



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.411.001.02.2016

R/16/001

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE



Faint, illegible text centered below the logo, possibly a title or header.

Faint, illegible text centered in the middle of the page, possibly a main heading or section title.

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/16/001 - Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Aleksandra Pawlicka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/43/2016 z dnia 11 sierpnia 2016 r.  (dowód: akta kontroli, str. 1)
Jednostka kontrolowana	Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie <sup>1</sup> , ul. Zygmunta Krasińskiego 54/56, 01-755 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewelina Zawadzka-Bartczak, Dyrektor WIML <sup>2</sup>  (dowód: akta kontroli, str. 2)

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>3</sup>

### Ocena ogólna

W Klinice Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej<sup>4</sup> prowadzono listę oczekujących na wykonanie operacji zaćmy<sup>5</sup>, jednakże ewidencja ta nie spełniała swojego zadania w zarządzaniu procesem udzielania świadczeń. Zawarte w niej informacje na temat planowanych terminów wykonania operacji były zmieniane przez Świadczeniodawcę<sup>6</sup> w sposób powodujący zmianę kolejności na liście, co skutkowało powstaniem rozbieżności w przewidywanych czasach oczekiwania na zabieg. Lista oczekujących nie była prowadzona na bieżąco, co skutkowało występowaniem pomyłek i przeoczeń (stwierdzono m.in. trzy przypadki<sup>7</sup> udzielenia świadczenia osobom, które nie figurowały na liście). Jednocześnie nierzetelne realizowanie zadań przez Zespół Oceny Przyjęć<sup>8</sup> uniemożliwiło wyeliminowanie istniejących nieprawidłowości.

W wyniku niewłaściwie prowadzonej dokumentacji, dotyczącej kolejności udzielania świadczeń oraz popełnianych błędów Klinika wykazywała w comiesięcznych raportach statystycznych<sup>9</sup> nieprawidłowe dane o liczbie pacjentów oczekujących, liczbie pacjentów skreślonych i czasie oczekiwania.

W kontrolowanej jednostce operacyjne leczenie zaćmy następowało w oparciu o odrębną ewidencję, prowadzoną przez lekarzy Kliniki w formie papierowej, w której dane świadczeniobiorców były zapisywane według kolejności zgłoszeń.

<sup>1</sup> Dalej: WIML lub Świadczeniodawca.

<sup>2</sup> W okresie od dnia 27 kwietnia 2012 r. do dnia 31 marca 2016 r. funkcję Dyrektora pełnił Olaf Truszczyński, a w okresie od dnia 1 kwietnia do dnia 31 lipca 2016 r. funkcję tę pełnił Grzegorz Nowicki.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>4</sup> Dalej: Klinika.

<sup>5</sup> Dalej: lista oczekujących.

<sup>6</sup> Zmiany planowanych terminów operacji następowały przede wszystkim w ramach tzw. przesunięć grupowych.

<sup>7</sup> Na 60 objętych kontrolą.

<sup>8</sup> Dalej: ZOP lub Zespół.

<sup>9</sup> Odbiorcą tych raportów był Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: OW NFZ).

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### Prowadzenie listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń

Opis stanu  
faktycznego

W Klinice lista oczekujących prowadzona była od stycznia 2004 r. w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI), służącym do komunikacji z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, a w okresie od kwietnia 2015 r. w udostępnionej przez NFZ aplikacji Kolejki Centralne<sup>10</sup>.

Wpisów na listę oczekujących dokonywali lekarze zatrudnieni w Klinice, po przeprowadzeniu badań kwalifikacyjnych, obejmujących pełną diagnostykę okulistyczną z oceną ostrości wzroku, rodzaju i stopnia zaawansowania zaćmy oraz oceną innych chorób okulistycznych. Według wyjaśnień Kierownika Kliniki planowany termin udzielenia świadczenia wyliczany był *na podstawie ilości oczekujących w kolejce pacjentów oraz ilości wykonywanych procedur, która z kolei uzależniona jest od wysokości aktualnie przyznanego kontraktu przez NFZ*. O zbliżającym się terminie zabiegu i konieczności stawienia się na wizytę, której celem było ustalenie harmonogramu przygotowań przedoperacyjnych, świadczeniobiorcy byli informowani telefonicznie lub listownie.

W systemie dane statystyczne: o liczbie osób oczekujących, liczbie osób skreślonych oraz o średnim czasie oczekiwania były obliczane automatycznie<sup>11</sup>. Warunkiem automatycznego obliczania tych danych było dokonywanie przez Świadczeniodawcę, nie rzadziej niż raz w miesiącu, oceny listy oczekujących i aktualizowanie daty oceny w systemie.

(dowód: akta kontroli, str. 48-55, 230-232)

Lista oczekujących zawierała wymagane dane, wskazane w art. 20 ust. 2 pkt 3 i pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>12</sup>, tzn. numer kolejny na liście w roku zapisania, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie, adres i numer telefonu świadczeniobiorcy oraz termin udzielenia świadczenia. Ponadto lista zawierała status i kategorię medyczną świadczeniobiorcy oraz informacje w zakresie dokładności planowanego terminu<sup>13</sup>.

