresie w Szpitalu rozpatrywano dwie skargi związane z prowadzeniem list oczekujących oraz czasem oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Skargi złożone w 2019 r. dotyczyły przekazanej pacjentowi informacji o niemożliwym do realizacji (zbyt bliskim) terminie wykonania zabiegu, a ponadto wykreślenia pacjenta na własną prośbę z listy oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego oraz brakiem możliwości ponownego wpisania na tę listę z zachowaniem dotychczasowego terminu zabiegu. W wyniku rozpatrzenia przedmiotowych skarg w pierwszym przypadku ustalono w uzgodnieniu z pacjentem ponowny termin wykonania zabiegu, w drugim pacjent zrezygnował z proponowanego nowego terminu zabiegu.

(akta kontroli str. 631-660)

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

- przypadki pilne: 18 pacjentów w 2018 r., (spadek o 64,0%), 3 pacjentów w 2019 r. (spadek o 83,3%) oraz 121 pacjentów w 2020 r. (wzrost o 3 933,3%);
- przypadki stabilne: 458 pacjentów w 2018 r. spadek o 34,6%), 677 w 2019 r. (wzrost o 47,8%) oraz 2903 w 2020 r. (wzrost o 328,8%).

W poszczególnych latach na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego oczekiwało:

- przypadki pilne: 113 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 8,7%), 138 w 2019 r. (wzrost o 22,1%) oraz 83 pacjentów w 2020 r. (spadek o 39,9%);
- przypadki stabilne: 30 pacjentów w 2018 r. (spadek o 6,2%), 38 w 2019 r. (wzrost o 26,7%) oraz 27 w 2020 r. (spadek o 28,9%).

Na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego oczekiwało:

- przypadki pilne: 78 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 5,4%), 105 w 2019 r. (wzrost o 34,6%) oraz 66 w 2020 r. (spadek o 37,1%);

- przypadki stabilne: 39 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 5,4%), 31 w 2019 r. (spadek o 20,5%) oraz 23 w 2020 r. (spadek o 25,8%).

(akta kontroli str. 863)

W latach 2018-2020 na ustalony termin zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie 18 pacjentów, z tego siedmiu w 2018 r., sześciu w 2019 r., pięciu w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 59 pacjentów, z tego 20 w 2018 r., 25 w 2019 r. i 14 w 2020 r.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie 26 pacjentów, z tego 17 w 2018 r., siedmiu w 2019 r. i dwóch w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 50 pacjentów, z tego 12 w 2018 r., 18 w 2019 r. i 20 w 2020 r.

Głównymi przyczynami niezgłaszania się na zabiegi, rezygnacji z nich, była najczęściej zmiana podmiotu wykonującego zabieg, względy medyczne wykluczające jego wykonanie, lęk przed zabiegiem spowodowany potencjalnym zakażeniem COVID-19, bądź sytuacja rodzinna lub zawodowa pacjenta.

NFZ, jak wyjaśnił Dyrektor, nie informował Szpitala w badanym okresie o niemożności stawienia się pacjenta w określonym terminie lub o rezygnacji ze świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Ze złożonych wyjaśnień wynikało ponadto, że w przypadku zgłoszenia rezygnacji pacjenta wpisanego do listy osób oczekujących na świadczenia, zwolnione miejsce zajmowane było przez kolejnego pacjenta z wykazu.

(akta kontroli str. 664-668, 854-855, 864, 891-892)

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

- w 2018 r.: 17, 12 i 29 dla przypadków pilnych oraz 67, 69 i 74 dla przypadków stabilnych;

- w 2019 r.: 82, 65 i 79 dla przypadków stabilnych;

- w 2020 r.: osiem, siedem i 13 dla przypadków pilnych oraz 19, 17 i 28 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 15,6% w 2018 r. Dla przypadków stabilnych wzrósł o 59,7% w 2018 r., wzrósł o 22,7% w 2019 r. i zmniejszył się o 76,5% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmniejszyła się o 14,3% w 2018 r. Dla przypadków stabilnych wzrosła o 66,3% w 2018 r., zmniejszyła się o 5,8% w 2019 r. i zmniejszyła się o 73,8% w 2020 r.

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

– w 2018 r.: 339, 221 i 451 dla przypadków pilnych oraz 2 502, 2 429 i 2 826 dla przypadków stabilnych;

– w 2019 r.: 430, 136 i 631 dla przypadków pilnych oraz 1 642, 1 455 i 2 424 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 198, 96 i 270 dla przypadków pilnych oraz 1 812, 2 025 i 2 652 dla przypadków stabilnych.



Średni czas oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 3,2% w 2018 r., wzrósł o 26,7% w 2019 r., a następnie zmniejszył się o 54,0% w 2020 r. Dla przypadków stabilnych wzrósł o 15,1% w 2018 r., zmniejszył się o 34,3% w 2019 r. i wzrósł o 10,3% w 2020 r.

Mediana czasu oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrosła o 33,1% w 2018 r., zmniejszyła się o 38,4% w 2019 r. i zmniejszyła się o 29,4% w 2020 r. Dla przypadków stabilnych wzrosła o 15,1% w 2018 r., zmniejszyła się o 40,1% w 2019 r. i wzrosła o 39,2% w 2020 r.

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

- w 2018 r.: 491, 303 i 582 dla przypadków pilnych oraz 2 055, 2 053 i 2 168 dla przypadków stabilnych;
- w 2019 r.: 475, 359 i 639 dla przypadków pilnych oraz 2 273, 2 276 i 2 610 dla przypadków stabilnych;
- w 2020 r.: 329, 291 i 284 dla przypadków pilnych oraz 964, 462 i 2 392 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmniejszył się o 11,1% w 2018 r., zmniejszył się o 3,3% w 2019 r., a o 30,6% w 2020 r. Dla przypadków stabilnych wzrósł o 4% w 2018 r., następnie wzrósł o 10,6% w 2019 r., a w 2020 r. zmniejszył się o 57,6%.

Mediana czasu oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmniejszyła się o 6,5% w 2018 r., wzrosła o 18,5% w 2019 r. i zmniejszyła się o 19,1% w 2020 r. Dla przypadków stabilnych wzrosła o 5,2% w 2018 r., następnie wzrosła o 10,9% w 2019 r., a w 2020 r. zmniejszyła się o 79,7%.

Wzrost średniej czasu oczekiwania pacjentów w przypadkach stabilnych na świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu w latach 2018 i 2019 r. oraz wzrost mediany czasu oczekiwania we wskazanych wyżej przypadkach na przedmiotowe świadczenia w 2018 r., Dyrektor uzasadnił dużym zapotrzebowaniem na takie świadczenia, koniecznością zwiększonej ich realizacji w ramach kontynuacji leczenia, a także ograniczoną możliwością przyjęć „pierwszorazowych”. Jako przyczyny wzrostu w 2018 r. średniej oraz mediany - czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego, podano wykonywanie takich świadczeń pacjentom z dłuższym okresem oczekiwania oraz odraczanie wykonania zabiegów, w tym także z powodów niemedycznych.

(akta kontroli str. 865-866, 888-890)

W badanym okresie w Szpitalu dokonywano, zgodnie z art. 21<sup>9</sup> ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup> (dalej: ustawa o świadczeniach), raz w miesiącu, oceny list oczekujących na świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Na ich podstawie sporządzano sprawozdania miesięczne, zawierające m.in. analizę świadczeń endoprotezoplastyki oraz świadczeń innych rodzajów, w odniesieniu do występujących znacznych odchyżeń. Analizy te, jak wyjaśnił Dyrektor, służyły określeniu zapotrzebowania na wskazane na wstępie świadczenia oraz są podstawą formułowania wystąpień do NFZ o zwiększenie wartości umów.

<sup>9</sup> Uchylony z dniem 1 września 2020 r.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.

(akta kontroli str. 836-837, 881-886)

Dyrektor, w odniesieniu do wpływu epidemii COVID-19 na czasy oczekiwania na świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, wyjaśnił, iż okres ten negatywnie wpłynął na czasy oczekiwania pacjentów na przedmiotowe świadczenia. W marcu 2020 r., jak podał, wydano decyzję związaną z ograniczeniem przyjęć planowych, następnie zabiegów operacyjnych wymagających zabezpieczenia dużej ilości krwi. Wyjaśniający podkreślił, że zalecenia te nie zostały w jego ocenie wycofane i spowodowały wstrzymanie zabiegów w okresie marzec-kwiecień, a jednocześnie w związku z epidemią część pacjentów zrezygnowała z możliwości poddania się zabiegowi. Dyrektor zaznaczył, że sytuacja ta nie miała znamienego wpływu na czas oczekiwania i liczbę oczekujących. Okres epidemii charakteryzował się, jak wynikało z dalszych wyjaśnień, spadkiem w większości zakresów liczby nowych pacjentów zgłaszających się ze skierowaniami na świadczenia zdrowotne, przy czym nie stwierdzono wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego. Podkreślono jednak, że w związku z epidemią nie zrealizowano ilości świadczeń zaplanowanych, a wielkość wykonanych świadczeń tylko w nieznacznym stopniu przekroczyła zakontraktowaną wartość, podczas gdy planowano wykonanie ponad 15% wartości kontraktu.

