



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Olsztynie

LOL.410.013.03.2018

Emilia Urbanowicz - dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów  
Opieki Długoterminowej w Olecku  
Olecko Kolonia 4, 19-400 Olecko

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Olecku (dalej: „Zakład”), Olecko Kolonia 4, 19 – 400 Olecko
Kierownik jednostki kontrolowanej	Emilia Urbanowicz, Dyrektor, od dnia 1 maja 2000 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
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 Olsztynie
Kontrolerzy	1. Adam Ruciński, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/90/2018 z 28 sierpnia 2018 r. 2. Łukasz Badura, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/91/2018 z 28 sierpnia 2018 r.

(akta kontroli str.1-43)

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

### OCENA OGÓLNA

Zakład prawidłowo realizował świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W szczególności zapewnił pacjentom dostęp do świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę, tj. całodobowy w przypadku hospicjum stacjonarnego oraz z częstotliwością określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>3</sup> (dalej: „rozporządzenie w sprawie OPH”) w przypadku hospicjum domowego.

Zakład wdrożył ponadto dobre praktyki m.in. w postaci indywidualnych planów opieki tworzonych dla pacjentów oraz terapii zajęciowej. Niemniej jednak mógłby zapewnić chorym łatwiejszy dostęp do personelu, gdyby zainstalował elektroniczny system powiadamiania przy łóżkach pacjentów.

Odmowy udzielania świadczeń paliatywno-hospicyjnych (dalej: „OPH”) nastąpiły tylko w prawnie uzasadnionych przypadkach. Zakład także prawidłowo rozliczał się z Oddziałem Wojewódzkim w Olsztynie Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „OW NFZ”).

Wyniki kontroli NIK wykazały jednak przypadki udzielania świadczeń z naruszeniem umów zawartych z OW NFZ oraz rozporządzenia w sprawie OPH. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

1. Niezapewnienia wymaganych ww. rozporządzeniem równoważników etatowych dla świadczeń realizowanych przez: lekarza w warunkach domowych (w lutym 2015 r. i październiku 2017 r.), psychologa w warunkach stacjonarnych (w lipcu

<sup>1</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: „ustawa o NIK”

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2018 roku, poz. 742 ze zm.

2016 r.) i w warunkach domowych (w lutym 2015 r. i październiku 2017 r.) oraz fizjoterapeuty w warunkach stacjonarnych (w lipcu 2016 r. i maju 2018 r.) i w warunkach domowych (w lutym 2015 r.).

2. Ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w ramach opieki stacjonarnej niezgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>4</sup> oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>5</sup>, czego konsekwencją było utrzymywanie zatrudniania pielęgniarek na poziomie o 24,6% niższym od przyjętego przez Zakład prognozy (6 zamiast 7,96 etatów).
3. Niezgłoszenia przez Zakład do OW NFZ, wbrew postanowieniom umowy o udzielanie świadczeń – opieka paliatywna i hospicyjna, 16 osób personelu medycznego wykonującego świadczenia OPH w czterech badanych miesiącach.
4. Nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej dziewięciu pacjentów, spośród 40 objętych badaniem.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności**

#### **1. Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej**

Opis stanu  
faktycznego

##### **1.1. Zorganizowanie opieki**

**1.1.1.** W latach 2015-2018 (I półrocze) Zakład wykonywał świadczenia OPH w zakresie opieki stacjonarnej i domowej dla osób dorosłych. W okresie tym zawarł z OW NFZ kontrakty w łącznej wysokości 5.468,8 tys. zł<sup>6</sup>. Za udzielone świadczenia w latach 2015-2017 (wraz z nadwykonaniami) otrzymał łącznie 4.673,7 tys. zł oraz 915,5 tys. zł za I półrocze 2018 r. Kwoty te stanowiły od 100% do 102,4% środków zakontraktowanych. Za wykonane natomiast ponad ustalone limity świadczenia uzyskał od 50% do 80% ustalonego w nich wynagrodzenia.

Kwota otrzymana w latach 2015 – 2018 (I półrocze) z kontraktu na udzielanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiła 37,5% kwoty uzyskanej w tym okresie przez Zakład z tytułu wszystkich rodzajów wykonanych świadczeń<sup>7</sup>.

W okresie objętym kontrolą opieką objęto łącznie 397 pacjentów. W hospicjum stacjonarnym zgłoszono do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą 18 łóżek. Zakład natomiast zakontraktował w ramach opieki stacjonarnej OPH 16 łóżek w 2015 r., 17 w latach 2016-2017 oraz 14 łóżek w 2018 r.