Oprócz listy oczekujących prowadzonej w systemie, Klinika prowadziła odrębną ewidencję zgłoszeń w wersji papierowej, w której odnotowywano imię, nazwisko, nr PESEL pacjenta, jego adres zamieszkania i telefon, datę zgłoszenia do Kliniki oraz, w niektórych przypadkach, datę wysłania pisma informującego o konieczności zgłoszenia się na konsultację przedoperacyjną. Dla wybranej losowo grupy 40 pacjentów kolejność wpisów w tej ewidencji była zgodna z kolejnością wpisów na liście oczekujących prowadzonej w AP-KOLCE.

(dowód: akta kontroli, str. 169-176, 300)

Według informacji zawartych w systemach informatycznych WIML, w okresie od dnia 1 października 2013 r. do dnia 11 sierpnia 2016 r. na listę oczekujących zostało wpisanych 3,7 tys. pacjentów, dla których czas oczekiwania na wykonanie operacji wynosił maksymalnie 2 716 dni. Zróżnicowanie czasu oczekiwania było w szczególności konsekwencją przesunięć grupowych, dokonywanych w wyniku zwiększenia liczby pacjentów oczekujących na operację zaćmy i błędnego planowania ilości operacji na poszczególne lata<sup>14</sup>. W ww. okresie Świadczeniodawca dokonywał pięciokrotnie przesunięć grupowych na liście oczekujących, przy czym czas, o jaki zmieniano przewidywane terminy wykonania zabiegów, nie był jednakowy dla wszystkich świadczeń, co powodowało zmianę kolejności świadczeniobiorców na liście<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli, str. 67-151, 278-279, 297-299, 300)

<sup>10</sup> Dalej: AP-KOLCE lub system.

<sup>11</sup> Świadczeniodawca nie miał obowiązku przekazywania tych danych do NFZ odrębnym komunikatem.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, dalej: ustawa o świadczeniach.

<sup>13</sup> Zgodnie z *Instrukcją użytkownika aplikacji AP-KOLCE* Świadczeniodawca wyznacza termin udzielenia świadczenia z dokładnością do dnia bądź tygodnia.

<sup>14</sup> Np. według stanu na dzień 15 maja 2014 r. liczba operacji zaćmy, zaplanowanych do wykonania w 2015 r. wynosiła 713, natomiast w 2016 r. – 1 309.

<sup>15</sup> Np. w badanej próbie długość okresów, o jakie dokonywano przesunięć wynosiła: od 90 do 720 dni (przesunięcia grupowe dokonywane w dniu 28 października 2015 r.), od 75 do 165 dni (przesunięcia grupowe dokonywane w dniu 8 lutego 2016 r.).

Analiza historii wpisów w systemie, dotyczących 10 pacjentów, którym wyznaczono najkrótsze terminy wykonania operacji od momentu wpisania na listę<sup>16</sup> wykazała, że:

1/ sześciu z nich zostało uprzednio skreślonych z listy oczekujących z powodu niestawienia się w wyznaczonym wcześniej terminie w celu ustalenia harmonogramu przygotowania do operacji, po czym zostali ponownie wpisani na listę, a wyznaczone ponownie terminy udzielenia świadczenia (wykonania operacji) wynosiły maksymalnie 69 dni od dnia wpisania na listę oczekujących; Ordynator Kliniki<sup>17</sup> wyjaśnił w tej sprawie, że: *pacjenci ci nie zgłosili się w wyznaczonym terminie na konsultację przedoperacyjną, w związku z czym zostali wykreśleni z listy oczekujących, a jako powód wykreślenia w systemie zaznaczono ich niezgłoszenie się w wyznaczonym terminie (lub omyłkowo rezygnację z zabiegu). Po niedługim czasie pacjenci ci zgłosili się jednak na konsultacje, dlatego zostali ponownie wpisani na listę, a zaplanowany pierwotnie termin zabiegu został jedynie nieznacznie zmieniony. Prawdopodobnie osoby te z przyczyn zdrowotnych lub osobistych nie mogły zgłosić się w terminie ustalonym pierwotnie (choroby, inne procedury medyczne itp.);*

2/ jedna osoba, wpisana na listę oczekujących w dniu 17 września 2012 r., została z niej skreślona w dniu 11 września 2014 r. i wpisana ponownie w dniu 23 października 2014 r.; według wyjaśnień Ordynatora osoba ta miała wykonane 3 operacje. Drugą procedurą było wtórne wszczepienie soczewki (pierwsza operacja była bez wszczepu sztucznej soczewki). Przez pomyłkę zostało wówczas skreślone drugie oko w systemie. Dlatego aby zoperować jej drugie oko na które oczekiwała w kolejce musieliśmy wpisać ją ponownie do systemu na listę oczekujących;

3/ jedna osoba nie została ujęta w systemie przed dniem wykonania zabiegu; według wyjaśnień złożonych przez Ordynatora osoba ta była operowana w dniu 13 stycznia 2014 r. a konsultowana w lipcu 2013 r., stwierdzono konieczność operacji w trybie przyspieszonym. Wcześniej przez przeoczenie nie została ujęta w systemie AP-KOLCE, dlatego została do niego wpisana w dniu 16 stycznia 2014 r. już po wykonaniu zabiegu operacyjnego. Nie pamiętam, dlaczego skreślając ją w dniu 5 sierpnia 2014 r. jako powód wykreślenia wskazano przyczynę „pacjent nie zgłosił się w wyznaczonym terminie”;

