



LWR-4101-012-00/2014  
Nr ewid. 204/2014/P/14/118/LWR

Informacja o wynikach kontroli

**FUNKCJONOWANIE  
OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ  
NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO  
W LATACH 2012–2014 (I PÓŁROCZE)**

DELEGATURA WE WROCŁAWIU

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

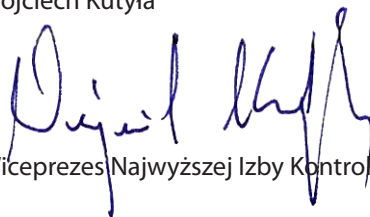
Dyrektor Delegatury NIK we Wrocławiu:

Barbara Syta



**Akceptuję:**

Wojciech Kutyla



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

**Zatwierdzam:**

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

dnia 11.03.2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

<b>1. ZAŁOŻENIA KONTROLI</b> .....	<b>5</b>
1.1. Temat i numer kontroli .....	5
1.2. Uzasadnienie podjęcia kontroli.....	5
1.3. Cel główny kontroli.....	5
1.4. Cele cząstkowe kontroli: .....	5
1.5. Zakres podmiotowy kontroli oraz jej organizacja .....	5
1.6. Podstawa prawna, kryteria kontroli .....	5
<b>2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI</b> .....	<b>6</b>
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności .....	6
2.2. Uzasadnienie oceny.....	6
2.3. Uwagi końcowe i wnioski .....	10
<b>3. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE</b> .....	<b>12</b>
3.1. Uwarunkowania prawno-organizacyjne i ekonomiczne.....	12
3.2. Istotne ustalenia kontroli.....	14
3.2.1. Organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego.....	14
3.2.2. Warunki udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej .....	18
3.2.3. Sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej, z uwzględnieniem dostępności pacjentów do tych świadczeń .....	19
3.2.4. Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	24
3.2.5. Sprawowanie nadzoru i kontroli nad funkcjonowaniem opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz załatwianie skarg i wniosków dotyczących prowadzenia tej opieki.....	29
<b>4. INFORMACJE DODATKOWE</b> .....	<b>31</b>
4.1. Przygotowanie i organizacja kontroli.....	31
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	31
<b>5. ZAŁĄCZNIKI</b> .....	<b>34</b>

## Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

<b>Opieka paliatywna</b>	według Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie żałoby;
<b>Stan terminalny</b>	jest to ostatni okres życia chorego (terminus – granica, kres), w którym badania diagnostyczne i leczenie przyczynowe często tracą na znaczeniu, z wyjątkiem sytuacji, w których nagłe pogorszenie stanu chorego może być wywołane przyczyną, której skorygowanie przyniesie istotne korzyści kliniczne;
<b>Hospicjum (z łac. hospitium)</b>	stacjonarna instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej. W hospicjum świadczona jest wszechstronna całościowa opieka nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu postępujące choroby. Sprawowana jest zazwyczaj u kresu życia pacjenta;
<b>Hospicjum domowe</b>	przeznaczone jest dla osób w końcowej fazie choroby nowotworowej, przebywających w swoich domach, które mają przynajmniej jednego stałego opiekuna, sprawującego wobec nich całodobową opiekę. Chorego odwiedzają pielęgniarki, lekarze i inni członkowie zespołu oraz wolontariusze – w zależności od potrzeb pacjenta i rodziny;
<b>Poradnia Medycyny Paliatywnej</b>	sprawuje ambulatoryjną opiekę nad nieuleczalnie chorymi. W ramach poradni medycyny paliatywnej udzielane są m.in. porady lekarskie, porady psychologiczne, porady lekarsko-pielęgniarskie w domu chorego, konsultacje lekarskie;
<b>DUW</b>	Dolnośląski Urząd Wojewódzki;
<b>UMWD</b>	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego;
<b>DOW NFZ</b>	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
<b>ustawa o działalności leczniczej</b>	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o <i>działalności leczniczej</i> (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.);
<b>ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o <i>świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
<b>ustawa o prawach pacjenta</b>	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o <i>prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.);
<b>ustawa Prawo budowlane</b>	ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. <i>Prawo budowlane</i> (Dz. U. z 2013 r., poz. 1409 ze zm.);
<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w <i>sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej</i> (Dz. U. z 2013 r., poz. 134).

### 1.1 Temat i numer kontroli

Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego (P/14/118).

### 1.2 Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrola podjęta została z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetowego obszaru „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”, z uwagi na ważkość i wrażliwość społeczną badanego obszaru oraz społeczne skutki braku sprawowania nad chorymi należytej opieki paliatywnej i hospicyjnej.

### 1.3 Cel główny kontroli

Celem kontroli była ocena funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014 (I półrocze)<sup>1</sup>.

### 1.4 Cele cząstkowe kontroli

- Ocena potrzeb i dostępności pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Ocena warunków udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Ocena sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorym.
- Ocena finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Ocena funkcjonowania nadzoru i kontroli oraz załatwiania skarg i wniosków.

### 1.5 Zakres podmiotowy kontroli oraz jej organizacja

Kontrola została przeprowadzona w okresie od 10 czerwca 2014 r. do 15 października 2014 r. przez Delegaturę Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu w 11 jednostkach, tj. w:

- Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu,
- Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu,
- Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia,
- ośmiu podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wykaz kontrolowanych jednostek przedstawia załącznik nr 5.1.

### 1.6 Podstawa prawna, kryteria kontroli

Kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*<sup>2</sup>, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu oraz Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ we Wrocławiu, natomiast na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o *NIK*, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności, rzetelności w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego i publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o *NIK*, z uwzględnieniem kryteriów: legalności i gospodarności w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w innych jednostkach i podmiotach gospodarczych.

<sup>1</sup> Kontrolą objęto także lata wcześniejsze, tj. rok 2011, w którym to DOW NFZ przeprowadził postępowanie konkursowe na świadczenie usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na lata 2012–2014.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

### 2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

**Nie wszystkim chorym zostały zapewnione potrzeby w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w okresie objętym kontrolą.**

**Występujące ograniczenia i utrudnienia w dostępie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, wynikały w głównej mierze z:**

- niedostatecznej liczby placówek sprawujących opiekę paliatywną i hospicyjną, a także z nierównomiernego ich rozmieszczenia na terenie województwa dolnośląskiego;
- zbyt małej liczby łóżek, jakimi dysponowały szpitalne oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne;
- niezachowania procedur przy tworzeniu list pacjentów oczekujących na te świadczenia w części placówek leczniczych świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną;
- niewystarczającej wielkości środków finansowych przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia z zakresu tej opieki, choć w ujęciu ogólnym nastąpił wzrost środków finansowych na opiekę paliatywną i hospicyjną;
- niedokonania przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ rzetelnej wyceny poszczególnych rodzajów świadczeń oraz nieznamomości rzeczywistych potrzeb dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej na tym terenie. Ponadto DOW NFZ niewłaściwie sprawował nadzór i kontrolę nad placówkami świadczącymi usługi w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Mimo powyższych barier Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad pacjentami na terenie województwa dolnośląskiego, mając na uwadze warunki lokalowe jakimi dysponowały placówki lecznicze, kwalifikacje pracowników sprawujących opiekę oraz wyposażenie tych placówek w niezbędny sprzęt i urządzenia medyczne.

### 2.2 Uzasadnienie oceny

1. W latach 2012–2014 na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało 28 placówek leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba tych placówek była niewystarczająca w stosunku do występujących potrzeb w tym zakresie. Dotyczyło to przede wszystkim stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>3</sup>. Liczba placówek leczniczych nie uległa zmianie w badanym okresie, co może świadczyć nie tylko o stagnacji, ale nawet o pogarszaniu się dostępności chorych do opieki paliatywnej i hospicyjnej w świetle starzenia się społeczeństwa, wzrostu zachorowań i umieralności na choroby nowotworowe<sup>4</sup>. Nie uległa zmianie także liczba zakontraktowanych przez DOW NFZ łóżek, będących na wyposażeniu tych placówek. Na terenie województwa dolnośląskiego występowało wiele obszarów, gdzie nie było zorganizowanej placówki leczniczej. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia pacjent nie powinien mieć dalej do placówki paliatywno-hospicyjnej niż 30 km, co praktycznie oznacza zorganizowanie placówki w każdym powiecie województwa dolnośląskiego. Tymczasem tylko w czterech

<sup>3</sup> Wg raportu Konsultanta Wojewódzkiego z dziedziny medycyny paliatywnej dla województwa dolnośląskiego z 13 lutego 2014 r. brakowało ok. 40 łóżek.

<sup>4</sup> Wg Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 r., choroby nowotworowe były drugą przyczyną zgonów na terenie Dolnego Śląska.

powiatach grodzkich<sup>5</sup> funkcjonowały wszystkie formy opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>6</sup>. Natomiast spośród 26 powiatów ziemskich, w siedmiu nie funkcjonowała żadna forma opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>7</sup>, w 15 – nie było zorganizowanych hospicjów stacjonarnych, a w 13 powiatach brak było poradni medycyny paliatywnej, wskutek czego utrudniony był dostęp pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Pacjenci z sześciu powiatów, aby skorzystać z placówki zajmującej się opieką paliatywną i hospicyjną musieli przebyć niekiedy ponad 50 km. Jedną z barier w tworzeniu nowych placówek świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza szpitalnych oddziałów medycyny paliatywnej była niska wycena tych świadczeń (nie opłacalnych dla szpitali). Wynikało to przede wszystkim z ograniczonych środków finansowych przeznaczonych przez DOW NFZ na świadczenia związane z opieką paliatywną i hospicyjną, przy czym DOW NFZ nie dokonał nawet szczegółowych analiz kosztów poszczególnych świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, do czego obligował go przepis art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Przyjęte przez DOW NFZ stawki udzielanych świadczeń (niezmienione od 2009 r.) wynosiły: dla porady w poradni medycyny paliatywnej – 36,80 zł, dla świadczenia w hospicjum domowym – 47,25 zł (za osobodzień), dla świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym – po 200 zł (za osobodzień). Tymczasem ponoszone koszty świadczenia tych usług wynosiły 294 zł w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze (oddział medycyny paliatywnej) i 250 zł w Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego we Wrocławiu (hospicjum stacjonarne). [str. 13–17 Informacji]

**2.** DOW NFZ, dokonując z końcem 2011 r. wyboru (w drodze konkursu) placówek leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie nawiązał wcześniejszej współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego województwa dolnośląskiego w zakresie m.in. zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, w tym zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, do czego obligowały wyżej wymienione przepisy oraz art. 107 ust. 8 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*. W ocenie NIK nawiązanie takiej współpracy niewątpliwie umożliwiłoby pozyskanie niezbędnych informacji o funkcjonowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie konkretnego obszaru (powiatu) województwa dolnośląskiego. DOW NFZ posiadał tylko wiedzę o funkcjonujących na terenie województwa dolnośląskiego placówkach leczniczych, z którymi podpisał kontrakty na świadczenie usług medycznych. Ponadto DOW NFZ nie zasięgał opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń związanych z opieką paliatywną i hospicyjną. W rezultacie DOW NFZ nie posiadał rozpoznania, co do niezbędnej liczby placówek leczniczych i ich lokalizacji w odniesieniu do występujących potrzeb na terenie województwa dolnośląskiego. Dlatego też w placówkach świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dochodziło do wykonywania większej liczby świadczeń niż wynikało to z zawartych umów z DOW NFZ. Spowodowane to było tym, że w umowach znajdowały się postanowienia, że placówka opieki paliatywno-hospicyjnej musi przyjąć każdego kwalifikującego się pacjenta lub wskazać innego świadczeniodawcę. Każdy pacjent ma bowiem ustawowo zagwarantowany bezpłatny dostęp do tych usług na podstawie przepisów art. 15 ust. 2 pkt 11 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*. [str. 17–18, 25–26 Informacji]

<sup>5</sup> Powiaty grodzkie, tj. miasta na prawach powiatu: Jelenia Góra, Legnica, Wałbrzych i Wrocław.

<sup>6</sup> Formy opieki paliatywnej i hospicyjnej: opieka stacjonarna (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dla dorosłych); opieka domowa (hospicja domowe) oraz opieka ambulatoryjna (poradnie medycyny paliatywnej).

<sup>7</sup> Z powiatów tych DOW NFZ po ogłoszeniu w 2011 r. konkursu, nie otrzymał od placówek leczniczych ofert, chcących wykonywać świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.



**3.** Ograniczona dostępność pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej dotyczyła przede wszystkim opieki wykonywanej w warunkach stacjonarnych, tj. w szpitalnych oddziałach medycyny paliatywnej oraz w hospicjach stacjonarnych. Ograniczenia te wynikały przede wszystkim z niedostatecznej liczby łóżek zakontraktowanych przez DOW NFZ, co spowodowane było ograniczoną wielkością środków finansowych na tego rodzaju działalność medyczną. Ogółem skontrolowane placówki lecznicze dysponowały średnio w roku 124 łóżkami. Liczba łóżek, jaką posiadały placówki pozwalała na zaspokojenie potrzeb na poziomie 60%<sup>8</sup>. Największy niedostatek łóżek występował na terenie Wrocławia (miasta na prawach powiatu), liczącego ponad 630 tys. mieszkańców, gdzie opieka stacjonarna dysponowała zaledwie 22 łóżkami, podczas gdy oszacowane potrzeby w tym zakresie wynosiły 60 łóżek, co oznacza, że zaspokojenie potrzeb wyniosło tylko 36,7%. W skontrolowanych siedmiu placówkach leczniczych zróżnicowany był stopień wykorzystania łóżek i wynosił od 67,3% w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach w 2012 r. do 100,0% w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej – RIAD EL ZEIN w Będkowie w 2013 r., przy czym w trzech placówkach<sup>9</sup> wskaźnik wykorzystania łóżek był niższy od zaleconego przez Ministerstwo Zdrowia, który określony został na poziomie od 80% do 85%. Jedną z przyczyn niskiego stopnia wykorzystania łóżek było niewłaściwe rozpoznanie potrzeb występujących na danym terenie, zarówno przez świadczeniodawców, jak i DOW NFZ na etapie pierwotnie zawieranych kontraktów. [str. 15, 21 Informacji]

**4.** W latach 2012–2014 (I półrocze) wszystkie skontrolowane placówki lecznicze przyjęły ogółem 15 884 pacjentów, z tego 5 288 pacjentom udzielono świadczeń w warunkach opieki stacjonarnej (hospicja stacjonarne i/lub oddziały medycyny paliatywnej), 5 478 pacjentom udzielono opieki w warunkach domowych (hospicja domowe) oraz 5 118 pacjentom udzielono opieki w warunkach ambulatoryjnych (poradnie medycyny paliatywnej). Świadczenia te nie zawsze były udzielane na bieżąco, co wskazuje na nierzetelność postępowania w tym zakresie. Według stanu na dzień 30 czerwca 2014 r. na opiekę paliatywną i hospicyjną oczekiwało 767 pacjentów. Tylko w dwóch<sup>10</sup> spośród siedmiu skontrolowanych placówek leczniczych udzielających świadczeń w warunkach stacjonarnych pacjenci nie oczekiwali na przyjęcie do oddziału lub hospicjum stacjonarnego, natomiast w pięciu skontrolowanych placówkach czas oczekiwania pacjentów wynosił od dwóch dni w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej – RIAD EL ZEIN w Będkowie<sup>11</sup> do 44 dni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Zważywszy na fakt, że pacjent z chorobą nowotworową kwalifikujący się do opieki paliatywnej i hospicyjnej, znajduje się w zasadzie w ostatniej fazie życia, to około półtoramiesięczne oczekiwanie na przyjęcie do placówki zajmującej się opieką paliatywną i hospicyjną należy uznać za niewłaściwe z punktu widzenia norm moralnych. Wskazuje to jednocześnie na ograniczoną dostępność pacjentów do usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, co nie może być akceptowalne z tego względu, że rocznie na terenie województwa dolnośląskiego umiera z powodu chorób nowotworowych około osiem tysięcy osób. [str. 19–22 Informacji]

<sup>8</sup> Na podstawie raportu Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa dolnośląskiego z 13 lutego 2014 r.