W toku oględzin hospicjum stacjonarnego ustalono, że znajdowało się w nim 21 łóżek (20 pacjentów). Ponadto jeden z pacjentów został umieszczony poza hospicjum w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ogólnym; dalej: „ZOL”).

Dyrektor podała, że pacjentów, którzy byli w stosunkowo dobrej kondycji (pozwalającej na udział w terapii lub w pełni świadomych) umieszczano w indywidualnych przypadkach w ZOL, z uwagi na ich komfort psychiczny, możliwość przebywania z pacjentami będącymi w podobnym stanie. Zdaniem Dyrektora w takich sytuacjach kierowano się wyłącznie dobrem pacjenta.

<sup>4</sup> Dz. U z 2018 r. poz. 160 ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U z 2012 r., poz. 1545 ze zm.

<sup>6</sup> Opieka stacjonarna - 4.903,1 tys. zł, opieka domowa – 453, 5 tys. zł, dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek – 112 tys. zł.

<sup>7</sup> W badanym okresie Zakład nie wyodrębniał kosztów poniesionych na opiekę paliatywno-hospicyjną z ogółu kosztów wszystkich prowadzonych form działalności leczniczej i opiekuńczej.

Skala świadczeń z zakresu OPH udzielonych przez Zakład w poszczególnych latach była na zbliżonym poziomie. Opieką zostało objętych w zakresie hospicjum stacjonarnego 95 pacjentów w 2015 r., 108 w 2016 r., 103 w 2017 r. oraz 57 pacjentów w I półroczu 2018 r., zaś w zakresie hospicjum domowego odpowiednio 49, 37, 34 oraz 21 osób<sup>8</sup>. W badanych miesiącach<sup>9</sup> w hospicjum stacjonarnym przebywały średnio 22 osoby, a w hospicjum domowym 12 osób.

Według Dyrektora liczba pacjentów w ciągu roku ulegała dużym wahaniom. W hospicjum przebywało 22 pacjentów, ale również 10 lub 12 w jednym czasie. Podała też, że zwiększenie liczby zakontraktowanych łóżek nie zmieniłoby sytuacji, gdyż większym problemem był brak możliwości dostawienia kolejnych łóżek.

Podstawą przyjęcia do opieki były głównie choroby nowotworowe (66,5%)<sup>10</sup>, a pozostałe przypadki dotyczyły kardiomiopatii oraz odleżyn. Przeciętny okres objęcia opieką w latach 2015-2018 (I półrocze) wynosił 60 dni, z tego dla warunków stacjonarnych 53, a dla domowych 67 dni.

(akta kontroli str. 44-228, 348-383, 426-436)

**1.1.2.** W wybranych do kontroli czterech miesiącach Zakład spełniał minimalne wymagania dotyczące personelu, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH we wskazanym poniżej zakresie. Świadczeń OPH udzielało:

- pięciu lekarzy w hospicjum stacjonarnym (z uzyskaniem równoważnika od 1,19 do 1,97 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek) i jeden lekarz w hospicjum domowym (z uzyskaniem równoważnika od 0,91 do 1,99 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców). Żaden z lekarzy nie posiadał specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, natomiast wszyscy posiadali zaświadczenia o ukończeniu kursu doskonalącego w zakresie opieki paliatywnej oraz długoterminowej;
- od siedmiu do 11 pielęgniarek/pielęgniarzy w hospicjum stacjonarnym, z uzyskaniem wskaźnika od 41,49% do 60,77% czasu pracy pielęgniarek ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym/specjalistycznym w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. W hospicjum domowym było dwóch pielęgniarzy, z uzyskaniem wskaźnika 50% i równoważnika od 1,09 do 2,40 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców. Nikt z personelu pielęgniarstwa nie posiadał specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej; osiem osób ukończyło kursy kwalifikacyjne w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- dwóch psychologów w hospicjum stacjonarnym (z uzyskaniem wskaźnika od 0,44 do 0,81 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek) oraz jeden w hospicjum domowym z uzyskaniem wskaźnika od 0,45 do 0,98 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców;
- od jednego do dwóch fizjoterapeutów w hospicjum stacjonarnym (z uzyskaniem wskaźnika od 0,21 do 0,35 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek) oraz jeden w hospicjum domowym (z uzyskaniem wskaźnika od 0,22 do 0,49 na 15 świadczeniobiorców);
- od 21 do 23 opiekunów medycznych.

