



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR- 4101-012-08/2014

P/14/118

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

[lwr@nik.gov.pl](mailto:lwr@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/118 Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler Maria Ossowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89807 z dnia 17 lipca 2014 r.

*[dowód: akta kontroli str. 1-2]*

Jednostka kontrolowana Specjalistyczne Centrum Medyczne, Spółka Akcyjna w Polanicy Zdroju, ul. Jana Pawła II 2, kod pocztowy: 57-320 Polanica Zdrój (zwane dalej: SCM, Świadczeniodawcą, lub Spółką).

Kierownik jednostki kontrolowanej Renata Jażdż – Zaleska, Prezes Zarządu - Dyrektor Specjalistycznego Centrum Medycznego SA w Polanicy Zdroju.

*[dowód: akta kontroli str.3-9]*

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>1</sup> wywiązywanie się Specjalistycznego Centrum Medycznego Spółki Akcyjnej w Polanicy Zdroju z realizacji zadań w zakresie świadczenia usług medycznych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w latach 2012 – 2014(I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej Podstawą ogólnej oceny były pozytywne ustalenia kontroli dotyczące w szczególności: [1] zapewnienia dostępności pacjentów do opieki paliatywnej; [2] stworzenia właściwych warunków udzielania świadczeń medycznych; [3] należytego sprawowania opieki paliatywnej nad chorymi; [4] poprawnego rozliczania z tytułu wykonania przedmiotowych świadczeń z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ).

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### 1. Dostępność pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej

Opis stanu faktycznego

1.1. W dniu 28 lipca 2005 r. Wojewoda Dolnośląski wpisał SCM do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr 000000019866. Zakres świadczeń medycznych udzielanych przez Spółkę obejmował m.in. usługi medycyny paliatywnej w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej, zwanego dalej „Oddziałem”. Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej Spółka wykonywała w warunkach stacjonarnych przez siedem dni w tygodniu.

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Oddział dysponował 13 łózkami. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek<sup>2</sup> wynosił: 3,2% na dzień 30 czerwca 2012 r., 43,6 % na dzień 31 grudnia 2012 r., 79,7% na dzień 30 czerwca 2013 r., 80,5% na dzień 31 grudnia 2013 r. oraz 84,5% w na dzień 30 czerwca 2014 r. Zgodnie z zawartą przez Świadczeniodawcę umową z DOW NFZ z dnia 20 lipca 2012 r., w okresie obowiązywania umowy<sup>3</sup> zakontraktowano 10 łóżek. Wynikiem zawarcia przedmiotowej umowy lipcu 2012 r. było niskie wykorzystanie łóżek w I półroczu 2012 r. Ponadto Kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń Medycznych wyjaśniła, że posiadane przez Oddział trzy łóżka, poza dziesięcioma zakontraktowanymi, stanowiły zabezpieczenie techniczne SCM. W okresie od 16 czerwca 2012 r. do 30 czerwca 2014 r., z usług Oddziału skorzystało ogółem 413 pacjentów, z tego w kolejnych półroczach badanego okresu odpowiednio: 11, 73, 90, 146 oraz 93 pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 10-13, str. 14-25, str. 92 – 95, str. 96]

1.2. Z raportów Zespołu Oceny Przyjęć pacjentów do SCM za poszczególne miesiące okresu od dnia 16 czerwca 2012 r. do dnia 30 czerwca 2014 r. wynikało, że na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej nie odnotowano kolejki oczekujących pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 27 – 43]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie dostępność pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej.

## 2. Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Opis stanu  
faktycznego

2.1. Ośrodek, w związku z ogłoszeniem przez DOW NFZ konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, złożył w dniu 6 czerwca 2012 r. ofertę na realizację świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej. Sporządzona oferta zawierała wszystkie niezbędne dane i spełniała wymogi w zakresie warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt medyczny i pomocniczy oraz w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, z wyjątkiem kwalifikacji w przedmiocie medycyny paliatywnej jednego z lekarzy. W związku z powyższym lekarz ten został odsunięty od pracy na Oddziale Medycyny Paliatywnej. DOW NFZ w dniu 16 czerwca 2012 r. potwierdził fakt złożenia przez SCM przedmiotowej oferty.