4/ jedna osoba, zgodnie z wyjaśnieniami Ordynatora, nie była zdecydowana co do operacji i w związku z tym została wykreślona z listy oczekujących; a gdy podjęła decyzję o poddaniu się operacji<sup>18</sup>, została ponownie wpisana na listę; ordynator stwierdził, że wyznaczony jej został krótki termin operacji w związku z jej oczekiwaniem na zabieg operacyjny już od 2010 r.;

5/ jedna osoba była kombatantem, uprawnionym, zgodnie z art. 47c ustawy o świadczeniach, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

(dowód: akta kontroli, str. 230-232, 280-292, 300)

Uwaga dotycząca  
badanej  
działalności

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do 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<sup>19</sup>, zawierającą kody przyczyn skreślenia z listy oczekujących, podstawą skreślenia z listy może być w szczególności m.in. niezgłoszenie się świadczeniobiorcy w ustalonym terminie udzielenia świadczenia. Natomiast niestawienie się na wizytę konsultacyjną, której celem jest m.in. wyznaczenie harmonogramu przygotowań przedoperacyjnych, skutkujące wykreśleniem świadczeniobiorcy z prowadzonej w WIML listy oczekujących, może być rejestrowane jako tzw. inna przyczyna skreślenia z ww. listy, co przewiduje lp. 8 ww. tabeli.

Opis stanu  
faktycznego

W prowadzonej przez Świadczeniodawcę liście oczekujących<sup>20</sup> 3 656 pacjentów zostało zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”, a 35 do kategorii „przypadek pilny”, przy czym 34 spośród tych osób nie umieszczono na liście przed pacjentami zakwalifikowanymi jako „przypadek stabilny”. Z wyjaśnień złożonych przez

<sup>16</sup> Wynoszące maksymalnie 196 dni. Pacjenci ci zostali zakwalifikowani do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

<sup>17</sup> Dalej: Ordynator.

<sup>18</sup> W dniu 9 maja 2014 r.

<sup>19</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 192 ze zm.

<sup>20</sup> W okresie od dnia 1 października 2013 r. do dnia 11 sierpnia 2016 r.

Ordynatora wynika, że pacjentom tym omyłkowo została przypisana kategoria „przypadek pilny”.

(dowód: akta kontroli, str. 56-66, 155)

Pracownicy Kliniki nie informowali pisemnie świadczeniobiorców o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej oraz o planowanym terminie udzielenia świadczenia. Pacjenci byli natomiast zawiadamiani (telefonicznie lub listownie), według kolejności zgłoszeń, o zbliżającym się terminie operacji i o konieczności stawienia się na wizytę, w trakcie której wykonywane były badania i ustalany był harmonogram przygotowań przedoperacyjnych. W trakcie tej wizyty ustalano również, indywidualnie z każdym pacjentem, rzeczywisty termin przeprowadzenia zabiegu. Nie przyjęto przy tym jednolitych zasad dokumentowania przyczyn wyboru terminów wykonania zabiegów, gdyż, jak wyjaśnił Ordynator, informacje w tym zakresie były wpisywane przez lekarzy w odrębnych dokumentach (zeszyty z terminami operacji, dokumentacji ambulatoryjnej – historii zdrowia i choroby, lub w dokumentacji u pacjenta – wezwaniu na stawienie się na ustalenie harmonogramu przygotowań do operacji, harmonogramie przygotowań lub w innej dokumentacji okulistycznej), jednak nie w każdym przypadku. W rezultacie kolejność udzielania świadczeń nie była zgodna z kolejnością zgłoszeń pacjentów, wymaganą przez art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach, a daty wykonania zabiegów pacjentom zakwalifikowanych do kategorii „stabilny”, zapisanych na listę oczekujących w tym samym dniu, różniły się nawet o 203 dni<sup>21</sup>.

(dowód: akta kontroli, str. 48-49, 56-66, 180-181, 230-232)

Ordynator wyjaśnił, że: *uwzględniamy wszelkie przyczyny uniemożliwiające pacjentom wykonanie operacji zgodnie z teoretycznym czasem operacji zgodnym z kolejnością zgłoszenia się do szpitala. Należą do nich:*

- *inne świadczenia medyczne, uroczystości państwowe i rodzinne, opieka rodziny, zaplanowane wyjazdy, konieczność zapewnienia opieki nad zwierzętami w domu itp. – na co nie mamy często żadnego wpływu),*
- *konieczności wykonania szczepień ochronnych przeciw WZW-B (cykl szczepień to około 1,5 miesiąca),*
- *wykonanie badań i konsultacji dodatkowych specjalistycznych, konieczności wyrównania metabolicznego cukrzycy czy chorób tarczycy – co często zajmuje kilka miesięcy i o tyle powoduje kolejną – wstępnie nieplanowaną konieczność zmiany terminu.*