<sup>9</sup> W Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił w 2012 r. – 67,3%, w 2013 r. – 73,1% i w I półroczu 2014 r. – 69,2%, w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w 2012 r. – 68,3%, w 2013 r. – 75,4% i w I półroczu 2014 r. – 70,4% oraz w Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego we Wrocławiu, gdzie wskaźnik ten w 2012 r. wynosił 79,7%.

<sup>10</sup> W Specjalistycznym Centrum Medycznym S.A. w Polanicy Zdroju i Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach.

<sup>11</sup> Czas oczekiwania wynosił od dwóch dni do 10 dni.



**5.** W czterech spośród ośmiu (50%) skontrolowanych placówkach leczniczych stwierdzono nieprawidłowości polegające na: [1] nierzetelnym prowadzeniu list pacjentów oczekujących na opiekę paliatywną i hospicyjną, [2] nieprzekazywaniu danych lub przekazaniu do DOW NFZ nierzetelnych danych o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia medyczne w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w skutek czego naruszony został przepis art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, [3] braku zapewnienia przejrzystości przyjęć pacjentów na oddział medycyny paliatywnej, [4] niedokonywaniu okresowych (co najmniej raz w miesiącu) ocen listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej do czego obligował przepis art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Niezależnie od powyższego taki sposób prowadzenia list pacjentów oczekujących był niezgodny z przepisami art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, który stanowi, że pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Ponadto naruszony został przepis art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nakazujący prowadzenie przez świadczeniodawcę listy oczekujących pacjentów (stanowiącej integralną część dokumentacji medycznej) w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczy to o dowolności postępowania przy tworzeniu list pacjentów oczekujących, co w rezultacie może pogłębiać cierpienie osób chorych oraz ich bliskich. [str. 21–24 Informacji]

**6.** W skontrolowanych placówkach leczniczych właściwie sprawowana była opieka nad pacjentami objętymi świadczeniami w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba zatrudnionych pracowników oraz ich kwalifikacje pozwalały na zapewnienie pacjentom należytej opieki medycznej i psychologicznej. Wystarczające były również warunki lokalowe, w których udzielano świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Placówki lecznicze dysponowały także odpowiednim wyposażeniem (w sprzęt i urządzenia medyczne) umożliwiającym poprawne wykonywanie przedmiotowych świadczeń. Użytkowane obiekty były utrzymywane w należytym stanie technicznym i estetycznym, przystosowane do korzystania przez osoby niepełnosprawne. W dwóch na osiem skontrolowanych placówkach medycznych, stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieprowadzeniu ksiąg obiektu budowlanego oraz niedokonywaniu (nieudokumentowaniu) okresowych kontroli stanu technicznego budynków, w skutek czego naruszone zostały przepisy ustawy *Prawo budowlane*, co wypełnia znamiona wykroczeń określonych w art. 93 pkt. 8 i 9 ustawy *Prawo budowlane*. [str. 18–24 Informacji]

**7.** DOW NFZ poprawnie przeprowadził postępowania konkursowe na wybór 29 placówek leczniczych zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną na terenie województwa dolnośląskiego, z którymi następnie podpisał na lata 2012–2014 umowy o finansowanie tych świadczeń, z coroczną możliwością negocjacji w zakresie liczby i wartości stawek za poszczególne rodzaje świadczeń. Dokonanie wyboru 29 placówek leczniczych spośród 70 złożonych ofert spowodowane było ograniczonymi środkami finansowymi, jakimi dysponował DOW NFZ na tego rodzaju świadczenia, przy czym jedna placówka lecznicza wypowiedziała umowę z DOW NFZ na świadczenie usług w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. W związku z powyższym łączna wartość sfinansowanych w badanym okresie przez DOW NFZ świadczeń wykonanych przez wszystkie (osiem) skontrolowane placówki wyniosła 37 966,8 tys. zł, tj. więcej o 3 045,9 tys. zł (o 8,7%) od wartości świadczeń wynikającej z umów zawartych na początku każdego roku. Skontrolowane placówki lecznicze wykonały zatem świadczenia ponad wartość określoną w umowach (tzw. nadwykonania),

które to świadczenia tylko w części zostały sfinansowane przez DOW NFZ. W badanym okresie DOW NFZ, z powodu braku środków, nie sfinansował wykonanych świadczeń na łączną kwotę 1 134,8 tys. zł (tj. 3,0% sfinansowanych świadczeń), z tego w 2012 r. – 303,6 tys. zł (2,1%), w 2013 r. – 712,9 tys. zł (4,6%) i w I półroczu 2014 r. – 118,3 tys. zł (1,5%). Skontrolowane placówki lecznicze udzieliły w badanym okresie ogółem 520 685 świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na jednostki rozliczeniowe<sup>12</sup>. Najwięcej świadczeń skontrolowane placówki udzieliły w warunkach hospicjów domowych, w których liczba świadczeń wyniosła 383 878, tj. 73,7% wszystkich świadczeń. [str. 14–15, 24–29 Informacji]

**8.** Nadzór Marszałka Województwa Dolnośląskiego, Wojewody Dolnośląskiego, jak i DOW NFZ w zakresie placówek leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna był pasywny, o czym świadczy niewielka liczba przeprowadzonych kontroli tych placówek. Wynikało to w głównej mierze z faktu, że skala usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w odniesieniu do wszystkich innych udzielanych świadczeń medycznych na terenie województwa dolnośląskiego była niewielka. Udział środków finansowych przeznaczonych na opiekę paliatywną i hospicyjną na terenie województwa dolnośląskiego w stosunku do ogólnych wydatków na usługi medyczne wynosił bowiem niespełna 1%<sup>13</sup>. DOW NFZ w planie kontroli na 2012 r. przewidział wprawdzie przeprowadzenie dwóch kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, ale nie zostały one jednak wykonane. W planach kontroli na lata 2013–2014 w ogóle nie przewidziano przeprowadzenia przedmiotowych kontroli. Jedyną kontrolą, którą przeprowadził DOW NFZ w 2013 r. była kontrola koordynowana przez Centralę NFZ w zakresie m.in. opieki paliatywnej i hospicyjnej w Regionalnym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie. W ocenie NIK przeprowadzenie tylko jednej kontroli w przedmiotowym zakresie nie zapewniało rzetelnego nadzoru nad wykonaniem umów przez placówki lecznicze zajmujące się świadczeniem usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Służby Marszałka Województwa Dolnośląskiego spośród 39 kontroli przeprowadzonych w podmiotach leczniczych, dla których Samorząd Województwa Dolnośląskiego był jednostką tworzącą, dwiema kontrolami objęły m.in. sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podobnie było w przypadku Wojewody Dolnośląskiego, który przeprowadził trzy kontrole spośród 28 placówek leczniczych zajmujących się m.in. udzielaniem świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego. Przedstawione ustalenia wskazują na słabość funkcjonowania nadzoru i kontroli nad sprawowaniem opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego. [str. 29–30 Informacji]

### 2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli mając na uwadze wyeliminowanie stwierdzonych nieprawidłowości skierowała do wszystkich kierowników skontrolowanych jednostek stosowne wnioski pokontrolne. Dotyczyły one w szczególności podjęcia działań mających na celu określenie potrzeb i zabezpieczenie optymalnej dostępności pacjentów do świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Uwzględniając przedstawione w niniejszej Informacji nieprawidłowości, wynikające z całokształtu ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli przedstawia następujące wnioski o charakterze systemowym pod adresem Marszałka Województwa Dolnośląskiego:

<sup>12</sup> Jednostką rozliczeniową dla zakresu porad w poradni medycyny paliatywnej była porada, a dla pozostałych zakresów świadczeń – osobodzień.

<sup>13</sup> W 2012 r. – 0,59%, w 2013 r. – 0,63% i w 2014 r. – 0,61%.

- 1.** Podjęcie w porozumieniu z Wojewodą Dolnośląskim oraz z Dyrektorem Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działań w kierunku zwiększenia i rozwoju bazy leczniczej na terenie województwa dolnośląskiego w celu poprawy dostępności pacjentów z chorobą nowotworową do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, mając w szczególności na uwadze obszary, na których dotychczas nie funkcjonuje żadna forma tej opieki.
- 2.** Zintensyfikowanie działań w zakresie monitorowania jakości i dostępu do udzielanych świadczeń leczniczych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zgodnie z zapisami przyjętej do realizacji Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020.

### 3.1 Uwarunkowania prawno-organizacyjne i ekonomiczne

**3.1.1.** Podstawowymi aktami prawnymi określającymi zasady wykonywania opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz jej finansowania były:

[1] ustawa o *działalności leczniczej*, która określa zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Ponadto ustawa ta nakłada na podmiot leczniczy wymogi w zakresie spełnienia warunków posiadania odpowiednich pomieszczeń, urządzeń i aparatury medycznych oraz zatrudniania do udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny.

[2] ustawa o *świadczeniach opieki zdrowotnej*, w której określono warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń. Zgodnie z przepisami tej ustawy świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych m.in. świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (art. 15 ust. 2 pkt 11). Szczegóły dotyczące kontraktowania i realizacji tych świadczeń w danym roku określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w zarządzeniu wydanym w powyższej sprawie. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20).

[3] ustawa o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Określa ona m.in.: prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej, obowiązki podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

[4] ustawa *Prawo budowlane*, która normuje m.in. utrzymywanie i użytkowanie obiektów w należytych stanie technicznym, a nadto nakłada obowiązek przeprowadzania okresowych przeglądów budynków, prowadzenia ksiąg obiektu budowlanego.

[5] rozporządzenie Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych*. Rozporządzenie to określa m.in. wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Charakterystykę stanu prawnego dotyczącą kontrolowanej działalności przedstawiono w załączniku nr 5.2, natomiast wykaz ważniejszych aktów prawnych w załączniku nr 5.3 do Informacji.

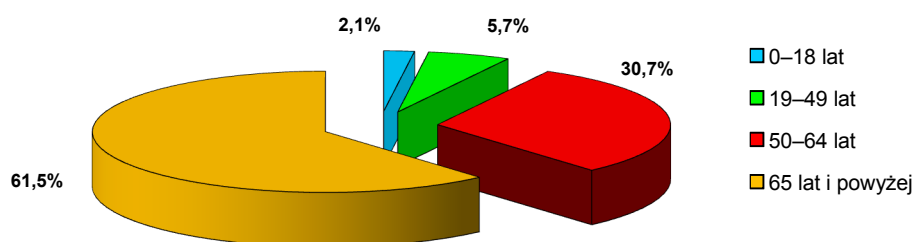
**3.1.2.** Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie problematyką opieki paliatywnej z uwagi na wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, neurologiczne i AIDS. W Polsce do lekarzy onkologów zgłasza się rocznie ponad 130 tys. nowych pacjentów, około 95 tys. ludzi rocznie umiera, w tym na Dolnym Śląsku ok. osiem tysięcy osób. Mimo rozwoju i postępu terapii nowotworów zaledwie 30–46% chorych w Polsce udaje się wyleczyć. U większości chorych dochodzi do progresji choroby, co stanowi bezwzględne wskazanie do objęcia ich opieką paliatywną. Przyczyną wzrostu zapotrzebowania na opiekę paliatywną jest także starzenie się społeczeństwa, a tym samym zwiększone ryzyko zachorowań na nowotwory.

Ze świadczeń medycznych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało w Polsce w 2012 r. blisko 79 tys. pacjentów, w 2013 r. – 81,5 tys. pacjentów, a w I półroczu 2014 r. ponad 51 tys. pacjentów<sup>14</sup>. Strukturę wiekową pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną przedstawia wykres nr 1<sup>15</sup>.

Wykres nr 1

## Struktura wiekowa pacjentów



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane były w warunkach:

- ♦ stacjonarnych – w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym,
- ♦ domowych – w hospicjum domowym,
- ♦ ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Oficjalnie opiekę paliatywną włączono w 1999 r. w struktury służby zdrowia oraz utworzono nową specjalizację lekarską – medycynę paliatywną i specjalizację pielęgniarską – opiekę paliatywną. W Polsce opieka paliatywna sprawowana była przez 681 placówek leczniczych (według stanu na koniec 2013 r.), z tego przez 395 placówki w warunkach hospicjów domowych, 154 placówki w warunkach stacjonarnych i 132 placówki w warunkach ambulatoryjnych. Na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało 28 placówek leczniczych świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną. Podmioty te świadczyły usługi w różnych formach<sup>16</sup>, prowadząc 48 jednostek świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną, tj. w warunkach domowych – 21 jednostek, w warunkach stacjonarnych – 13 i w warunkach ambulatoryjnych – 14.

Opieka paliatywna i hospicyjna jest dla pacjenta bezpłatna. Podstawą do korzystania z opieki paliatywnej i hospicyjnej jest skierowanie wystawione przez lekarza. Przed wydaniem takiego skierowania należy poinformować o tym, że chory zobowiązany jest do podpisania świadomej zgody na objęcie opieką hospicyjną. W przypadku, gdy stan chorego nie pozwala na podpisanie takiej zgody, to decyzje w tym zakresie podejmuje jego przedstawiciel ustawowy lub faktyczny opiekun.

Nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną w Polsce systematycznie zwiększały się i na koniec 2013 r. wyniosły 355 mln zł. W porównaniu do 2012 r. nakłady te były wyższe o 24 mln zł., tj. o 7,3%. W województwie dolnośląskim poniesione nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną wyniosły w 2012 r. – 27,5 mln zł., w 2013 r. – 30,4 mln zł (wzrost o 10,5%), a w I półroczu 2014 r. – 14,6 mln zł.

<sup>14</sup> Dane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>15</sup> Źródło: materiały z IV zjazdu Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w 2014 r.