(akta kontroli str. 664-668)

Przeprowadzone w toku kontroli badania<sup>11</sup> wykazały, że czasy oczekiwania na świadczenia AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego dla przypadków stabilnych, wykazane na stronach internetowych NFZ, były zgodne z czasami oczekiwania na te świadczenia obowiązującymi w Szpitalu oraz aktualnie wykazanymi w prowadzonym systemie rejestracji pacjentów do poradni ortopedycznej oraz oddziału ortopedycznego.

(akta kontroli str. 351-364)

Badanie prowadzonych w latach 2018, 2019 i 2020 (w wybranych miesiącach) list oczekujących losowo wybranych grup świadczeniobiorców Szpitala oczekujących do poradni ortopedycznej oraz na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w odniesieniu do danych wykazanych w systemie rejestracji na te świadczenia oraz harmonogramach przyjęć (od lipca 2019 r.), wykazało zgodność wskazanych terminów udzielenia świadczeń z faktycznym czasem ich realizacji.

(akta kontroli str. 378-385)

W trakcie kontroli NIK szczegółową analizą objęto dokumentację medyczną 45 pacjentów (dalej: badanie dokumentacji medycznych), którzy zostali zakwalifikowani do zabiegu i wpisani do kategorii medycznej „przypadek stabilny”<sup>12</sup>.

Stwierdzono, że w przypadku 16 wykonanych endoprotezoplastyk stawu biodrowego<sup>13</sup> (spośród 30 badanych) oraz 11 (spośród 15 badanych) endoprotezoplastyk kolana<sup>14</sup>, okres oczekiwania na przyjęcie do Szpitala w celu wykonania tych świadczeń od czasu zarejestrowania skierowania przekraczał sześć miesięcy<sup>15</sup>, tj. maksymalny okres oczekiwania określony w modelu

<sup>11</sup> Przeprowadzone w dniach 14 stycznia oraz 15 lutego 2021 r.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> W tym w 10 przypadkach w okresach powyżej 60 miesięcy od zarejestrowania skierowania.

<sup>14</sup> W tym w 7 przypadkach w okresach powyżej 60 miesięcy od zarejestrowania skierowania.

<sup>15</sup> Do obliczeń założono, że jeden miesiąc to 30 dni.

kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego<sup>16</sup> (dalej „model kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce”). Jednocześnie w 18 przypadkach, w tym 11 i siedmiu dotyczących odpowiednio endoprotezoplastyki biodra oraz kolana, okresy oczekiwania na te świadczenia (przyjęcie do Szpitala na zabieg) przekraczały 1 000 dni od zarejestrowania skierowań.

Dyrektor wyjaśnił na tę okoliczność, że okres oczekiwania na wykonanie zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego przekracza wielokrotnie okres sześć miesięcy od momentu zarejestrowania skierowania z dwóch zasadniczych powodów, tj. wielkości – ilości – zakontraktowanych świadczeń oraz ilości pacjentów leczonych w trybie pilnym. Dłuższe czasy oczekiwania na świadczenie wynikały, jak wskazał wyjaśniający, z przyczyn dotyczących aktualnego stanu pacjenta, jego kategorii, stopnia zaawansowania procesu chorobowego, także ilości pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym, jak również będącego także częstą przyczyną życzenia samego pacjenta.

(akta kontroli str. 405-409, 848-850)

Spośród 45 pacjentów, w przypadku 38 osób nie wyznaczono i nie zrealizowano w Szpitalu pierwszej wizyty kwalifikacyjnej, o której mowa w modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce. W przypadku pięciu pacjentów kierowanych na operację biodra oraz dwóch na operację kolana, pierwsze wizyty kwalifikacyjne miały miejsce w Szpitalu<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 410-474)

Według jednostki kontrolowanej, w odniesieniu do ww. 38 osób pierwsze wizyty kwalifikacyjne na zabieg endoprotezoplastyki były realizowane w podmiotach leczniczych, w których pacjent otrzymywał skierowanie na taki zabieg, które następnie rejestrowane było w Szpitalu<sup>18</sup>. Wystawione podczas tych wizyt skierowania rejestrowano, w przypadku operacji biodra od dnia ich wystawienia do 753 dni (średnio 38 dni), a w przypadku operacji kolana, od dnia wystawienia do 62 dni (średnio 9 dni).

Odnosząc się do tego zagadnienia Dyrektor wyjaśnił, że większość z pacjentów skierowanych zostało z gabinetów prywatnych lekarzy zatrudnionych w oddziale ortopedycznym, w których byli leczeni ambulatoryjnie i którzy w dniu wystawienia skierowania byli kwalifikowani do zabiegu, w związku z czym nie zachodziła potrzeba ponownego badania pacjenta. Wyjaśniający podkreślił, że w Szpitalu opracowano i wdrożono model, w którym każdy pacjent ze skierowaniem od lekarza spoza Szpitala jest zawsze kwalifikowany w dniu zgłoszenia do Szpitala przez lekarza specjalistę. Pacjenci leczeni w gabinetach prywatnych lekarzy zatrudnionych w oddziale ortopedycznym są kwalifikowani do przyjęcia w miejscu prywatnej praktyki w chwili wystawienia skierowania, przy czym w ocenie Dyrektora jest to optymalny sposób postępowania wypracowany przez wiele lat funkcjonowania oddziału. Obecnie, zgodnie ze zmianami przepisów prawa, jak dodał wyjaśniający, każdy pacjent musi w ciągu 14 dni dostarczyć skierowanie i pozostawić oryginał od dnia wpisania na listę.

(akta kontroli str. 848-850)

<sup>16</sup> Opracowany na podstawie raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Nr: AOTMiT-WT-553-14/2015 „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa”.

<sup>17</sup> Przed zarejestrowaniem skierowania (w trzech przypadkach) oraz przed przyjęciem na oddział ortopedyczny na zabieg (w czterech przypadkach).

<sup>18</sup> Dotyczyło to ogółem 35 przypadków, w tym 23 dot. endoprotezoplastyki biodra i 12 kolana. W dwóch przypadkach dotyczących zabiegów biodra i jednego dot. kolana skierowania (kolejne) wystawiono pacjentom wcześniej już zarejestrowanym na zabieg.

NIK wskazuje, że stosowanie opisanego wyżej schematu działania prowadzi do sytuacji, w której wizyty kwalifikacyjne na zabieg endoprotezoplastyki uznawane przez Szpital za pierwsze, odbyły się w 23 i 12 przypadkach (dotyczących odpowiednio biodra i kolana) poza kontrolowanym podmiotem leczniczym, przed datą zarejestrowania skierowań.

Według modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce, który został opracowany na podstawie dowodów naukowych oraz opinii eksperckich, pierwsza wizyta kwalifikacyjna ma się odbyć w ośrodku prowadzącym zabiegi endoprotezoplastyki. Podczas tej wizyty lekarz powinien potwierdzić zasadność przeprowadzenia zabiegu endoprotezoplastyki, w tym zakwalifikować pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej (przypadek pilny albo stabilny) oraz ocenić konieczność wykonania konsultacji z lekarzami specjalistami z innych dziedzin. Ponadto w 43 przypadkach badanej próby nie stwierdzono, aby pacjentowi przyjmowanemu do Szpitala na zabieg endoprotezoplastyki udzielana była porada przez lekarza specjalistę.

Badanie dokumentacji medycznych za lata 2018-2020 wykazało we wszystkich 45 przypadkach brak przeprowadzenia drugich wizyt kwalifikacyjnych potwierdzających kwalifikacje do zabiegów endoprotezoplastyk.

(akta kontroli str. 410-474)

NIK wskazuje, że według modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce druga wizyta kwalifikacyjna powinna odbyć się w okresie od sześciu do ośmiu tygodni przed zabiegiem. Obejmuje ona według tego modelu kwalifikację dokonaną m.in. na podstawie przedłożonych wyników badań laboratoryjnych, informacji zawartych w wypełnionej „karcie kwalifikacyjnej”, badania przedmiotowego i podmiotowego oraz kwalifikacji przeprowadzonej przez lekarza anestezjologa – celem zminimalizowania ryzyka dyskwalifikacji pacjenta z zabiegu w dniu przyjęcia do szpitala.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital stosuje zasadę wykonywania drugiej wizyty kwalifikacyjnej w dniu przyjęcia do oddziału ortopedycznego celem wykonania zabiegu. Wykorzystuje się przy tym, jak podano, komplet posiadanej dokumentacji medycznej oraz przede wszystkim informacje o aktualnym stanie zdrowia pacjenta.

W Szpitalu w badanym okresie nie została utworzona poradnia kwalifikacyjna<sup>19</sup>.