*Przypomnę także, że pacjentów obciążonych internistycznie, metabolicznie, onkologicznie (itp.), wymagających często kilkumiesięcznego przygotowania jest w naszym ośrodku dość dużo. Nie wybieramy bowiem sobie pacjentów ogólnie zdrowych (jak wiele ośrodków chirurgii jednego dnia). Operujemy także pacjentów z wieloma schorzeniami okulistycznymi, którzy są dyskwalifikowani z zabiegów w ośrodkach chirurgii jednego dnia. Powoduje to oczywiście konieczność specjalnego, dokładnego zdiagnozowania tych chorych, ich odpowiedniego – często kilkutygodniowego – przygotowania, co niesie za sobą oczywiście dodatkowy czas (...).*

(dowód: akta kontroli, str. 294-299)

Uwaga dotycząca badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w celu zapewnienia wiarygodności danych, zawartych w liście oczekujących, i ich zgodności ze stanem faktycznym, zarówno każda zmiana planowanego terminu wykonania zabiegu, dokonana w wyniku ustaleń z pacjentem, jak i przyczyna wyboru tego terminu, powinny zostać w liście uwzględnione.

Opis stanu faktycznego

Wskutek dokonywanych przesunięć grupowych, a także ze względu na rezygnację części pacjentów z zabiegu, 214 spośród 224 świadczeń (tj. 95,5% operacji)<sup>22</sup> zostało wykonanych przed terminem określonym w liście oczekujących. Stwierdzono również trzy przypadki

<sup>21</sup> Ustalono na podstawie dat wykonania zabiegów pacjentom, zapisanym na listę oczekujących w okresie od dnia 1 października do dnia 12 listopada 2013 r.

<sup>22</sup> Analizą objęto operacje wykonane pacjentom, wpisanym na listę oczekujących w okresie od dnia 1 października 2013 r. do dnia 11 sierpnia 2016 r. W analizie tej nie uwzględniono świadczeń zdrowotnych, których termin został przesunięty na podstawie decyzji podjętej przez ZOP.

wykonania operacji osobom nie wpisanym na listę oczekujących<sup>23</sup>. Według wyjaśnień Ordynatora *pacjenci ci nie zostali wpisani na listę oczekujących w wyniku niedopatrzenia.*  
(dowód: akta kontroli, str. 178-179, 230-232, 300)

Analiza historii zmian planowanego terminu udzielenia świadczeń<sup>24</sup> 40 losowo wybranych pacjentów, wpisanych na listę oczekujących w okresie od 3 do 11 lutego 2013 r. oraz od 2 do 9 lutego 2014 r., wykazała, że 31 osobom (77,5%) wyznaczono termin operacji zgodnie z kolejnością określoną według listy.

(dowód: akta kontroli, str. 67-68)

Z listy oczekujących skreślono w okresie objętym kontrolą łącznie 807 pacjentów, w tym przede wszystkim osoby, którym udzielono świadczeń (co było przyczyną 407 skreśleń), osoby które zrezygnowały z operacji (310 skreśleń) lub osoby, które nie zgłosiły się u Świadczeniodawcy w ustalonym terminie (33 skreślenia)<sup>25</sup>. W przypadku dokonania skreślenia, poza wskazaniem daty, każdorazowo była podawana jego przyczyna.

(dowód: akta kontroli, str. 300)

W Klinice powołano ZOP, który przeprowadzał okresowe oceny listy oczekujących. Oceny te, co najmniej raz w miesiącu były odnotowywane w systemie<sup>26</sup>. Do systemu były wprowadzane również tygodniowe informacje dotyczące pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia. Według wyjaśnień złożonych przez Ordynatora, w związku z tym, że *przewidywane terminy wykonania zabiegów, wynikające z systemu AP-KOLCE, nie są podstawą określenia wiarygodnego pierwszego wolnego terminu, informacje o pierwszym wolnym terminie są wpisywane na podstawie rzeczywistych pierwszych wolnych terminów, określanych na podstawie informacji o liczbie osób oczekujących, wynikających z ewidencji papierowej i elektronicznej.*

(dowód: akta kontroli, str. 152-154, 229-232)

Wnioski o przyspieszenie terminu wykonania operacji na podstawie art. 20 ust. 7 ustawy o świadczeniach, składanie przez pacjentów lub zatrudnionych w Klinice lekarzy okulistów, rozpatrywał ZOP. Spośród 407 zabiegów wykonanych przed dniem 11 sierpnia 2016 r. pacjentom, zapisanym na listę oczekujących w okresie od dnia 1 października 2013 r. do dnia 11 sierpnia 2016 r., terminy wykonania 183 zabiegów (45%) zostały przyspieszone na podstawie decyzji podjętych przez Zespół. Według wyjaśnień Ordynatora wszyscy pacjenci zapisywani na listę oczekujących byli powiadamiani o możliwości zmiany przez Zespół terminu wykonania zabiegu (na wcześniejszy) ze względów medycznych. Ordynator dodał, że w trakcie badania kwalifikującego do zabiegu pacjentom *przekazywane są także informacje, czy są wskazania do przyspieszenia terminu zabiegu, czy też nie.*