<sup>16</sup> Placówka lecznicza – prowadziła niekiedy więcej niż jedną formę opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W przeliczeniu na jednego mieszkańca nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną wynosiły średnio 8,98 zł (najwięcej w województwie wielkopolskim – 12 zł, a najmniej w województwie zachodnio pomorskim – 5,50 zł). Zróżnicowana była także wysokość stawek za świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. W badanym okresie najwyższe stawki wynoszące 40 zł za poradę w poradni medycyny paliatywnej były w województwie mazowieckim i wielkopolskim, a najniższe wynoszące 27 zł w województwie kujawsko-pomorskim. Najwyższa wysokość stawek za świadczenia w hospicjum domowym wynosiła 48 zł za osobodzień i dotyczyła województwa podkarpackiego, a najniższa wynosiła 37 zł i dotyczyła województwa podlaskiego. Najwyższa stawka za świadczenie w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym wynosiła 240 zł za osobodzień i dotyczyła województwa łódzkiego, a najniższa wynosząca 190 zł dotyczyła województwa lubuskiego.

### 3.2 Istotne ustalenia kontroli

#### 3.2.1. Organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem opieki paliatywnej i hospicyjnej były zamieszczone w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 r.<sup>17</sup> W Strategii tej zapisano m.in., że uwarunkowania epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na negatywne trendy wzrostowe w zapadalności na choroby nowotworowe, które stanowią obecnie drugą przyczynę zgonów na Dolnym Śląsku. W tym stanie rzeczy określono, że niezbędnym staje się stworzenie bazy leczenia długoterminowego oraz opieki paliatywno–hospicyjnej, dedykowanej, zarówno osobom chorym na nowotwory, jak i zagrożonym wykluczeniem społecznym z uwagi na wiek. Jako priorytetowe zadania zdefiniowano: [1] poprawę dostępności oraz podniesienie jakości udzielania świadczeń leczniczych, [2] stworzenie regionalnego systemu ochrony zdrowia, zorientowanego na długookresowe trendy demograficzno-epidemiologiczne, zgodnego ze standardami prawnymi i funkcjonalnymi, [3] budowę systemu nowoczesnej diagnostyki dla mieszkańców regionu z określeniem standardów dostępności przestrzennej. Uzyskane potencjalne korzyści z realizacji tych zadań to lepsza jakość i dostęp do usług medycznych. Z uwagi na krótki okres obowiązywania tej Strategii (uchwalona w 2013 r.) przedstawione zadania znajdowały się w początkowej fazie realizacji. W latach 2012–2014 (I półrocze) nie uległa zmianie liczba placówek leczniczych realizujących na terenie województwa dolnośląskiego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba placówek, z którymi DOW NFZ podpisał umowy o świadczenie przedmiotowej opieki według stanu na koniec I półrocza 2014 r. wynosiła 28. Kontrolą objęto ogółem osiem placówek leczniczych wykonujących opiekę paliatywną i hospicyjną (tj. 28,6%), które realizowały przedmiotowe świadczenia poprzez: siedem hospicjów stacjonarnych i/lub oddziałów medycyny paliatywnej (tj. 53,8% funkcjonujących świadczeniodawców na terenie województwa dolnośląskiego), sześć hospicjów domowych (28,6%), sześć poradni medycyny paliatywnej (42,9%). Niezwiększenie liczby świadczeniodawców może świadczyć o stagnacji w zakresie funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie dolnośląskim. Jedną z przyczyn tego stanu było nieogłaszanie przez DOW NFZ od 2012 r. nowych konkursów na świadczenie usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej (ostatnie postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone

<sup>17</sup> Uchwała Nr XXXII/932/13 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 28 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 r.



w grudniu 2011 r. na okres trzech lat z jednoczesnym, corocznym prowadzeniem negocjacji w zakresie liczby i wartości świadczeń). W rezultacie liczba placówek leczniczych zajmujących się świadczeniem usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej była niewystarczająca w stosunku do istniejących potrzeb, o czym świadczyć może duża liczba nadwykonań tych świadczeń przez świadczeniodawców (o wartości 5,2 mln zł), tj. wykonali oni większą liczbę świadczeń niż wynikało to z zawartych kontraktów z NFZ, a mimo to DOW NFZ nie dążył do zwiększenia liczby podmiotów, które zgłosiły chęć realizowania tego rodzaju świadczenia. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ odnośnie podejmowania działań mających na celu zapewnienia maksymalnego zabezpieczenia potrzeb w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej podała, że DOW NFZ mając na względzie zapewnienie pełnej dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej przy jednoczesnym dysponowaniu ograniczonymi środkami finansowymi, w trakcie trwania umów monitoruje na bieżąco poziom ich realizacji. Następnie w przypadku posiadania wolnych rezerw w Planie finansowym lub rozdziału dodatkowych środków, Oddział podejmuje decyzję o zwiększeniu wartości zawartych kontraktów, a tym samym zwiększeniu dostępności do świadczeń.

- *DOW NFZ przeprowadził w grudniu 2011 r. postępowanie konkursowe na świadczenie usług w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na terenie województwa dolnośląskiego. Podczas prowadzenia postępowania konkursowego Oddział przeprowadził ogółem 21 kontroli oferentów spośród 70 złożonych ofert (30%), w tym w 16 przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości – oferty były zgodne ze stanem faktycznym. W pozostałych pięciu przypadkach materiał ofertowy był niezgodny ze stanem faktycznym, co skutkowało odrzuceniem tych ofert. Umowy o świadczenie usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej podpisano z 29 podmiotami leczniczymi, przy czym jeden podmiot wypowiedział umowę w przedmiotowym zakresie. Ostatecznie w badanym okresie funkcjonowało tylko 28 takich podmiotów. Wynikało to m.in. z pełnego rozdysponowania środków finansowych przeznaczonych w Planie Finansowym DOW NFZ na tego rodzaju świadczenia.*

Niedostateczna była liczba zakontraktowanych przez DOW NFZ łóżek w placówkach leczniczych, z którymi podpisane zostały umowy o świadczenie usług medycznych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Dotyczyło to zarówno oddziałów szpitalnych, jak i hospicjów stacjonarnych, 128 łóżek zaspokajało potrzeby na poziomie 60%.

- *Największy niedostatek łóżek występował na terenie Wrocławia, miasta na prawach powiatu, liczącego ponad 630 tys. mieszkańców, gdzie na zapotrzebowanie wynoszące co najmniej 60 łóżek było ich zaledwie 22, w tym 17 zakontraktowanych w 2012 r. i 19 na 2014 r. Ogółem skontrolowane jednostki dysponowały w 2012 r. 116 łóżkami przeznaczonymi dla świadczeniobiorców opieki paliatywnej i hospicyjnej, w 2013 r. – 125 łóżkami, a w 2014 r. (1 półrocze) – 131 łóżkami, tj. więcej o 12,9% od stanu na koniec 2012 r.*

Nierównomierne było rozmieszczenie na terenie województwa dolnośląskiego placówek leczniczych zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną. Występowały obszary, gdzie w ogóle nie było zorganizowanych placówek leczniczych, które zajmowałyby się świadczeniem usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Stosownie do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia pacjent nie powinien mieć dalej do placówki paliatywno-hospicyjnej niż 30 km, co w praktyce oznacza zorganizowanie placówki zajmującej się opieką paliatywną i hospicyjną w każdym powiecie województwa dolnośląskiego. Pozwoliłoby to na znaczną poprawę warunków dostępności pacjentów do placówek świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Według stanu na 30 czerwca 2014 r. DOW NFZ nie osiągnął jeszcze przedmiotowego standardu dla wszystkich rodzajów świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

- *Poradnie medycyny paliatywnej nie funkcjonowały w 13 z 26 powiatów ziemskich. Dotyczyło to powiatów: oleśnickiego, świdnickiego, wołowskiego, ząbkowickiego, zgorzeleckiego, złotoryjskiego, lubańskiego, lwóweckiego, głogowskiego, górowskiego, jaworskiego, kamiennogórskiego i strzelińskiego,*

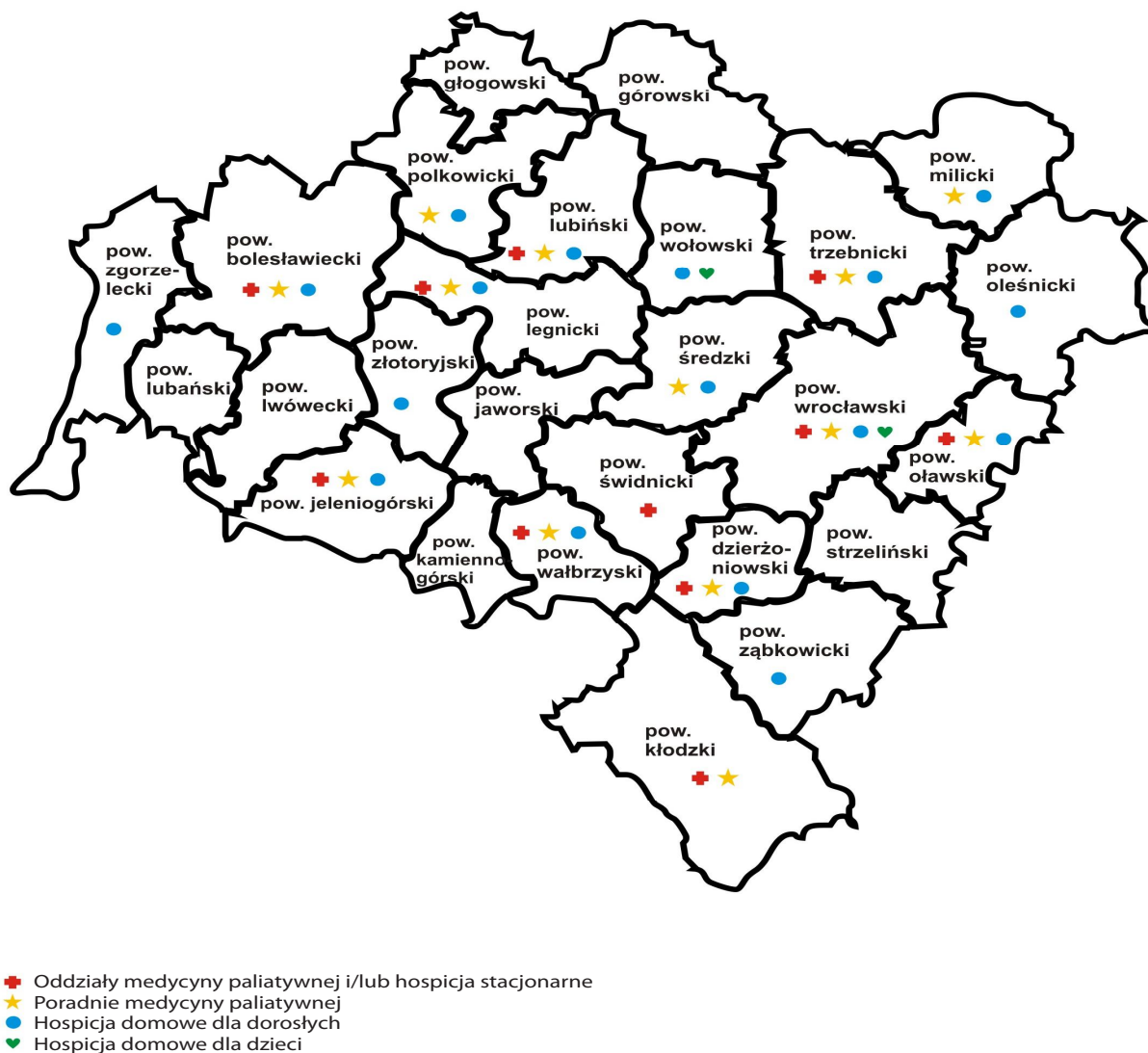


- Hospicja stacjonarne nie funkcjonowały w 15 z 26 powiatów ziemskich. Dotyczyło to powiatów: milickiego, oleśnickiego, polkowickiego, średzkiego, wołowskiego, ząbkowickiego, zgorzeleckiego, złotoryjskiego, lubańskiego, lwóweckiego, głogowskiego, górowskiego, jaworskiego, kamiennogórskiego i strzelińskiego, natomiast hospicja domowe dla dorosłych nie funkcjonowały w dziewięciu powiatach – kłodzkim, świdnickim, lubańskim, lwóweckim, głogowskim, górowskim, jaworskim, kamiennogórskim, strzelińskim,
- Hospicja domowe dla dzieci funkcjonowały jedynie na terenie dwóch powiatów, tj. powiatu grodzkiego – miasto Wrocław i powiatu wołowskiego. Dyrektor NFZ Oddział we Wrocławiu w złożonych wyjaśnieniach podał, że pomimo zakontraktowania świadczeń tylko z dwoma placówkami w województwie dolnośląskim, placówki te udzielały pomocy medycznej dla dzieci i młodzieży z całego województwa dolnośląskiego, bez względu na odległość od siedziby świadczeniodawcy.
- Powiatów ziemskich na terenie których nie funkcjonowała żadna forma opieki paliatywnej i hospicyjnej było siedem: lubański, lwówecki, głogowski, górowski, jaworski, kamiennogórski i strzeliński.

Organizację placówek leczniczych zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną zlokalizowanych na terenie województwa dolnośląskiego przedstawia wykres nr 2.

Wykres nr 2

Lokalizacja placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli. Mapa w skali: 1 cm – 10 km.

Z przedstawionej powyżej lokalizacji placówek leczniczych zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną wynika, że:

- mieszkańcy sześciu<sup>18</sup> z 26 powiatów ziemskich do najbliższej placówki leczniczej świadczącej opiekę paliatywną i hospicyjną w warunkach stacjonarnych mieli do przebycia od 32 km do 53 km<sup>19</sup>,
- mieszkańcy czterech<sup>20</sup> z 26 powiatów ziemskich do najbliższej placówki świadczącej opiekę paliatywną i hospicyjną w warunkach ambulatoryjnych mieli do przebycia od 38 km do 53 km,
- mieszkańcy jednego<sup>21</sup> z 26 powiatów ziemskich najbliższą placówkę świadczącą opiekę paliatywną i hospicyjną w warunkach hospicjum domowego dla dorosłych mieli oddaloną o 53 km,
- mieszkańcy 19<sup>22</sup> z 26 powiatów ziemskich do najbliższej placówki świadczącej opiekę paliatywną i hospicyjną w warunkach hospicjum domowego dla dzieci mieli do przebycia od 36 km o 157 km. Natomiast mieszkańcy trzech<sup>23</sup> z czterech powiatów grodzkich (miast na prawach powiatów) mieli do przebycia od 49 km do 113 km.

Reasumując, najgorsza sytuacja w dostępie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej występuje w powiecie górowskim, którego mieszkańcy najbliższe placówki lecznicze świadczące przedmiotową opiekę w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych oraz hospicjum domowego dla dorosłych mieli oddalone o 53 km, a do hospicjum domowego dla dzieci – o 46 km.

Powyższe wskazuje, że w województwie dolnośląskim nie osiągnięto jeszcze zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie odległości pacjenta z miejsca zamieszkania do placówki paliatywno-hospicyjnej.