[Dowód: akta kontroli str. 44 -91]

Umowę z DOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarła Prezes Zarządu Spółki w dniu 20 lipca 2012 r.

Przedmiotem umowy było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych, w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Umowę zawarto na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r., przy czym zobowiązania DOW NFZ z tytułu realizacji umowy, tj. kwotę zobowiązania oraz liczbę i cenę tzw. jednostek rozliczeniowych określano w obejmującym rocznym planie finansowo-rzeczowym. W umowie postanowiono, że świadczenia usług medycznych w Oddziale Medycyny Paliatywnej będą wykonywane przez 3 668

<sup>2</sup> Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych liczony jako stosunek liczby osobodni pobytu pacjentów w szpitalu do średniej liczby łóżek. Według Ministerstwa Zdrowia zalecany wskaźnik wynosi 80%, zaś optymalny 85%.

<sup>3</sup> Lata 2012 - 2014.

osobodni (na rok 2012 przypadają 1 990 osobodni). Świadczenia te zostały wycenione na 200 zł za osobodzień, co w przeliczeniu wynosiło 733 600 zł. Zauważyć przy tym należy, że w ofercie Świadczeniodawcy wykazał wielkość świadczeń w liczbie 5 940 osobodni, o rocznej wartości - 1 188 000 zł, tj. w wielkości odpowiadającej ogłoszonemu przez DOW NFZ konkursie na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Niemniej jednak w wyniku prowadzonych obustronnych negocjacji ustalono zbieżne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej zakończonych podpisanym protokołem końcowym.

Ustalone w umowie stawki za świadczone usługi, tzw. cena jednostki rozliczeniowej, nie uległy zmianom w analizowanym okresie. Umowę zmieniano 10 razy. Zmiany dotyczyły, zarówno zakresu rzeczowo finansowego, jak i zasobów pozostających w dyspozycji Świadczeniodawcy. Zmiany harmonogramów określających niezbędne zasoby kadrowe i sprzętowe miały charakter porządkowy i wynikały z obowiązku Świadczeniodawcy do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym. Zmiany te nie skutkowały uszczupleniem wymaganych zasobów w stosunku do pierwotnie przyjętych ustaleń umownych.

W przypadku zakresu rzeczowo-finansowego, ostatecznie po zmianach<sup>4</sup>, wartość zakontraktowanych w okresie obowiązywania umowy usług paliatywnych i hospicyjnych wyniosła ogółem 1 946 450 zł, z tego w 2012 r. - 421 850 zł, w 2013 r. - 761 000 zł i w 2014 r. - 763 600 zł.

Pierwotnie określany rokrocznie planem rzeczowo finansowym zakres świadczeń usług medycznych był zwiększany: o 6% w 2012 r. i o 4% w 2013 r. Do 30 czerwca 2014 r. nie wprowadzano zmian w tym zakresie.

*[Dowód: akta kontroli str. 97-161, str. 162-163, 164-165]*

**2.2.** W latach objętych kontrolą, podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone przez Oddział Medycyny Paliatywnej były składane do DOW NFZ faktury wraz raportami statystycznymi w zakresie udzielonych świadczeń. Kontrola faktur za świadczone usługi wykazała, że ujmowane tam ilości i wartości świadczeń wynikały z prowadzonych w SCM ewidencji świadczeń i generowanych na jej podstawie raportów statystycznych. Ponadto dokumentacja rozliczeniowa była prowadzona poprawnie, zarówno pod względem formalnym, jak i rachunkowym. Rachunki za udzielone świadczenia medyczne zostały przedstawione do rozliczenia terminowo i zaakceptowane przez DOW NFZ.

