



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.02.2018

Ks. dr Arnold Drechsler
Caritas Diecezji Opolskiej
ul. Szpitalna 5a, 45-010 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 - Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Opolskiej, ul. Szpitalna 5a, 45-010 Opole ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ks. dr Arnold Drechsler, Dyrektor Caritas Diecezji Opolskiej od 1 lutego 1991 r. (akta kontroli str. 2)
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	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. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Marek Dudek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/82/2018 z 30 sierpnia 2018 r. (akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Caritas lub Świadczeniodawca.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Caritas prawidłowo realizował umowę zawartą z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁴ o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W szczególności, zapewnił personel o odpowiednich kwalifikacjach i zorganizował jego pracę w sposób umożliwiający udzielanie świadczeń z wymaganą częstotliwością. W latach 2015-2018 (I półrocze) Świadczeniodawca objął opieką łącznie 2 082 pacjentów. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego skrócił się z 12 dni w 2015 r. do 10 dni w I półroczu 2018 r., a na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego pacjenci oczekiwali średnio dwa dni. W swojej działalności Caritas z własnej inicjatywy podejmował działania podnoszące jakość życia pacjentów, w tym m.in. zapewnił asystę wolontariuszy, terapeutę zajęciowego, współpracował z dietetykiem oraz umożliwiał nieodpłatne wypożyczanie sprzętu medycznego. Nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej⁵, jednak część pacjentów oczekiwała na udzielenie pierwszego świadczenia (np. na 30 czerwca 2018 r. na świadczenie OPH oczekiwało 36 osób, z tego na opiekę stacjonarną – 18, opiekę domową – 16, a opiekę ambulatoryjną – dwie osoby).

Caritas przedstawiał OOW NFZ, co do zasady, prawidłowe rozliczenia udzielonych świadczeń, w wyniku czego w okresie objętym kontrolą uzyskał przychód w wysokości 14,2 mln zł. Kwota ta zapewniła pełne pokrycie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń, a uzyskaną nadwyżkę w wysokości 2,2 mln zł przeznaczono m.in. na zakup środków trwałych, sprzętu i materiałów medycznych oraz na poprawę warunków udzielania świadczeń i warunków pracy.

Zastrzeżenia NIK dotyczą wykazania w raportach statystycznych, będących podstawą rozliczenia z OOW NFZ, jednostek chorobowych niekwalifikujących podopiecznych do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną, pomimo rozpoznania u tych osób chorób współistniejących, stanowiących podstawę objęcia taką opieką⁶. Ponadto czas pracy personelu medycznego nie w każdym przypadku odpowiadał wymogom określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁷. W dwóch z czterech badanych miesięcy⁸ w ramach opieki stacjonarnej nie osiągnięto obowiązujących w Caritas minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Realizacja umów o świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

1.1. Zorganizowanie opieki

1.1.1. Caritas udzielał świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej⁹ od 2002 r. W okresie objętym kontrolą świadczenia takie były udzielane w 11 Zespołach Domowej Opieki Paliatywno-Hospicyjnej¹⁰, Przychodni Paliatywnej

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej: OOW NFZ.

⁵ Dalej: OPH.

⁶ Dotyczyło to czterech pacjentów.

⁷ Dz.U. z 2018 r. poz. 742 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH.

⁸ Luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r. i maj 2018 r.

⁹ Dalej: OPH.

¹⁰ Siedziby Zespołów: Opole, Dobrodzień, Dobrzeń Wielki, Biała, Grodków, Głogówek, Krapkowice i Kędzierzyn-Koźle, Leśnica, Olesno i Glucholazy. Dalej: hospicjum domowe.

w Dobrodzieniu i Kędzierzynie-Koźlu¹¹ oraz Hospicjum Stacjonarnym w Starych Siołkowicach. Oprócz świadczeń OPH, Caritas - na podstawie umów z OOW NFZ - realizował świadczenia zdrowotne w zakresie tlenoterapii domowej oraz zapewniał świadczenia pielęgniarstwa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapii ambulatoryjnej (w tym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności) i świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowym. Wg stanu na 30 czerwca 2018 r. w Caritas zatrudnione były 504 osoby (432 na podstawie umów o pracę, 52 na podstawie umów zlecenia i 20 na podstawie umów o świadczeniu usług medycznych – tzw. kontraktów), których łączny wymiar czasu pracy odpowiadał 412 etatom.

(akta kontroli str. 3-28, 307, 390)

W latach 2015-2018 (I półrocze) Caritas udzielał świadczeń OPH w zakresie opieki: stacjonarnej dla dorosłych, domowej dla dorosłych i ambulatoryjnej. Na lata te zawarł z OW NFZ umowy na łączną kwotę 14 144,3 tys. zł¹², z tego w zakresie opieki stacjonarnej - 4 611,3 tys. zł (32,5%), opieki domowej - 9 442,8 tys. zł (66,8%) i opieki ambulatoryjnej - 90,2 tys. zł (0,7%). Ponadto w umowach przewidziano środki na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek w łącznej kwocie 651 tys. zł. Za udzielone świadczenia, w latach 2015-2017, Caritas uzyskał 12 117,6 tys. zł (w tym 462,2 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek), a za świadczenia udzielone w I połowie 2018 r. - 2 710,6 tys. zł (89,6 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek). Kwoty te stanowiły odpowiednio 99,9% i 98,2% kwot przewidzianych w umowach. Za wykonane ponad ustalone limity świadczenia, wyłącznie w hospicjum domowym, na podstawie zawartej z OOW NFZ ugody¹³, Caritas uzyskał dodatkowo 50 563,70 zł, tj. 1,6% wynagrodzenia ustalonego w umowie na 2017 r.¹⁴ W objętym kontrolą okresie koszty udzielania świadczeń OPH były niższe od uzyskanych przychodów we wszystkich trzech rodzajach świadczeń OPH, łącznie o 15,8%¹⁵. Kwota uzyskana z tytułu kontraktu OPH stanowiła 99,5% kwoty otrzymanej z tytułu realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w tych latach.

(akta kontroli str. 78-82, 83-227, 331-332, 508-509)

W latach 2015-2018 (I półrocze) Caritas objął opieką łącznie 2 214 pacjentów, z tego 368 opieką stacjonarną, 1 690 opieką domową i 156 opieką ambulatoryjną. W hospicjum stacjonarnym Świadczeniodawca dysponował 20 łózkami (w umowie zawartej z OOW NFZ przewidziano 19 łóżek). Zakres udzielanych świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych, w całym badanym okresie utrzymywał się na zbliżonym poziomie¹⁶, natomiast zwiększyła się skala świadczeń opieki domowej o 11,5%, tj. z 576 pacjentów w 2015 r. do 642 w 2017 r. W I półroczu 2018 r. opieką domową objęto 436 pacjentów. W hospicjum domowym przeciętnie w jednym momencie przebywało 165 pacjentów dorosłych. W ramach opieki ambulatoryjnej Caritas udzielił 2 183 porady (odpowiednio w badanych latach: 565, 547, 680 i 391).

(akta kontroli str. 331-332, 508-509)

Świadczeń OPH udzielano po uprzednim dostarczeniu skierowań, w których jako wskazania (jedno lub kilka współistniejących) do opieki podano 211 różnych jednostek chorobowych. Podstawą przyjęcia do opieki były głównie choroby nowotworowe (97%). Przeciętny okres udzielania świadczeń w hospicjum

¹¹ Dalej: poradnie medycyny paliatywnej.

¹² W latach 2015-2018 (I półrocze) odpowiednio: 3 376,3 tys. zł; 3 651,8 tys. zł; 4 579,6 tys. zł i 2 536,5 tys. zł.

¹³ Uгода nr 08R/20068/15/OPH/2017/U zawarta 16 stycznia 2018 r. dotycząca udzielonych świadczeń OPH w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r.

¹⁴ Przy zastosowaniu stawki jednostkowej 47,30 zł, takiej samej jak w umowie podstawowej na ten rok.