Wyjaśniając w tej sprawie Dyrektor DOW NFZ podała, że zabezpieczenie potrzeb w zakresie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej analizowane było w odniesieniu do obszaru kontraktowania określonego w planie zakupów tych świadczeń, bez uwzględnienia zalecanej odległości pacjenta od placówki zajmującej się opieką paliatywną i hospicyjną. Świadczenia w zakresie poradni medycyny paliatywnej oraz hospicjum domowym zostały zakontraktowane na obszarze zgodnym z wytycznymi Centrali NFZ, które w swoich założeniach nie przewidywały podziału środków finansowych na poszczególne powiaty. Ponadto dodała, że NFZ nie posiada instrumentów skłaniających podmioty lecznicze do powoływania przedsiębiorstw realizujących usługi w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Decyzje w tym zakresie leżą wyłącznie w kompetencjach podmiotów wykonujących działalność leczniczą. NIK nie może w pełni podzielić tych wyjaśnień, gdyż NFZ reprezentuje interesy osób ubezpieczonych, finansuje świadczenia i tym

<sup>18</sup> [1] z powiatu głogowskiego – 35 km, [2] górowskiego – 53 km, [3] lubańskiego – 38 km, [4] milickiego – 32 km, [5] wołowskiego – 49 km, [6] zgorzeleckiego – 52 km.

<sup>19</sup> Są to odległości pomiędzy miastami powiatowymi wyliczone za pomocą strony internetowej – Wyznacz trasę do celu – kalkulator odległości.

<sup>20</sup> [1] z powiatu górowskiego – 53 km, [2] lubańskiego – 38 km, [3] wołowskiego – 49 km, [4] zgorzeleckiego – 52 km.

<sup>21</sup> Powiat górowski.

<sup>22</sup> [1] z powiatu bolesławieckiego – 107 km, [2] dzierzoniowskiego – 56 km, [3] głogowskiego – 46 km, [4] górowskiego – 46 km, [5] jaworskiego – 57 km, [6] jeleniogórskiego – 113 km, [7] kamiennogórskiego – 97 km, [8] kłodzkiego – 87 km, [9] legnickiego – 49 km, [10] lubańskiego – 157 km, [11] lubińskiego – 36 km, [12] lwóweckiego – 116 km, [13] milickiego – 58 km, [14] polkowickiego – 67 km, [15] świdnickiego – 65 km, [16] wałbrzyskiego – 83 km, [17] ząbkowickiego – 64 km, [18] zgorzeleckiego – 148 km, [19] złotoryjskiego – 74 km.

<sup>23</sup> [1] powiatu grodzkiego – miasto Jelenia Góra – 113 km, [2] powiatu grodzkiego – miasto Legnica – 49 km, [3] powiatu grodzkiego – miasto Wałbrzych – 83 km.

samym może oddziaływać na strukturę rynku w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, m.in.: poprzez współpracę z innymi podmiotami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie służby zdrowia. Wymóg podejmowania współpracy DOW NFZ z jednostkami zewnętrznymi (tj. organami samorządów terytorialnych, Wojewodą, konsultantami wojewódzkimi) w zakresie zapewnienia właściwej dostępności świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wynikał z przepisów art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W latach 2012–2013 DOW NFZ nie zasięgał opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej i hospicyjnej oraz nie nawiązywał współpracy z jednostkami samorządowymi w zakresie zapewnienia dostępności świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zastępca dyrektora DOW NFZ w złożonych wyjaśnieniach podał, że współpraca taka odbywała się w trybie roboczym. Na okoliczność tą nie stworzono żadnej dokumentacji obrazującej poczynione ustalenia lub ewentualne wnioski do realizacji. Dopiero w 2014 r. DOW NFZ podjął próbę współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego oraz medycyny paliatywnej, która ograniczyła się jednak tylko do wysłania w dniu 20 maja 2014 r. do Konsultanta dwóch pism z prośbą o przedstawienie opinii i uwag dotyczących kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w 2015 r. Do dnia zakończenia kontroli NIK, DOW NFZ, pomimo wyznaczenia terminu na dzień 15 czerwca 2014 r. nie otrzymał odpowiedzi w przedmiotowej sprawie. W ocenie NIK, nawiązanie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, jak i Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej umożliwiłoby pozyskanie niezbędnej informacji o funkcjonowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego.

- *Ze sprawozdań Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej za 2012 r. i 2013 r. wynikało bowiem, że analiza zakontraktowanych w tym okresie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wykazała, że placówki lecznicze wykonujące przedmiotowe świadczenia rozmieszczone były na terenie województwa dolnośląskiego nierównomiernie. Sprawozdania te zawierały także informacje, że brak było łóżek w północnej części województwa dolnośląskiego w rejonie miejscowości: Głogów, Góra. Ponadto Konsultant Wojewódzki zwrócił uwagę, że, barierą w tworzeniu oddziałów medycyny paliatywnej była bardzo niska wycena osobodnia – 200 zł (jedna z najniższych w Polsce). Stąd też szpitalom nie opłaca się tworzyć stacjonarnych oddziałów opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ za pacjenta z chorobą nowotworową w schyłkowym okresie życia szpital otrzymuje więcej za jego hospitalizację na oddziale wewnętrznym. Zdaniem Konsultanta Wojewódzkiego hospicja domowe powinny być w każdym powiecie województwa dolnośląskiego.*

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

Wszystkie skontrolowane (osiem) placówki lecznicze spełniały odpowiednie warunki lokalowe oraz zaopatrzone były w niezbędny sprzęt i urządzenia określone w umowie z DOW NFZ na świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych, w warunkach domowych i w warunkach ambulatoryjnych oraz w zarządzeniu Nr 79/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (załącznik Nr 3 – Warunki dla świadczeniodawców – świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej). Użytkowane obiekty były utrzymywane w należytych stanie technicznym i estetycznym, przystosowane zostały do korzystania przez osoby niepełnosprawne.

Przeprowadzone oględziny wykazały, że: [1] rodzaj i wielkość pomieszczeń, stopień ich przystosowania dla osób niepełnosprawnych oraz zaopatrzenie w sprzęt, były zgodne z umową (ofertą świadczeniodawcy), [2] świadczeń udzielano w jedno, dwu lub trzyosobowych salach chorych, wydzielono izolatki, [3] sale wieloosobowe wyposażono w parawany celem zapewnienia pacjentowi intymności, [4] zapewniono (stosownie do wymagań) niezbędną

liczbę sprzętu medycznego i pomocniczego, posiadającego ważne przeglądy techniczne, [5] na wyposażeniu znajdowały się m.in. łóżka szpitalne o regulowanej wysokości, materace i inny sprzęt przeciwoleżynowy, sprzęt ułatwiający pielęgnację (podnośniki, parawany, pasy ślizgowe), koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pompy infuzyjne, kule ortopedyczne, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, umożliwiające przemieszczanie się chorych, [6] sale chorych wyposażono standardowo w umywalkę, dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny, podajniki rękawiczek jednorazowego użytku, kubły do segregacji odpadów (zakaźne i pozostałe), stolik i szafę ubraniową.

Dwie na osiem skontrolowanych placówek leczniczych, nie prowadziły ksiąg obiektu budowlanego oraz nie przeprowadzały okresowych kontroli stanu technicznego budynków, wskutek czego naruszone zostały przepisy ustawy *Prawo budowlane*. Powyższe wskazuje również, że wypełnione zostały znamiona wykroczeń określonych w art. 93 pkt 8 i 9 ustawy *Prawo budowlane*.

- Dla budynku *Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ przy ul. Poświęckiej 8a we Wrocławiu* nie posiadano wymaganej przepisami art. 64 ust.1 ustawy *Prawo budowlane* książki obiektu budowlanego, stanowiącej dokument przeznaczony do zapisów przeprowadzanych w okresie użytkowania obiektu budowlanego badań i kontroli stanu technicznego, remontów i przebudowy. Nie udokumentowano przeprowadzenia w latach 2012–2014 (I półrocze) wymaganych ustawą *Prawo budowlane* okresowych kontroli stanu technicznego obiektu budowlanego *Hospicjum*. Przedstawiciel właściciela nieruchomości – Przeor Konwentu Bonifratrów we Wrocławiu – poinformował, iż książka obiektu budowlanego *Hospicjum* nie została mu przekazana przez jego poprzednika (funkcję przeora sprawuje od 24 stycznia 2014 r.) i nie jest w jej posiadaniu. W związku z trwającymi pracami budowlanymi, budynek nie podlegał planowej, regularnej kontroli stanu technicznego. Badania kontrolne poszczególnych instalacji budynku zostaną wykonane do końca 2014 r.
- W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu kontrolę pięcioletnią i kontrolę roczną obiektu Poradni przeprowadzono nieterminowo. I tak: kontrolę pięcioletnią<sup>24</sup> przeprowadzono w sierpniu 2013 r., tj. ze zwłoką ośmiu miesięcy, zaś kontrolę roczną<sup>25</sup> przeprowadzono w sierpniu 2013 r., tj. ze zwłoką jednego miesiąca. Kontrole stanu technicznego urządzeń przeciwpożarowych obiektu Poradni (gaśnice, hydranty wewnętrzne i zawory hydrantowe) zostały przeprowadzone ze zwłoką jednego miesiąca w 2013 r.<sup>26</sup> oraz dwóch miesięcy w I półroczu 2014 r.<sup>27</sup>, co naruszało wymagania zawarte w § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów<sup>28</sup>, nakazującego dokonanie sprawdzenia stanu technicznego tych urządzeń nie rzadziej niż raz w roku. Prezes Zarządu NZOZ oraz Kierownik Poradni wyjaśnili, że zwłoka w dokonywaniu kontroli okresowych budynku oraz kontroli sprawdzenia stanu technicznego urządzeń przeciwpożarowych wynika z przeoczenia wymaganych terminów przeprowadzenia tych kontroli.

### 3.2.3. Sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej, z uwzględnieniem dostępności pacjentów do tych świadczeń

W skontrolowanych placówkach leczniczych należycie sprawowana była opieka nad pacjentami objętymi świadczeniami w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba zatrudnionych pracowników oraz ich kwalifikacje pozwalały na zapewnienie pacjentom właściwej opieki

<sup>24</sup> Obejmującą sprawdzenie stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektu budowlanego, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia (art. 62 ust. 1 pkt 2 ustawy *Prawo budowlane*).

<sup>25</sup> Obejmujące sprawdzenie stanu technicznego elementów budynku narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu (art. 62 ust. 1 pkt 1a ustawy *Prawo budowlane*).

<sup>26</sup> Kontrolę urządzeń przeciwpożarowych przeprowadzono w marcu 2013 r. w sytuacji, gdy poprzednio sprawdzenia stanu technicznego tych urządzeń dokonano w lutym 2012 r.

<sup>27</sup> Kontrolę urządzeń przeciwpożarowych przeprowadzono w maju 2014 r. w sytuacji, gdy poprzednio sprawdzenia stanu technicznego tych urządzeń dokonano w marcu 2013 r.

<sup>28</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 109, poz. 719.



medycznej i psychologicznej. Na koniec 2012 r. skontrolowane placówki lecznicze zatrudniały 249 osób, w tym 49 lekarzy i 155 pielęgniarek, na koniec 2013 r. – 251 osób, w tym 47 lekarzy i 156 pielęgniarek, a na koniec I półrocza 2014 r. – 240 osób, w tym 49 lekarzy i 143 pielęgniarki.

**W warunkach stacjonarnych** (oddziały medycyny paliatywnej oraz hospicja stacjonarne) świadczeń medycznych udzielała wystarczająca liczba zatrudnionych pracowników<sup>29</sup>, stosownie do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zapewniony został całodobowy dostęp pacjentów do świadczeń (przez siedem dni w tygodniu).

**W hospicjach domowych** świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej odbywały się zgodnie z wymogami pkt 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz zgodnie z wymaganiami pkt 2.2. załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2011/DSOZ z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, tj. wizyty lekarskie odbywały się dwa razy w miesiącu, zaś wizyty pielęgniarskie dwa razy w tygodniu. Wystarczająca była także liczba zatrudnionych pracowników wykonujących świadczenia w warunkach domowych<sup>30</sup>. Potwierdzeniem realizacji świadczenia był podpis pacjenta lub opiekuna na tzw. „karcie wizyty w domu chorego”, gdzie odnotowywano datę wizyty lekarza lub pielęgniarki.

**Świadczenia ambulatoryjne** (poradnie medycyny paliatywnej) również odbywały się zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. czynne były co najmniej trzy dni w tygodniu po dwie i pół godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godz. 18,00. Udzielane świadczenia obejmowały nie więcej niż dwie porady lub wizyty w tygodniu w domu świadczeniobiorcy.

W jednym przypadku na osiem skontrolowanych placówek leczniczych stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niepoinformowaniu DOW NFZ o zaistniałych zmianach, co do liczby zatrudnionego personelu medycznego, zajmującego się wykonywaniem świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Obowiązek taki wynikał z § 2 ust. 8 i 9 umowy z DOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna, nakazującym bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.

- Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu nie zaktualizowało, za pomocą udostępnionych przez NFZ aplikacji informatycznych, danych dotyczących liczby zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek: [1] lekarza zatrudnionego w 2012 r., lekarza zatrudnionego od maja 2012 r. do października 2012 r. oraz lekarza zatrudnionego od marca 2014 r. do czerwca 2014 r., [2] psychologa zatrudnionego w lipcu 2012 r. i sierpniu 2012 r., [3] dwóch pielęgniarek zatrudnionych w listopadzie 2012 r. i grudniu 2012 r., pielęgniarki zatrudnionej od kwietnia 2012 r. do grudnia 2012 r., pielęgniarki zatrudnionej w listopadzie 2013 r. i grudniu 2013 r., trzech pielęgniarek zatrudnionych od stycznia 2013 r. do grudnia 2013 r. oraz sześciu pielęgniarek zatrudnionych w 2014 r. Osobą odpowiedzialną za nieaktualizowanie danych w przedmiotowym zakresie był kierownik ds. administracyjnych. Dyrektor Hospicjum w złożonych wyjaśnieniach podał, że wykazane niezgodności zostaną niezwłocznie wyeliminowane.