Dyrektor uzasadniając brak utworzenia ww. poradni wyjaśnił, że każda komórka organizacyjna zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami musi być wpisana do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego. W celu wpisania, komórka musi mieć nadaną część kodu resortowego, przy czym w wykazie kodów nie ma odrębnego, określającego poradnię kwalifikacyjną. Wyjaśniający stwierdził ponadto, iż integralną częścią oddziału ortopedycznego jest gabinet diagnostyczno – zabiegowy znajdujący się w tzw. części administracyjnej w której pacjent zgłaszający się ze skierowaniem do leczenia operacyjnego w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego jest konsultowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

(akta kontroli str. 396-478, 848-850)

**1.5.** Plany leczenia, jak również przygotowania do zabiegu ustalane były, jak wykazało badanie dokumentacji medycznych, po przyjęciu pacjenta do Szpitala

---

<sup>19</sup> Funkcjonująca, wg modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce, w ośrodku wykonującym zabiegi endoprotezoplastyki.

na zabieg<sup>20</sup>. Plan leczenia obejmował m.in. oceny kliniczne, radiologiczne oraz badania laboratoryjne, natomiast plan przygotowania do zabiegu m.in. wybór endoprotezy w odniesieniu do stanu ogólnego pacjenta, oceny ryzyk związanych z zabiegiem, jak również rezerwacje preparatów krwiopochodnych na okres okołoperacyjny i pooperacyjny. Podjęte działania w zakresie przygotowania do zabiegu odpowiadały postanowieniom obowiązującej w Szpitalu procedury OP2 – Planowe leczenie operacyjne<sup>21</sup>, odnoszącej się m.in. do opracowania planu operacyjnego. Wykonane natomiast po przyjęciu pacjentów do Szpitala czynności, obejmujące m.in. weryfikację do zabiegu, badania laboratoryjne, profilaktykę przeciwzakrzepową, premedykację i kwalifikację do zabiegu przez lekarza anestezjologa, jak również rehabilitację chorego w pierwszych dobach pooperacyjnych oraz ustalanie z pacjentem terminu przyjęcia na rehabilitację, były zgodne z procedurami OP2 określającymi postępowanie z chorym przyjętymi na oddział ortopedyczny w celu wykonania endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego.

Badanie dokumentacji medycznych wykazało, że Szpital nie posiada danych w odniesieniu do 42 z 45 pacjentów, którym nie zapewniono w Szpitalu pierwszej wizyty kwalifikacyjnej, potwierdzających poinformowanie przez lekarza wystawiającego skierowanie na zabieg (w innym podmiocie leczniczym) o konieczności przeprowadzenia konsultacji z innymi lekarzami specjalistami.

Dyrektor wyjaśnił na tę okoliczność, że w dniu kwalifikacji do zabiegu pacjent informowany jest o konieczności skonsultowania się z lekarzami określonych specjalności, przy czym część pacjentów nie dopełnia powyższych zaleceń, a inni nie są objęci leczeniem w poradniach specjalistycznych. Pacjent, jak wskazano, w dniu kwalifikacji nie może otrzymać skierowań od lekarza oddziału, w tym okresie nie jest pacjentem Szpitala i nie ma założonej historii choroby, a w celu uzyskania przedmiotowych skierowań musi udać się do lekarza POZ, aby wykonać konsultację w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjaśniający stwierdził ponadto, że zrealizowanie konsultacji w poradniach poza szpitalnych często jest nieosiągalne z uwagi na bardzo długi okres oczekiwania. W odniesieniu do ustalania planów leczenia oraz planów przygotowania do zabiegu po przyjęciu pacjenta do Szpitala, Dyrektor wskazał, że wynikało to z wypracowanej przez blisko 15 lat praktyki funkcjonowania Oddziału, która zdaniem lekarzy była zasadna. Plan leczenia i przygotowania do zabiegu był według obowiązującego w Szpitalu modelu dostosowany, jak wyjaśniono, do indywidualnych, aktualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta, który otrzymuje także podstawowe wskazówki przygotowania do zabiegu w dniu wpisania na listę osób oczekujących. Wyjaśniający stwierdził, że ustalanie powyższych planów na pierwszej wizycie kwalifikacyjnej, przy bardzo odległym przewidywanym okresie oczekiwania, jest bezcelowe i wielokrotnie byłoby przyczyną korekty i zmian, co z pewnością byłoby powodem dyskomfortu i dodatkowym stresem pacjenta.

(akta kontroli str. 114-117, 410-474, 848-850, 888-890)

Zdaniem NIK, przyjęty w Szpitalu schemat działania prowadził do sytuacji, w której pacjenci w czasie oczekiwania na przyjęcie do podmiotu leczniczego na zabieg endoprotezoplastyki – który wynosił od 17 i 39 dni (odpowiednio: biodra, kolana) do 3 797 oraz 2 650 dni (biodra i kolana) - nie byli objęci w tym podmiocie leczniczym należytą opieką przedoperacyjną, o której mowa w modelu kompleksowej opieki nad

<sup>20</sup> W Szpitalu nie opracowano procedury dotyczącej przygotowania pacjenta do zabiegu przez przyjęciem pacjenta do oddziału ortopedycznego.

<sup>21</sup> Wskazującego rodzaje czynności (w tym medycznych), podejmowanych od przyjęcia pacjenta do Szpitala do przygotowania planu operacyjnego.

pacjentem w endoprotezoplastyce tj. nie zapewniono im wizyt kwalifikacyjnych w Szpitalu oraz informacji o wymaganych ewentualnie konsultacjach u innych lekarzy specjalistów przed przyjęciem na oddział szpitalny w celu wykonania zabiegu endoprotezoplastyki. Zaznaczyć należy, że w procedurach wewnętrznych Szpitala nie zostały określone terminy i zasady przeprowadzania wizyt kwalifikacyjnych, do których odnosi się schemat wskazany jako modelowe ujęcie opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce. NIK podkreśla, że zapewnienie odpowiedniej opieki operacyjnej ma na celu jak najlepsze przygotowanie pacjenta do zabiegu, aby minimalizować ryzyko wystąpienia powikłań.

1.6. W latach 2018-2019 liczba wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego wzrosła w porównaniu do roku poprzedniego o 26,6% i 10,2%. W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego liczba wykonanych zabiegów w 2018 r. wzrosła o 4,7% w porównaniu do 2017 r., a w 2019 r. wzrosła o 14,4% w porównaniu do 2018 r. W 2020 r. nastąpił spadek wykonanych zabiegów o 14,5% w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz o 36,9% w przypadku stawu kolanowego.

W odniesieniu do spadku liczby wykonanych w 2020 r. zabiegów Dyrektor wyjaśnił, że rok ten był szczególnym okresem pojawienia się epidemii COVID-19, co skutkowało wydaniem zaleceń dotyczących ograniczenia przyjęć planowych oraz wstrzymaniem zabiegów wymagających zabezpieczenia dużej ilości krwi. Z uwagi na reżim epidemiologiczny wprowadzono obostrzenia dotyczące izolacji pacjentów w trakcie hospitalizacji, w wyniku czego znacznie ograniczono liczbę przyjmowanych do Szpitala osób. Stan epidemii skutkowało tym, że część pacjentów, jak wskazano, sama rezygnowała z usług, przy czym w IV kwartale 2020 r. w Szpitalu funkcjonował „Oddział COVID”, co również powodowało znaczne ograniczenia.

(akta kontroli str. 869, 888-890)

Wydajność chirurgiczna endoprotezoplastyki stawu biodrowego (tj. stosunek liczby wykonanych zabiegów do liczby zarejestrowanych skierowań) zwiększyła się w 2018 r. (w stosunku do 2017 r.) i wyniosła 136,5%. W 2019 i 2020 r. uległa ona następnie zmniejszeniu do odpowiednio 118,5% i 96,1%. Wydajność chirurgiczna endoprotezoplastyki stawu kolanowego zwiększała się w latach 2018-2019 i wyniosła 72,6% w 2018 r. (w relacji do roku poprzedniego), 81,1% w 2019 r. oraz zmniejszyła się w 2020 r. i wyniosła 52,4%.

(akta kontroli str. 858-859)

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego:

- minimalny wiek pacjentów wyniósł 38 lat (kobiety) i 28 lat (mężczyźni) w 2018 r., 29 lat (kobiety) i 29 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 44 lata (kobiety) i 39 lat (mężczyźni) w 2020 r.;

- maksymalny wiek pacjentów wyniósł 91 lat (kobiety) i 93 lata (mężczyźni) w 2018 r., 91 lat (kobiety) i 87 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 98 lat (kobiety) i 96 lat (mężczyźni) w 2020 r.;

- średni wiek pacjentów wyniósł 71 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) w 2018 r., 70 lat (kobiety) i 54 lata (mężczyźni) w 2019 r. oraz 73 lata (kobiety) i 66 lat (mężczyźni) w 2020 r.;

- mediana wieku wyniosła 72 lata (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) w 2018 r., 71 lat (kobiety) i 64 lata (mężczyźni) w 2019 r. oraz 73 lata (kobiety) i 67 lat (mężczyźni) w 2020 r.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego:

- minimalny wiek pacjentów wyniósł 38 lat (kobiety) i 55 lat (mężczyźni) w 2018 r., 53 lata (kobiety) i 51 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 54 lata (kobiety) i 57 lat (mężczyźni) w 2020 r.;

- maksymalny wiek pacjentów wyniósł 85 lat (kobiety) i 81 lat (mężczyźni) w 2018 r., 86 lat (kobiety) i 81 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 83 lata (kobiety) i 79 lat (mężczyźni) w 2020 r.;

- średni wiek pacjentów wyniósł 68 lat (kobiety) i 67 lat (mężczyźni) w 2018 r., 67 lat (kobiety) i 69 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 69 lat (kobiety i mężczyźni) w 2020 r.;

- mediana wieku wyniosła 68 lat (kobiety) i 67 lat (mężczyźni) w 2018 r., 67 lat (kobiety) i 69 lat (mężczyźni) w 2019 r. oraz 71 lat (kobiety) i 70 lat (mężczyźni) w 2020 r.