¹⁵ W badanym okresie przychody wyniosły (tys. zł): opieka stacjonarna - 4 611,1 (32,6%); opieka domowa - 9 487,7 (67,0%); opieka ambulatoryjna - 89,6 (0,7%).

¹⁶ W 2016 r. nastąpił spadek o 27,5% w stosunku do 2015 r.

stacjonarnym wynosił 45 dni (w badanych latach: 45, 59, 45 i 33), w hospicjum domowym 109 dni (120, 110, 124 i 81), a w poradniach medycyny paliatywnej 442 dni.

(akta kontroli str. 78-109, 110-139, 140-169, 171-227, 331-332, 372-374, 375)

1.1.2. W wybranych do kontroli czterech miesiącach świadczeń OPH w Caritas udzielało:

- od 26 do 29 lekarzy, w tym od czterech do pięciu lekarzy posiadało specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej, a 15 ukończyło kurs podstawowy w zakresie opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej; łączny czas pracy lekarzy – w przeliczeniu na etaty – odpowiadał 1,5 etatu dla świadczeń udzielanych w hospicjum stacjonarnym (z uzyskaniem wskaźnika od 0,79 do 1,07) i od 8,1 do 9,8 etatu dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych (z uzyskaniem wskaźnika od 1,28 do 2,14)¹⁷;
- od 33 do 46 pielęgniarek, w tym od pięciu do siedmiu, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz od 29 do 42, które ukończyły kurs lub specjalizację, o której mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH; łączny czas pracy pielęgniarek – w przeliczeniu na etaty – odpowiadał od 9,5 do 12,4 etatu dla świadczeń udzielanych w hospicjum stacjonarnym i od 11,0 do 19,3 etatu dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych (z uzyskaniem wskaźnika od 1,2 do 1,48)¹⁸;
- od siedmiu do dziewięciu psychologów, których łączny czas pracy – w przeliczeniu na etaty – odpowiadał 0,75 etatu dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych (z uzyskaniem wskaźnika od 0,79 do 1,07) i od 2 do 4 etatów dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych (z uzyskaniem wskaźnika od 0,45 do 0,61)¹⁹; w lutym 2015 r. w hospicjum domowym nie osiągnięto wymaganego wskaźnika zatrudnienia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- od sześciu do dziewięciu fizjoterapeutów, których łączny czas pracy – w przeliczeniu na etaty – odpowiadał od 0,5 do 1 etatu dla świadczeń udzielanych w hospicjum domowym (z uzyskaniem wskaźnika od 0,33 do 0,71) i od 2,4 do 4,5 etatu dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych (z uzyskaniem wskaźnika od 0,27 do 0,45)²⁰.

W badanym okresie Caritas nie zatrudniał opiekunek medycznych, natomiast w opiece stacjonarnej działania te realizowało 16 wolontariuszy²¹.

(akta kontroli str. 83-254, 341-342, 408-490, 534-537, 606-609)

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w hospicjum stacjonarnym ustalone zostały na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²²,

¹⁷ Wskaźniki obliczono dla średniej liczby pacjentów w danym miesiącu. Spełnione były wymagania dla lekarzy udzielających świadczeń gwarantowanych: w warunkach stacjonarnych, w lutym 2015 r., w lipcu 2016 r. i w październiku 2017 r. (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek); w warunkach domowych wymagania dotyczące lekarzy spełnione były w każdym z badanych miesięcy (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców).

¹⁸ Spełnione były wymagania dla pielęgniarek udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych (co najmniej 25% czasu pracy pielęgniarek udzielających świadczeń w Caritas) oraz w warunkach domowych (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców).

¹⁹ Spełnione były wymagania dla psychologów udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych (równoważnik 0,5 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek); w warunkach domowych osiągnięto wymagany wskaźnik w lipcu 2016 r., w październiku 2017 r. i w maju 2018 r. (równoważnik 0,5 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców).

²⁰ Spełnione były wymagania dla fizjoterapeutów udzielających świadczeń gwarantowanych: w warunkach stacjonarnych (równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek), w warunkach domowych (równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców).

²¹ Przed powierzeniem wolontariatu (głównie uczniowie szkół ponadgimnazjalnych) przeprowadzano rozmowy z udziałem psychologów i personelu medycznego, na podstawie których kwalifikowano chętnego do pomocy w opiece stacjonarnej.

²² Dz. U. poz. 1545, dalej: rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek OPH.

przez Dyrektora Caritas (w dniu 6 stycznia 2015 r.) oraz zmienione przez Kierownika ds. organizacyjnych i pielęgniarstwa (w dniu 2 stycznia 2018 r.) Normy te wynosiły odpowiednio 10,45 i 10,78 etatów. W lutym 2015 r. i w lipcu 2016 r. równoważne liczby etatów pielęgniarzkich wyniosły odpowiednio 9,50 i 9,85 i były mniejsze od ustalonych norm zatrudnienia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
(akta kontroli str. 591-593, 606-609)

Ponad 74% personelu posiadało ponad trzyletnie doświadczenie w OPH, w tym 78% lekarzy i 72% pielęgniarzek. Praca w Caritas dla żadnego z lekarzy oraz żadnego z psychologów nie stanowiła jedyne miejsce pracy²³, natomiast Caritas był jedynym miejscem pracy dla 81% pielęgniarzek i 84% fizjoterapeutów. Czas pracy w Caritasie nie przekraczał 40 godzin w miesiącu, w przypadku dziewięciu spośród 29 lekarzy²⁴ (w tym siedmiu spośród dziewięciu lekarzy w poradniach medycyny paliatywnej) oraz wszystkich czterech pielęgniarzek, udzielających świadczeń w ww. poradniach (praca tych pielęgniarzek była łączona z pracą w hospicjum domowym). Na podstawie badania dokumentacji medycznej 57 pacjentów ustalono, że dla 32 z nich (56%) leki opioidowe wypisywało ośmiu lekarzy²⁵.

(akta kontroli str. 83-254, 267-286, 341-342, 606-609, 614-617)

Świadczeniodawca spełniał inne - wybrane do kontroli - warunki udzielania świadczeń, tj.:

- a) w ramach opieki stacjonarnej zapewniono całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarzkę;
- b) w ramach opieki ambulatoryjnej poradnia czynna była przez pięć dni w tygodniu, również w godzinach popołudniowych, w tym przez trzy dni po 2,5 godziny dziennie²⁶; porady dla poszczególnych pacjentów²⁷ odbywały się nie częściej niż dwie porady lub wizyty w tygodniu (przeciętnie z częstotliwością trzy porady na dwa miesiące), a 51% udzielonych porad stanowiły porady udzielone w domu świadczeniobiorcy; porad w przychodni udzielał wyłącznie lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, a wizyty domowe przeprowadzali lekarze legitymujący się odpowiednim kursem w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- c) w ramach opieki domowej zapewniono całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarzkę; na podstawie badania wylosowanej próby dokumentacji 26 pacjentów²⁸ ustalono, że wizyty pielęgniarzek odbywały się nie rzadziej niż

²³ Powyższe wynikało głównie ze względów organizacyjnych (nie leżących po stronie Caritas) i finansowych (wynagrodzenie w Caritas były na poziomie zbliżonym do innych świadczeniodawców).

²⁴ Którzy udzielali świadczeń pacjentom należącym do wybranej losowo grupy 57 osób, których dokumentację objęto badaniem.

²⁵ Uprawnienia do wypisywania leków opioidowych miało 16 (100%) lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu zatrudnionych w Caritas w OPH w objętym kontrolą okresie.