W wyniku analizy ustalono ponadto, że w Zakładzie zapewniono (dla opieki stacjonarnej i domowej) całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę. Sześciu

<sup>8</sup> Dane OW NFZ - stan na dzień 31.08.2018 r., dalej: „dane OW NFZ”.

<sup>9</sup> Tj. luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r. i maj 2018 r.

<sup>10</sup> W 2015 r. - 69% wszystkich przypadków objęcia OPH, w 2016 r. - 74%, w 2017 r. - 64% i w I półroczu 2018 r. - 59%.

lekarzy było uprawnionych do wystawiania recept na leki opioidowe, ponad 80% personelu posiadało przeszło 3 letnie doświadczenie w OPH, w tym 100% lekarzy i 83% pielęgniarek. Dla 80% lekarzy, 44% pielęgniarek, jednego psychologa oraz fizjoterapeuty czas pracy w miesiącu w Zakładzie nie przekraczał 40 godzin.

Zakład nie dysponował wiedzą, dla jakiej części personelu medycznego, psychologów i fizjoterapeutów zatrudnienie w ww. instytucji stanowiło jedyne miejsce pracy.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1) Zakład nie zapewnił wymaganych rozporządzeniem w sprawie OPH równoważników etatowych dla świadczeń realizowanych przez:

- lekarza w warunkach domowych w lutym 2015 r. (osiągnięto równoważnik 0,91 etatu przeliczeniowego<sup>11</sup> na 30 świadczeniobiorców, podczas gdy wymagany był 1 etat przeliczeniowy) oraz w październiku 2017 r. (równoważnik osiągnięty przez Zakład: 0,94<sup>12</sup>),
- psychologa w warunkach stacjonarnych w lipcu 2016 r. (odpowiednio równoważnik 0,44 etatu przeliczeniowego na 20 pacjentów<sup>13</sup>, podczas gdy wymagane było 0,5 etatu przeliczeniowego),
- psychologa w warunkach domowych w lutym 2015 r. (osiągnięto równoważnik 0,45 etatu przeliczeniowego<sup>14</sup> na 30 świadczeniobiorców, podczas gdy wymagane było 0,5 etatu przeliczeniowego) i w październiku 2017 r. (równoważnik osiągnięty: 0,46<sup>15</sup>),
- fizjoterapeutę w warunkach stacjonarnych w lipcu 2016 r. (osiągnięto równoważnik 0,21 etatu przeliczeniowego na 10 pacjentów<sup>16</sup>, podczas gdy wymagane było 0,25 etatu przeliczeniowego) oraz w maju 2018 r. (równoważnik osiągnięty przez Zakład: 0,24<sup>17</sup>),
- fizjoterapeutę w warunkach domowych w lutym 2015 r. (równoważnik 0,22 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców<sup>18</sup>, podczas gdy wymagany był równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego).

(akta kontroli str. 47, 229-347)

2) W hospicjum stacjonarnym:

- od dnia 1 kwietnia 2014 r. do dnia 15 marca 2017 r. posługiwano się nieaktualnymi minimalnymi normami zatrudnienia pielęgniarek (przestały obowiązywać z końcem marca 2014 r.);
- od 16 marca 2017 r. do dnia zakończenia badania tego zagadnienia, tj. do 26.09.2018 r. posługiwano się minimalnymi normami zatrudnienia pielęgniarek ustalonymi w sposób niezgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących

<sup>11</sup> Za podstawę ustalenia równoważnika osiągniętego przez Zakład przyjęto średnią liczbę pacjentów objętych opieką w hospicjum domowym w lutym 2015 r., tj. 13,75.

<sup>12</sup> Za podstawę ustalenia równoważnika osiągniętego przez Zakład przyjęto średnią liczbę pacjentów objętych opieką w hospicjum domowym w październiku 2017 r., ustaloną na podstawie danych OW NFZ, tj. 12,03.

<sup>13</sup> Za podstawę ustalenia równoważnika osiągniętego przez Zakład przyjęto średnią liczbę pacjentów objętych opieką w hospicjum stacjonarnym w lipcu 2016 r., ustaloną na podstawie danych OW NFZ, tj. 20,45.

<sup>14</sup> Jak w przypisie 13.

<sup>15</sup> Jak w przypisie 14.

<sup>16</sup> Jak w przypisie 15.

<sup>17</sup> Za podstawę ustalenia równoważnika osiągniętego przez Zakład przyjęto średnią liczbę pacjentów objętych opieką w hospicjum stacjonarnym w maju 2018 r., ustaloną na podstawie danych OW NFZ, tj. 18,54.