Liczba osobodni pobytu pacjentów, u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego, wzrosła z 718 w 2017 r. do 882 w 2018 r. (tj. o 22,8%), w 2019 r. wzrosła do 973 osobodni (tj. o 10,3% w stosunku do 2018 r.), a następnie zmniejszyła się do 917 w 2020 r. (o 5,8% w stosunku do 2019 r.).

Liczba osobodni pobytu pacjentów, u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu kolanowego, zmniejszyła się z 494 w 2017 r. do 485 w 2018 r. (tj. o 1,8%), w 2019 r. wzrosła do 584 osobodni (tj. o 20,4% w stosunku do 2018 r.), a następnie zmniejszyła się do 429 w 2020 r. (o 26,5% w stosunku do 2019 r.).

Średnia długość pobytu pacjenta (w dniach), u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego, zmniejszyła się z 6,1 dni w 2017 r. do 5,8 dni w 2018 r. (tj. o 3,9%), a następnie wzrosła do 6 dni w 2019 r. (o 2,7%) i 6,9 dni w 2020 r. (o 14,8%). Średnia długość pobytu pacjenta (w dniach), u których wykonano zabiegi endoprotezoplastyki stawu kolanowego, wynosiła 5,6 w latach 2018-2020.

(akta kontroli str. 862, 869-871)

Oddział Ortopedyczny wykonywał wg przyjętego planu zabiegi ortopedyczne, w tym z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w poniedziałki, środy i czwartki. W przypadku możliwości anestezjologicznych świadczenia realizowano również w piątki, a w sytuacji mniejszego obciążenia pracą oddziału chirurgicznego lub ginekologiczno-położniczego, także we wtorki.

Planowanie zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w latach 2018-2020 uwzględniało, jak wskazał Dyrektor, wartość zawartej umowy, obecne możliwości kadrowe (z uwzględnieniem okresów urlopowych lekarzy), jak również kalendarz w odniesieniu do świąt oraz dni wolnych od pracy. Kwestie te, jak podano, miały zasadnicze znaczenie w ustalaniu harmonogramu pracy – zabiegów<sup>22</sup>. Przerw w udzielaniu świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w powyższym okresie nie było, przy czym jedyne ograniczenie wynikało z obecnej sytuacji epidemiologicznej i miało miejsce na przełomie marca i kwietnia 2020 r., co znalazło odzwierciedlenie, jak wskazał wyjaśniający, w ilości zrealizowanych procedur.

Przy dokonaniu wpisu pacjenta na listę oczekujących określany był przybliżony termin wykonania zabiegu, przy czym każdorazowo pobierano także numer telefonu kontaktowego do pacjenta. W sytuacji zbliżającego się terminu wykonania zabiegu sekretariat oddziału ortopedycznego informował telefonicznie o zaplanowanym

<sup>22</sup> Harmonogramów, planów zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego nie prowadzono w Szpitalu w badanym okresie, jak wynikało z wyjaśnień Dyrektora, w formie pisemnej.

terminie zabiegu, co następowało około 10-14 dni przed zabiegiem, w szczególnych wypadkach termin ten był krótszy.

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że Szpital posiadał potencjał kadrowy, lokalowy i organizacyjny umożliwiający wykonywanie świadczeń w ilości przekraczającej wartość określoną w umowie, co znajdowało odzwierciedlenie w wielkościach wykonanych świadczeń, w odniesieniu do zawieranych z NFZ umów.

W nawiązaniu do opisanego w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego zalecenia NFZ z dnia 15 marca 2020 r. oraz dwukrotnego wstrzymania lub ograniczenia na skutek tego świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, wyjaśniający podkreślił, że świadczenia te wykonano w ilości przekraczającej wartość określoną w umowie na dzień 1 stycznia 2020 r. Działania zapewniające wykonanie zaplanowanej liczby zabiegów obejmowały, jak podano, umożliwienie okresowej pracy na dwóch salach operacyjnych, zwiększenie liczby łóżek umożliwiających przyjęcie większej ilości pacjentów, przy czym pozostałe działania, jak podkreślono, nie były konieczne.

(akta kontroli str. 631-634, 664-668, 836-837)

**1.7.** Badanie 45 dokumentacji medycznych wykazało, że w ramach opieki pooperacyjnej dla pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego stosowano model dwóch wizyt kontrolnych, ustalanych w 14 dobie oraz szóstym tygodniu po zabiegu<sup>23</sup>. W ich toku, jak również począwszy od pierwszej doby pooperacyjnej ustalany był plan rehabilitacji. Wszystkie skierowania na rehabilitację wystawiane były przez lekarzy oddziału ortopedycznego, przy czym skierowania na rehabilitację stacjonarną wystawiono dla 36 pacjentów (w tym 22 po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego), na rehabilitację dzienną dla ośmiu pacjentów (w tym siedmiu po ww. zabiegu biodra). Łącznie skierowania na rehabilitację otrzymało 44 pacjentów, tj. 98% objętych badaniem dokumentacji medycznych, z tego 82% na rehabilitację stacjonarną oraz 18% na dzienną.

(akta kontroli str. 410-474)

**1.8.** W odniesieniu do problemów związanych z udzielaniem przez Szpital w latach 2018-2020 świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego Dyrektor zwrócił uwagę na: niedoszacowanie wartości umowy lub jej zwiększanie pod koniec roku kalendarzowego uniemożliwiające równomierne rozłożenie intensywności pracy w ciągu roku rozliczeniowego; obciążenie biurowe (AP-KOLCE, Centralna Baza Endoprotez); konieczność potwierdzania corocznego wykonania odpowiedniej ilości określonych zabiegów endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego oraz rewizji endoprotezoplastyk przez konsultanta wojewódzkiego oraz przedkładanie NFZ, pomimo konieczności składania odrębnych sprawozdań zawierających takie dane. Jako problemy związane z rehabilitacją w warunkach stacjonarnych lub w oddziale dziennym wyjaśniający wskazał niedoszacowanie wielkości umowy oraz niedoszacowaną wycenę świadczeń, a także wymaganą i nadmierną długość hospitalizacji (rehabilitacji), jak również brak lekarzy specjalistów rehabilitacji leczniczej.

Ordynator oddziału ortopedycznego zwrócił uwagę na problem zmieniających się limitów kontraktowanych zabiegów endoprotezoplastyki w poszczególnych latach, co utrudniało zaplanowanie pracy w oddziale w okresie całego roku, przy czym poza ww. zabiegami wykonywane są także zabiegi z zakresu ortopedii ogólnej i traumatologii narządu ruchu. Ograniczenia wynikające z pandemii spowodowały od

<sup>23</sup> Szpital nie posiadał w badanym okresie wewnętrznej procedury w przedmiotowym zakresie.



2020 r. w ocenie ordynatora konieczność przeorganizowania pracy oddziału i spowodowały przejściowe zwolnienie tempa pracy i ograniczenie ilości wykonywanych endoprotezoplastyk, przedłużając też czas pobytu chorego w oddziale. Ponadto część chorych zrezygnowała z leczenia operacyjnego w okresie pandemii. Problemów związanych z udzielaniem świadczeń endoprotezoplastyki oraz rehabilitacji prowadzonej na oddziale ortopedycznym nie identyfikowała, z punktu widzenia personelu pielęgniarskiego tego oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

(akta kontroli str. 679-685, 832-833)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W poddanych badaniu listach oczekujących do poradni AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala za lata 2018 (czerwiec, grudzień), 2019 (kwiecień, październik), 2020 (styczeń), nie wskazano łącznie w 45 pozycjach tych list (spośród 49 badanych w powyższych okresach) rodzaju zakwalifikowania świadczeniobiorców do określonej kategorii medycznej, tj. przypadek pilny, przypadek stabilny.

(akta kontroli str. 378-385)

Obowiązek umieszczania w listach oczekujących tego rodzaju informacji określony został w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i ustawy o świadczeniach, w związku z § 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej<sup>24</sup>.

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że sytuacja ta wynikała z błędów osób rejestrujących. Wyjaśniający podał jednocześnie, że w celu uniknięcia dalszego powtarzania się tego błędu w formularzu w systemie „ESKULAP” pole „kategoria” zostało określone jako obowiązkowe, uniemożliwiając zatwierdzenie pacjenta bez określenia kategorii medycznej. Dyrektor poinformował także, że obecnie wpisy w kolejkę oczekujących są prowadzone poprawnie.

(akta kontroli str. 378-385, 844-845)

2. Badanie list oczekujących za lata 2018, 2019 i 2020 do poradni AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala wykazało nierzetelne wprowadzanie danych dotyczących liczby osób oczekujących w systemie informatycznym AP-KOLCE Kolejki Centralne<sup>25</sup>, w odniesieniu do danych zawartych w systemie informatycznym Szpitala „ESKULAP”, tj. wykazano za miesiąc: czerwiec 2018 r. – wg „ESKULAP” 49 oczekujących, wg „AP-KOLCE” 12 oczekujących (zaniżono o 37 oczekujących); grudzień 2018 r. – wg „ESKULAP” 33 oczekujących, wg „AP-KOLCE” dwóch oczekujących (zaniżenie - 31); kwiecień 2019 r. – wg „ESKULAP” 87 oczekujących, wg „AP-KOLCE” 10 oczekujących (zaniżenie - 77); październik 2019 r. – wg „ESKULAP” 91 oczekujących, wg „AP-KOLCE” dwóch oczekujących (zaniżenie -

<sup>24</sup> Dz.U. Nr 200, poz.1661.