²⁶ Wg stanu na 30 czerwca 2018 r. dni i ogólne godziny otwarcia w ramach poradni (porady na miejscu w poradni i realizowane u pacjentów porady/wizyty domowe): poniedziałek: 8⁰⁰-11⁰⁰, 12⁰⁰-13⁰⁰, 14⁰⁰-20⁰⁰; wtorek: 8³⁰-11⁰⁰, 12¹⁵-18³⁰; środa: 8⁰⁰-9⁰⁰, 10⁰⁰-11⁰⁰, 12⁰⁰-20⁰⁰; czwartek: 8⁰⁰-11⁰⁰, 13⁰⁰-18³⁰; piątek: 8⁰⁰-9⁰⁰, 10⁰⁰-11⁰⁰, 14⁰⁰-20⁰⁰. W zakresie organizacji pracy poradni spełniono wymóg dostępności poradni przez co najmniej trzy dni w tygodniu przez czas 2,5 godzin dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych. Porad w przychodni udzielał lekarz będący specjalistą medycyny paliatywnej w: poniedziałek: 8¹⁵-10⁴⁵; wtorek: 15¹⁵-17⁴⁵; środa: 15³⁰-18⁰⁰; czwartek: 13⁰⁰-14⁰⁰ (łącznie 8,5 godziny). Wyznaczony ogólny czas pracy poradni stanowił także czas realizacji m.in. wizyt domowych (przez lekarza i pielęgniarzkę).

²⁷ Na podstawie analizy wylosowanej próby dokumentacji 41 pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej w: lutym i grudniu 2015 r.; lipcu i grudniu 2016 r.; październiku i grudniu 2017 r. i maju 2018 r. Porad pacjentom udzielał wyłącznie lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, natomiast wizyty domowe przeprowadzali inni lekarze. Wszyscy z nich posiadali m.in. ukończony kurs w zakresie opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej organizowany przez Śląski Uniwersytet Medyczny.

²⁸ Losowanie proste z wykorzystaniem narzędzia informatycznego Pomocnik kontrolera.

dwukrotnie w ciągu tygodnia²⁹, a lekarzy - nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu³⁰.

(akta kontroli str. 83-254, 267-286, 288-290, 312-313, 349-351, 531-532, 569-571, 594, 610, 612-613)

Świadczeniodawca wykorzystywał w pełni posiadane zasoby. Obłożenie łóżek w opiece stacjonarnej w badanych latach wynosiło 103%, 102%, 99,5% i 113%, a wykonanie ponad 100% było możliwe dzięki wykorzystaniu dodatkowych łóżek szpitalnych, będących w rezerwie Świadczeniodawcy i stanowiło tzw. nadwykonania³¹.

(akta kontroli str. 83-227, 331-332, 378-380, 508-509, 594, 612-613)

Badanie próby obejmującej dokumentację 57 pacjentów³², którym Caritas udzielała świadczeń OPH wykazało, że w ograniczonym stopniu korzystano z niektórych pozycji sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH. W szczególności, udzielając świadczeń w hospicjum stacjonarnym, świadczeniodawca nie korzystał z posiadanych trzech pomp infuzyjnych i jednego pulsoksymetru. Pacjentom hospicjum domowego udostępniano łóżka szpitalne z materacami przeciwoleżynowymi (czterem pacjentom), koncentratory tlenu (trzem) i balkoniki (trzem). Nie korzystano natomiast z posiadanych pomp infuzyjnych. Caritas zawarł siedem umów z podwykonawcami w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, badań specjalistycznych (np. PET, USG, EKG, RTG, ECHO), konsultacji onkologicznych i przewozów transportem sanitarnym. W ramach realizacji umów z OOW NFZ ograniczał się do zlecenia tym podmiotom przede wszystkim badań laboratoryjnych, a sporadycznie innych badań, w tym np. specjalistycznych badań USG. Wynikało to m.in. z faktu, że niektóre badania diagnostyczne, przede wszystkim EKG, USG, wykonywano we własnym zakresie, wykorzystując urządzenia pozostające w dyspozycji kontrolowanej jednostki.

(akta kontroli str. 276-286, 288-290, 346-351)

1.1.3. Dla realizowanych świadczeń OPH w całym okresie objętym kontrolą Caritas nie prowadził list oczekujących. Dyrektor wyjaśnił m.in., że: *Formalnie lista pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej nie jest prowadzona. Przyczyną powyższego jest faktyczny brak pacjentów, którzy oczekują na udzielenia takiego świadczenia dłużej niż 5-10 dni. W przypadku opieki ambulatoryjnej, gdy pacjent zgłosi się w dniu, w którym poradnia jest czynna, świadczenie udzielane jest w tym dniu, natomiast gdy w dniu zgłoszenia poradnia nie jest czynna – wyznaczany jest najbliższy, dogodny dla pacjenta termin, w dniu przyjęć w tej poradni. Objęcie opieką domową następuje niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta lub informacji od najbliższych pacjenta do Zespołu Domowej Opieki Paliatywno-Hospicyjnej. W opiece stacjonarnej świadczenie udzielane jest właściwe w dniu zgłoszenia się pacjenta lub w dniu następnym, sporadycznie powyżej 3 dni. W większości przypadków są to osoby wcześniej korzystające z opieki domowej i personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych posiada wiedzę w zakresie stanu zdrowia danego pacjenta*

²⁹ Jako tydzień rozliczeniowy przyjęto tydzień kalendarzowy (od poniedziałku do niedzieli) i tydzień obejmujący siedem kolejnych dni, począwszy od dnia przyjęcia pacjenta do opieki domowej.

³⁰ Jako miesiąc rozliczeniowy przyjęto miesiąc kalendarzowy i miesiąc obejmujący 30 bądź 31 kolejnych dni (28 dni w przypadku lutego 2015 r.), począwszy od dnia przyjęcia pacjenta do opieki domowej.

³¹ Pomimo wykonania w I półroczu 2018 r. świadczeń opieki stacjonarnej ponad limit ustalony w umowach z OOW NFZ i złożonych przez Caritas wniosków o zapłatę za te świadczenia, ze względu na brak zarejestrowania przez Caritas dodatkowych łóżek w rejestrze podmiotów leczniczych, nadwykonania te nie zostały zapłacone (w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2018 r. kontrakt w opiece stacjonarnej obejmował 14 łóżek „zakontraktowanych” i 16 zgłoszonych do rejestru, od 1 lipca 2018 r. 15 „zakontraktowanych” a 20 zgłoszonych do rejestru).

³² Próbie do badania wybrano w drodze losowania prostego, z wykorzystaniem narzędzia informatycznego Pomocnik kontrolera, z populacji pacjentów, którym Caritas udzielała świadczeń OPH. Próbie stanowiło 26 pacjentów hospicjum domowego, 13 pacjentów poradni medycyny paliatywnej i 18 pacjentów hospicjum stacjonarnego.

i o trudnościach ze sprawowaniem opieki, głównie przez członków rodziny w warunkach domowych, proponując opiekę stacjonarną.

(akta kontroli str. 301, 343-345)

Świadczeniodawca rozgraniczał przypadki chorobowe pilne od stabilnych. Według stanu na 30 czerwca 2018 r. na świadczenie OPH oczekiwało 36 osób (opieka stacjonarna – 18, opieka domowa – 16 i opieka ambulatoryjna – dwie osoby). Przyczynami oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia był okresowy brak miejsca w hospicjum stacjonarnym, a w opiece domowej przede wszystkim opóźnione zgłoszenia się pacjentów do świadczeniodawcy.