W latach 2012–2014 (I półrocze) wszystkie skontrolowane placówki lecznicze przyjęły ogółem 15 884 pacjentów, z tego w 2012 r. – 6 252 pacjentów, w 2013 r. – 6 452 i w I półroczu 2014 r. – 3 180 pacjentów. Zauważyć przy tym należy, że liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej nie jest tożsama z rzeczywistą liczbą chorych, gdyż jeden pacjent może korzystać w danym roku z różnych form świadczeń, jak na przykład w oddziale medycyny paliatywnej, w poradni i hospicjum. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń

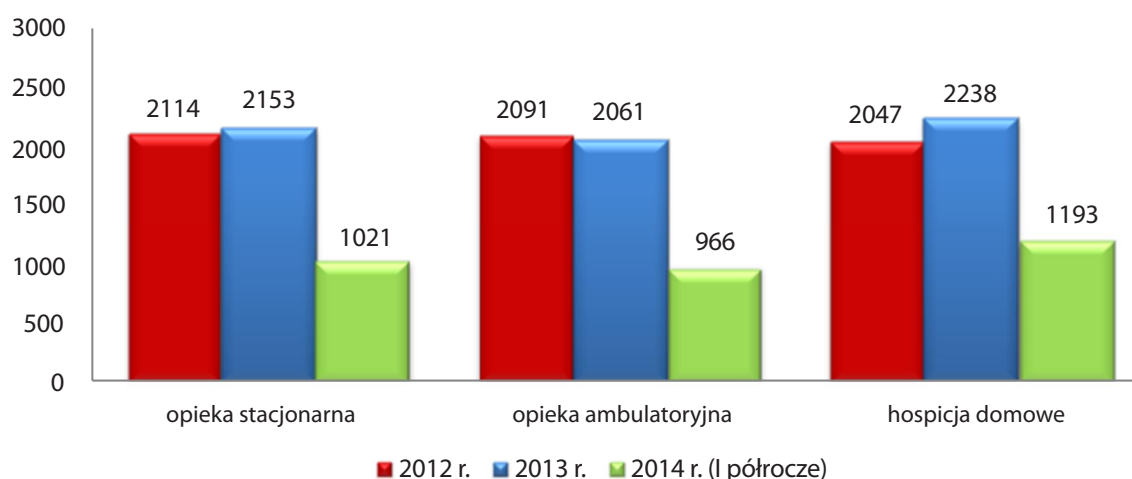
<sup>29</sup> Lekarzy – równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek, psychologów – równoważnik ½ etatu na 20 łóżek,

<sup>30</sup> Lekarzy – równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców, pielęgniarek – równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców, psychologów – równoważnik ½ etatu na 30 świadczeniobiorców.

w zakresie opieki stacjonarnej (hospicja stacjonarne i/lub oddziały medycyny paliatywnej) wyniosła w badanym okresie 5 288 osób, w warunkach domowych (hospicja domowe) – 5 478 osób, a w warunkach ambulatoryjnych (poradnie medycyny paliatywnej) – 5 118 osób. Liczbę pacjentów w poszczególnych latach badanego okresu przedstawia wykres nr 3.

Wykres nr 3

Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Z przedstawionego wykresu wynika, że liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w skontrolowanych ośmiu placówkach leczniczych w poszczególnych okresach nie uległa istotnym zmianom i średnio rocznie wynosiła 6 355 osób. Liczbę pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną przez poszczególne skontrolowane placówki lecznicze przedstawiono w załączniku nr 5.4. do Informacji.

Siedem<sup>31</sup> spośród ośmiu skontrolowanych placówek leczniczych świadczyło usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej m.in. w warunkach stacjonarnych, tj. w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych. Dysponowały one w badanym okresie średnio 124 łózkami<sup>32</sup>, których stopień wykorzystania był zróżnicowany i wynosił od 67,3% w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach w 2012 r. do 100,0% w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej – RIAD EL ZEIN w Będkowie w 2013 r., przy czym w trzech placówkach<sup>33</sup> wskaźnik wykorzystania łóżek był niższy od zaleconego przez Ministerstwo Zdrowia, który określony został na poziomie od 80% do 85%. Niski stopień wykorzystania łóżek, poniżej zalecanego przez Ministerstwo Zdrowia, wynikał z niewłaściwego rozpoznania potrzeb występujących na danym terenie, zarówno przez świadczeniodawców usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, jak i przez DOW NFZ na etapie zawierania kontraktów.

Stopień wykorzystania łóżek przez siedem skontrolowanych placówek leczniczych (prowadzących opiekę stacjonarną) w poszczególnych latach badanego okresu przedstawiono w załączniku nr 5.5. do Informacji.

<sup>31</sup> Z wyjątkiem Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego we Wrocławiu.

<sup>32</sup> W 2012 r. – 116 łóżek, w 2013 r. – 125 łóżek, w I półroczu 2014 r. – 131 łóżek.

<sup>33</sup> W Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach, w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej oraz w Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego we Wrocławiu.

W pięciu z siedmiu skontrolowanych placówek leczniczych różny był czas oczekiwania pacjentów na świadczenia w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych. Najdłuższy czas oczekiwania wystąpił w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy, gdzie wynosił 44 dni. Tak długi czas oczekiwania pacjenta na świadczenie medyczne nie może być akceptowalny, z uwagi na fakt, że pacjent z chorobą nowotworową, znajduje się z reguły w ostatniej fazie swojego życia i uniemożliwienie w tym okresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w ocenie NIK jest niemoralne. Tylko w dwóch<sup>34</sup> placówkach pacjenci przyjmowani byli na bieżąco. Na dzień 30 czerwca 2014 r. na opiekę tę oczekiwało 767 pacjentów.

- *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy przyjął w badanym okresie łącznie 837 pacjentów. Czas oczekiwania pacjentów na podjęcie opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniósł: od pięciu do 27 dni<sup>35</sup> (Oddział Medycyny Paliatywnej) oraz od 0 do 44 dni<sup>36</sup> (Hospicjum Domowe).*
- *Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu przyjęło w kontrolowanym okresie 478 pacjentów, z tego 255 pacjentów (53,3%) w terminie od 0 dni do 7 dni, 114 pacjentów (23,9%) – od ośmiu dni do 14 dni, 76 pacjentów (15,9%) – od 15 dni do 30 dni, zaś 33 pacjentów (6,9%) – powyżej 30 dni. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do Hospicjum wynosił odpowiednio 18, 15 i 12 dni.*

DOW NFZ w ograniczonym stopniu monitorował dostępność do świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, o czym świadczy niepodjęcie w tym względzie wspólnych działań z organami jednostek samorządu terytorialnego oraz administracji państwowej, zajmujących się problematyką zdrowotną ludności w województwie dolnośląskim. Bieżące monitorowanie tych świadczeń odbywało się natomiast tylko poprzez analizę wskaźników finansowych m.in. w zakresie wielkości zrealizowanych świadczeń, wielkości ich nadwykonań oraz poziomu realizacji Planu Finansowego.

W czterech spośród ośmiu (50%) skontrolowanych placówek leczniczych stwierdzono nieprawidłowości polegające przede wszystkim na nierzetelnym prowadzeniu list pacjentów oczekujących na świadczenie i niedokonywaniu okresowych ocen tych list, co naruszało przepisy art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- *Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu nie przekazywało do DOW NFZ comiesięcznych informacji o liczbie pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz o średnim czasie oczekiwania pacjentów do Hospicjum Domowego za październik, listopad i grudzień 2013 r., co było niezgodne z przepisami art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a także postanowieniem określonym w § 5 załącznika nr 3 do Regulaminu organizacyjnego DCO z dnia 18 grudnia 2012 r. Odpowiedzialnym za sporządzanie i przekazywanie przedmiotowych informacji był kierownik działu dokumentacji medycznej w DCO, który podał w złożonych wyjaśnieniach, że przyczyną zaistniałej sytuacji było niedopatrzenie. Ponadto DCO nie dokonywało okresowych, co najmniej raz w miesiącu ocen list oczekujących na udzielenie świadczenia w Hospicjum Domowym za październik, listopad i grudzień 2013 r., wskutek czego naruszony został przepis art. 21 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a także postanowienia § 2 załącznika nr 3 do Regulaminu organizacyjnego DCO z dnia 18 grudnia 2012 r. Przyczyną tego stanu był fakt, że lista pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia dotyczyła tylko krótkiego okresu (trzy miesiące) i niewielkiej liczby pacjentów. Pomimo tego stanu zauważyć należy, że pacjenci w pozostałym badanym okresie przyjmowani byli do Poradni na bieżąco.*
- *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy przekazywał za styczeń, maj, czerwiec i wrzesień 2012 r. oraz za listopad 2013 r. do DOW NFZ nierzetelne dane o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdyż nie odzwierciedlały one danych z systemu informatycznego. Odpowiedzialnym za przekazywanie przedmiotowych danych był kierownik działu rozliczeń i statystyki medycznej, który wyjaśnił, że przyczyną tego były popełnione błędy przez pracowników, którzy z opóźnieniem wpisywali daty przyjęcia pacjenta na oddział medycyny paliatywnej.*

<sup>34</sup> W Specjalistycznym Centrum Medycznym S.A. w Polanicy Zdroju i Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach.

<sup>35</sup> Od pięciu do 12 dni w 2012 r., od sześciu do 27 dni w 2013 r., od sześciu do 21 dni w 2014 r.

<sup>36</sup> Od 0 do 11 dni w 2012 r., od trzech do 44 dni w 2013 r., od ośmiu do dziewięciu dni w 2014 r.



- W Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezapewnieniu przejrzystości zasad ustalających kolejność pacjentów do świadczeń medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Na przykładzie przyjęć pacjentów do oddziału medycyny paliatywnej w czerwcu 2012 r., w marcu 2013 r. i w maju 2014 r., ustalono, że pomimo iż 76 pacjentów oczekiwało na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej, 53 osoby przyjęto z poza listy oczekujących, bezpośrednio z innych oddziałów Szpitala. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Organizacyjnych, w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że pacjenci z oddziałów szpitalnych są kwalifikowani, jako przypadki pilne lub jako przypadki natychmiastowe. W ocenie NIK, założenie a priori, że każdy pacjent z oddziału szpitalnego nigdy nie jest przypadkiem stabilnym (zawsze pilnym lub nagłym) nie znajduje uzasadnienia. Przyjmowanie pacjentów hospitalizowanych na innych oddziałach, automatycznie poza kolejnością, było niezgodne z przyjętymi Standardami przyjęcia pacjentów do opieki paliatywnej, gdyż pacjenci zgłaszani przez inne oddziały szpitalne powinni być przyjmowani do oddziału medycyny paliatywnej „w pierwszej kolejności, ze względu na brak możliwości samodzielnej egzystencji w warunkach domowych”, a nie tylko z faktu samej hospitalizacji.
- W Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu ustalone nieprawidłowości w zakresie prowadzenia list oczekujących pacjentów na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego polegały na:
  - [1] niesporządzaniu pisemnych list pacjentów oczekujących na świadczenia. Za podstawę tworzenia listy przyjęto wprawdzie złożenie i zakwalifikowanie wniosków o świadczenie, lecz od czerwca 2013 r. na wnioskach tych nie wpisywano numerów wynikających z dat wpływu wniosków, co w konsekwencji uniemożliwiało ustalenie kolejności osób oczekujących na przedmiotowe świadczenia. Kierownik ds. administracyjnych wyjaśnił, że sytuacja taka zaistniała z uwagi na fakt, iż wnioski o przyjęcie do hospicjum przyjmowały różne osoby, w różnych częściach Hospicjum, stąd lista osób oczekujących odzwierciedlała wnioski, które przechowywano<sup>37</sup>;
  - [2] braku jednoznacznej kwalifikacji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dotyczyło to 849 z 1280 (66,3%) złożonych wniosków przez pacjentów oczekujących lub skreślonych<sup>38</sup> z listy oczekujących w latach 2012–2014 (I półrocze). Ponadto na 730 wnioskach nie było imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu (przyjmującej wniosek), tj. danych wymaganych przepisem art. 20 ust.2 pkt 3 lit. I ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Kierownik ds. administracyjnych w złożonych wyjaśnieniach podał, że w związku z brakiem w latach 2012–2013 regularnych wpisów lekarskich dotyczących kwalifikacji pacjentów, podjęte zostały działania naprawcze, co pozwoliło wyeliminować tę nieprawidłowość od początku 2014 r.;
  - [3] przyjęciu do Hospicjum 26 pacjentów, niewpisanych uprzednio na listę osób oczekujących a także przyjęciu pacjentów z pominięciem ustalonej zasady przyjęć, tj. według dat złożonych wniosków. Do Hospicjum przyjęto pacjentów, którzy złożyli wnioski w 2014 r. (bez statusu „pilnego pacjenta”), podczas gdy na przyjęcie oczekiwało 329 osób, które złożyły wcześniej wnioski (z tego 26 pacjentów złożyło wniosek w 2009 r.; 53 – w 2010 r.; 53 – w 2011 r.; 85 – w 2012 r.; 112 – w 2013 r.). Na wnioskach tych nie odnotowano, że z pacjentami tymi nawiązano kontakt w sprawie przyjęcia ich do Hospicjum. Kierownik ds. administracyjnych wyjaśnił, że w realizacji przyjęć pacjentów do Hospicjum starano się zachować zasadę umawiania pacjentów od „najstarszych” wpisów, jednakże z uwagi na brak transportu w dni wolne od pracy występowały przypadki przyjmowania pacjentów do Hospicjum poza kolejnością w sytuacji, gdy transport pacjenta odbywał się za pomocą środków transportu niezależnych od Hospicjum. Kierownik ds. administracyjnych podał także, że lista ta zostanie uaktualniona w oparciu o funkcjonujący system informatyczny [4] odnotowywaniu w prowadzonej w wersji elektronicznej liście pacjentów oczekujących na świadczenie niewłaściwej daty, tj. wprowadzano datę złożenia wniosku przez pacjenta lub osobę uprawnioną wynikającą z karty zgłoszeniowej, zamiast daty dokonania wpisu pacjenta na listę oczekujących. Ponadto nie wpisywano przewidywanego terminu udzielenia świadczenia na zaakceptowanym przez lekarza wniosku, stanowiącym podstawę zapisów elektronicznych. Od czerwca 2013 r. nie wpisywano na kartach zgłoszeniowych kolejnego numeru wpisu. Kierownik ds. administracyjnych w złożonych wyjaśnieniach podał, że data planowanego przyjęcia jest prowadzona w systemie elektronicznym na zasadach przyjęcia „planowe” oraz, że wnioski pacjentów oczekujących wraz ze zwiększeniem liczby zgłoszeń zaczęło przyjmować wiele wyznaczonych osób, w poszczególnych częściach hospicjum, dlatego też osoba wypełniająca nie знаła poprzedniego nr wniosku. NIK nie podziela takiego wyjaśnienia uznając, że lista oczekujących pacjentów na świadczenia medyczne powinna zawierać m.in. rzeczywistą datę oraz numer wniosku. Powyższe działania jednostki świadczą, w ocenie NIK, że kwestie związane z prowadzeniem list pacjentów oczekujących nie zostały w Hospicjum jednoznacznie uregulowane.;
  - [5] nierzetelnym przekazywaniu do DOW NFZ danych o liczbie pacjentów oczekujących na przyjęcie do Hospicjum. I tak: (a) 26 pacjentów oczekujących na świadczenie nie zarejestrowano w systemie, mimo ich oczekiwania na świadczenie; (b) w odniesieniu do 16 pacjentów nie dokonano aktualizacji zarejestrowania ich w systemie

<sup>37</sup> Wnioski segregowano wg daty i godziny wpisu.

<sup>38</sup> Z uwagi na zrealizowanie świadczenia bądź zrezygnowanie ze świadczenia.

informatycznym. Na dzień 30 czerwca 2014 r. byli oni widoczni, jako oczekujący na świadczenie, podczas gdy na kartach zgłoszeniowych odnotowano nieaktualność ich zgłoszenia (cztery przypadki) bądź realizację świadczenia (12 przypadków); (c) w przypadku 329 osób oczekujących na przyjęcie do Hospicjum, które złożyło wnioski w latach 2009–2013 nie dokonano ich zweryfikowania pod kątem ich aktualności, co przy stanie choroby oczekujących na świadczenie w Hospicjum, poddaje w wątpliwość aktualność listy oczekujących. Kierownik ds. administracyjnych w złożonych wyjaśnieniach podał, że wykazane przez kontrolę NIK zgłoszenia nie zawierały adnotacji o nieaktualności zgłoszenia, mimo że kontakt z osobami wskazanymi na zgłoszeniu został nawiązany. NIK zauważyła jednak, że na okoliczność wykonanych kontaktów nie sporządzono żadnych notatek, nie dokonano także żadnej adnotacji w dokumentacji medycznej. Ponadto kierownik ds. administracyjnych wyjaśnił, że wykazane osoby nie zostały dotychczas wykreślone z listy oczekujących omyłkowo w wyniku natłoku obowiązków. Zdaniem NIK, uaktualnienie listy pacjentów oczekujących będzie w zasadzie niemożliwe z uwagi na niesporządzanie adnotacji o nawiązaniu uprzednio kontaktu z pacjentem.