(dowód: akta kontroli, str. 191-196, 205-228, 230-232)

W obowiązującym w Klinice cenniku udzielanych świadczeń, zabieg fakoemulsyfikacji zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki asferycznej z filtrem światła niebieskiego wyceniono na 4,9 tys. zł<sup>27</sup>. Koszt udzielenia takiego świadczenia w 2015 r. został natomiast oszacowany na 2,2 tys. zł w przypadku zaćmy niepowikłanej i 2,9 tys. zł w przypadku zaćmy powikłanej. W okresie od dnia 1 października 2013 r. w Klinice nie były wykonywane świadczenia zdrowotne, za które płacił podmiot inny niż OW NFZ. Klinika nie podejmowała także działań w celu udzielania świadczeń rozliczanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, jak również nie współpracowała z żadnymi podmiotami zagranicznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 259-277, 294-299)

Świadczeniodawca, w zakresie objętym kontrolą, posiadał większy potencjał niż niezbędny do wykonania umów (kontraktów) zawartych z OW NFZ. Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń*

<sup>23</sup> Ustalono na podstawie próby 60 pacjentów, zoperowanych w okresie od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 8 sierpnia 2016 r.

<sup>24</sup> Dane dotyczące historii zmian pozyskano z systemu AP-KOLCE.

<sup>25</sup> Pozostałe przyczyny skreśleń to m.in. zgon pacjenta, brak kontaktu z pacjentem, wykonanie świadczenia przez innego świadczeniodawcę.

<sup>26</sup> W okresie od dnia 12 czerwca 2015 r. do dnia 11 sierpnia 2016 r. fakt dokonania oceny kolejki został odnotowany 20-krotnie.

<sup>27</sup> Cena za zabieg profesorski wynosiła 5,1 tys. zł.

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>28</sup> warunkiem realizacji świadczeń w trybie hospitalizacji na oddziałach okulistyki jest dysponowanie równoważnikiem co najmniej dwóch etatów specjalistycznych w dziedzinie okulistyki (nie dotyczy dyżurów medycznych), natomiast według stanu na dzień 15 września 2016 r. Klinika dysponowała równoważnikiem 5 etatów specjalistycznych w zakresie okulistyki. Ponadto, jak wynika z informacji Kierownika Kliniki, operacje zaćmy i inne operacje okulistyczne były wykonywane na bloku operacyjnym trzy razy w tygodniu, natomiast w przypadku zwiększenia kontraktu Kliniki na operacje zaćmy istniałaby możliwość wykorzystania bloku w pozostałe dwa dni w tygodniu (zwiększenie liczby operacji zaćmy o ok. 40 pacjentów miesięcznie<sup>29</sup>). O potencjale Kliniki umożliwiającym wykonywanie większej ilości operacji świadczyły także pisma kierowane do OW NFZ w związku z obniżaniem wysokości kontraktu, w których wskazywano m.in. na niepełne wykorzystanie bloku operacyjnego oraz potencjału zatrudnionych lekarzy wykonujących operacje, a także na konieczność ograniczania ilości wykonywanych procedur, co powoduje wydłużanie czasu oczekiwania na operację.

(dowód: akta kontroli, str. 162-168, 233, 240-241)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Wyznaczane świadczeniobiorcom planowane terminy wykonania zabiegów nie w każdym przypadku były zgodne z kolejnością zgłoszeń, pomimo takiego wymogu wynikającego z przepisu art. 20 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Analiza historii zmian planowanego terminu udzielenia świadczenia 40 pacjentów wykazała, że dziewięciu spośród nich (22,5%) wyznaczono termin operacji niezgodnie z określoną według listy kolejnością zgłoszeń<sup>30</sup>.

Ordynator wyjaśnił: *Wpisywanie jednorazowo po kilkunastu – kilkudziesięciu pacjentów może generować drobne pomyłki w ustalaniu planowanych terminów operacji. O kolejności operacji nie decyduje jednak data planowanego zabiegu (która w chwili zgłoszenia się do Kliniki jest niemożliwa do dokładnego określenia), lecz data zgłoszenia się zakwalifikowania pacjenta na operację zaćmy. Według tej daty pacjenci są informowani – wg kolejności zgłoszeń – o zbliżającym się terminie operacji i wówczas jest ustalany dokładny termin operacji zaćmy dogodny tak dla pacjenta, jak i odpowiadający zapotrzebowaniom i możliwościom Kliniki Okulistycznej WIML.*

(dowód: akta kontroli str. 67-140, 294-299)

2. Lista oczekujących prowadzona przez Świadczeniodawcę nie zawierała wiarygodnych informacji o przewidywanym terminie wykonania zabiegu, co było niezgodne z art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach, na podstawie którego listę prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe było w szczególności skutkiem dokonywania przez Świadczeniodawcę przesunięć grupowych w związku z błędnym planowaniem liczby operacji na poszczególne lata oraz zaniechaniem informowania świadczeniobiorców o zmianie terminu. Długości okresów, o jakie dokonywano przesunięć w stosunku do terminów określonych pierwotnie, nie były jednakowe dla wszystkich świadczeń, co powodowało zmianę kolejności na liście oczekujących<sup>31</sup>.