Analiza dokumentacji 110 pacjentów, w przypadku których czas pomiędzy wystawieniem skierowania a udzieleniem pierwszego świadczenia był najdłuższy, wykazała, że:

a) czterem spośród 26 pacjentów hospicjum stacjonarnego pierwszego świadczenia udzielono w dniu zgłoszenia się do Caritas lub w dniu następnym, ośmiu w ciągu siedmiu dni od dnia zgłoszenia, a pozostałym 14 w terminie od ośmiu do 20 dni; ww. grupa 26 pacjentów obejmowała siedem przypadków zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny”, czterem z nich pierwszego świadczenia udzielono w dniu zgłoszenia lub dniu następnym, trzem w terminie od ośmiu do 11 dni od dnia zgłoszenia (co wynikało z okresowego braku miejsca w hospicjum), a pozostałym 19 pacjentom (w stanie stabilnym) pierwszego świadczenia udzielono w terminie od trzech do 20 dni od dnia zgłoszenia się do oddziału;

b) 25 spośród 42 pacjentów hospicjum domowego pierwszego świadczenia udzielono w terminie do czterech dni od dnia zgłoszenia, 16 w terminie od pięciu do siedmiu dni (co wynikało z problemów rodzinnych i socjalnych pacjenta, odmowy przyjęcia świadczenia, w tym ze względu na dobre samopoczucie); jednemu pacjentowi, który odmawiał przyjęcia świadczenia, uzasadniając to dobrym stanem zdrowia, świadczenia udzielono w 14 dniu od dnia zgłoszenia;

c) w przypadku 42 pacjentów poradni medycyny paliatywnej (wszystkie przypadki określane jako stabilne) głównymi przyczynami nieudzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia było przede wszystkim niezgłoszenie się w ustalonych wcześniej terminach (15%) oraz pobyty w szpitalu (10%); pozostałym pacjentom pierwszych świadczeń udzielono nie później niż w ciągu czterech dni od dnia zgłoszenia.

Nie stwierdzono, aby najdłuższe okresy oczekiwania dotyczyły grupy pacjentów zamieszkujących dany obszar lub z dala od miejsc, w których udzielane były ww. świadczenia.

Dyrektor Caritas wyjaśnił m.in., że: *Oczekiwanie na przyjęcie bądź udzielenie świadczenia następuje niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta do poradni lub opieki domowej albo stacjonarnej, choć czasami, ale rzadko, może to być kilka czy kilkanaście dni. Dość często występuje sytuacja, oceniam to na ok. 20-30%, że po otrzymaniu skierowania na dany rodzaj świadczenia, świadczeniobiorca nie zgłasza się po świadczenia OPH w krótkim terminie i wtedy występuje okres – od daty wystawienia skierowania do dnia faktycznego zgłoszenia się pacjenta, w którym nie udzielano świadczenia wynikającego z niezgłoszenia się pacjenta. Stan taki czasem trwał kilka tygodni, a nawet kilka miesięcy. Może więc występować sytuacja, że przyjęcie pacjenta do świadczeń OPH liczone od dnia wystawienia skierowania do dnia udzielenia pierwszego świadczenia OPH może wynosić, licząc średnio - nawet 10 czy więcej dni. Nie jest to jednak uzależnione od nas jako świadczeniodawcy. Specyfika świadczeń OPH nakazuje dostępność w każdym czasie dla każdego potrzebującego i w tym zakresie podejmujemy szerokie działania, aby sprostać tym potrzebom.*

(akta kontroli str. 255, 287, 288-290, 354-355, 378-390, 491, 529-532, 546-547)

Caritas w badanym okresie posiadał zawarte z Gminą Kędzierzyn-Koźle umowy na udzielanie świadczeń w poradni medycyny paliatywnej i hospicjum domowym dla mieszkańców Gminy, współfinansowane środkami dotacji³³.

Na podstawie próby dokumentacji 42 pacjentów hospicjum domowego o najdłuższych terminach oczekiwania na udzielenie świadczenia³⁴ stwierdzono, że 19 z nich, mających miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, oczekiwało na udzielenie świadczenia opieki domowej finansowanego środkami NFZ przez Caritas powyżej 30 dni (do 260 dni, średnio 146 dni) od momentu zgłoszenia. Pacjentom tym, zgodnie z umowami z Gminą Kędzierzyn-Koźle, Caritas zapewnił bezzwłocznie opiekę domową finansowaną środkami tego samorządu. Zgodnie z informacją uzyskaną w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK od Dyrektora OOW NFZ, żaden z tych pacjentów nie korzystał ze świadczeń opieki domowej OPH realizowanych przez innych podmiot, a finansowanych środkami OOW NFZ.

W Caritas nie dysponowano informacjami dotyczącymi zgonów osób oczekujących przed udzieleniem im pierwszego świadczenia OPH. Dyrektor Caritas wyjaśnił m.in., że: *W latach 2015-2018 (do 30 czerwca) zdarzało się 4-8 takich przypadków oczekujących na świadczenie w hospicjum domowym, których stan zdrowia pogorszył się dość nagle i w związku z tym kierowano ich do opieki stacjonarnej. W przypadku poradni – wydaje się, że takich przypadków nie było. W przypadku osób skierowanych do opieki stacjonarnej oceniam, że 50-70 osób rocznie umierało przed udzieleniem im pierwszego świadczenia. Wynikało to głównie z tego, że pacjenci zgłaszali się do opieki późno, gdy ich stan zdrowia był bardzo zły oraz z tego, że w przypadkach pobytu pacjenta w szpitalu, pracownik szpitala uzgadniał termin opieki w hospicjum, gdy pacjent jest już bardzo złym stanie lub w agonii i umiera w szpitalu. Ponadto (...) po ustaleniu terminu przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, rodzina pacjenta po uzyskaniu informacji o możliwości przyjęcia od razu, zawiesza to przyjęcie, deklarując samodzielną opiekę w domu i zarazem prosi o nieusuwanie pacjenta z „kolejki”, aby w razie potrzeby mógł być przyjęty na oddział. Jednak w wielu przypadkach pacjent umiera w domu. W pewnych przypadkach występuje w danym momencie brak miejsca na przyjęcie na oddział.*

(akta kontroli str. 255, 287, 288-290, 354-355, 378-390, 491, 529-532, 546-547)

1.1.4. W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przypadków odmowy udzielenia świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zaprzestania udzielania świadczeń z powodu zbyt ciężkiego stanu, problemów socjalnych lub konfliktu z rodziną. Dyrektor Caritas, w złożonym wyjaśnieniu, potwierdził brak odmowy udzielania świadczenia OPH.

(akta kontroli str. 531-532, 573-579, 580-584, 585-589, 590)

Spośród 2 214 pacjentów, którym w badanym okresie Caritas udzielał świadczeń OPH, w przypadku 1 523 (69%) nastąpiło zakończenie udzielania tych świadczeń w wyniku zgonu, z tego leczonych: w hospicjum stacjonarnym 311 osób (20%), w hospicjum domowym 1 203 osób (79%), a w poradniach medycyny paliatywnej dziewięć osób (1%). Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 57 pacjentów wykazało, iż nie wystąpiły przypadki niezasadnego zaprzestania udzielania świadczeń. Spośród wybranych do badania przypadków 18 pacjentów hospicjum

³³ Umowa nr 9/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r. z aneksem nr 2/2016 z dnia 12 stycznia 2016 r., nr 2/2017 z dnia 13 marca 2017 r. – udzielanie świadczeń w poradni medycyny paliatywnej i hospicjum domowym/domowej opiece paliatywnej realizowane przez strony umów, jako zadanie publiczne, dofinansowane przez Gminę Kędzierzyn-Koźle. Na podstawie tych umów gmina Kędzierzyn-Koźle zobowiązała się do dofinansowania świadczeń opieki domowej w latach 2015-2018 do kwoty odpowiednio: 239 040 zł, 239 040 zł, 262 240 zł i 262 200 zł ustalając kwotę 60 zł za jeden dzień sprawowania opieki domowej nad pacjentem będącym mieszkańcem Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowanym na pobyt stały lub pobyt czasowy powyżej roku, chorującym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu postępujące choroby.

³⁴ Wylosowana próba 42 pacjentów, o której mowa wyżej.

stacjonarnego w 15 przypadkach zakończono udzielanie świadczeń. W 10 przypadkach powodem zakończenia opieki był zgon pacjenta, w trzech wypis na żądanie pacjenta w stanie stabilnym, a w dwóch - poprawa stanu zdrowia. Spośród wybranych 26 (2%) pacjentów hospicjum domowego, w 15 przypadkach zakończono leczenie, z tego dziewięć osób zmarło, u dwóch osób nastąpiła poprawa stanu zdrowia, dwie osoby zostały przyjęte do szpitala, jedną skierowano do hospicjum stacjonarnego, a jedna zmieniła miejsce zamieszkania (poza rejon działania Caritas). W przypadku 13 (8%) pacjentów poradni ambulatoryjnej zaprzestano udzielania świadczeń ośmiu osobom, z których trzy skierowano do opieki domowej, dwie zmarły, u dwóch nastąpiła poprawa stanu zdrowia, a jedna zmieniła miejsce zamieszkania (poza rejon działania Caritas).