<sup>25</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.), następnie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

89); styczeń 2020 r. – wg „ESKULAP” 59 oczekujących, wg „AP-KOLCE” jeden oczekujący (zaniżenie - 58).

(akta kontroli str. 378-385)

Dyrektor wyjaśnił, że przez długi okres kolejki osób oczekujących były prowadzone równoległe, tj. w systemie AP-KOLCE i ESKULAP, co prowadziło do różnic w liczbach oczekujących występujących między danymi zawartym w tych aplikacjach. Domyślać się można, jak podał wyjaśniający, że taka sytuacja wynikała z dużego obciążenia pracą osób prowadzących oba systemy. Zapisywano jednego pacjenta w dwóch systemach jednocześnie, a przy bardzo dużej liczbie pacjentów obsługiwanych każdego dnia nie zatwierdzono danych w systemie AP-KOLCE. Wyjaśniający wskazał ponadto, że w związku ze stwierdzonymi w grudniu 2019 roku rozbieżnościami zlecono w Szpitalu integrację obu systemów informatycznych, automatyzując prowadzenie kolejek oczekujących, która docelowo zakończyła się w czerwcu 2020 r., tj. systemy informatyczne zostały połączone i obecnie po wpisaniu pacjenta do listy, wykreśleniu lub dokonaniu korekty terminu, dane automatycznie nadpisują się w systemie AP-KOLCE.

(akta kontroli str. 378-385, 844-845)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital dysponował odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz warunkami do udzielania świadczeń z zakresu AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. W latach 2018 i 2019 wzrastała, w relacji do roku poprzedniego, wartość zakontraktowanych i wykonanych endoprotezoplastyk o odpowiednio 19,5% oraz 10,4%. W 2020 r. nastąpił spadek wartości wykonania tych świadczeń o 20,0%, a jednocześnie obniżyła się o 14,5% liczba endoprotezoplastyk biodra oraz o 36,9% - kolana. W latach 2018 i 2019 wzrastały, co do zasady, liczby osób oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego<sup>26</sup>, natomiast w 2020 r. liczba oczekujących zmalała. W latach 2018, 2019 i 2020 średnie czasy oczekiwania w przypadkach stabilnych na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego wynosiły odpowiednio 2 501, 1 642 oraz 1 812 dni, a w odniesieniu do stawu kolanowego odpowiednio 2 055, 2 273 i 964 dni. W badanej próbie 45 pacjentów, dla 27 osób (60%) czas oczekiwania na zabieg od zarejestrowania skierowania przekraczał 6 miesięcy<sup>27</sup>, tj. założony modelowy czas oczekiwania. Badanie dokumentacji medycznych wykazało, że w przypadku 38 osób nie wyznaczono i nie zrealizowano w Szpitalu pierwszej wizyty kwalifikacyjnej<sup>28</sup>, określonej w modelu kompleksowej opieki nad pacjentem w endoprotezoplastyce. W przypadku pięciu pacjentów kierowanych na operację biodra oraz dwóch na operację kolana, pierwsze wizyty kwalifikacyjne miały miejsce w Szpitalu. W odniesieniu do wszystkich 45 pacjentów badanej próby stwierdzono brak przeprowadzenia drugich wizyt kwalifikacyjnych, a w przypadku 43 osób wykazano brak danych wskazujących na zapewnienie im koniecznych konsultacji z lekarzami specjalistami. Badanie list oczekujących do poradni AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu Szpitala ujawniło przypadki braku wskazywania w listach, pomimo takiego obowiązku, rodzaju zakwalifikowania świadczeniobiorców do określonej kategorii medycznej. Jednocześnie stwierdzono przypadki nierzetelnego wprowadzania w niektórych miesiącach badanego okresu danych dotyczących liczb osób oczekujących w systemie informatycznym AP-KOLCE Kolejki Centralne.

<sup>26</sup> Z wyłączeniem endoprotezoplastyki biodra w 2018 r. i kolana w 2019 r. - w przypadkach stabilnych.

<sup>27</sup> Jednocześnie w 18 ogółem przypadkach okresy oczekiwania na te świadczenia przekraczały 1000 dni od czasu zarejestrowania skierowań.

<sup>28</sup> Zdaniem pracowników kontrolowanej jednostki w odniesieniu do ww. 38 osób pierwsze wizyty kwalifikacyjne na zabieg endoprotezoplastyki były realizowane w podmiotach leczniczych, w których pacjent otrzymywał skierowanie na taki zabieg, rejestrowane następnie w Szpitalu.

## 2. Zapewnienie jakości wykonywanych zabiegów.

Opis stanu  
faktycznego

**2.1.** W dniu 17 czerwca 2019 r. Szpital otrzymał certyfikat akredytacyjny dla lecznictwa szpitalnego<sup>29</sup> ważny do dnia 16 czerwca 2022 r., o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>30</sup>. W Szpitalu opracowano i wdrożono m.in. procedurę przyjmowania pacjentów (CO1), standardowe procedury postępowania (procedury OP2: postępowania z chorym przyjętym na Oddział Ortopedii i Traumatologii SPZOZ Kościan w celu wykonania endoprotezoplastyki stawu biodrowego, postępowania z chorym przyjętym na Oddział Ortopedii i Traumatologii SPZOZ Kościan w celu wykonania endoprotezoplastyki stawu kolanowego, planowego leczenia operacyjnego, postępowania usprawniającego po operacjach w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego) oraz procedurę z zakresu kwalifikowania i proponowania sposobu przeprowadzenia zabiegu (ZA3 – kryteria do kwalifikacji chorego jako przypadek pilny, w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego).

(akta kontroli str. 83-133, 887)

Badanie dokumentacji medycznych pacjentów poddanych endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego wykazało, co opisano w innych częściach nin. wystąpienia, stosowanie przez Szpital wymogów określonych w procedurach dotyczących realizacji przedmiotowych świadczeń, planowego leczenia operacyjnego oraz usprawniania po operacjach w zakresie endoprotezoplastyki (OP2).

(akta kontroli str. 114-118, 410-474, 887)

**2.2.** W zakresie wymaganych dodatkowych warunków realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego określonych w załączniku nr 4 poz. 32 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., dotyczących m.in. wydzielenia w oddziale ortopedycznym dwóch sal chorych na potrzeby ww. świadczeń<sup>31</sup> Dyrektor wyjaśnił, że Szpital zapewnił dostęp do minimum dwóch sal na realizację takich świadczeń. Wyjaśniający podał, że Szpital posiada w większości sale jednołóżkowe, przy czym tygodniowo wykonuje się średnio minimum cztery zabiegi endoprotezoplastyki, a czas pobytu pacjenta wynosi około 5-6 dni. Dla zachowania ciągłości realizacji świadczeń oraz odpowiedniego stopnia wykonania umowy, konieczne jest zapewnienie dostępu do większej ilości sal, wyposażonych w całym oddziale w łóżka ortopedyczne.

NIK odnosząc się do złożonego wyjaśnienia dostrzega, że zapewnienie pacjentom poddawanych zabiegom endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego nawet większej liczby sal chorych<sup>32</sup> niż wymagana, nie było tożsame z organizacyjnym wydzieleniem sal chorych dla potrzeb ortopedii spośród sal urazowo-ortopedycznych, określonym w załączniku nr 4 pozycji 32 wskazanego wyżej rozporządzenia. Organizacyjne wydzielenie minimalnej liczby sal chorych o takim profilu służy bowiem, w ocenie NIK, zagwarantowaniu właściwej realizacji, w tym szeroko rozumianego bezpieczeństwa tego rodzaju zabiegów.

<sup>29</sup> Przyznany m.in. na podstawie Raportu z przeglądu akredytacyjnego, przeprowadzonego w dniach od 27 lutego do 1 marca 2019 r.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 2135

<sup>31</sup> Ww. przepis wskazuje m.in. w odniesieniu do organizacji udzielania przedmiotowych świadczeń: cyt. „1) wydzielone co najmniej 2 sale chorych dla potrzeb ortopedii spośród sal urazowo-ortopedycznych, ...”.

<sup>32</sup> W oddziale ortopedycznym nie wydzielono łóżek szpitalnych na potrzeby endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

Szpital spełniał wymagane warunki dotyczące zapewnienia udziału w zespole leczniczym osób prowadzących fizjoterapię, posiadania sformalizowanych procedur postępowania w przypadku powikłań septycznych, profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, profilaktyki antybiotykowej, usprawnienia pooperacyjnego, a także zapewnienia koordynacji rehabilitacji leczniczej wymaganej stanem świadczeniobiorcy po zakończonym leczeniu szpitalnym, jak również posiadanych potwierdzeń przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wykonania wymaganych ilości zabiegów totalnych aloplastyk stawu biodrowego, aloplastyk stawu kolanowego oraz operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego.