Wskutek prowadzenia listy oczekujących w sposób opisany powyżej, również comiesięczne raporty statystyczne zawierały nieprawdziwe dane w zakresie średniego czasu oczekiwania na operację, co stanowiło naruszenie wymogu wynikającego z art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach<sup>32</sup>.

Jak wyjaśnił Ordynator: (...) *planowane terminy udzielania świadczenia niezgodne z kolejnością zgłoszenia się do Kliniki wynikają z konieczności grupowego przesuwania pacjentów i dostosowywania w zestawieniach systemu AP-KOLCE rozkładu pacjentów na*

<sup>28</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.

<sup>29</sup> Wymagałoby to zatrudnienia dodatkowego personelu.

<sup>30</sup> Osobom tym wyznaczono wcześniejsze terminy wykonania operacji niż pacjentom zapisanym przed tymi osobami na listę oczekujących. Terminy te były także zmieniane w ramach przesunięć grupowych.

<sup>31</sup> Np. w badanej próbie długość okresów, o jakie dokonywano przesunięć wynosiła: od 90 do 720 dni (przesunięcia grupowe dokonywane 28 października 2015 r.), od 75 do 165 dni (przesunięcia grupowe dokonywane 8 lutego 2016 r.).

<sup>32</sup> Dane te były automatycznie obliczane przez aplikację i przekazywane do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

kolejne lata. (...) Ponieważ nikt wcześniej tego nie robił i nie można było takiej informacji także uzyskać od pracowników NFZ były one wykonywane metodą prób i błędów, często wielokrotnie w ciągu kilkunastu minut. Przesunięcie wszystkich pacjentów nie było możliwe – system próbując przesunąć jednorazowo ponad 2 tysiące procedur po prostu się zawieszał. Przesuwanie grup po kilkadziesiąt osób jednorazowo nie pozwalało uzyskać wymaganego przez NFZ odpowiedniego rozkładu pacjentów, co powodowało kolejne próby, zamieszanie i sytuację jaką widzimy obecnie.

Świadczeniodawca nie dokonywał również korekt terminów wykonania operacji w przypadku rezygnacji pacjentów z zabiegu bądź podjęcia przez ZOP decyzji o przyspieszeniu terminu wykonania zabiegu.

Ordynator w ww. sprawie wyjaśnił, że brak zmian terminów w systemie AP-KOLCE wynikał z braku czasu na wykonywanie teoretycznie prostych, ale czasochłonnnych czynności administracyjnych. Ponadto przesuwanie terminów raz w jedną, raz w drugą stronę jest czynnością nie tylko czasochłonną, ale często również bezsensowną. Ponadto o kolejności operacji nie decyduje data planowanego zabiegu (która w chwili zgłoszenia się do Kliniki jest niemożliwa do dokładnego określenia), lecz data zgłoszenia się i zakwalifikowania pacjenta na operację zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 56-140, 294-299, 300, 301)

3. Wpisów na listę oczekujących nie dokonywano na bieżąco, tj. każdego dnia pracy Kliniki<sup>33</sup>. Również skreślanie z listy oczekujących pacjentów, którym wykonano zabiegi, nie następowało w dniu przeprowadzenia zabiegu<sup>34</sup>. Naruszono tym samym zasady wynikające z art. 20 ust. 1b ustawy o świadczeniach, stosownie do którego zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę<sup>35</sup>.

Konsekwencją zaniechania bieżącego prowadzenia listy oczekujących były m.in. następujące pomyłki:

1/ w analizowanej próbie 60 operacji, wykonanych w okresie od dnia 1 lipca do dnia 8 sierpnia 2016 r., stwierdzono trzy przypadki (5%) udzielenia świadczenia osobom nie wpisanym na listę oczekujących; jak wyjaśnił Ordynator, *pacjenci ci nie zostali wpisani na listę oczekujących w wyniku niedopatrzenia*;

2/ w systemie dokonano błędnych wpisów dotyczących kategorii medycznych 34 pacjentów, tzn. została im przypisana kategoria „przypadek pilny”, podczas gdy, zgodnie z wyjaśnieniami Ordynatora, winni oni zostać zakwalifikowani do kategorii „przypadek stabilny”; pacjenci ci zostali wpisani na listę oczekujących w okresie od listopada 2013 r. do października 2014 r. a faktyczny czas oczekiwania na wykonanie zabiegu w przypadku czworga spośród tych pacjentów wynosił od 914 do 952 dni od dnia wpisania na listę i był porównywalny z czasem oczekiwania pacjentów zakwalifikowany do kategorii „przypadek stabilny”, natomiast pozostałym 30 pacjentom do dnia 11 sierpnia 2016 r. zabiegu nie wykonano;

3/ stwierdzono również przypadek ujęcia świadczeniobiorcy w systemie po przeprowadzeniu zabiegu (skreślenie z listy oczekujących nastąpiło po siedmiu miesiącach od dnia jego wykonania), dokonania skreślenia pomimo niewystąpienia przesłanek oraz podawania błędnych przyczyn skreśleń<sup>36</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 56-66, 155, 178-179, 230-232, 293, 300)

Według wyjaśnień złożonych przez Ordynatora, w warunkach Kliniki Okulistycznej WIML listy osób oczekujących na operację zaćmy i zapisy w systemie AP-KOLCE są prowadzone celem zachowania jak największej staranności przez Ordynatora lub Adiunkta Kliniki. Z tego powodu jednak nie ma możliwości prowadzenia ich w czasie bieżącym, albowiem praca typowo lekarska z pacjentami będzie zawsze priorytetem przed pracą administracyjną.