(akta kontroli str. 288-290, 331-332, 371, 496-507, 508-509, 510-527)

1.1.5. W ramach organizacji opieki Caritas stosował - ponad obowiązujące go wymogi – tzw. dobre praktyki, mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych. I tak:

- każda pielęgniarka dysponowała samochodem osobowym będącym własnością Świadczeniodawcy (np. w 2017 r. 22 samochodami osobowymi i 2 dostawczymi), który ponosił koszty jego zakupu i eksploatacji; w razie potrzeby pielęgniarka bezzwłocznie otrzymywała pojazd zastępczy, co przyczyniało się do poprawy szybkości reagowania i dostępności opieki paliatywnej i domowej;
- w strukturze OPH przy każdej placówce Caritas działała nieodpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego, zaopatrzona m.in. w elektrycznie sterowane łóżka, materace przeciwoleżynowe, podnośniki do wanny i łóżka; na wyposażeniu wszystkich placówek medycznych Caritas pozostawało ok. 15 tysięcy różnych urządzeń do pielęgnacji chorych;
- w trzystu parafiach, na terenie których działały pielęgniarki udzielające świadczeń w ramach OPH, funkcjonowały grupy wolontariuszy z Parafialnych Zespołów Caritas; w razie potrzeby działalność wolontariuszy stanowiła uzupełnienie pracy pielęgniarek, zwłaszcza w zakresie usług socjalnych (sprzątanie, gotowanie, pranie, towarzyszenie);
- prowadzono pilotażowy, trzyletni program medycznych świadczeń pielęgnacyjnych, w ramach którego przeprowadzono szkolenie i zatrudniono 15 opiekunek medycznych do pomocy pielęgniarkom; program został opracowany ze względu na krytyczny brak pielęgniarek na rynku pracy w województwie opolskim i finansowany był ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020³⁵;
- z Gminą Kędzierzyn-Koźle zawarto ww. umowy na udzielanie świadczeń opieki domowej i opieki ambulatoryjnej OPH dla mieszkańców tej gminy;
- korzystano z wolontariatu, jako istotnej składowej zespołu opieki stacjonarnej; średnio w ciągu miesiąca korzystano z pracy 16 osób, co istotnie wspomagało personel w realizacji jego zadań, a pacjentów opieki stacjonarnej w organizacji czasu; do zadań wolontariuszy należało m.in.: pomoc w pielęgnacji, czytanie prasy i książek, wspólne rozmowy i spacer z pacjentami;
- podejmowano działania w celu tworzenia klimatu towarzyszenia domowego, np. poprzez umożliwienie posiadania w hospicjum drobnego wyposażenia z mieszkania (obrazki, zdjęcia, filmy, pamiątki);
- zapewniono dostęp do usług fryzjerskich i kosmetycznych;

³⁵ Projekt (umowa nr RPOP.08.01.00-16-0061/16-00 zawarta 28 lipca 2017 r.) realizowany w okresie wskazanym we wniosku do projektu, tj. od 1 stycznia 2017 r. do 31 marca 2020 r. o wartości 1 201 072,56 zł, w tym dofinansowanie 1 135 013,54 zł (94,5 %) i wkład własny Caritas - 66 059,02 zł.

- w celu podwyższenia standardów świadczeń OPH pozyskiwano i wykorzystywano dodatkowe środki z przekazywanego przez podatników 1% podatku dochodowego od osób fizycznych (w objętym kontrolą okresie z tego tytułu uzyskano łącznie 361,5 tys. zł).

(akta kontroli str. 301, 343-345, 522-527, 599-605)

Wobec personelu uczestniczącego w udzielaniu świadczeń OPH w Caritas nie stosowano wyższych od wymaganych prawem kwalifikacji, doświadczenia, czy poziomu wiedzy. Dyrektor Caritas wyjaśnił m.in., że: *Caritas Diecezji Opolskiej kieruje się zasadą: „ta sama usługa ale inna obsługa” oraz „wykonać to samo ale nie tak samo”. Respektując zapisy art. 183 b § 4 Kodeksu pracy opieramy działalność swoich placówek medycznych na etyce oraz przekonaniach religijnych Kościoła Rzymsko-Katolickiego (w opiece hospicyjnej kwestie religii odgrywają rolę np. w temacie terapii uporczywej lub eutanazji). Caritas Diecezji Opolskiej prowadzi regularne spotkania studyjno-formacyjne. Stałym elementem spotkań organizowanych raz na kwartał, jest zarówno podnoszenie kompetencji zawodowych, jak i kwalifikacji etycznych.*

(akta kontroli str. 311, 343-345, 419-430, 431-446, 447-454, 455-474)

Kierownicy 10³⁶ spośród 60 ośrodków pomocy społecznej, zlokalizowanych na terenie działania Caritas poinformowali, że w latach 2015-2018 (I półrocze):

- formalnie żaden ośrodek nie zawierał porozumienia w zakresie współpracy i nie współpracował bezpośrednio z Caritas;
- Caritas nie występował do żadnego ośrodka o objęcie pomocą socjalno-bytową pacjentów, którym świadczył usługi OPH;
- współpracę (bieżącą, nieformalną) z Zespołami Pielęgniarskimi Opieki Długoterminowej Domowej prowadziło pięć ośrodków (m.in. zakresie wymiany informacji, koordynowania usług opiekuńczych i opieki długoterminowej, pracy socjalnej, pomocy administracyjnej i w sporządzaniu dokumentacji, w tym z Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie); współpraca ze Stacjami Opieki Caritas koncentrowała się na wypożyczaniu wyposażenia i sprzętu medycznego.

(akta kontroli str. 256-266, 302-304, 311, 343-355, 393-401, 406-407, 508-509, 528)

1.1.6. Odnosząc się od kwestii ewentualnych problemów w realizacji świadczeń OPH Dyrektor Caritas stwierdził m.in., że:

- *dotkliwym i nieuprawnionym sposobem rozliczania świadczeń OPH przez NFZ jest traktowanie dnia przyjęcia pacjenta do opieki i dnia zgonu pacjenta jako jednego dnia. Bez względu na godzinę przyjęcia pacjenta np. wcześniej rano lub godzinę zgonu pacjenta np. przed północą, NFZ refunduje wydatki związane z opieką nad chorym tylko za jeden dzień;*
- *brak bieżącego finansowania nadwykonań przez NFZ oznacza w praktyce kredytowanie świadczeń przez świadczeniodawcę. Praktyka taka (trwająca przez kwartał) nosi znamiona zatrzymywania słusznego wynagrodzenia za wykonaną pracę;*
- *ułomnością procesu negocjacyjnego w zakresie OPH jest stawianie pytania o możliwość obniżenia przez świadczeniodawcę tzw. ceny oczekiwanej. Według złożonych wyjaśnień cena oczekiwana, wyliczona wcześniej przez ekspertów finansowych, powinna posiadać status minimalnej płacy zasadniczej, która nie podlega obniżeniu. Obniżanie ceny oczekiwanej, oznacza obniżanie jakości i dostępności świadczeń i skutkuje odejściem wartościowych i wykształconych pielęgniarek z regionalnego rynku pracy;*

³⁶ Ośrodki pomocy społecznej w gminach: Biała, Dobrzeń Wielki, Dobrodzień, Grodków, Ozimek, Murów, Pokój, Popielów, Tarnów Opolski, Zębowice.

zachodzi pilna potrzeba weryfikacji liczby punktów przypisywanych do poszczególnych kryteriów oceny ofert. Kryteria oceny, a zwłaszcza liczba punktów to skuteczne narzędzie do przeciwdziałania tzw. lobby w poszczególnych produktach medycznych oraz możliwość do wykreowania autentycznego etosu OPH, tj. ukazania jej sensu i wartości, tego co w niej mądre i dobre dla wszystkich zainteresowanych;