(akta kontroli str. 679-828, 862, 874-876, 880)

**2.3.** W każdym z badanych lat udzielano zamówień publicznych<sup>33</sup> na dostawy endoprotez ortopedycznych oraz implantów do wykonania zabiegów ortopedycznych wraz z dzierżawą systemów ich mocowania dla Szpitala, w formie każdorazowo przeprowadzonych przetargów nieograniczonych. Przedmiot tych zamówień obejmował dostawę ww. endoprotez oraz implantów do wykonania ww. zabiegów wraz z dzierżawą systemu ich mocowania obejmującego dzierżawę niezbędnych urządzeń i niezbędnego instrumentarium wraz z opisami technik operacyjnych. Jako kryterium wyboru ofert przyjmowano kryterium ceny (60%) oraz terminu uzupełniania magazynu (40%). Zamawiający zobowiązywał każdorazowo wykonawców do przyjęcia odpowiedzialności za jakość, zgodność z warunkami technicznymi i jakościowymi przedmiotu zamówienia. Szpital żądał ponadto przedstawiania w ofertach informacji potwierdzających wymagania stawiane zamawianym wyrobom. Ordynator oddziału ortopedycznego wskazał, że w wyborze endoprotez biodra kierowano się kryteriami standaryzacji wyrobu dot. m.in. kształtu i rozmiaru trzpienia (umożliwiającego stosowanie głów różnych dostawców) gwarantującego stabilne osadzenie i długą żywotność endoprotezy, wobec m.in. pokrycia trzpienia warstwą hydroksyapatu poprawiającego integrację implantu z tkanką kostną i odpowiednie ukształtowanie powierzchni. Stosowane trzpienie umożliwiają osadzenie z małą destrukcją kostną, a stosowanie odpowiednich stopów pozwala na wykonywanie koniecznych badań (rezonans magnetyczny) i zapewnia optymalną wytrzymałość oraz niskie ryzyko immunizacji. Wykorzystywanie różnych głów endoprotez (ceramicznych lub metalowych) poprawia zwartość stawu i daje możliwość doboru głowy w zależności od rodzaju panewki (personifikacja implantu), przy czym taka gama rozmiarów panewek i sposób fiksacji uznawana jest za najbardziej optymalną i dającą długą przeżywalność implantu. Stosowane panewki z zastosowaniem insertów polietylenowych, ceramicznych antyluksacyjnych zmniejszają ryzyko okołoperacyjne i minimalizują rozległość zabiegu w przypadku rewizji. Odpowiedni kształt komponentu udowego endoprotez stawu kolanowego oraz jego rozmiar – z zastosowaniem instrumentarium o najdokładniejszej precyzji pomiarów i cięć - zapewniają precyzyjne osadzenie endoprotezy, minimalizując możliwość błędów. Stosowane ponadto implanty ze stabilizacją tylną umożliwiające dobór odpowiednich przekładek polietylenowych wysokiej jakości, zapewniają maksymalny zakres ruchu zginania stawu. Wyjaśniający zwrócił także uwagę na utworzenie na terenie Szpitala magazynu pełnej gamy rozmiarów implantów oraz jego uzupełnianie w trybie 24 godzinnym. Dostawca implantów musiał ponadto zapewnić szkolenie stosowania implantów oraz stały kontakt z przedstawicielem medycznym, w tym także w razie konieczności jego obecność w trakcie zabiegów. Ordynator podkreślił nadto, iż każdy oferent (dostawca) powinien przedstawić niezbędne

<sup>33</sup> Oznaczenia spraw nr: SPZOZ.EPII.23.18.2018, SPZOZ.EPII.23.18.2019, SPZOZ.EPII.23.21.2020.

certyfikaty dopuszczające dany produkt do obrotu w Polsce i Unii Europejskiej oraz szczegółowy opis produktu w języku polskim, jak również ocenę zgodności wyrobu medycznego.

(akta kontroli str. 479-551, 841-843)

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego w badanych latach najczęściej kupiono i zastosowano endoprotez bezcementowych (łącznie 365), a najczęściej (132 szt.) stosowano je u pacjentów w wieku od 60 do 69 lat. Endoprotez cementowych kupiono i użyto łącznie w 67 przypadkach, a najczęściej (37 szt.) stosowano je u pacjentów w wieku od 80 do 89 lat. Endoprotez hybrydowych użyto w 14 przypadkach, a najczęściej stosowano je (osiem szt.) u pacjentów w wieku od 70 do 79 lat.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego najczęściej zastosowano w powyższym okresie endoprotez cementowych (łącznie 243 szt.), a najczęściej stosowano je (107 szt.) u pacjentów w wieku od 60 do 69 lat. Endoprotez bezcementowych nie używano, a endoprotez hybrydowych użyto w czterech przypadkach w latach 2019-2020, w tym dwie sztuki u pacjentów w wieku od 70 do 79 lat.

(akta kontroli str. 872-873)

**2.4.** Jakość wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego monitorowano poprzez m.in. obserwację (wywiad), badania kontrolne, w tym laboratoryjne, jak również badania obrazowe RTG i zalecenia poszpitalne. Dyrektor w odniesieniu do tych zabiegów wskazał, że każdy pacjent otrzymywał w momencie wypisu kartę z instrukcją wizyt kontrolnych w poradni ortopedycznej oraz kartę do oceny stawu biodrowego wg skali Harrisa<sup>34</sup>, w tym informowany jest o badaniu kontrolnym wg tej karty w szóstym miesiącu od zabiegu. W przypadku, gdy badanie odbywa się poza poradnią szpitalną proszony jest o odesłanie jej do oddziału po wypełnieniu przez lekarza ortopedę, u którego się leczą, natomiast pod koniec roku kalendarzowego na podstawie zebranych (dostarczonych) kart, dokonywana jest ocena przedmiotowych wyników.

W oddziale ortopedycznym prowadzono w badanym okresie analizę zdarzeń niepożądanych, niemniej, jak wyjaśnił Dyrektor, nie zidentyfikowano zdarzeń niepożądanych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego i w związku z tym nie przekazywano informacji w tym zakresie konsultantowi wojewódzkiemu.

(akta kontroli str. 631-640, 664-668, 877-878)

W latach 2018-2020 w Szpitalu nie zgłaszano incydentów medycznych związanych ze stosowanymi implantami stawów, jak również nie zgłaszano skarg dotyczących wykonanych endoprotezoplastyk biodra lub kolana. Nie prowadzono także w tym okresie odrębnej analizy reoperacji stawu biodrowego i kolanowego, przy czym Dyrektor wskazał, że wszystkie zabiegi reoperacji oraz powtórnej hospitalizacji były monitorowane na bieżąco zgodnie ze standardami akredytacyjnymi.

(akta kontroli str. 631-640, 664-668)

Liczba endoprotezoplastyk rewizyjnych stawu biodrowego wyniosła siedem zabiegów w 2018 r., 10 w 2019 r. oraz 14 w 2020 r., z czego w trzech przypadkach w 2018 r. (42,9% w stosunku do ogólnej liczby endoprotezoplastyk rewizyjnych przeprowadzonych w tym roku), jeden w 2019 r. (10,0%) oraz dziewięć w 2020 r. (64,3%) endoprotezoplastykę pierwotną wykonał inny świadczeniodawca.

<sup>34</sup> Skala HHS (*Harris Hip Score*) — skala oceniająca zakres ruchu, ból i funkcję stawu biodrowego

Liczba endoprotezoplastyk rewizyjnych stawu kolanowego wyniosła cztery zabiegi w 2018 r., dwa w 2019 r. oraz trzy w 2020 r., z czego w dwóch przypadkach w 2018 r. (50,0% w stosunku do ogólnej liczby endoprotezoplastyk rewizyjnych przeprowadzonych w tym roku) endoprotezoplastykę pierwotną wykonał inny świadczeniodawca.

(akta kontroli str. 631-640, 869)

W okresie objętym kontrolą nie toczyły się przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych postępowania związane z wykonanymi w Szpitalu zabiegami endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub stawu kolanowego. Wobec kontrolowanej jednostki nie toczyły się ponadto w tym okresie postępowania sądowe dotyczące wykonywania tego rodzaju świadczeń.

(akta kontroli str. 631-640)

W latach 2018 i 2019 przeprowadzono w kontrolowanej jednostce ankietowe badania satysfakcji pacjentów Szpitala. Z przedstawionych za te okresy wniosków z badania wynikało m.in., że do aspektów obniżających zadowolenie pacjentów z pobytu na oddziale ortopedycznym należało zaliczyć brak odpowiedniego dostępu do lekarzy oraz ilość poświęcanego bezpośrednio przez nich pacjentom czasu, otoczenie Szpitala, stan jego parkingów, jak również okresy oczekiwania na badania diagnostyczne. Uwagę zwrócono także na opiekę fizjoterapeutów/rehabilitantów, pod kątem czasu poświęcanego pacjentom oraz sposobu zachowania wobec nich. Dyrektor wskazał, że ma świadomość braków w powyższym zakresie, w tym konieczności uregulowania takich sytuacji, co komplikuje m.in. sytuacja ekonomiczna Szpitala. W kwestii dostępności do lekarzy wyjaśniający podał, że wprowadzono zmiany w godzinach przebywania na oddziale lekarzy (rezydentów).