We wszystkich ośmiu skontrolowanych placówkach leczniczych przestrzegane były prawa pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną, pomimo nieprawidłowości związanych z kwalifikacją pacjentów oczekujących na przedmiotowe świadczenia i sporządzaniem list osób oczekujących. Pacjentom zapewniono bowiem m.in. [1] dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia; [2] zachowanie w tajemnicy przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych informacji o stanie zdrowia pacjenta; [3] poszanowanie intymności i godności pacjenta (pacjent znajdujący się w stanie terminalnym miał prawo do świadczeń medycznych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień); [4] dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń; [5] poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego, opiekę duszpasterską.

- W Hospicjum Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wałbrzychu powołano Pełnomocnika Praw Pacjenta, badał on m.in. poziom satysfakcji pacjentów z otrzymanej usługi medycznej w Hospicjum na podstawie anonimowych ankiet<sup>39</sup>. W badanym okresie pacjenci (lub ich opiekunowie) wypełnili łącznie 43 takie ankiety, oceniając pozytywnie poziom świadczonych usług opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- W Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze z zakresu przestrzegania praw pacjenta zostały zorganizowane przez Pełnomocnika ds. Pacjentów trzy szkolenia, w których udział wzięli m.in. pracownicy udzielający świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Od stycznia 2014 r. wdrożono 20 standardów akredytacyjnych w zakresie realizacji praw pacjenta, w tym standard: „Opieka nad pacjentami w stanach terminalnych”, „Opieka nad pacjentem przez osoby bliskie” oraz „Zasady odwiedzin osób hospitalizowanych”. Prawo do opieki duszpasterskiej było realizowane poprzez stosowanie procedury akredytacyjnej „Informacja o możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej”, która obejmowała listę parafii wraz z numerem telefonu. Informację o prawach pacjenta umieszczono w miejscach ogólnie dostępnych, w formie papierowej oraz na stronie internetowej Centrum Szpitalnego. Zdaniem NIK, taka forma sprawowania opieki nad pacjentami może być uznana za właściwą i jest dobrą praktyką.

### 3.2.4. Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej

DOW NFZ na podstawie wytycznych przekazywanych przez Centralę NFZ sporządzał projekty Planu Finansowego na dany rok, który po zaopiniowaniu przez Radę DOW NFZ (we wszystkich latach zaopiniowany pozytywnie) przekazywany był do Centrali NFZ. Ze względu na brak modyfikacji zasad kontraktacji obowiązujących w tym rodzaju świadczeń w kolejnych latach, stosownie do wytycznych Centrali NFZ, podstawą planowania wysokości kosztów na kolejny rok był poziom realizacji świadczeń w roku poprzednim. W wytycznych nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, co w ocenie NIK, nie może być tolerowane i akceptowane, zważywszy na zmieniające się w czasie uwarunkowania dotyczące zaspokojenia potrzeb pacjentów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podkreślić ponadto należy, że nawet ceny jednostki rozliczeniowej takiej opieki na poszczególne lata nie były

<sup>39</sup> Badaniem ankietowym objęto zagadnienia związane przyjęciem i pobytem w Hospicjum (ocena pracy personelu, wyposażenia, posiłków).

urealniane, chociażby o wskaźnik inflacji<sup>40</sup>. DOW NFZ przyjął wartość jednostek rozliczeniowych w okresie objętym kontrolą na poziomie odpowiednio: [1] porada w poradni medycyny paliatywnej – 36,80 zł., [2] świadczenia w hospicjum domowym – 47,25 zł (osobodzień), [3] świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci – 87,00 zł (osobodzień), [4] świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – 200,00 zł (osobodzień).

- *DOW NFZ nie prowadził szczegółowych analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, do czego obligował przepis art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dyrektor DOW NFZ w złożonych wyjaśnieniach podała m.in., że wysokość jednostek rozliczeniowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wynikała z możliwości DOW NFZ, określonych przez Plan Finansowy i planowaną do zakupu ilość jednostek rozliczeniowych. Kalkulując cenę jednostki rozliczeniowej analizowano również poziom cen w pozostałych oddziałach wojewódzkich NFZ. Przyjęta procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń wymagała sporządzenia raportu dotyczącego realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok sporządzania planu, z uwzględnieniem: migracji ubezpieczonych, poziomu cen, wskaźników dostępności (w tym realizację świadczeń w odniesieniu do populacji, kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia). Należy zaznaczyć, że wg danych populacyjnych, wzrastała liczba ubezpieczonych korzystających z opieki paliatywnej. Zatem realizacja celu polegającego na zabezpieczeniu dostępności do świadczeń na poziomie wyższym lub nie mniejszym niż w latach poprzednich, przy ograniczonych możliwościach finansowych wynikających z Planu Finansowego, nie dawała swobody korygowania w górę ceny jednostki rozliczeniowej adekwatnie do wskaźnika inflacji.*

DOW NFZ we Wrocławiu w 2013 r. dokonał zwiększenia w porównaniu do 2012 r. środków finansowych na opiekę paliatywną i hospicyjną o 2 407,3 tys. zł, tj. o 8,9%, ale następnie na 2014 r. nastąpiło zmniejszenie tych środków o 1 671,9 tys. zł, tj. o 5,7% w porównaniu do 2013 r., co w ocenie NIK, było w świetle występujących potrzeb na te świadczenia, niezasadne. Wynikało to z faktu, że DOW NFZ dysponował w poszczególnych latach badanego okresu określoną wielkością środków finansowych przewidzianych na opiekę paliatywną i hospicyjną. W miarę posiadanych środków finansowych DOW NFZ z końcem każdego roku dokonywał korekt pierwotnie ustalonych planów finansowych. W każdym bowiem roku nastąpiło przekroczenie wartości wykonanych świadczeń, ustalonej w podpisanych umowach ze świadczeniodawcami przedmiotowych usług medycznych. Zauważyć przy tym należy, że DOW NFZ nie w pełni sfinansował nawet wielkości usług przewidzianych w umowach. W 2012 r. DOW NFZ zawarł z 28 placówkami leczniczymi umowy o świadczenie usług w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna opiewające na kwotę 27 018,8 tys. zł (po uwzględnieniu zawartych aneksów i ugód ze świadczeniobiorcami), które sfinansował w wysokości 26 605,3 tys. zł, tj. 98,5% zawartych kontraktów. W 2013 r. DOW NFZ zawarł umowy o świadczenie usług na kwotę 29 426,1 tys. zł, które sfinansował w wysokości 28 878,0 tys. zł, tj. 98,1% zawartych kontraktów. W 2014 r. wartość zawartych kontraktów wynosiła 27 754,2 tys. zł, natomiast na koniec I półrocza 2014 r. wartość sfinansowanych świadczeń wyniosła 11 158,6 tys. zł, tj. 40,2%. Łącznie w latach 2012–2014 (I półrocze) DOW NFZ podpisał umowy na kwotę 70 322,0 tys. zł, natomiast świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej sfinansował w wysokości 66 641,9 tys. zł., tj. 94,8%. W rezultacie dochodziło do sytuacji, w której placówki lecznicze realizujące świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przekraczały limity świadczeń określone w umowach. Udzielały tym samym pacjentom stosownej opieki nie mając gwarancji, że za usługi te otrzymają należne wynagrodzenie z DOW NFZ. Podkreślić przy tym należy, że każdy pacjent ma ustawowo zagwarantowany bezpłatny dostęp do tych usług. Ponadto w kontraktach z NFZ znajdowały się postanowienia, że jednostka opieki paliatywno-hospicyjnej musi przyjąć każdego kwalifikującego się pacjenta lub wskazać innego świadczeniodawcę. W ocenie

<sup>40</sup> Wg. danych GUS wskaźnik inflacji w 2012 r. wynosił 3,7%, w 2013 r. – 0,9% i w I półroczu 2014 r. – 0,3%.

NIK, przy zbyt małej ilości zakontraktowanych świadczeń było to niemożliwe, a tworzenie kolejki chorych będących u schyłku życia było niewłaściwe z punktu widzenia moralnego.

W badanym okresie wartość wykonanych świadczeń ponad wartości tych świadczeń określonych w umowach z placówkami zajmującymi się opieką paliatywną i hospicyjną na terenie województwa dolnośląskiego wyniosła 5,2 mln zł., tj. 7,8% wartości sfinansowanych świadczeń, w tym w 2012 r. – 2,1 mln zł (7,9%), w 2013 r. – 1,1 mln zł (3,8%) i w I półroczu 2014 r. – 2,0 mln zł (17,9%).

Kwoty kontraktów zawartych z placówkami leczniczymi świadczącymi opiekę paliatywną i hospicyjną w przeliczeniu na jednego mieszkańca były zróżnicowane w poszczególnych obszarach kontraktowania na terenie województwa dolnośląskiego. Odnośnie zróżnicowania kwot kontraktów przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych obszarach kontraktowania, dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że kształtowanie średnich nakładów na mieszkańców w poszczególnych zakresach i obszarach kontraktowania w latach 2012–2014 uwarunkowane były głównie poziomem realizacji świadczeń w poprzednich latach. Poziom realizacji związany był m.in. z potencjałem wykonawczym, jak i funkcjonującą bazą na danym terenie. Ważnym czynnikiem mającym wpływ na poziom finansowania poradni medycyny paliatywnej w regionie wrocławskim była jej lokalizacja przy Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, z której świadczeń korzystają pacjenci z całego województwa. Dyrektor dodała także, że nakłady na poszczególne obszary kontraktowania nie odzwierciedlały rzeczywistych kosztów poniesionych w tym rodzaju świadczeń na rzecz mieszkańców zamieszkałych na danym obszarze, bowiem pacjenci nie zawsze poddawani byli terapii w macierzystej placówce. Zmiany jakie DOW NFZ dokonał w kontraktowaniu świadczeń w analizowanym okresie, mające na celu wyrównanie nakładów pomiędzy poszczególnymi obszarami kontraktowania dotyczyły stacjonarnej opieki hospicyjnej. W tym celu w 2013 r. DOW NFZ podjął decyzję o zmianie obszaru kontraktowania z województwa na regiony obejmujące grupę powiatów oraz o zwiększeniu finansowania regionu wrocławskiego.

- W 2012 r. wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,07 zł, w regionie wałbrzyskim – 0,06 zł, w regionie legnickim – 0,13 zł, natomiast w regionie wrocławskim – 0,15 zł. Wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 7,28 zł, w regionie wałbrzyskim – 2,31 zł, w regionie jeleniogórskim – 2,16 zł, a w regionie legnickim – 1,16 zł, natomiast w ramach produktu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym wartość świadczenia rozliczona została bez rozbicia na poszczególne regiony i wynosiła 4,61 zł.
- W 2013 r. (według ostatecznej wartości kontraktów) wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,06 zł, w regionie wałbrzyskim – 0,05 zł, w regionie legnickim – 0,12 zł, natomiast w regionie wrocławskim – 0,13 zł. Wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 7,73 zł, w regionie wałbrzyskim – 2,52 zł, w regionie jeleniogórskim – 3,34 zł, a w regionie legnickim – 1,33 zł, natomiast w ramach produktu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym kwota ta w regionie wrocławskim wynosiła 3,71 zł, w regionie wałbrzyskim – 6,17 zł, w regionie legnickim – 4,18 zł, w regionie jeleniogórskim – 7,35 zł.
- W I półroczu 2014 r. wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,07 zł, w regionie wałbrzyskim – 0,05 zł, w regionie legnickim – 0,12 zł, natomiast w regionie wrocławskim – 0,13 zł. Wartość świadczenia przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 6,96 zł, w regionie wałbrzyskim – 2,31 zł, w regionie jeleniogórskim – 3,52 zł, a w regionie legnickim – 1,43 zł, natomiast w ramach produktu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym kwota ta w regionie wrocławskim wynosiła 3,72 zł, w regionie wałbrzyskim – 5,94 zł, w regionie legnickim – 3,98 zł, w regionie jeleniogórskim – 6,62 zł.

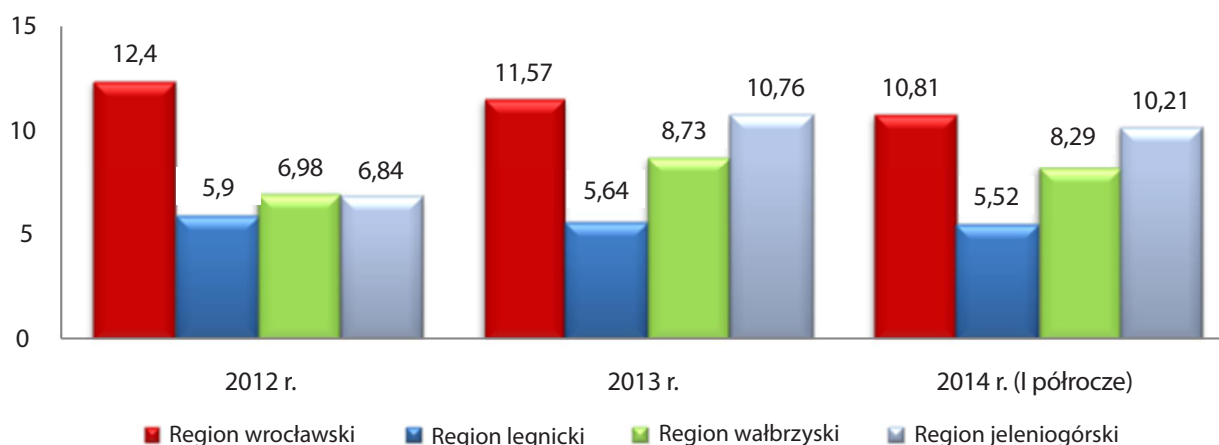


Wartość świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przypadająca na jednego mieszkańca ogółem była również zróżnicowana w poszczególnych obszarach kontraktowania: w 2012 r. kwota przypadająca na jednego mieszkańca w regionie wrocławskim wynosiła 12,04 zł, w regionie wałbrzyskim – 6,98 zł, w regionie legnickim – 5,90 zł, a w regionie jeleniogórskim – 6,84 zł; w 2013 r. kwota przypadająca na jednego mieszkańca w regionie wrocławskim wynosiła 11,57 zł, w regionie wałbrzyskim – 8,73 zł, w regionie legnickim – 5,64 zł, a w regionie jeleniogórskim – 10,76 zł; w I półroczu 2014 r. kwota przypadająca na jednego mieszkańca w regionie wrocławskim wynosiła 10,81 zł, w regionie wałbrzyskim – 8,29 zł, w regionie legnickim – 5,52 zł, a w regionie jeleniogórskim – 10,21 zł. Przyczyny zróżnicowania wartości świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przypadająca na jednego mieszkańca regionu wynikały – jak już wcześniej podano – z różnych względów, przede wszystkim uwarunkowane były poziomem realizacji świadczeń oraz nierównomiernym rozmieszczeniem placówek leczniczych na terenie poszczególnych regionów województwa dolnośląskiego.