- należy spowodować współpracę lekarza POZ z zespołem hospicjum domowego. Aktualnie jej brakuje. Lekarz POZ otrzymuje stawkę kapitałową za ubezpieczonego, cedując ogrom pracy i kosztów na zespół OPH (m.in. transport, badania);
- należy zwiększyć stawki na OPH domową. Obecnie nie uwzględniają one środków opatrunkowych lub innych art. medycznych, na które np. nie stać niezamożnych pacjentów, a które zespoły OPH zmuszone są stosować. Refundacje w zakresie ilości i jakości tychże materiałów również są niewystarczające;
- należy w sposób efektywny i celowy zwiększyć wynagrodzenie dla pielęgniarek. Obecnie jest ono na poziomie 30% wynagrodzenia lekarzy, podczas gdy praca zespołu OPH opiera się w 90% na pracy pielęgniarek;
- odczuwa się duży deficyt szkoleń dla pielęgniarek w zakresie OPH. Deficyt dotyczy zarówno możliwości udziału w szkoleniach jak i ich finansowania;
- NFZ nie uwzględnia w stawce na opiekę domową OPH kosztów serwisowania, transportu oraz zakupu obligatoryjnego sprzętu do pielęgnacji i ratowania życia chorego. Szybko i intensywnie postępująca eksploatacja sprzętu wymaga uwzględnienia kosztów jego zużycia i wymiany;
- NFZ nie uwzględnia i nie finansuje całości procesu opieki paliatywnej, która nie kończy się wypisaniem pacjenta z opieki.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor Caritas stwierdził również, że: liczba pacjentów, którzy mogliby korzystać z poradni medycyny paliatywnej, gdyby świadczenia te były lepiej finansowane, jest trudna do sprecyzowania.

(akta kontroli str. 311, 343-344)

1.2. Realizacja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

1.2.1. Na podstawie dokumentacji 57 wybranych losowo pacjentów³⁷ stwierdzono, że w ramach OPH pacjentom tym zapewniono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki zgodnie z warunkami ich udzielania, wynikającymi zarówno z zawartych umów, jak też z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH. Ponadto we wszystkich przypadkach, kiedy zaszła taka potrzeba, zapewniono:

- leczenie bólu u 40 pacjentów (70%)³⁸, z tego w odniesieniu do wszystkich ból monitorowano w sposób ciągły, a 32 podawano opioidowe leki przeciwbólowe³⁹;
- opiekę psychologa, którą objęto siedmiu pacjentów (12%) będących pod opieką hospicjum stacjonarnego, tj. wszystkim, u których stwierdzono stany lękowe i/lub depresyjne;
- rehabilitację, którą objęto ośmiu pacjentów⁴⁰ (14%), na podstawie wskazań lekarza/fizjoterapeuty;

³⁷ Próbie do badania stanowiła wylosowana dokumentacja 57 (losowanie proste z wykorzystaniem narzędzia informatycznego Pomocnik kontrolera) z bazy OOW NFZ, którym Caritas udzielał świadczeń OPH, z tego 26 w ramach opieki domowej, 13 opieki ambulatoryjnej i 18 opieki stacjonarnej. Najwięcej pacjentów było w wieku powyżej 65 lat – 53 (93%), z tego opieka stacjonarna – 16 (89%), opieka domowa – 26 (100%), a ambulatoryjna 11 (85%). Podstawą objęcia opieką były głównie choroby nowotworowe – 47 pacjentów (83%), z tego opieka stacjonarna – 12 (75%), opieka domowa – 26 (100%), ambulatoryjna – 9 (7%).

³⁸ Z tego dla 12 pacjentów hospicjum stacjonarnego (67%), 24 pacjentów hospicjum domowego (92%), czterech pacjentów poradni medycyny paliatywnej (31%).

³⁹ Dziewięciu pacjentów hospicjum stacjonarnego, 21 hospicjum domowego i jednego objętego opieką ambulatoryjną.

- badania diagnostyczne (w szczególności badania laboratoryjne, EKG i USG), które zlecono i wykonano 45 pacjentom (79%)⁴¹;
- wypożyczenie sprzętu medycznego⁴², ośmiu pacjentom hospicjum domowego (31%) udostępniono łóżka z materacami przeciwoleżynowym oraz koncentratory tlenu, a pięciu⁴³ wypożyczono sprzęt pomocniczy do poruszania (wózek, balkoniki, kule łokciowe); żaden z pacjentów nie korzystał z pompy infuzyjnej i ssaka elektrycznego.

Wizyty odbywały się z częstotliwością określoną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH i przeprowadzał je personel posiadający stosowne kwalifikacje, wykazany przez Caritas w umowie OPH z OOW NFZ (jako zasoby).

(akta kontroli str. 83-109, 110-227, 288-290, 343-348, 356-370, 419-430, 431-490)

1.2.2. Prowadzona w formie papierowej dokumentacja medyczna 57 losowo wybranych pacjentów zawierała m.in.:

- informacje dotyczące stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w tym m.in. wyniki monitorowania objawów somatycznych, co było zgodne z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁴;
- czytelne adnotacje dotyczące wszystkich udzielonych porad lub wizyt personelu medycznego;
- skierowania stanowiące podstawę objęcia opieką przez Caritas;
- karty wizyt, na których potwierdzone były porady i wizyty personelu medycznego;
- pisemne zgody najbliższych członków rodziny czterech pacjentów hospicjum stacjonarnego, niebędących zdolnych do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia.

(akta kontroli str. 288-290, 346-348, 354-355, 372-374, 508-509, 538-545)

1.2.3. W odniesieniu do ww. grupy 57 pacjentów podejmowane były działania stanowiące tzw. dobre praktyki. I tak:

- 40 pacjentom (70%) udzielono wsparcia duchowego⁴⁵;
- wszystkim pacjentom hospicjum stacjonarnego udzielano stałego wsparcia wolontariuszy, którzy uczestniczyli w opiece (średnio na jednego pacjenta przypadało 174 dni wolontariatu⁴⁶);
- w budynku oddziału opieki stacjonarnej oraz w parku otaczającym ten budynek zorganizowano miejsca wypoczynku, relaksu, spędzenia czasu z bliskimi.

(akta kontroli str. 288-290, 302-304, 346-348, 354-355, 372-374, 508-509, 538-545, 568)

⁴⁰ Rehabilitacją objęto siedmiu pacjentów hospicjum stacjonarnego i jednego pacjenta hospicjum domowego.

⁴¹ 13 pacjentów hospicjum stacjonarnego, 20 pacjentów hospicjum domowego oraz 12 pacjentów poradni medycyny paliatywnej.

⁴² Sprzęt medyczny określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH był udostępniony wszystkim osobom, którym zgodnie z zapisami w dokumentacji medycznej lekarz wskazał dany sprzęt do używania. Sprzęt pomocniczy w poruszaniu został udostępniony trzem spośród 26 pacjentów opieki domowej, a jeden pacjent korzystał z kul łokciowych. W strukturze OPH przy każdej placówce Caritas działała nieodpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego, która dysponowała m.in. elektrycznie sterowanymi łóżkami, materacami przeciwoleżynowymi, podnośnikami do wanny i łóżka oraz innym sprzętem.

⁴³ Trzem pacjentom hospicjum domowego i dwóm pacjentom poradni medycyny paliatywnej.

⁴⁴ Dz. U. poz. 2069.

⁴⁵ W oddziale opieki stacjonarnej zatrudniony był w całym badanym okresie (i wcześniej) kapłan – ksiądz katolicki, który był do dyspozycji pacjentów. W kaplicy szpitalnej odprawiane były m.in. codzienne msze święte. Wsparcia duchowego udzielono 16 pacjentom hospicjum stacjonarnego, 16 pacjentom hospicjum domowego oraz sześciu pacjentom objętym opieką ambulatoryjną.