<sup>18</sup> Jak w przypisie 13.

przedsiębiorcami. Normę tę wyliczono bowiem na podstawie łącznej pracy pielęgniarek i opiekunek medycznych zamiast samych pielęgniarek (§ 1 ust. 1 ww. rozporządzenia); ponadto do jej obliczenia przyjęto liczbę zarejestrowanych łóżek zamiast średniej liczby pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy, posługiwano się również danymi z marca 2017 r. zamiast danymi z 2016 r. (§ 2 ust. 1 pkt 2);

- obowiązujące od marca 2017 r. normy zatrudnienia pielęgniarek nie zostały zaopiniowane przez przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek, co było niezgodne z art. 50 ust. 1 pkt 2 z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- było sześć etatów pielęgniarek, podczas gdy ustalona minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek wynosiła 7,96 etatu<sup>19</sup>.

Według Dyrektora Zakładu podstawą ustalenia czasu pracy personelu stanowi kontrakt z OW NFZ. Natomiast w sytuacji wystąpienia liczby pacjentów przekraczającej średnią z kontraktu, zatrudniany jest dodatkowy pracownik na umowę zlecenie (sporadycznie dotyczy to fizjoterapeuty, gdyż choroby nowotworowe stanowią przeciwwskazanie do rehabilitacji oraz psychologa, gdyż stan pacjentów wyklucza nawiązanie z nimi kontaktu, a z kolei rodzina pacjenta nie deklaruje chęci skorzystania ze wsparcia psychologicznego.

Odnosnie stosowania w Zakładzie nieobowiązujących norm zatrudnienia, Dyrektor podała, że było to spowodowane niezmienną się specyfiką Zakładu. Natomiast przyjęcie do obliczeń łącznej pracy pielęgniarek i opiekunek wynikało z charakteru opieki długoterminowej, która różni się w znacznym stopniu od opieki szpitalnej. Czynności opiekuńcze wykonują tutaj głównie opiekunki medyczne lub opiekunki nieposiadające uprawnień opiekuna medycznego, ale posiadające szkolenie z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi. Pielęgniarka wykonuje głównie czynności pielęgniarskie lecznicze i diagnostyczne, pomaga również w czynnościach opiekuńczych. Pominięcie pracy opiekunek, które stanowią główny personel opiekuńczy nie dałoby pełnego obrazu zatrudnienia w Zakładzie.

Dyrektor odnosząc się do kwestii braku opinii organów samorządu pielęgniarek podała, że nastąpiło to przez niedopatrzenie pracownika.

(akta kontroli str. 384-435, 686-691)

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Zakład prawidłowo wykorzystywał posiadane zasoby. Mógłby jednak zapewnić pacjentom łatwiejszy dostęp do personelu, gdyby zainstalował elektroniczny system powiadamiania (np. dzwonki). Dyrektor stwierdziła, że większość pacjentów była bez kontaktu albo z kontaktem nielogicznym. Wskazała ponadto, że hospicjum jest na tyle małe, że stała obserwacja ze strony personelu jest w pełni wystarczająca.

Obłożenie łóżek w ww. czasie wyniosło średnio 89,4%<sup>20</sup>. Pielęgniarka koordynująca zastępująca Dyrektora podała, że przyczyną był kontrakt Zakładu z Narodowym Funduszem Zdrowia, który jest niższy niż liczba zarejestrowanych w hospicjum łóżek.

Nie prowadzono ewidencji wykorzystania posiadanego sprzętu, wymaganego rozporządzeniem OPH. Dyrektor stwierdziła, że Zakład korzystał z niego w całości, według potrzeb pacjentów. Lekarze używali także na bieżąco pulsoksymetru, który nie był wskazany w ww. przepisach.

<sup>19</sup> Zgodnie z dokumentem „Raport z przeprowadzonych badań dotyczących minimalnych norm zatrudnienia w SPZZOD z dnia 16.03.2017 r.”, opracowanym w Zakładzie.

<sup>20</sup> 2015 r. - 89,3%, 2016 r. - 93,9%, 2017 r. - 88,0 %, 2018 r. (I połowa) - 86,2%.

Zakład zawarł jedną umowę z podwykonawcą<sup>21</sup> w zakresie badań diagnostycznych i sterylizacji oraz transportu sanitarnego, którą realizował w pełnym zakresie.