W 2012 r. DOW NFZ rozliczył i dokonał płatności za świadczenia opieki paliatywnej w kwocie 421 850 zł za 2 149 osobodni, w tym w wyniku zawartej ugody w dniu 20 lutego 2012 r. pomiędzy Świadczeniodawcą a DOW NFZ, uwzględniono w rozliczeniach część nadwykonań o wartości 23 850 zł. Ostatecznie wartość nierozliczonych przez DOW NFZ w 2012 r. usług wyniosła 400 zł i dotyczyła dwóch osobodni.

W 2013 r. Ośrodek wystawił, a DOW NFZ zaakceptował faktury na kwotę 761 000 zł za 3 805 osobodni. Wartość wykonanych i nieopłaconych przez DOW NFZ usług zamknęła się kwotą 14 760 zł i dotyczyła 73,4 osobodni.

W okresie od stycznia 2014 r. do końca czerwca 2014 r. DOW NFZ zatwierdził wykonanie usług o wartości 367 200 zł. Do 30 czerwca 2014 r. limity usług medycznych określonych w umowie zostały przekroczone o 40 640 zł, tj. o 11%.

Przyjęta i prowadzona w SCM polityka rachunkowości oraz zasady rozliczania kosztów w oparciu o ośrodki powstawania kosztów, pozwalały na obliczenie kosztu

---

<sup>4</sup> Według stanu na 30 czerwca 2014 r.

osobodnia, a dodatkowo posiadany system informatyczny pozwalał na przypisanie kosztów leczenia danego pacjenta, zużytych materiałów medycznych, leków, sprzętu itp. System ten umożliwiał obliczenie rzeczywistego kosztu świadczenia usługi medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 166, 167]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

### 3. Warunki udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu  
faktycznego

3.1. Warunki dotyczące pomieszczeń, w których realizowano świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Oddziale (tj. rodzaj i wielkość pomieszczeń, stopień ich przystosowania dla osób niepełnosprawnych oraz zaopatrzenie w sprzęt) były zgodne z umową zawartą z DOW NFZ, ofertą Świadczeniodawcy oraz odpowiadały wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>5</sup> i w załączniku nr 3 do Zarządzenie Nr 79/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna<sup>6</sup>. Świadczeń medycznych udzielano w dwuosobowych lub trzyosobowych salach chorych. Wydzielono izolatkę, salę dziennego pobytu. Pomieszczenia dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych, sale wieloosobowe wyposażono w parawany celem zapewnienia pacjentowi intymności.

SCM wyposażone było (stosownie do wymagań) w niezbędną ilość sprzętu medycznego i pomocniczego, posiadającego ważne przeglądy techniczne. Na wyposażeniu Spółki znajdowały się m.in. łóżka szpitalne łamane o regulowanej wysokości, materace i inny sprzęt przeciwoślizgowy, sprzęt ułatwiający pielęgnację (podnośniki, parawany, pasy ślizgowe), koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

Salę chorych wyposażono standardowo w umywalkę, dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny, podajniki rękawiczek, kubły do segregacji odpadów (zakaźne i pozostałe) stolik i szafę ubraniową. Sale chorych były czyste.

[Dowód: akta kontroli str. 168-169,]

3.2. Budynek Oddziału miał uregulowany stan prawny i wraz z innymi nieruchomościami był własnością SCM. Świadczeniodawca, jednocześnie właściciel obiektu budowlanego, w którym mieścił się Oddział, dochował należytej staranności w utrzymaniu budynku. Obiekt znajdował się we właściwym stanie technicznym i estetycznym, obręb nieruchomości był uporządkowany. W latach objętych kontrolą, wymagane przeglądy stanu technicznego obiektów były dokonywane zgodnie z art.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1347.

<sup>6</sup> Publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

62 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*<sup>7</sup>. Wyniki kontroli stanu technicznego były dokumentowane.