⁴⁶ Liczba dni wolontariatu dla 18 pacjentów opieki stacjonarnej z badanej próby wynosiła: 4, 49, 4, 43, 288, 65, 30, 38, 786, 271, 187, 310, 13, 3, 26, 6, 224, 785.

1.2.4. Weryfikacja dokumentacji 57 pacjentów wykazała, że zgodnie z § 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁷, przy realizacji świadczeń Caritas zachował należytą staranność oraz podejmował działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń. W latach 2015-2018 I półrocze do Caritasu nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 38-45, 311, 343-345, 346-348)

1.2.5. Przeprowadzone oględziny oddziału opieki stacjonarnej w Starych Siołkowicach wykazały m.in., że w siedmiu izbach chorych znajdowało się 20 łóżek szpitalnych⁴⁸, wyposażonych w materace przeciwodleżynowe (także poduszki, podpórki i walki). W budynku znajdował się dźwig osobowy o wielkości umożliwiającej m.in. swobodny przewóz łóżek szpitalnych. W salach chorych, gabinetach lekarskim, pielęgniarskim i zabiegowym, a także w pomieszczeniach pomocniczych i magazynowych, umieszczono sprawny sprzęt medyczny, w tym: aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, aparat EKG, koncentratory tlenu, inhalatory, zestaw do udzielania pierwszej pomocy, pompy infuzyjne oraz inny sprzęt ułatwiający pielęgnację (w tym podnośniki, parawany, pasy ślizgowe). We wszystkich salach znajdowały się parawany zapewniające intymność, a przy łóżkach - sprawne przyciski instalacji przyzywowej. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą i zimną wodę, mydło w płynie, płyn antybakteryjny i ręczniki papierowe. Znajdowało się w nich także urządzenie ułatwiające pielęgnację, korzystanie z natrysku lub wanny. W oddziale funkcjonowała Kaplica oraz pomieszczenie dla zmarłego *Pro Morte*. Na tablicy ogłoszeń zamieszczono informacje o prawach pacjenta, zasadach odwiedzin, danych teleadresowych: Caritas, rzecznika praw pacjenta i OOW NFZ, a także informacje o posługach duszpasterskich oraz o godzinach odprawiania Mszy świętej. Obok tych informacji wyłożono broszury, książeczki, prasę, periodyki i inne materiały informacyjne, w tym związane z opieką paliatywną i hospicyjną. Dostęp do telefonu dla pacjentów był zapewniony m.in. na dyżurce przy wejściu głównym. Wokół budynku znajdował się park z utwardzonymi alejkami, umożliwiającymi poruszanie się na wózkach inwalidzkich oraz z ławki.

(akta kontroli str. 228-254, 302-304, 311, 343-344, 346-348)

1.3. Rozliczanie się z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

1.3.1. Raporty statystyczne przekazywane przez Caritas do OOW 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 danym miesiącu przypadających na każdego pacjenta. Rozliczenia w imieniu Caritas, zgodnie z zawartą umową⁴⁹, dokonywał podmiot zewnętrzny. Na podstawie danych w raportach dotyczących świadczeń udzielonych ww. 57 pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze) stwierdzono, że dni opieki wykazywane były prawidłowo, tj. m.in. z uwzględnieniem przerw w opiece (na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców,

⁴⁷ Dz. U. z 2016. Poz. 1146 ze zm. Poprzednio, do dnia 31 grudnia 2015 r. obowiązywało w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁴⁸ Łóżka elektryczne, sterowane za pomocą pilota, łamane, o regulowanej wysokości, wyposażone w barierki zabezpieczające.
⁴⁹ Umowa nr I/CAR/2015 zawarta w dniu 1 stycznia 2015 r. z Firma MarAnn Computer Systems, Opole na świadczenie usług w zakresie rejestracji kuponów RUM na czas nieokreślony.

w tym pobytów w szpitalach). W większości przypadków prawidłowo wykazywano też jednostki rozliczeniowe⁵⁰.

(akta kontroli str. 78-82, 83-254, 314-330, 335-340, 346-348, 375, 508-509, 548-567)

1.3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) w Caritas w zakresie związanym ze świadczeniami OPH kontrole przeprowadzili:

- OOW NFZ (w 2016 r.) w zakresie ordynacji leków dla jednej pacjentki; w wyniku kontroli stwierdzono niezgodności pomiędzy dokumentacją medyczną pacjentki a wpisami na wystawionych receptach (11 rozbieżności w 2015 r. i 8 w 2016 r.); w wyniku kontroli zobowiązano Caritas do dokonywania prawidłowych wpisów w dokumentacji medycznej, w tym odnotowywania wszystkich przepisywanych leków oraz nałożono też karę umowną w wysokości 2 238,84 zł; po przeprowadzonej kontroli Dyrektor Caritas poinformował OOW NFZ, że zobowiązał pracowników m.in. do stosowania zasad obowiązujących w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów OPH;
- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej (w 2018 r.); w wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych OPH oraz zalecono przeprowadzanie szkoleń specjalistycznych personelu w dziedzinie medycyny paliatywnej.

(akta kontroli str. 38-45, 46-58, 59-77, 308, 572)

1.3.3. W latach 2015-2018 (I półrocze) Caritas nie prowadził sporów sądowych z pacjentami, ich opiekunami oraz z OOW NFZ, dotyczących świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 311, 343-345)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W jednym z czterech badanych miesięcy Świadczeniodawca nie zapewnił zatrudnienia lekarzy, a w innym – psychologów, w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie pacjentów znajdujących się pod opieką Caritas. I tak:

a) w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach domowych w okresie od 4 do 28 lutego 2015 r. nie spełniono wymagań zawartych w części II ust. 1 pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH, zgodnie z którym świadczeniodawca winien zapewnić dostęp do psychologa bądź psychologów, których czas pracy stanowi równoważnik 0,5 etatu na 30 świadczeniobiorców; w ww. okresie równoważna liczba etatów psychologów w opiece domowej wynosiła 2, co pozwalało na objęcie opieką do 120 pacjentów, natomiast pod opieką hospicjum domowego znajdowało się w tym czasie od 126 do 145 pacjentów;

b) w maju 2018 r. nie zapewniono zatrudnienia lekarzy w liczbie zapewniającej spełnienie postanowień części I ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym świadczeniodawca był zobowiązany zapewnić dostęp do lekarzy specjalistów określonych w tym przepisie, w liczbie jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek; w ww. miesiącu równoważna liczba etatów lekarskich w opiece stacjonarnej wynosiła 1,5, co pozwalało na objęcie opieką lekarską do 15 pacjentów; w maju 2018 r. liczba pacjentów hospicjum stacjonarnego wynosiła natomiast od 17 do 20. Ponadto, pomimo uzyskania w lutym 2015 r. wymaganego wskaźnika zatrudnienia lekarzy w hospicjum stacjonarnym, wyliczonego w oparciu o średnią liczbę pacjentów w tym miesiącu, wskaźnik ten był niższy niż określony w załączniku nr 2

⁵⁰ Z wyjątkiem czterech pacjentów, w przypadku których jako główną jednostkę chorobową wskazano I60, I69 i R69. Pacjenci ci leczeni byli także na inne choroby współistniejące, kwalifikujące do leczenia OPH.

do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH w niektórych dniach tego miesiąca, tj.: w okresie od 13 do 18 lutego, od 20 do 22 lutego oraz od 25 do 26 lutego 2015 r. W tym czasie równoważna liczba etatów lekarskich wynosiła 1,5, co pozwalało na objęcie opieką lekarską do 15 pacjentów, liczba pacjentów hospicjum domowego wynosiła natomiast od 16 do 17.

(akta kontroli str. 341-342, 346-348, 387-389, 402-405, 508-509, 569-571, 614-617)

Dyrektor Caritas wyjaśnił: Nieosiągnięcie wskaźników zatrudnienia psychologów w udzielanych świadczeniach zdrowotnych w opiece domowej w lutym 2015 r. oraz w kilku innych miesiącach tego roku wynikało głównie z okresowych trudności pozyskania osób posiadających odpowiednie kwalifikacje i chętnych do wykonywania pracy w opiece domowej. Po kilku miesiącach zatrudnienie zostało uzupełnione. Jestem przekonany, że nie spowodowało to braku dostępności pacjentów do psychologa, bowiem w przypadkach koniecznych psycholog udzielał świadczeń w wydłużonym czasie pracy.