(akta kontroli str. 437-501)

**1.1.3.** W latach 2015-2018 Zakład prowadził listy oczekujących<sup>22</sup>. Dyrektor podała, że w Zakładzie nie rozróżniano przypadków pilnych od stabilnych, uznając wszystkie za pilne<sup>23</sup>. Według stanu na 30 czerwca 2018 r. na udzielenie świadczenia w hospicjum stacjonarnym oczekiwały cztery osoby.

Średni termin oczekiwania na udzielenie świadczenia dla całego badanego okresu wyniósł 11 dni w opiece stacjonarnej, a przyjęcia do hospicjum domowego odbywało się na bieżąco. Czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum zbadano na podstawie analizy 60 przypadków<sup>24</sup> pacjentów z najdłuższymi okresami (od 1 do 67 dni), jakie upłynęły pomiędzy datą zlecenia świadczenia (skierowania), a datą udzielenia pierwszego świadczenia.

W przypadku 34 pacjentów (56,6%) pierwszego świadczenia udzielono w dniu zgłoszenia do Zakładu lub w dniu następnym, w czterech kolejnych przypadkach (6,8%) do siedmiu dni od zgłoszenia. W pozostałych 22 przypadkach (36,6%) pierwszego świadczenia udzielono w okresie powyżej siedmiu dni od zgłoszenia, w tym trzem pacjentom powyżej 30 dni (osoby te nie otrzymały świadczeń OPH w innym podmiocie z terenu województwa).

W okresie objętym kontrolą zdarzyło się 89 przypadków zgonów osób oczekujących, przed udzieleniem im pierwszego świadczenia. Zakład nie dysponował wiedzą na temat przyczyn braku przyjęcia ich do opieki.

Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że na listach kolejkowych nie wpisywano przyczyn oczekiwania na udzielenie świadczeń z zakresu OPH, ponieważ często się one zmieniały. Dyrektor stwierdziła, że wpisanie na listę oczekujących nie oznaczało braku dostępu do łóżek w hospicjum. Zakład starał się udzielać pomocy niezwłocznie, np. poprzez dostawianie łóżek w pokojach bez względu na wielkość kontraktu z OW NFZ. Według niej rodziny pacjentów (lub szpitale) dostarczały skierowania, kiedy pacjent był jeszcze w szpitalu tak jakby chciały zarezerwować miejsce w hospicjum. Oczekiwanie w kolejce nie oznaczało odmowy udzielenia opieki.

(akta kontroli str. 426-428, 502-525)

**1.1.4.** W latach 2015-2018 (I półrocze) do Zakładu zgłosiło się dwoje pacjentów, którym odmówiono świadczeń OPH. W jednym przypadku u kierowanego pacjenta zdiagnozowano odleżyny drugiego stopnia<sup>25</sup>, a u kolejnej osoby rozpoznano chorobę Alzheimera<sup>26</sup>. W obu przypadkach odmowa wynikała z jednostki chorobowej nieuprawniającej – zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia OPH, do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych. Ww. pacjentom zaproponowano możliwość skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego.

Spośród 432 przypadków<sup>27</sup>, udzielania świadczeń OPH w badanym okresie, w 413 nastąpiło zakończenie ich udzielania, z tego: 272 osoby zmarły (65,9%), 122 osoby zostały skierowane do dalszego leczenia w innym podmiocie (29,6%), cztery osoby

<sup>21</sup> Centrum Medyczne – Zakład Opieki Zdrowotnej w Olecku „Olmedica” sp. z o.o. w Olecku

<sup>22</sup> Zakład w każdym badanym roku prowadził listy oczekujących dla hospicjum stacjonarnego, a w roku 2016 i 2017 także dla hospicjum domowego. Koordynator pielęgniarek podała, że w roku 2015 i 2018 I półrocze) listy do hospicjum domowego nie były tworzone, ponieważ przyjęcia były dokonywane na bieżąco.

<sup>23</sup> Analiza list oczekujących na świadczenie w badanym okresie wykazała, że przypadki trzech osób z 2015 r. oznaczono, jako pilne, pozostali pacjenci nie zostali w ogóle zakwalifikowani do przypadków pilnych lub stabilnych.

<sup>24</sup> Po 30 przypadków z zakresu opieki stacjonarnej i domowej.

<sup>25</sup> Skierowanie z dnia 26.07.2016 r.

<sup>26</sup> Skierowanie z dnia 05.02.2017 r.

<sup>27</sup> Uwzględniono 316 pacjentów hospicjum stacjonarnego i 116 hospicjum domowego.

zakończyły proces terapeutyczny lub diagnostyczny (0,9%), a 15 osób zostało wypisanych na własne żądanie (3,6%).