(akta kontroli str. 254-350, 853)

**2.5.** W latach 2011-2020 chory w dniu kwalifikacji oraz wpisania na listę oczekujących otrzymywał od lekarza kwalifikującego ustną oraz pisemną instrukcję w jaki sposób należy przygotować się do planowanego zabiegu endoprotezoplastyki. Informacje te obejmowały broszurę informacyjną: „Przygotowanie do planowanego zabiegu operacyjnego w o. ortopedii”. W oddziale ortopedycznym chory otrzymywał na bieżąco informacje o przebiegu zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego od lekarza przyjmującego oraz pisemny opis zabiegu i możliwych powikłań w trakcie zbierania zgody na wykonanie tej procedury medycznej. Lekarz na bieżąco wyjaśniał choremu wątpliwości i odpowiadał na ewentualne pytania. Chory otrzymywał w ramach tego etapu opieki broszury: „Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody – Endoprotezoplastyka Stawu Kolanowego - opis zabiegu, możliwe powikłania, zgoda pacjenta”; „Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody – Endoprotezoplastyka Stawu Biodrowego - opis zabiegu, możliwe powikłania, zgoda pacjenta”. Pacjent w dniu wypisu ze Szpitala był instruowany ustnie o sposobie postępowania i kolejnych kontrolach, a dodatkowo otrzymuje kartę z instrukcją dotyczącą kolejnych wizyt w poradni, ich zakresu oraz kartę badania kontrolnego w skali Harrisa w przypadku stawu biodrowego. Na karcie wypisu ze Szpitala podawane są informacje o postępowaniu pooperacyjnym, a także skierowanie na rehabilitację, rodzaj diety i aktywności chorego podczas pobytu w domu. Na tym etapie przekazywane były m.in. druki „Endoprotezoplastyka stawów biodrowych i kolanowych. Kontrola ambulatoryjna.”; „Karta badania kontrolnego w skali Harrisa”. W trakcie pobytu w oddziale od pierwszej doby pooperacyjnej prowadzona była, jak wyjaśnił Dyrektor, rehabilitacja przez wyznaczonych dla oddziału rehabilitantów.

Chory uczony był pionizacji, podstawowych ćwiczeń, prowadzona była nauka chodzenia z odpowiednim obciążeniem kończyny w asekuracji kul lub balkonika, nauka chodzenia na schodach i korzystanie z toalet. Pacjent informowany był ponadto o ćwiczeniach jakie powinien wykonywać w okresie opuszczenia oddziału do przyjęcia w oddział rehabilitacji lub zgłoszenia się na rehabilitację ambulatoryjną, przy czym skierowanie otrzymuje w dniu wypisu z oddziału.

(akta kontroli str. 664-676)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Na stronach internetowych Szpitala (<https://szpital.koscian.pl>; <http://www.bip.szpital.koscian.pl>) nie prezentowano informacji w zakresie wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w odniesieniu do przygotowania się do zabiegu (operacji), jego przebiegu i pobytu na oddziale ortopedycznym, a także postępowania po wypisie ze Szpitala.

(akta kontroli str. 386-395)

Zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>35</sup> pacjent ma m.in. prawo do uzyskania przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania. NIK zwraca uwagę, że zgodnie z definicją określoną w art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach, świadczenie zdrowotne jest to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie umieścił dotychczas powyższych informacji na stronie internetowej z uwagi na to, że kwestie te uzgadniano w momencie kwalifikacji pacjenta do zabiegu oraz w zakresie jego przygotowania. Przebieg zabiegu, jak podał, omawiany jest w trakcie hospitalizacji w chwili przyjęcia, uwzględniając obecny stan zdrowia pacjenta oraz omawiana jest przyjęta (proponowana) metoda zabiegu jak również rodzaj zastosowanego implantu (endoprotezy). Na zakończenie leczenia uzgadniany jest sposób postępowania i przekazywane są informacje, zalecenia po wypisie ze Szpitala, dotyczące rehabilitacji, aktywności, w tym aktywności zawodowej. Wyjaśniający wskazał, że żaden przepis nie nakłada na podmiot leczniczy obowiązku umieszczania przedmiotowych informacji na stronie internetowej. Dodał, że tylko na oddziale ortopedycznym wykonywanych jest kilkadziesiąt procedur medycznych i umieszczenie takich treści dla każdej z nich wydaje zbędne. Przygotowując „szablon” informacji np. zaleceń po wypisie, nie można opisać jednego uniwersalnego dla każdej procedury, przewidującej wszystkie możliwe sytuacje uwzględniające choćby indywidualną dla każdego pacjenta sytuację zdrowotną.

(akta kontroli str. 664-676, 836-837)

Udzielanie pacjentom przed przyjęciem do Szpitala ustnych informacji o przebiegu leczenia, przygotowania do zabiegu endoprotezoplastyki oraz postępowania po zabiegu i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne, jak również informacji pisemnej dotyczącej wyłącznie przygotowania się do zabiegu, było w ocenie NIK niewystarczające. Na stronie internetowej Szpitala nie zaprezentowano bowiem nawet podstawowych informacji w powyższym zakresie, jak również ogólnych informacji ujętych w broszurach opisujących m.in. przedmiotowe zabiegi przekazywanych pacjentom po przyjęciu do oddziału

<sup>35</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

rehabilitacyjnego na zabieg. Wskazać należy, że zgodnie ze standardem akredytacyjnym CO13 pacjenci i ich rodziny powinni uzyskiwać wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne. Wobec powyższego Szpital posiadający certyfikat akredytacyjny zapewniać powinien dostęp do tych informacji, zarówno na etapie opieki przedoperacyjnej jak i po wykonaniu zabiegu. Zapewnienie bowiem pacjentom (ich rodzinom) wszechstronnej edukacji i informacji pozwala przygotować się do zabiegu oraz powrócić do zdrowia i sprawności po wykonanym zabiegu. Czas oczekiwania na zabieg był w większości przypadków długi, a przyswajanie i zapamiętywanie niezbędnych informacji u każdego pacjenta przebiega inaczej, dlatego, zdaniem Izby, powinny być one dostępne w różnych formach, przy wykorzystaniu wszystkich powszechnie uznanych kanałów udzielania informacji, w tym strony internetowej Szpitala.

2. Szpital, realizując w latach 2018, 2019 i 2020 świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, nie przekazywał konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii, wbrew obowiązkowi określone w załączniku nr 4 poz. 32 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., informacji w zakresie dokonywanych okresowych analiz zdarzeń niepożądanych.

(akta kontroli str. 679-681, 686-773, 874-878)

Ze złożonych przez Dyrektora wyjaśnień wynikało, że w powyższym okresie nie zidentyfikowano zdarzeń niepożądanych w zakresie zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w związku z czym nie przekazywano takich analiz.

(akta kontroli str. 631-640, 877-878)

Uwzględniając dokonane ustalenia, w tym złożone na tę okoliczność wyjaśnienia, NIK zauważa, że zgodnie z treścią wskazanego wyżej przepisu brak zdarzeń niepożądanych nie zwalnia jednostki od złożenia stosownej informacji (co najmniej raz w roku) konsultantowi wojewódzkiemu.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital otrzymał w badanym okresie certyfikat akredytacyjny dla lecznictwa szpitalnego<sup>36</sup> ważny do dnia 16 czerwca 2022 r. W powyższym okresie monitorowano jakość wykonywanych świadczeń endoprotezoplastyki oraz zapewniono odpowiednią (wysoką) jakość stosowanych protez, co skutkowało niewielką liczbą przeprowadzanych zabiegów rewizyjnych. Na stronach internetowych Szpitala nie prezentowano w badanym okresie informacji dotyczących przygotowania się do zabiegu endoprotezoplastyki, jego przebiegu i pobytu na oddziale ortopedycznym, a także postępowania po wypisie ze Szpitala. Nie przekazywano ponadto konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii, pomimo takiego obowiązku, informacji w zakresie dokonywanych w Szpitalu okresowych analiz zdarzeń niepożądanych.

#### 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 stacjonarnych wyniósł 2 048 620 punktów w 2018 r. (wzrost o 4% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrósł do 2 171 392 punktów w 2019 r. (tj. o 6,0%), a w 2020 r. spadł do poziomu 1 818 360 punktów (tj. o 16,3%). Zakres wykonanych ww.

<sup>36</sup> Przyznany m.in. na podstawie Raportu z przeglądu akredytacyjnego, przeprowadzonego w dniach od 27 lutego do 1 marca 2019 r.



świadczeń wyniósł 2 044 300 punktów w 2018 r. (wzrost o 3,5%), 2 168 092 punktów w 2019 r. (wzrost o 6,1%) oraz 1 818 359 punktów w 2020 r. (spadek o 16,1%).

Zakres zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym wyniósł 209 249 punktów w 2018 r. (wzrost o 37,9% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrósł do 287 819 punktów w 2019 r. (wzrost o 37,6%), a w 2020 r. spadł do poziomu 247 772 punktów (tj. o 13,9%). Zakres wykonanych świadczeń wyniósł 272 090 punktów w 2018 r. (wzrost o 49,3%), 284 172 punktów w 2019 r. (wzrost o 4,4%) oraz 201 047 punktów w 2020 r. (spadek o 29,2%).

Wartość zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych wyniosła 2 146 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 3,7% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrosła w 2019 r. do 2 277 tys. zł (tj. o 6,1%). W 2020 r. wyniosła 1 909 tys. zł (spadek o 16,2%). Wykonanie tych świadczeń wyniosło 2 146 tys. zł w 2018 r., 2 276 tys. zł w 2019 r. oraz 1 909 tys. zł w 2020 r., co stanowiło 100% wartości świadczeń zakontraktowanych na powyższe lata.

Wartość zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji na oddziale dziennym wyniosła 188 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 14,6% w porównaniu do roku poprzedniego), wzrosła w 2019 r. do 254 tys. zł (tj. o 35,1%). W 2020 r. wyniosła 222 tys. zł (spadek o 12,6%). Wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło 222 tys. zł w 2018 r. (118,1% wartości świadczeń wynikających z umowy), w 2019 r. wyniosło 254 tys. zł (tj. 100%) oraz 180 tys. zł w 2020 r. (tj. 81,1%).