Ponadto Dyrektor Caritas wyjaśnił: Nieosiągnięcia wskaźników w zakresie zatrudnienia lekarzy w opiece stacjonarnej w lutym 2015 r. i maju 2018 r. wynikały z konieczności zapewnienia opieki dla pacjentów będących w bardzo złym stanie zdrowia. W opiece stacjonarnej (umowa z OOW NFZ przewidywała w lutym 2015 r. 14 miejsc, a w maju 2018 r. 15 miejsc) dysponujemy kilkoma łózkami (miejscami) rezerwowymi, które właśnie w sytuacjach wyższej konieczności są wykorzystywane. A w tych okresach taka konieczność wystąpiła. Jednak pacjenci w żadnym przypadku i w żadnym czasie nie mieli ograniczonej opieki ze strony lekarzy, gdyż w takich przypadkach mogli korzystać z usług lekarzy, którzy zatrudnieni są w prowadzonym przez Caritas Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, który zlokalizowany jest w tym samym budynku (na II piętrze), co hospicjum stacjonarne. Jednocześnie wskazuję, że w związku z powyższą sytuacją za część udzielonych świadczeń OPH OOW NFZ – ze względu na brak zgłoszenia zmian w zasobach lekarza oraz brak rejestracji dodatkowych łóżek w oddziale (do 30 czerwca 2018 r. kontrakt obejmował 14 łóżek i 16 zgłoszonych, a od 1 lipca 2018 r. 15 zakontraktowanych a 20 zgłoszonych) – odmówił nam zapłaty za wykonane świadczenia.

(akta kontroli str. 531-533, 594, 612-613)

Ponadto w lutym 2015 r. i w lipcu 2016 r. Caritas nie osiągnął ustalonej w dniu 6 stycznia 2015 r. minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek w hospicjum stacjonarnym, wynoszącej 10,45 etatu, gdyż równoważne liczby etatów pielęgniarских w tych miesiącach wyniosły odpowiednio 9,50 oraz 9,85.

(akta kontroli str. 402-405, 591-593, 606-609)

Dyrektor Caritas wyjaśnił m.in.: Stosowanie przez Caritas w opiece stacjonarnej w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 1 stycznia 2018 r. minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, które zgodnie z § 8 rozporządzeniem w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek OPH, przestały obowiązywać 31 marca 2014 r., spowodowane było tym, że specyfika i zakres realizowanych zadań opieki stacjonarnej w Starych Siołkowicach nie zmienił się. Dokonując okresowego przeglądu ustalonych w Caritas różnych zasad, norm, wytycznych stwierdziliśmy, że w powołanym rozporządzeniu określono graniczny okres obowiązywania ustalonych uprzednio norm zatrudnienia pielęgniarek i konieczne było zaktualizowanie tych norm. Wprowadzono je od 2 stycznia 2018 r. Przyczyną nieosiągania w opiece stacjonarnej ustalonego równoważnika zatrudnienia pielęgniarek – 10,45 w 2015 r. i 2016 r. były coraz większe trudności w zatrudnieniu pielęgniarek posiadających odpowiednie kwalifikacje. Województwo opolskie staje się „krajem misyjnym”, pod względem zapotrzebowania na personel pielęgniarский.

Sytuacja poprawiła się pod koniec roku 2017, kiedy to wskaźniki zatrudnienia w opiece stacjonarnej zostały osiągnięte na ustalonym dla tej opieki poziomie.

(akta kontroli str. 594, 612-613)

2. W raportach statystycznych z badanego okresu, stanowiących podstawę rozliczenia udzielonych świadczeń OPH, Caritas wykazał u czterech spośród 57 wybranych pacjentów jednostki chorobowe⁵¹, które nie zostały wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH, a tym samym nie kwalifikowały do objęcia opieką hospicyjną, pomimo rozpoznania u tych pacjentów chorób współistniejących⁵², stanowiących podstawę objęcia taką opieką. Powyższe stanowiło naruszenie § 3 ust. 4 załącznika do zarządzenia nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym użytkownik Portalu jest obowiązany do wprowadzania kompletnych, rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym i prawnym danych. Ponadto w § 5 pkt 1 umowy o udzielanie świadczeń medycznych w rodzaju OPH⁵³ Świadczeniodawca został zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym m.in. rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10), przy czym jednostki chorobowe, w których są udzielane świadczenia gwarantowane OPH, zostały określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH.

Pacjentom, w przypadku których wykazano jednostki chorobowe niekwalifikujące do objęcia opieką hospicyjną, Caritas udzielił łącznie 120 świadczeń i z tego tytułu, na podstawie przedłożonej dokumentacji, zaakceptowanej przez OOW NFZ, otrzymał środki w kwocie 4 272 zł.

(akta kontroli str. 346-348, 354-355, 372-374, 382, 508-509, 531, 538-545, 573-590)

Według wyjaśnienia Dyrektora OOW NFZ w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK weryfikacja raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców następuje w oparciu o Centralne reguły Walidacji i weryfikacji ustalone przez Centralę Funduszu, dotyczy również świadczeń OPH. Sprawdzenie w rodzaju OPH obejmuje m.in. zgodność sprawozdań pod kątem jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 wymienionych w załączniku do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH. Brak weryfikacji świadczeń w udzielonych w poradni medycyny paliatywnej był zauważony w czerwcu bieżącego roku i został zgłoszony do Centrali Funduszu. OOW NFZ podejmie działania kontrolne i na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta zweryfikuje zasadność rozliczonych świadczeń.

(akta kontroli str. 352, 382)

Dyrektor Caritas wyjaśnił m.in.: Rozliczenie kontraktów w zakresie świadczeń OPH z OOW NFZ z jednostkami chorobowymi niestanowiącymi jednostki chorobowej kwalifikującej do leczenia w ramach OPH jednostek chorobowych wynikało z tego, że na kartach (kuponach) naszej dokumentacji wewnętrznej do rozliczeń z OOW NFZ udzielonych świadczeń OPH podawano m.in. dane o pacjencie, w tym jednostki chorobowe. Do OOW NFZ podawano główne jednostki chorobowe, natomiast pacjent leczony był także na inne współistniejące jednostki chorobowe, które kwalifikowały do udzielania świadczeń OPH. Przypuszczam, że ograniczenia

⁵¹ Jednostki chorobowe: I60, I69 i R69 pacjentów opieki ambulatoryjnej.

⁵² Dotyczyło to pacjentów poradni medycyny paliatywnej. Na podstawie dokumentacji medycznej ustalono, że oprócz wymienionych jednostek chorobowych (ICD-10: I60, I69, R69) u pacjentów tych rozpoznano współistniejące inne jednostki chorobowe, kwalifikujące do leczenia OPH (Kod ICD-10: C00-D48).

⁵³ Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (NFZ z 2016 r. poz. 54, ze zm.).

po stronie OOW NFZ nie zweryfikowały poprawności udzielonych świadczeń w stosunku do jednostek chorobowych, co utwierdzało nas o prawidłowości rozliczenia udzielonych świadczeń. Polecilem Naczelnej Pielęgniarki, aby w rozliczeniach podawać jednostki chorobowe, także współistniejące, wynikające z prowadzonego leczenia a kwalifikujące do świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 354-355)

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. Ujmowanie w rozliczeniach udzielonych świadczeń OPH jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej, wskazanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH.
2. Zapewnienie osiągnięcia wymaganego równoważnika etatu przeliczeniowego dla personelu udzielającego świadczeń OPH.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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. 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
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.

Opole, 18 grudnia 2018 r.

Kontroler
Marek Dudek
główny specjalista kontroli
państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
p.o. dyrektora

p.o. DYREKTORA
Delegatury NIK w Opolu

.....
p.o. dyrektora