Nie stwierdzono przypadków niezasadnego zaprzestania udzielania świadczeń pacjentom.

(akta kontroli str. 526-539)

**1.1.5.** W ramach organizacji opieki Zakład stosował – ponad obowiązujące go wymogi – dobre praktyki, mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jakości życia chorych, takie jak np.:

- przygotowanie indywidualnych planów opieki,
- organizowanie spotkań z okazji świąt, przedstawień (jasełka) lub wizyt gości (uczniów lub seniorów),
- prowadzenie terapii zajęciowej, m.in. muzykoterapii,
- przygotowanie dostępnego w internecie poradnika na temat praw pacjenta<sup>28</sup> oraz sposobu i trybu kierowania do objęcia opieką<sup>29</sup>.

(akta kontroli str. 540-590)

**1.1.6.** W zakresie problemów w realizacji świadczeń Dyrektor podała, że przeszkodą są niewystarczające środki finansowe, które uniemożliwiają wyposażenie zakładu w nowoczesny sprzęt do pielęgnacji (np. pompy do karmienia sondą), przemieszczania i rehabilitacji pacjenta oraz wymianę łóżek, materacy, a także zakup materiałów pielęgnacyjnych i leczniczych (np. nowoczesnych opatrunków do leczenia odleżyn). Odrębnym zagadnieniem jest także brak środków na zatrudnienie dodatkowego personelu opiekuńczego (poza minimalnymi normami zatrudnienia) oraz zwiększenia wynagrodzenia dla zatrudnionego personelu. Dyrektor, jako problemy w funkcjonowaniu OPH, wskazała także na wzrastającą ilość przepisów, dokumentacji i sprawozdawczości, które pochłaniają bardzo dużo czasu oraz dość niską znajomość systemu ochrony zdrowia przez pacjentów i ich rodziny, która jest częstą przyczyną późnego poszukiwania wsparcia.

W okresie objętym kontrolą jedynym źródłem finansowania działalności OPH były środki pozyskane w ramach kontraktu z OW NFZ. W ww. okresie Zakład nie korzystał z pomocy wolontariuszy.

Dyrektor stwierdziła, że nie występowała pisemnie do OW NFZ w zakresie zwiększania finansowania OPH. Kwestie te natomiast były poruszane na spotkaniach w OW NFZ oraz przedstawiane w ankietach kierowanych do konsultanta wojewódzkiego w zakresie OPH. W jej opinii efektem tych działań było to, że w kolejnych latach następował wzrost wartości jednostki rozliczeniowej za pacjenta objętego OPH.

(akta kontroli str. 44-50, 426-428, 524-525)

## **1.2. Realizacja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej**

Opis stanu  
faktycznego

**1.2.1.** Na podstawie badania dokumentacji medycznej 40 pacjentów<sup>30</sup> stwierdzono m.in., że wszystkim zapewniono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, zgodnie z warunkami ich udzielania wynikającymi z rozporządzenia w sprawie OPH. Pacjentom tym zapewniono także:

- leczenie bólu u 100% pacjentów (w 21 z 40 przypadków), którzy się na niego skarżyli (ból nie monitorowano w sposób ciągły z wykorzystaniem kart

<sup>28</sup> [http://www.spzzod.olecko.pl/?Dla\\_pacjenta:Prawa\\_pacjenta](http://www.spzzod.olecko.pl/?Dla_pacjenta:Prawa_pacjenta)

<sup>29</sup> [http://www.spzzod.olecko.pl/?Us%C5%82ugi\\_medyczne](http://www.spzzod.olecko.pl/?Us%C5%82ugi_medyczne)

<sup>30</sup> W tym 25 udzielono świadczeń w warunkach stacjonarnych, a 15 w warunkach domowych. Największą grupę stanowiły osoby powyżej 60 roku życia (72,5%). Podstawą przyjęcia do opieki były głównie choroby nowotworowe (99% pacjentów). Pozostałe przypadki to odleżyny (0,75%) oraz kardiomiopatia (0,25%).

obserwacji<sup>31</sup>);

- opiekę psychologa 92% pacjentów hospicjum stacjonarnego<sup>32</sup> (wizyty psychologa miały miejsce u 23 z 25 pacjentów, których dokumentację objęto badaniem;
- rehabilitację 7,5% pacjentów hospicjum stacjonarnego<sup>33</sup> (w trzech spośród 25 zbadanych przypadków). W kolejnych 19 sprawach miała miejsce wyłącznie jedna wizyta konsultacyjna, a w siedmiu przypadkach stan zdrowia pacjentów uniemożliwiał prowadzenie rehabilitacji);
- badania diagnostyczne (przedmiotowe) 100% pacjentów.