(akta kontroli str. 861, 867-868)

W latach 2018-2020 Szpital nie występował do NFZ z wnioskami o zwiększenie wartości umów na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym. Na realizację tego rodzaju świadczeń nie otrzymywano w tym okresie środków z innych źródeł niż NFZ.

(akta kontroli str. 631-636)

W związku z opisanym w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego zaleceniem NFZ z dnia 15 marca 2020 r. Szpital dwukrotnie wstrzymał lub ograniczył wykonywanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w okresie marzec-maj świadczenia wstrzymano lub ograniczono. Ponadto w okresie październik-grudzień w zakresie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej wystąpiły trudności epidemiologiczne - wystąpienie COVID-19 wśród personelu i pacjentów, ponadto część pacjentów odmawiała przyjęcia na oddział, co skutkowało brakiem realizacji umowy w części dotyczącej pacjentów po zabiegach operacyjnych. W oddziale dziennym, jak wskazał Dyrektor, świadczenia realizowano zgodnie z umową, bez konieczności wprowadzania szczególnych rozwiązań.

(akta kontroli str. 631-636, 861, 867-868)

Badanie dokumentacji medycznych pacjentów poddanych endoprotezoplastyce stawu biodrowego i kolanowego wykazało stosowanie, w odniesieniu do podjętych działań w zakresie ustalania programu usprawniania, rehabilitacji przyłóżkowej oraz dokumentowania procesu rehabilitacji, stosowanie procedury usprawniania po operacjach w zakresie tego rodzaju zabiegów (OP2).

(akta kontroli str. 118, 410-474)

**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.

(akta kontroli str. 664-668)

W latach 2018-2020, na koniec każdego roku, na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oczekiwało (w porównaniu do roku poprzedniego):

- przypadki pilne: zero pacjentów w 2018 r. (bez zmian do roku poprzedniego), 66 w 2019 r. oraz 183 w 2020 r. (wzrost o 177,3%);

- przypadki stabilne: 746 pacjentów w 2018 r. (spadek o 3%), 701 w 2019 r. (spadek o 6%) oraz 454 w 2020 r. (spadek o 35,2%).

W poszczególnych latach na świadczenia rehabilitacji na oddziale dziennym oczekiwało:

- przypadki pilne: 129 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 104,8%), 132 w 2019 r. (wzrost o 2,3%) oraz 104 w 2020 r. (spadek o 21,2%);

- przypadki stabilne: 121 pacjentów w 2018 r. (wzrost o 15,2%), 122 w 2019 r. (wzrost o 0,8%) oraz 103 w 2020 r. (spadek o 15,6%).

W latach 2018-2020 na ustalony termin świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie 11 pacjentów, wszyscy w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 314 pacjentów, z tego 83 w 2018 r., 95 w 2019 r. i 136 w 2020 r.

W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym (przypadki pilne i stabilne) nie zgłosiło się łącznie dwóch pacjentów, po jednym w 2019 r. i w 2020 r. Z zabiegu zrezygnowało łącznie 47 pacjentów, z tego 15 w 2018 r., 23 w 2019 r. i dziewięciu w 2020 r.

(akta kontroli str. 863-864)

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

– w 2019 r.: 17, 15 i 22 dla przypadków pilnych oraz 44, 35 i 81 dla przypadków stabilnych;

– w 2020 r.: 19, 14 i 24 dla przypadków pilnych oraz 265, 278 i 324 dla przypadków stabilnych.

Średni czas oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych wzrósł o 15,5% w 2020 r. Dla przypadków stabilnych wzrósł w 2020 r. o 504,1%.

Mediana czasu oczekiwania na świadczenia (w stosunku do roku poprzedniego) dla przypadków pilnych zmniejszyła się w 2020 r. o 6,7%, natomiast dla przypadków stabilnych wzrosła w tym okresie w stosunku do roku poprzedniego o 694,3%.

(akta kontroli str. 865-866)

W przypadku skreśleń pacjentów z listy oczekujących na świadczenia rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub na oddziale dziennym z przyczyn medycznych lub innych, każdorazowo dokonywano skreślenia pacjenta z takiej listy, informując pacjentów kolejnych na liście, jak wyjaśnił Dyrektor, o możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych.

W badanym okresie w Szpitalu dokonywano ocen list oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, na podstawie których sporządzano sprawozdania, przy czym szczególną uwagę zwracano na świadczenia endoprotezoplastyki. Analizy takie, jak podał Dyrektor, służyły określeniu zapotrzebowania m.in. na powyższe świadczenia oraz były podstawą formułowania wystąpień do NFZ o zwiększenie wartości umów.

(akta kontroli str. 664-668, 836-837)

Szpital nie informował pacjentów o zbliżających się terminach świadczeń w odniesieniu m.in. do oddziału dziennego, a informacja taka była uzgadniana w dniu zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem i jego zarejestrowaniem. Szpital każdorazowo informował telefonicznie pacjenta, jak wskazał Dyrektor, o nieprzewidzianej konieczności zmiany terminu udzielenia świadczenia, co dotyczyło zarówno przyspieszenia, jak i wydłużenia okresu oczekiwania. W oddziale rehabilitacyjnym wyznaczony był natomiast przybliżony termin rozpoczęcia udzielania świadczeń, natomiast bezpośrednio przed przyjęciem termin tego przyjęcia uzgadniany był telefonicznie.

(akta kontroli str. 836-837)

Okres epidemii COVID-19 charakteryzował się, jak wyjaśnił Dyrektor, w większości zakresów spadkiem liczby nowych pacjentów zgłaszających się ze skierowaniami na świadczenia zdrowotne. W związku z trwającym okresem epidemii nie stwierdzono, jak wskazano, wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych oraz w oddziale dziennym.

(akta kontroli str. 664-668)

Przeprowadzone w toku kontroli badania<sup>37</sup> wykazały, że czasy oczekiwania w kontrolowanej jednostce na świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, wykazane na stronach internetowych NFZ, były zgodne z czasami oczekiwania na te świadczenia obowiązującymi w Szpitalu oraz aktualnie wykazanymi w prowadzonym systemie rejestracji pacjentów oddziału rehabilitacyjnego.

(akta kontroli str. 365-377)

**3.3.** Z próby 45 pacjentów poddanych endoprotezoplastyce, 32 osoby skorzystały z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (88,9% pacjentów, którym lekarze ortopedzi wystawili po wykonanych zabiegach skierowania na takie świadczenie), natomiast ośmiu pacjentów poddano rehabilitacji dziennej (100% skierowanych przez ww. lekarzy na takie świadczenie osób). Udzielana pacjentom pomoc polegała na ustalaniu trybu rehabilitacji, jej terminów oraz wystawianiu przedmiotowych skierowań. Dyrektor na podstawie informacji ordynatora oddziału ortopedycznego wyjaśnił, że każdy pacjent po zabiegu endoprotezoplastyki ma proponowane skierowanie na rehabilitację stacjonarną, przy czym część pacjentów korzysta z możliwości kontynuacji leczenia w Szpitalu, natomiast inni kierują się do konkurencyjnych ośrodków.

(akta kontroli str. 410-474, 891-892)

**3.4.** Dla kierownika oddziału rehabilitacyjnego problemem związanym z udzielaniem świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych była infrastruktura oddziału<sup>38</sup>, na co także zwróciła uwagę pielęgniarka oddziałowa tej komórki organizacyjnej Szpitala. Na mankamenty lokalowe budynku związane z tą formą rehabilitacji zwrócił również uwagę przedstawiciel personelu fizjoterapeutycznego. Problemów dotyczących oddziału dziennego osoby te nie identyfikowały.

(akta kontroli str. 684-685, 834)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

**OCENA CZĄSTKOWA**

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

W latach 2019-2020 wzrósł średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych na świadczenia w warunkach stacjonarnych, z odpowiednio 44 dni do 265 dni.

<sup>37</sup> Przeprowadzone w dniach 28 stycznia oraz 17 lutego 2021 r.

<sup>38</sup> Często psująca się winda oraz stan sanitariatów oddziału.

Z badanej próby 45 pacjentów poddanych endoprotezoplastyce 32 osoby skorzystały z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, natomiast ośmiu pacjentów poddano rehabilitacji w warunkach dziennych, na podstawie skierowań wystawionych po przeprowadzonych zabiegach przez lekarzy oddziału ortopedycznego. Udzielana pacjentom pomoc polegała m.in. na ustalaniu trybu rehabilitacji oraz jej terminów.

#### IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala podstawowych informacji, w odniesieniu do przygotowania się do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, jego przebiegu oraz pobytu na oddziale ortopedycznym, a także postępowania po wypisie ze Szpitala.
2. Przekazywanie konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii informacji w zakresie dokonywanych okresowych analiz zdarzeń niepożądanych.
3. Zapewnienie rzetelnego ewidencjonowania osób oczekujących na świadczenia w zakresie AOS - ortopedia i traumatologia narządu ruchu, w systemie informatycznym AP-KOLCE Kolejki Centralne.

#### 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

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

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

Poznań, dnia 27 kwietnia 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler  
Marek Rozwalka  
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
z up. Grzegorz Malesiński  
p.o. wicedyrektora

.....  
*Podpis*

.....  
*Podpis*