<sup>33</sup> W okresie od 1 października 2013 r. do 11 sierpnia 2016 r. z opóźnieniem dokonano wpisów dotyczących 3 217 zgłoszeń (87% zgłoszeń).

<sup>34</sup> W okresie od października 2013 r. do lipca 2016 r. wykonano łącznie 1 634 zabiegi. W wyniku niebieżącego dokonywania skreśleń, w miesięcznych sprawozdaniach ujęte zostało wykonanie 28 zabiegów.

<sup>35</sup> Obowiązek wynikający z art. 20 ust. 1b ustawy o świadczeniach został wprowadzony z dniem 1 stycznia 2015 r.

<sup>36</sup> W dwóch przypadkach.

*Dlatego nie jest możliwe:*

- prowadzenie ich na bieżąco z codziennym wpisywaniem nowych pacjentów,
- sprawdzanie na bieżąco ich statusu w dniu kwalifikacji i możliwości wcześniejszego wpisania już w innym ośrodku,
- skreślanie bezpośrednio po wykonanej procedurze,
- zmienianie terminu odpowiednio do zaistniałej sytuacji,
- informowanie pacjentów o zmianie terminu udzielania świadczenia.

Z powodu zaniechania bieżącego prowadzenia listy oczekujących, comiesięczne raporty statystyczne zawierały nieprawdziwe dane w zakresie liczby osób oczekujących oraz liczby osób skreślonych z listy<sup>37</sup>, co stanowiło naruszenie wymogu wynikającego z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 293-301)

4. Pracownicy Kliniki nie przekazywali pacjentom wpisywanym na listę oczekujących pisemnych informacji o terminie udzielenia świadczenia, mimo że taki obowiązek wynikał z przepisu art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, a ponadto świadczeniobiorcy nie byli informowani o zmianie planowanego terminu wykonania operacji, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 8 tej ustawy.

Ordynator wyjaśnił: *za każdym razem, kiedy kwalifikujemy pacjentów do operacji zaćmy i wpisujemy na listę oczekujących na operację zaćmy informujemy ich, aby sami dowiadywali się o termin operacji w okresie, kiedy on przypada. W chwili obecnej np. informujemy pacjentów o około 5-letnim terminie oczekiwania na zabieg i prosimy, aby mniej więcej w tym okresie dowiadywali się o szczegóły. Za każdym razem, kiedy do Kliniki Okulistycznej zgłasza się pacjent i pyta czy jest w kolejce i kiedy będzie miał operację sprawdzamy jego datę zapisania w systemie. Następnie otrzymuje on informację z jakich terminów (zapisania w kolejce) są pacjenci zawiadamiani i operowani. Na tej podstawie możemy przewidzieć, kiedy dany pacjent będzie poinformowany o rozpoczęciu przygotowań przedoperacyjnych. Według wyjaśnień złożonych przez Ordynatora (...) pacjenci mają możliwość kontroli terminu i jego zmian w systemie internetowym NFZ. Informowanie około 1600 pacjentów co tydzień o zmianie terminu czasu oczekiwania (np. wskutek przyjęć poza kolejnością osób uprawnionych lub zakwalifikowanych przez Zespół Oceny Kolejki, bądź rezygnacji przez innych pacjentów) jest rzeczą technicznie niemożliwą (nie wspominając o kosztach).*

(dowód: akta kontroli str. 56-66)

NIK zwraca uwagę, że w sytuacji faktycznego wyznaczania odległych terminów udzielenia świadczeń zdrowotnych, przekazywanie pisemnych informacji o terminie udzielenia świadczenia pozwoliłoby ograniczyć ryzyko niezgłaszania się świadczeniobiorców w wyznaczonych terminach. Ze względu na stwierdzone w trakcie niniejszej kontroli nieprawidłowości można uznać, że dane zawarte w prowadzonym w jednostce kontrolowanej systemie informatycznym nie stanowią dla pacjentów wiarygodnego źródła informacji o terminie wykonania zabiegu, co potwierdzają również wyjaśnienia złożone przez Ordynatora Kliniki.