Ustalono ponadto, że 15 pacjentów (100%) hospicjum domowego nie miało wizyt psychologa i fizjoterapeuty. Dyrektor wyjaśniła, że świadczenia medyczne z zakresu rehabilitacji i psychologii w hospicjum domowym są realizowane tylko w sytuacji, gdy takie świadczenie jest wskazane, a pacjent wyraża taką potrzebę. Nie były one obligatoryjne dla wszystkich pacjentów.

Zakład nie wykonywał opieki wyręczającej, ani nie wypożyczał sprzętu medycznego pacjentom. Dziewięciu pacjentów korzystało z przejazdu środkami transportu sanitarnego, co było związane z przewozem do i ze szpitala.

Zakład nie posiadał wewnętrznych zasad częstotliwości porad lekarskich i pielęgniarskich w opiece stacjonarnej. Wizyty personelu medycznego u pacjentów hospicjum domowego odbywały się z częstotliwością określoną rozporządzeniem OPH, a przeprowadzał je personel posiadający stosowne kwalifikacje.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

Badania dokumentacji medycznej 40 pacjentów wykazały, że spośród 31 osób personelu medycznego udzielającego świadczeń OPH, 16 z nich nie było zgłoszonych do OW NFZ. Wymóg zgłoszenia wszystkich pracowników personelu medycznego określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>34</sup> oraz zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. (§ 8 ust. 1) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, a także w umowach zawartych przez Zakład z OW NFZ, tj. z dnia 30 maja 2014 r. oraz 8 marca 2018 r.

Pielęgniarka koordynująca podała, że nie wykazanie w kontrakcie pielęgniarek/pielęgniarzy i fizjoterapeutów udzielających świadczeń wynikało z potrzeby tymczasowego zabezpieczenia oddziału. Przesunięcia personelu odbyły się między oddziałami i nie dotyczyły stałego przeniesienia personelu.

(akta kontroli str. 44-228, 619-683)

Opis stanu  
faktycznego

**1.2.2.** Na podstawie próby dokumentacji medycznej 40 pacjentów stwierdzono m.in., że była ona prowadzona odręcznie w formie papierowej. Zawierała informacje dotyczące stanu chorego, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, wizyt psychologa i fizjoterapeuty. Odnotowywane w niej były wszystkie porady lub wizyty personelu medycznego. Obecność personelu w domu chorego była niezwłocznie potwierdzana na kartach wizyt. We wszystkich przypadkach do badanej dokumentacji załączone były skierowania stanowiące podstawę objęcia

<sup>31</sup> W Zakładzie określano tylko stopień nasilenia bólu w karcie „Zbiorcza uproszczona ocena stanu chorego i efektywności opieki” w trzystopniowej skali (1 – słabo nasilony objaw; 2 – miernie nasilony objaw; 3 – bardzo nasilony objaw), którą uzupełniano nieregularnie. Informacje na temat bólu i jego leczenia były również odnotowywane na bieżąco w karcie historii choroby.

<sup>32</sup> opiekę zapewniono wszystkim pacjentom posiadającym stany lękowe/depresyjne, tj. ośmiu osobom.

<sup>33</sup> Rehabilitację prowadzono w trzech przypadkach, w kolejnych 19 odbyła się wyłącznie wizyta konsultacyjna, a w pozostałych siedmiu stan zdrowia pacjentów uniemożliwiał jej prowadzenie.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm. – w § 6 ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia

opieką przez Zakład<sup>35</sup>. W ww. próbie 12 osób było niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia OPH. W 11 takich przypadkach zgodę wyrazili najbliżsi członkowie rodziny, a w jednej faktyczny opiekun pacjenta.

Zakład nie monitorował bólu i objawów somatycznych w sposób ciągły za pomocą kart obserwacji. Wpisy dotyczące leczenia bólu ze wskazaniem leków (w tym opioidów) były zamieszczane w karcie historii choroby. Dyrektor wskazała, że monitorowanie bólu i innych objawów somatycznych dokumentowane było w zbiorczej uproszczonej ocenie stanu chorego i efektywności opieki u pacjentów, u których dany objaw występuje oraz jest konieczny do obserwacji i likwidacji.