Wartość świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przypadająca na jednego mieszkańca poszczególnych regionów województwa dolnośląskiego przedstawia wykres nr 4.

Wykres nr 4

Wartość świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej przypadająca na jednego mieszkańca województwa dolnośląskiego (w zł)



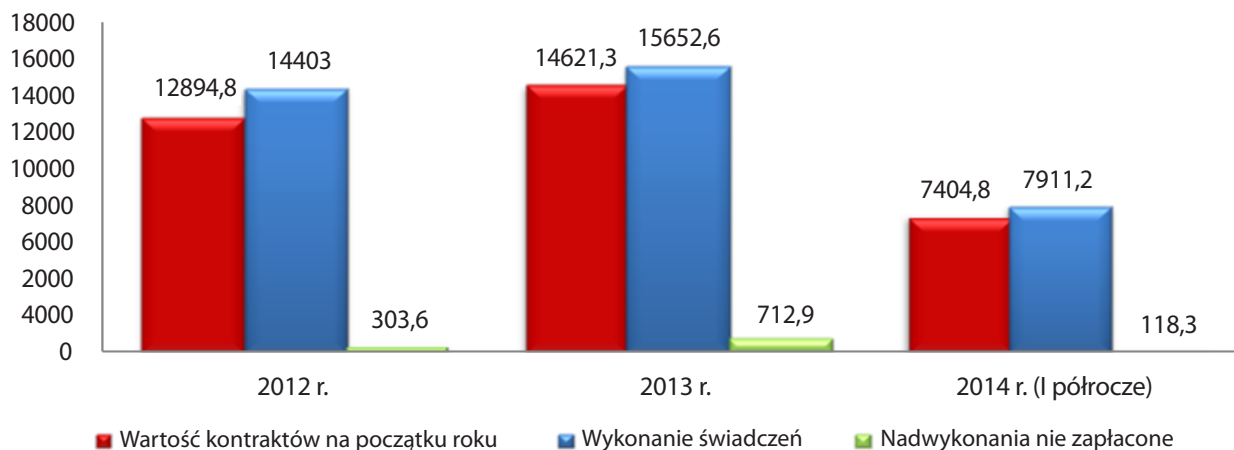
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

W latach 2012–2014 (I półrocze) wszystkie (osiem) skontrolowane placówki lecznicze podpisały z DOW NFZ umowy o świadczenia usług w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna opiewające na kwotę 34 920,9 tys. zł, tj. 49,8% wszystkich środków ujętych w umowach z 28 placówkami leczniczymi realizującymi w badanym okresie przedmiotowe świadczenia na terenie województwa dolnośląskiego. Łączna wartość sfinansowanych świadczeń wyniosła 37 966,8 tys. zł, tj. więcej o 3 045,9 tys. zł (o 8,7%) od wartości świadczeń wynikającej z zawartych pierwotnych umów ze skontrolowanymi placówkami, z tego w 2012 r. – 14 403,0 tys. zł, tj. więcej o 1 508,2 tys. zł (o 11,7%); w 2013 r. – 15 652,6 tys. zł, tj. więcej o 1 031,3 tys. zł (o 7,1%) i w I półroczu 2014 r. – 7 911,2 tys. zł, tj. więcej o 506,4 tys. zł (o 6,8%). Ponadto skontrolowane jednostki wykonały świadczenia ponad ich wartość określoną w umowach, a które to świadczenia nie zostały sfinansowane przez DOW NFZ. W badanym okresie łączna wartość wykonania takich świadczeń wyniosła 1 134,8 tys. zł (tj. 3,0% sfinansowanych świadczeń), z tego w 2012 r. – 303,6 tys. zł (2,1%), w 2013 r. – 712,9 tys. zł (4,6%) i w I półroczu 2014 r. – 118,3 tys. zł (1,5%).

Finansowanie świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w ośmiu skontrolowanych placówkach leczniczych w poszczególnych latach badanego okresu przedstawia wykres nr 5.

Wykres nr 5

Finansowanie świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

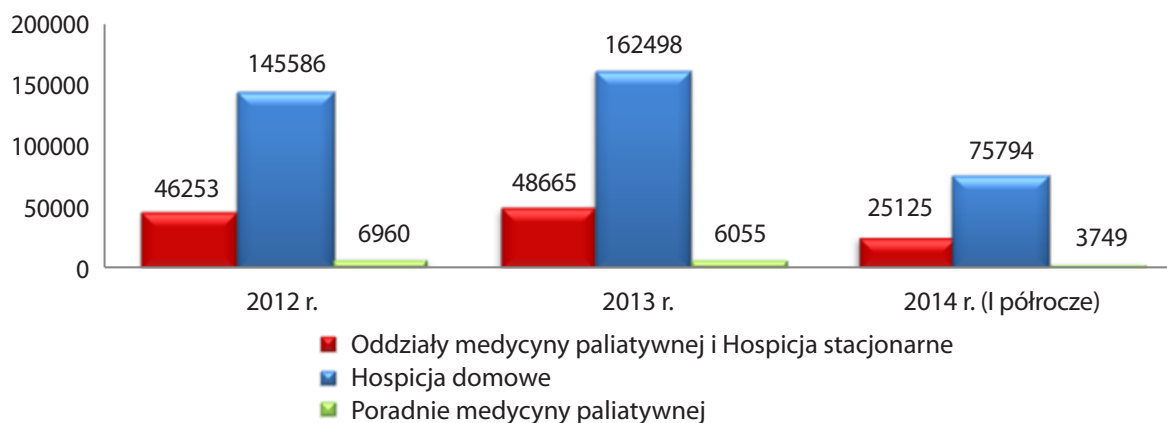
Skontrolowane placówki lecznicze udzieliły w badanym okresie ogółem 520 685 świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na jednostki rozliczeniowe z DOW NFZ, z tego w 2012 r. – 198 799 świadczeń, w 2013 r. – 217 218 świadczeń i w I półroczu 2014 r. – 104 668 świadczeń. Najwięcej świadczeń skontrolowane placówki lecznicze udzieliły w warunkach hospicjów domowych, w których liczba świadczeń wyniosła 383 878 (73,7%) w przeliczeniu na jednostki rozliczeniowe.

- W 2012 r. wykonano ogółem 198 799 porad/osobodni, z tego 6 960 porady w ambulatoriach, 145 586 osobodni w domowych hospicjach oraz 45 253 osobodni w hospicjach stacjonarnych. W 2013 r. zrealizowano 217 218 porad/osobodni, z tego 6 055 porad w poradniach medycyny paliatywnej, 162 498 osobodni w hospicjach domowych oraz 48 665 osobodni w hospicjach stacjonarnych. W I półroczu 2014 r. zrealizowano 104 668 porad/osobodni, z tego 3 749 porad, 75 794 osobodni w hospicjach domowych oraz 25 125 osobodni stacjonarnych.

Strukturę i liczbę udzielonych świadczeń w ośmiu skontrolowanych placówkach leczniczych realizujących opiekę paliatywną i hospicyjną przedstawia wykres nr 6.

Wykres nr 6

Struktura i liczba wykonanych świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej (w jednostkach rozliczeniowych)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Z przedstawionego wykresu wynika, że w latach 2012–2013 największy wzrost świadczeń w przeliczeniu na jednostki rozliczeniowe wystąpił w hospicjach domowych ze 145 586 osobodni do 162 498 osobodni, tj. o 11,6%, a zmniejszenie się liczby odnotowano w poradniach medycyny paliatywnej z 6 960 porad do 6 055 porad, tj. o 13,0%. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawiono w załączniku 5.6. do niniejszej Informacji.

W dwóch spośród ośmiu skontrolowanych placówek leczniczych wystąpiły nieprawidłowości dotyczące prowadzonej gospodarki finansowej i rozliczeń z DOW NFZ w zakresie nieterminowego przekazywania faktur do rozliczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia.

- *W Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu w procesie rozliczenia umów zawartych z DOW NFZ, dziesięć faktur opiewających na łączną kwotę 514,9 tys. zł zostało przesłanych po upływie 10 dni, co było niezgodne z postanowieniami § 12 pkt 3 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2011/DSOZ. Osobą odpowiedzialną za te opóźnienia był kierownik ds. administracyjnych, który wyjaśnił, iż przyczynami opóźnień było: nieterminowe otrzymanie dokumentów rozliczeniowych od lekarzy (sześć przypadków), nieudokumentowane problemy techniczne uniemożliwiające wygenerowanie pliku rozliczeniowego (jeden przypadek), polecenie ustne Dyrektora obligujące do przekazywania faktur na jego e-mail, który następnie osobiście przekazywał faktury do NFZ (trzy przypadki). Zdaniem NIK, taki stan rzeczy świadczy o tym, że w Hospicjum nie było jednoznacznych uregulowań odnośnie przekazywania faktur do DOW NFZ, co uniemożliwiało egzekwowanie terminowego przekazywania dokumentów finansowych od osób je wytwarzających.*
- *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy przesłał do DOW NFZ 19 faktur opiewających na łączną kwotę 967,8 tys. zł po upływie terminu 10 dni, o którym mowa w § 12 pkt 3 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2011/DSOZ. Ponadto na sześciu fakturach, na łączną kwotę 259,5 tys. zł nie odnotowano terminu ich przekazania do DOW NFZ. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że powodem tego było: błędne wprowadzenie ich do systemu informatycznego, dokonanie ponownej weryfikacji faktur oraz błędne wpisanie podstawy ubezpieczenia jednego z pacjentów.*

### 3.2.5. Sprawowanie nadzoru i kontroli nad funkcjonowaniem opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz załatwianie skarg i wniosków dotyczących prowadzenia tej opieki

3.2.5.1. Sprawowanie nadzoru i kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiło niewielką część całego zakresu usług medycznych świadczonych przez skontrolowane podmioty. Kwestie kontroli i nadzoru nad tymi zagadnieniami, w ocenie NIK, były potraktowane marginalnie. Powyższe potwierdza niewielka liczba przeprowadzonych kontroli, zarówno przez organ tworzący podmioty zajmujących się m.in. opieką paliatywną (Samorząd Województwa Dolnośląskiego), organ rejestrujący te podmioty (Wojewoda Dolnośląski), jak i przez organ finansujący przedmiotowe świadczenia (DOW NFZ).

- *DOW NFZ w planie kontroli na 2012 r. przewidział przeprowadzenie dwóch kontroli dotyczących realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, których ostatecznie nie przeprowadzono. W planach kontroli na lata 2013–2014 w ogóle nie przewidziano przeprowadzenia kontroli podmiotów świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną. Jediną kontrolą, którą przeprowadził DOW NFZ w 2013 r. była kontrola koordynowana przez Centralę NFZ w zakresie m.in. opieki paliatywnej i hospicyjnej w Regionalnym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie. W ocenie NIK, przeprowadzenie tylko jednej kontroli funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zapewnia rzetelnego nadzoru nad wykonaniem umów przez podmioty zajmujące się świadczeniem usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto istnieje małe prawdopodobieństwo spełnienia wymogu ustalonego przez Prezesa NFZ w § 41 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r., co do objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na pięć lat. W wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ podała, że przyczyną powyższego był: ograniczony stan zatrudnienia w komórce odpowiedzialnej za kontrole u świadczeniodawców, realizacja kontroli doraźnych, realizacja kontroli zleconych przez Centralę NFZ, co potwierdziły wyniki kontroli NIK.*
- *DUM – Wydział Audytu Wewnętrznego i Kontroli – w latach 2012–2014 (I półrocze) przeprowadził łącznie 39 kontroli w podmiotach leczniczych, dla których Samorząd Województwa Dolnośląskiego był jednostką tworzącą. Spośród tych kontroli dwie kontrole dotyczyły m.in. sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej (jedną przeprowadzono w 2012 r. i jedną w 2013 r.). Kontrola w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu została przeprowadzona, m.in. w zakresie oceny spełniania przez podmiot wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym*



*i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych z aktami rejestrowymi oraz regulaminem organizacyjnym, zatrudnianiem personelu medycznego, wykorzystywaniem aparatury medycznej, realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W odniesieniu do sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej nie stwierdzono nieprawidłowości lub uchybień. Kontrola w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze dotyczyła realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (w tym w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej), prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, prowadzenia gospodarki finansowej za lata 2011–2012. Działalność tej jednostki oceniono pozytywnie.*

- DUW – Oddział Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej – w latach 2012–2014 (I półrocze) przeprowadził trzy kontrole (wszystkie wykonano w 2013 r.) podmiotów leczniczych spośród 28 podmiotów zajmujących się m.in. udzielaniem świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego. Przedmiotem ww. kontroli była ocena: spełniania przez podmiot wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagań dotyczących stosowanych przez podmiot wyrobów medycznych, zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych z aktami rejestrowymi, sposobu podawania do publicznej wiadomości informacji o zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości w zakresie kontrolowanym.

Ponadto w jednej spośród 11 skontrolowanych jednostek stwierdzono brak funkcjonowania kontroli wewnętrznej pomimo utworzenia jej w strukturach organizacyjnych.

- W Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze zatrudniony inspektor ds. kontroli wewnętrznej nie realizował zadań kontrolnych, w tym nie przeprowadził żadnej kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2012–2014, nie zostały opracowane też plany kontroli, do czego obligował wymóg § 39 Regulaminu Funkcjonowania Kontroli Wewnętrznej, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora nr 18/11/2012 z dnia 16 listopada 2012 r. Obowiązek taki spoczywał na inspektorze ds. kontroli wewnętrznej. Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną braku sporządzenia planów kontroli i realizacji kontroli był brak zleceń do skontrolowania Oddziałów lub medycznych komórek organizacyjnych. NIK nie podziela wyjaśnień Dyrektora. Typowanie jednostek organizacyjnych do kontroli powinno być poprzedzone przede wszystkim analizą ryzyka występowania nieprawidłowości w funkcjonowaniu danej komórki organizacyjnej WCSKJ w Jeleniej Górze, a dopiero na podstawie wyników tejże analizy należało, zgodnie z § 40 Regulaminu Organizacyjnego m.in. opracowanie rocznego planu kontroli, który powinien zawierać: nazwę podmiotu podlegającego kontroli, temat i zakres kontroli, cel kontroli oraz termin i osoby przeprowadzające kontrolę.