5. Spośród 40 objętych kontrolą przypadków przyspieszenia terminu wykonania operacji, 22 decyzje (55%) zostały podjęte na podstawie informacji, którymi lekarze Kliniki dysponowali po przeprowadzeniu wstępnego badania kwalifikującego. Pomimo posiadania informacji o przyczynach, determinujących wykonanie operacji w trybie pilnym, pacjentów tych kwalifikowano w dalszym ciągu jako przypadki stabilne, czym naruszono § 1 oraz § 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>38</sup>. Z wyjaśnień Ordynatora wynika, że wyniki badań kwalifikujących do zabiegu mogły stanowić podstawę określenia kategorii medycznej, gdyż obejmowały one pełne badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku, rodzaju i stopnia zaawansowania zaćmy oraz oceną innych chorób

<sup>37</sup> Dane te są automatycznie obliczane przez aplikację i przekazywane do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

<sup>38</sup> Dz. U. Nr 200, poz. 1661, dalej: rozporządzenie w sprawie kryteriów medycznych.

okulistycznych. W razie potrzeby zlecane są dodatkowe specjalistyczne badania okulistyczne.

(dowód: akta kontroli str. 197-200, 230-232, 300)

Ordynator wyjaśnił: *W swojej ponad 17-letniej pracy w szpitalu na oddziale okulistycznym spotkałem tylko kilka przypadków, w których zaistniała konieczność wykonania operacji zaćmy w trybie natychmiastowym jako przypadek „pilny” lub „urgens”. Jeżeli istnieją wskazania do takiej procedury wówczas pacjent jest przyjmowany na oddział i operowany w pierwszym możliwym dniu operacyjnym lub nawet następnego dnia. Jednak w zdecydowanej większości pacjent zakwalifikowany do operacji przez Zespół Oceny Przyjęć do przyspieszenia zabiegu może kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt dni na taką procedurę poczekać.*

(dowód: akta kontroli str. 294-299)

NIK zwraca uwagę, że § 1 rozporządzenia w sprawie kryteriów medycznych określa sposób postępowania ze świadczeniodawcą znajdującym się w stanie nagłym – świadczeniobiorca taki nie podlega wpisowi na listę oczekujących. Pozostałych pacjentów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązany jest zakwalifikować do jednej z dwóch kategorii medycznych: „przypadek stabilny” lub „przypadek pilny”, a przesłanki, jakimi powinien się kierować przy określaniu kategorii obejmują: stan zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

6. ZOP nie dokonywała rzetelnych ocen listy oczekujących, a sporządzane począwszy od marca 2015 r. raporty ograniczały się do oceny zasadności przyspieszenia terminów operacji. Również przyjęta w lutym 2015 r. procedura obiegu dokumentów ZOP zawierała jedynie zapisy w zakresie sposobu postępowania z wnioskami o przyspieszenie świadczenia medycznego.

Zgodnie z art. 21 ust 4 ustawy o świadczeniach, do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: 1/ prawidłowości prowadzenia dokumentacji, 2/ czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, 3/ zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Przewodniczący ZOP wyjaśnił, że w związku z prowadzeniem listy oczekujących w systemie elektronicznym NFZ, podmiot ten na bieżąco ją kontroluje. W odniesieniu do przyczyn kwalifikowania świadczenioborców do wykonania operacji w trybie przyspieszonym przez ZOP, Przewodniczący wyjaśnił, że Zespół oceniał zasadność zmiany terminu udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 21 ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Dodał także: *w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej nie ma innej struktury organizacyjnej mogącej prowadzić tego rodzaju ocenę, która rozpatrywałaby podania pacjentów i/lub lekarzy o przyspieszeniu terminu wykonania procedur medycznych.*

(dowód: akta kontroli str. 187-190, 201-228)

NIK zwraca uwagę, że ZOP, rozpatrując podania o przyspieszenie terminu wykonania zabiegu, złożone przez pacjentów bądź lekarzy, de facto podejmował decyzje o zakwalifikowaniu do leczenia we wcześniejszym terminie. Tymczasem art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że ocenie dokonywanej przez zespoły oceny przyjęć podlegają listy oczekujących. Zgodnie z art. 21 ust. 3 wymienionej ustawy to lista oczekujących (a nie wnioski pacjentów bądź lekarzy) powinna być oceniana przez zespół m.in. pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Zatem, aby możliwa była taka ocena, decyzje o wcześniejszym udzieleniu świadczeń musiałyby zostać podjęte przed dokonaniem oceny listy oczekujących.

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż Klinika prowadziła listę oczekujących w sposób uniemożliwiający udzielanie świadczeń w oparciu o zawarte w niej dane. Lista zawierała bowiem niewiarygodne informacje w zakresie planowanych terminów udzielania świadczeń, a ponadto była prowadzona niebieżąco, co przyczyniło się do wystąpienia w niej pomyłek oraz przeoczeń. Skutkiem niewłaściwego prowadzenia listy oczekujących było przekazywanie Narodowego Funduszu Zdrowia niezgodnych ze stanem faktycznym danych w zakresie liczby osób oczekujących, skreślonych oraz średniego czasu oczekiwania.

## V. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*<sup>39</sup>, wnosi o:

1. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających prowadzenie listy oczekujących w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującymi przepisami.
2. Zapewnienie skutecznego wykonywania obowiązków przez członków ZOP.

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o *NIK* kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Opolu.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o *NIK* proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, dnia 21 listopada 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu

Kontroler:  
Aleksandra Pawlicka  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
podpis

DYREKTOR  
Delegatury NIK w Opolu

.....  
podpis

<sup>39</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677, dalej: ustawa o *NIK*.