W Zakładzie monitorowano jakość sprawowanej opieki w odniesieniu do odleżyn. Wszyscy pacjenci, u których zostały one stwierdzone (osiem osób na 40 objętych badaniem), byli monitorowani i leczeni przez cały okres opieki.

(akta kontroli str. 619-683)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

Na podstawie zbadanej próby dokumentacji medycznej ustalono, że występowały w niej odstępstwa od wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069). I tak:

- w kartach choroby dziewięciu pacjentów nie odnotowano trybu ich przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, w siedmiu nie odnotowano dokładnej godziny przyjęcia, a w dwóch nie ujęto numeru pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów oraz numeru w księdze chorych oddziału,
- w dokumentacji jednego pacjenta nie odnotowano oznaczenia i podpisu lekarza oraz daty dokonania wpisu w karcie historii choroby pod badaniem przedmiotowym,
- w dokumentacji jednego pacjenta nie odnotowano w karcie choroby informacji dotyczącej przeniesienia go do innej placówki,
- w dokumentacji jednego pacjenta zawarto błędne dane dotyczące daty jego urodzenia, okresu pobytu w Zakładzie oraz daty i godziny zgonu.

Dyrektor podała, że wszystkie powyższe nieprawidłowości były spowodowane m.in.: pośpiechem, brakiem czasu, przerwaniem wypełniania dokumentacji ze względu na konieczność wykonania innej czynności, zmęczeniem oraz brakiem wystarczających środków finansowych na zatrudnienie odpowiedniej liczby osób do sprawowania nadzoru nad wypełnianą dokumentacją.

(akta kontroli str. 619-683)

Opis stanu  
faktycznego

**1.2.3. Współpraca Zakładu z ośrodkami pomocy społecznej ograniczała się głównie do kontaktów telefonicznych i przekazywania informacji na temat warunków udzielania świadczeń.**

W przypadku jednego z 40 pacjentów objętych badaniem, pracownik socjalny na prośbę Zakładu, odebrał pacjenta, który został wypisany w celu leczenia onkologicznego. Uczestnictwo pacjentów w organizowanych spotkaniach oraz ich udział w zajęciach z muzykoterapii nie były ewidencjonowane.

(akta kontroli str. 562-590 623-628)

<sup>35</sup> W trzech przypadkach na skierowaniu nie wskazano kodu rozpoznania, określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH; w tych przypadkach kod został wpisany w karcie historii choroby

**1.2.4.** Zakład posiadał warunki lokalowe odpowiednie do sprawowania stacjonarnej OPH. Dysponował również wymaganym sprzętem, określonym w rozporządzeniu w sprawie OPH.

W latach 2015-2018 (I półrocze) do Zakładu nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 44-254,607-618)

### **1.3. Rozliczanie się z OW NFZ**

**1.3.1.** Raporty statystyczne przekazywane przez Zakład do OW NFZ drogą elektroniczną, będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych, zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu przypadających na każdego pacjenta.

Na podstawie badania danych w raportach dotyczących świadczeń udzielonych 40 badanym pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze) stwierdzono, że prawidłowo wykazywano dni opieki (tj. z uwzględnieniem przerw w opiece, spowodowanych głównie świadczeniami realizowanymi u innych świadczeniodawców) oraz prawidłowo wykazywano jednostki rozliczeniowe.

(akta kontroli str. 44-254, 619-683)

**1.3.2.** W latach 2015-2018 (I półrocze) Zakład nie był kontrolowany przez NFZ w zakresie OPH.

(akta kontroli str. 591-606)

**1.3.3.** W okresie objętym kontrolą Zakład nie prowadził sporów sądowych z pacjentami lub ich opiekunami oraz nie wchodził w spory sądowe z NFZ dotyczące rozliczania świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 608-609)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

## **IV.Wnioski**

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

Wnioski

1. Zapewnienie równoważników etatowych (odpowiedniej liczby personelu w stosunku do średniej liczby pacjentów) dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych, wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej równoważników etatowych dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych.
2. Ustalenie minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz podjęcie działań w zakresie dostosowania liczby zatrudnionych pielęgniarek do ustalonych norm.
3. Zgłaszanie do NFZ personelu medycznego faktycznie wykonującego świadczenia w zakresie OPH.
4. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie właściwego nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów.

## **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 Olsztynie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Olsztyn, dnia 13 grudnia 2018 r.

kontroler  
Łukasz Badura  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*podpis*

Dyrektor Delegatury  
Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie  
z up. Józef Bogdański  
p.o. Wicedyrektora

.....  
*podpis*