W ocenie osób uprawnionych do wykonania przeglądów technicznych obiektów budowlanych, obiekty w którym usytuowano Oddział były w dobrym stanie technicznym. Sformułowane zalecenia dotyczyły naprawy odspojonych okładzin pochylni – podjazdu od strony północnej oraz odmalowania muru oporowego przy wejściu głównym do budynku. Przeprowadzone w toku kontroli oględziny obiektu potwierdziły właściwy jego stan techniczny i wykonanie powyższych zaleceń.

Ponadto podczas oględzin stwierdzono, że w obiekcie znajdował się sprzęt przeciwpożarowy, stosownie do założeń przyjętych w sporządzonej przez uprawnioną osobę i zatwierdzonej przez Dyrektora Ośrodka, Instrukcji Bezpieczeństwa Przeciwpożarowego<sup>8</sup>.

Świadczeniodawca dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 1 ust 2 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.<sup>9</sup> w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. umieszczono, na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, odpowiednią tablicę informacyjną ze znakiem graficznym Narodowego Funduszu Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 170-172, 173-176, 177-181, 182, 183, 184-187]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie warunki udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej.

#### 4. Sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorym

Opis stanu faktycznego

4.1. Według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r. SCM zatrudniało trzech lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej w wymiarze 1,5 etatu i specjalistę pediatrę w wymiarze 0,5 etatu, 13 pielęgniarek w wymiarze 11 etatów oraz jednego psychologa i jednego fizjoterapeutę w wymiarze po 0,5 etatu. Ten stan zatrudnienia, z wyjątkiem liczby lekarzy zmniejszonej do dwóch i wymiaru etatu zmniejszonego do 1,5<sup>10</sup>, utrzymywał się do dnia 30 czerwca 2014 r. Stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu odpowiadały normie określonej w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W badanym okresie jeden lekarz i jedna pielęgniarka byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych. Określono w nich godziny, miejsce pracy i sposób rozliczenia się z wykonanych zadań. W analizowanym okresie nie występowały przypadki nakładania się czasu pracy personelu medycznego u różnych pracodawców.

Z informacji uzyskanej z DOW NFZ wynikało, że kontrola i eliminowanie przypadków tzw. kolizji czasu pracy personelu medycznego następuje automatycznie poprzez sprawdzenia dokonywane przez system informatyczny, zarówno po stronie świadczeniodawcy, jak i DOW NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 26, 188-193, 194-199]

4.2. Zgodnie z obowiązującą w SCM procedurą trybu kierowania i przyjęcia do Oddziału Medycyny Paliatywnej, opieką paliatywną obejmowano pacjentów

<sup>7</sup> Dz. U. 2013.1409 ze zm.

<sup>8</sup> Na podstawie zarządzenia Prezesa Zarządu nr 1800/2013 z dnia 31 października 2013 r.

<sup>9</sup> Dz. U. 2008. 81.484.

<sup>10</sup> DOW NFZ w wyniku kontroli oferty nie potwierdził kwalifikacji jednego z lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

kwalifikowanych według wykazu schorzeń ustalonego przez Ministra Zdrowia w załączniku nr 1 do rozporządzenia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podstawę przyjęcia pacjenta do SCM stanowiło skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz dokumentacja potwierdzająca wskazania medyczne (karta informacyjna, wyniki badań). Ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta podejmował lekarz na podstawie kryteriów medycznych. Oddział udzielał wszechstronnej, całociowej, całodobowej, siedem dni w tygodniu, opieki nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Celem opieki było zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

[Dowód: akta kontroli str.200-205, str. 206]

**4.3.** Prawo do świadczeń zdrowotnych było realizowane na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz Zarządzenia Prezesa NFZ<sup>11</sup> określającego warunki wymagane od świadczeniodawców.

Pacjenci do Oddziału Medycyny Paliatywnej w SCM byli przyjmowani na bieżąco, w związku z powyższym w SCM nie była tworzona kolejka oczekujących.

Prawo do informacji o stanie zdrowia realizowane było poprzez stosowanie procedury akredytacyjnej pn. „Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia” PP3. Prawo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia miał pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoby upoważnione przez chorego i podane w oświadczeniu oraz osoba odwiedzająca upoważniona każdorazowo przez chorego, (co było potwierdzane oświadczeniem pacjenta). Pacjent przy przyjęciu wypełniał oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Oświadczenie znajdowało się w indywidualnej medycznej dokumentacji wewnętrznej pacjenta. Informacji o stanie zdrowia udzielał wyłącznie Kierownik Oddziału i lekarz prowadzący. Nie udzielano informacji o stanie zdrowia przez telefon. Stosowano zasadę, że informacje przekazywane pacjentom mają być zrozumiałe.

Prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające chorym świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych , było realizowane poprzez złożenie przez każdego pracownika SCM oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy danych wrażliwych związanych z procesem świadczenia usług. Każdy pracownik został przeszkolony przez specjalistę – administratora bezpieczeństwa informacji.

Prawo do poszanowania intymności i godności było realizowane poprzez odpowiednie zwracanie się do pacjentów, przy realizowaniu świadczeń uczestniczyły tylko osoby uprawnione do ich realizacji, personel zachowywał choremu intymność podczas badań medycznych.

Prawo poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujące także prawo do umierania w spokoju i godności, było realizowane poprzez stosowanie procedury akredytacyjnej PP9, pn. „ Szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych”.

---

<sup>11</sup> Zarządzenie nr 134/2013 z dnia 16 września 2013 r. w sprawie wprowadzenia dokumentacji wymaganej Programem Akredytacji Szpitali.

Zapewniano pacjentom kontakt z osobami bliskimi, pobyt na wydzielonych salach, wsparcie psychologiczne (zatrudnienie psychologa na Oddziale Medycyny Paliatywnej) oraz stały kontakt z lekarzem celem podawania (modyfikowania dawki) leków uśmierających ból.

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych było realizowane poprzez stosowanie procedury akredytacyjnej PP4, pn. "Pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej". Każdy pacjent przyjmowany na Oddział był informowany o możliwości wglądu do własnej dokumentacji. Informacja taka była zamieszczona w oświadczeniu o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, które to oświadczenie pacjent wypełnia przy przyjęciu. Oświadczenie znajdowało się w dokumentacji pacjenta. Udostępnianie dokumentacji odbywało się w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych w obecności lekarza lub pielęgniarki oddziału.

Prawo poszanowania życia prywatnego i rodzinnego było realizowane poprzez umożliwienie kontaktu z osobami, z którymi pacjent chciał przebywać, poprzez umożliwienie nieograniczonego kontaktu telefonicznego (na oddziale znajdował się telefon bezprzewodowy z przeznaczeniem do użytku przez pacjentów), poprzez umożliwienie odwiedzin (godziny odwiedzin były uregulowane w Regulaminie Oddziału), wspólnych spacerów, wspólne świętowanie imienin, urodzin. Umożliwiony był, w razie potrzeby, także kontakt korespondencyjny. Personel respektował prawo pacjenta do odmowy kontaktu z osobami, z którymi nie chciał się kontaktować. Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogły uczestniczyć w procesie opieki.

Prawo do opieki duszpasterskiej było realizowane poprzez stosowanie procedury akredytacyjnej PP 17, pn. „Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej”, która określała zasady opieki duszpasterskiej. W każdym oddziale, w dyżurce pielęgniarskiej znajdowała się lista duszpasterzy (wraz z nr telefonu) różnych kościołów i związków wyznaniowych, koszt realizacji tej opieki ponosiło SCM.

W SCM był powołany pełnomocnik ds. praw pacjenta. Informacja o godzinach przyjęć skarg i wniosków znajdowała się w każdej komórce organizacyjnej. Skargi i wnioski były wnoszone na piśmie, telefonicznie, ustnie oraz za pomocą poczty elektronicznej. Skargi i wnioski rozpatrywane były w oparciu o przepisy Działu VIII ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks Postępowania Administracyjnego*<sup>12</sup>.

Celem monitorowania przestrzegania praw pacjentów oraz reagowania na nieprawidłowości w każdej komórce organizacyjnej prowadzony był zeszyt skarg i wniosków oraz książka przyjęć skarg ustnych interesantów.

W SCM prowadzono ocenę opinii pacjentów, poprzez badanie satysfakcji pacjentów. Badanie satysfakcji przeprowadzane było raz w roku. Przebieg takiego postępowania został uregulowany w zarządzeniu Prezesa SCM. Na stronie internetowej SCM zamieszczona była ankieta satysfakcji, którą pacjenci mogą pobrać, wypełnić w warunkach domowych i przesłać anonimowo pocztą na adres sekretariatu Szpitala. Z analizy badań satysfakcji pacjentów przeprowadzonej w 2013 r. wynikało, że przebywający na Oddziale pacjenci uważali, że prawa pacjenta były przestrzegane. W ocenie ogólnej Oddział otrzymał ocenę bardzo dobrą, czyli powyżej 80%.

---

<sup>12</sup> j.t. Dz. U.2013.267.



W komórkach organizacyjnych prowadzone były szkolenia pracowników z zakresu praw pacjenta, zgodnie z procedurą akredytacyjną PP2, pn. „Osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta”. Fakt odbycia szkolenia był odnotowywany na karcie szkoleń wewnętrznych. Szkolenia z zakresu przestrzegania praw pacjenta odbywały się również w Oddziale Opieki Paliatywnej.

[Dowód: akta kontroli str.207- 262, 263-264, 265, 266-271]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie sprawowanie opieki paliatywnej nad chorymi.

## 5.Funkcjonowanie nadzoru i kontroli oraz załatwianie skarg i wniosków

Opis stanu  
faktycznego

5.1. W latach 2012-2014 (I półrocze) SCM nie było kontrolowane przez NFZ w przedmiocie warunków wykonania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym w zakresie prowadzenia list oczekujących, technicznego stanu posiadanych urządzeń (ważność atestów), prawidłowości realizacji kontraktów.

Kontrole stanu sanitarnego SCM, przeprowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku nie wykazały nieprawidłowości.

[Dowód: akta kontroli str. 272 – 273, str. 274 – 276]

5.2. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków przebiegało w oparciu o stosowny regulamin<sup>13</sup>. Informacja o godzinach przyjęć skarg i wniosków znajdowała się w każdej komórce organizacyjnej Szpitala. Skargi i wnioski mogły być wnoszone na piśmie, telefonicznie, ustnie oraz za pomocą poczty elektronicznej. Prowadzony był rejestr skarg pisemnych oraz książka przyjęć skarg ustnych interesantów. W rejestrze skarg pisemnych Oddziału, obejmującym lata 2012 - 2014, została odnotowana jedna skarga wniesiona przez rodzinę zmarłego pacjenta w dniu 11 grudnia 2013 r. dotycząca pracy personelu pielęgniarstwa. W terminie pięciu dni od wniesienia skargi wszczęto postępowanie, w wyniku którego uznano bezzasadność skargi, o czym w dniu 30 grudnia 2013 r., tj. w terminie 19 dni od dnia wszczęcia postępowania, poinformowano skarżących. W książce przyjęć skarg ustnych nie odnotowano skargi dotyczącej funkcjonowania Oddziału.

[Dowód: akta kontroli str. 277-280]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie funkcjonowanie nadzoru i kontroli oraz załatwianie skarg i wniosków.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust.1 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*<sup>14</sup> (dalej: ustawa o NIK), odstępuje od formułowania wniosków pokontrolnych.

<sup>13</sup> Wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora SCM z dnia 2 sierpnia 2010 r.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

## 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 we Wrocławiu.

Wrocław, dnia 29 września 2014 r.

Kontroler  
Maria Ossowska  
Główny specjalista k.p.

.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor  
z up. Zdzisław Poręba  
p.o. Wicedyrektor

.....  
podpis