3.2.5.2. We wszystkich 11 skontrolowanych jednostkach kwestie związane z rejestracją skarg i wniosków oraz ich rozpatrywaniem były uregulowane w wewnętrznych dokumentach i zarządzeniach kierowników jednostek (regulaminach organizacyjnych, procedurach rozpatrywania skarg). Pacjenci i ich rodziny mieli dostęp do wszelkich informacji w tym zakresie oraz mogli składać skargi pisemnie, telefonicznie oraz osobiście u kierownika jednostki oraz do Pełnomocnika ds. Pacjentów (w jednostkach, w których utworzono takie stanowisko). Na 11 skontrolowanych jednostek tylko w jednej odnotowano dwie skargi dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej, tj. w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w latach 2012–2014 (I półrocze), z których jedna związana była z nieobecnością lekarza w Poradni Medycyny Paliatywnej o godzinie umówionej wizyty (uznana za zasadną), zaś druga dotyczyła pobierania opłaty za wizytę domową i podłączenie kroplówki (uznana za niezasadną). Odpowiedzi na skargi udzielono w ustawowym terminie<sup>41</sup>, tj. do 30 dni od daty ich wpływu.

<sup>41</sup> Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.)

### 4.1 Przygotowanie i organizacja kontroli

Zagadnienia związane z opieką paliatywną i hospicyjną nie były jak dotąd przedmiotem kompleksowych kontroli NIK.

Przygotowując niniejszą kontrolę przeprowadzono wstępne rozeznanie, co do zakresu funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego. W tym celu nawiązano bezpośrednią współpracę z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej, uzyskując ogólną informację o organizacji placówek zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną, a także o występujących w tej dziedzinie uwarunkowaniach finansowych oraz potencjalnych potrzebach w celu zaspokojenia dostępności i powszechności do tych usług. Pozyskano również niezbędne dane z DOW NFZ dotyczące kontraktowania w latach 2012–2014 świadczeń w zakresie medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Wykorzystano także informacje zamieszczone na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. Typując jednostki do kontroli wzięto pod uwagę wszystkie formy sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, tj. udzielanych w warunkach stacjonarnych (oddziały medycyny paliatywnej oraz hospicja stacjonarne), w warunkach ambulatoryjnych (poradnie medycyny paliatywnej) oraz w warunkach domowych (hospicja domowe dla dorosłych). Ponadto przy doborze jednostek do kontroli sugerowano się wartością zawartych kontraktów z placówkami leczniczymi świadczącymi przedmiotowe usługi, przyjmując w zasadzie najwyższe kwoty kontraktów.

### 4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

W wyniku kontroli skierowano wystąpienia pokontrolne do 11 skontrolowanych jednostek, zawierające oceny, uwagi oraz 25 wniosków pokontrolnych do realizacji w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Spośród nich 14 zostało już wykonane, a 11 jest w trakcie realizacji.

Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu złożył jedno zastrzeżenie do ocen, uwag i wniosku zawartych w wystąpieniu pokontrolnym. Uchwałą Komisji Rozstrzygającej NIK zastrzeżenie to zostało uwzględnione w części dotyczącej niepowołania szpitalnego zespołu do spraw oceny przyjęć pacjentów do Poradni Medycyny Paliatywnej.

W wystąpieniach pokontrolnych adresowanych do kierowników skontrolowanych jednostek Najwyższa Izba Kontroli wnioskowała pod adresem:

1) DOW NFZ we Wrocławiu o:

- Podjęcie działań mających na celu zabezpieczenie optymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez m.in. zmianę obszarów kontraktowania na mniejsze (z województwa na grupy powiatów, z grup powiatów na powiaty, gminy), w celu osiągnięcia zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Podjęcie działań w kierunku likwidacji różnic w nakładach na jednego ubezpieczonego w poszczególnych obszarach kontraktowania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Zintensyfikowanie współpracy z organami samorządów terytorialnych, wojewodą, z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej i hospicyjnej, w celu poprawy dostępności ubezpieczonych do opieki paliatywnej i hospicyjnej i właściwego oszacowania potrzeb w tym zakresie.

- Podjęcie działań mających na celu przekonanie/zachęcenie potencjalnych świadczeniodawców do rozszerzenia udzielanej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny paliatywnej i hospicyjnej.
- Właściwe określenie potrzeb świadczeniodawców w zakresie zapotrzebowania na usługi zdrowotne w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, tak, aby realizacja usług kontraktowych nie zmuszała świadczeniodawców do realizacji świadczeń ponad limit określony w zawartej z DOW NFZ umowie.
- Podjęcie działań zmierzających do poprawy nadzoru i zintensyfikowania kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Uwzględnienie w planowanych kontrolach świadczeniodawców zagadnień dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Z udzielonej odpowiedzi DOW NFZ we Wrocławiu wynikało m.in., że podjęte zostały działania w zakresie realizacji wszystkich wniosków pokontrolnych. W tym celu Dyrektor DOW NFZ wydała polecenie służbowe nr 28/2014 z dnia 7 listopada 2014 r., w którym to określono treść zadania do realizacji, osoby odpowiedzialne oraz termin wykonania zadania.

2) kierowników zakładów opieki zdrowotnej o:

- Podjęcie działań w kierunku wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie kwalifikowania pacjentów do przyjęcia na oddział medycyny paliatywnej i/lub hospicjum stacjonarnego oraz tworzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie im świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Podjęcie działań mających na celu zwiększenie stopnia wykorzystania posiadanego potencjału medycznego poprzez m.in. zwiększenie liczby świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna finansowanych ze środków NFZ lub poprzez ograniczanie wzrostu kosztów świadczonych usług medycznych.
- Każdorazowe przekazywanie do DOW NFZ informacji o zaistniałych zmianach dotyczących stanu zatrudnienia (lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego) oraz zapewnienie terminowego przekazywania rozliczeniowej dokumentacji finansowej związanej z udzieleniem świadczeń w danym roku, stosownie do wymagań zawartych w podpisanych kontraktach o świadczenie usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Zapewnienie terminowego przeprowadzania kontroli stanu technicznego budynków (rocznych i pięcioletnich) oraz zaprowadzenie ksiąg obiektów budowlanych, stosownie do wymagań przepisów ustawy *Prawo budowlane*.

Z udzielonych odpowiedzi kierowników zakładów opieki zdrowotnej wynikało m.in., że:

- Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy rozdzielił kompetencje zespołu oceny przyjęć i list pacjentów powołując nowy zespół ds. rozpatrywania wniosków pacjentów o zmiany terminów przyjęcia do Szpitala. Natomiast w celu eliminacji nieterminowego przekazywania faktur do DOW NFZ zatrudniono pracownika odpowiedzialnego za rozliczenia z NFZ.
- Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze m.in. podjął działania w celu formalnego, wewnętrznego uregulowania zasad przyjmowania pacjentów na Oddział Medycyny Paliatywnej.
- Kierownik NZOZ Poradni Opieki Hospicyjno-Paliatywnej Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w Wałbrzychu zarządzeniem Nr 3/2014 z dnia 29 października 2014 r. wprowadził wewnętrzne procedury i wymogi ustalające zasady prowadzenia list pacjentów oczekujących oraz ustalił harmonogram przeprowadzania kontroli stanu technicznego obiektów.

- Dyrektor Hospicjum Bonifratrów św. Jana Bożego we Wrocławiu, m.in. zaktualizował listę oczekujących pacjentów do Hospicjum stacjonarnego wyznaczając osobę odpowiedzialną za jej prowadzenie, opracowano wewnętrzne regulacje dotyczące terminowego przekazywania faktur do NFZ, założono brakującą książkę obiektu budowlanego oraz przeprowadzono kontrole stanu technicznego budynku Hospicjum.

Ponadto w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w zakresie prowadzenia ksiąg obiektu budowlanego oraz okresowych kontroli stanu technicznego budynków, NIK przygotowała zawiadomienie do Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego we Wrocławiu w sprawie podejrzenia popełnienia wykroczenia w związku z naruszeniem przepisów art. 93 pkt. 8 i 9 ustawy *Prawo budowlane*.

### 5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek wraz z osobami zajmującymi kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność

Lp.	Jednostka	Stanowisko	Imię i nazwisko	Okres zajmowania stanowiska	
				od	do
1.	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu	Dyrektor	Wioletta Niemiec	01.11.2009 r.	zakończenia czynności kontrolnych
2.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu	Marszałek Województwa Dolnośląskiego	Rafał Jurkowlaniec	01.12.2010 r.	12.02.2014 r.
			Cezary Przybylski	13.02.2014 r.	zakończenia czynności kontrolnych
3.	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	Wojewoda Dolnośląski	Aleksander Marek Skorupa	28.12.2010 r.	11.03.2014 r.
			Tomasz Smolarz	12.03.2014 r.	zakończenia czynności kontrolnych
4.	Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie – Hospicjum Stacjonarne – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Właściciel – Dyrektor	Riad El Zein	01.01.2001 r.	zakończenia czynności kontrolnych
5.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze – Oddział Medycyny Paliatywnej – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Dyrektor	Stanisław Woźniak	01.09.2011 r.	zakończenia czynności kontrolnych
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy – Oddział Medycyny Paliatywnej – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Dyrektor	Krystyna Barcik	12.09.2006 r.	zakończenia czynności kontrolnych
7.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach Spółka z o.o. – Hospicjum Stacjonarne	Prezes Zarządu – Dyrektor	Wiesława Gajewska	01.09.2007 r.	zakończenia czynności kontrolnych
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy-Zdroju – Oddział Medycyny Paliatywnej	Prezes Zarządu – Dyrektor	Renata Jażdż – Zaleska	29.02.2012 r.	zakończenia czynności kontrolnych
9.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu – Hospicjum Stacjonarne – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Prezes-Dyrektor	Henryka Kowalczyk	19.06.2008 r.	zakończenia czynności kontrolnych
10.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu – Hospicjum Stacjonarne – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Dyrektor	Anna Olchówka	04.01.2008 r.	10.07.2013 r.
			Albert Kazior	11.07.2013 r.	30.08.2014 r.
			Dominik Krzyżanowski	01.09.2014 r.	zakończenia czynności kontrolnych
11.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu – Poradnia Medycyny Paliatywnej – Hospicjum Domowe	Dyrektor	Andrzej Tatuśko	02.02.2009 r.	zakończenia czynności kontrolnych

## 5.2. Charakterystyka stanu prawnego

**I.** Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń, m. in. określa ustawa *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>42</sup>. Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (art. 15 ust. 2 pkt 11) są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 20 czerwca 2008 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*<sup>43</sup>, w załączniku nr 7 określił szczegółowy sposób wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów na usługę medyczną.

**II.** Ustawa *o działalności leczniczej* nakłada na podmiot leczniczy wymogi w zakresie spełnienia warunków posiadania odpowiednich pomieszczeń lub urządzeń (art. 22), stosowania wymaganych wyrobów medycznych (zgodnych z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych*<sup>44</sup>), zatrudniania do udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach, zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie określonym w art. 25 ust. 1.

**III.** Wykonywanie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r.<sup>45</sup> wydane na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Rozporządzenie to określa m.in. wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”.

Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Świadczenia te są realizowane w warunkach:

- 1) stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 2) domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- 3) ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 2 do rozporządzenia. Określono w nim szczegółowe wymagania jakie musi spełniać personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) oraz psycholog, zajmujący

<sup>42</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1447.

<sup>44</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 ze zm.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1347.



się udzielaniem świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne), domowych (w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia) oraz w warunkach ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej). Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**IV.** Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.<sup>46</sup>, wydanym na podstawie art. 137 ust 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w którym określono przedmiot umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jednostkę rozliczeniową (punkt, porada, osobodzień), zakres świadczeń, odpowiedzialność świadczeniodawcy, warunki udzielania świadczeń ich sposób wykonania, a także sposób finansowania i rozliczania świadczeń, sposób płatności, kary umowne w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy a także czasokres trwania umowy i warunki finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

**V.** Szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna określa Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 73/2013/DSOZ z dnia 9 grudnia 2013 r. *określające warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*<sup>47</sup>.

Zarządzenie to określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, obowiązany jest spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

Umowę o udzielanie świadczeń w zakresach świadczeń, o których mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia, zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

Świadczeniobiorcę posiadającego skierowanie do umieszczenia w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej, albo do objęcia opieką w hospicjum domowym lub w poradni

<sup>46</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

<sup>47</sup> Wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

medycyny paliatywnej, obejmuje się opieką lub wskazuje mu się innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. Każde zgłoszenie świadczeniobiorcy odnotowuje się w dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawcę.

**Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub świadczenia w hospicjum stacjonarnym** udzielane są zgodnie z następującymi zasadami: [1] oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne nie funkcjonuje w ramach innego oddziału szpitalnego; [2] w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym udzielane są świadczenia cierpiącym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące schorzenia wskazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia; [3] ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym.

**Świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych** udzielane są zgodnie z następującymi zasadami: [1] wizyta personelu hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu ze świadczeniobiorcą, członkiem jego rodziny lub opiekunem; [2] wizyta personelu hospicjum domowego jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna – z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 4 do zarządzenia; [3] w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i członkowie ich rodzin lub opiekunowie otrzymują zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego, informacji o numerach telefonów personelu hospicjum domowego, udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby, udzielenia wizyty w domu, innych form opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zasad jej prowadzenia. Świadczeniodawca udzielający świadczeń obowiązany jest dysponować pomieszczeniem przystosowanym do przechowywania leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego i pomocniczego oraz telefonami komórkowymi udostępnianymi lekarzom i pielęgniarkom.

**Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci** udzielane są zgodnie z następującymi zasadami: [1] wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci odbywa się po uzgodnieniu terminu ze świadczeniobiorcą, członkiem jego rodziny lub opiekunem; [2] wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna – z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 4 do zarządzenia.

W trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy, członkowie ich rodzin lub opiekunowie otrzymują zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego, informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do udzielenia wizyty w domu oraz o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej i zasadach jej prowadzenia.

**Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej** udzielane są zgodnie z następującymi zasadami: [1] porady lub wizyty domowe realizowane są nie częściej niż dwa razy w tygodniu; [2] świadczeniobiorcy wymagający wizyt częstszych, niż określone w pkt 1 lub ciągłej opieki mogą być kierowani do podmiotów realizujących inne formy opieki paliatywno-hospicyjnej.

Jednostką rozliczeniową w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest osobodzień lub porada. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* oraz w umowie, o której mowa w § 4.

**VI.** Prowadzenie działalności przez zakład opieki zdrowotnej (podmiot wykonujący działalność leczniczą) jest możliwe po uzyskaniu wpisu do rejestru<sup>48</sup>, o którym mowa w art. 100 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>49</sup>. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zawierający szereg danych, w tym nazwę firmy, adres, miejsce udzielania świadczeń, rodzaj działalności, formę organizacyjno-prawną, strukturę organizacyjną. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą mających siedzibę na obszarze województwa prowadzi wojewoda (art. 106). Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, zawiadamia wojewodę w terminie 14 dni o wszystkich zmianach w rejestrze odnoszących się do jednostek organizacyjnych podmiotu (art. 107). Zgodnie z postanowieniami art. 110 ww. ustawy do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy *Kodeksu postępowania administracyjnego*.

Wpisanie podmiotu do rejestru wojewody oznacza, że podmiot ten spełnia wymagania, określone w art. 17 ustawy o *działalności leczniczej*. Oznacza to, że podmiot ten dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi, sanitarnymi, aparaturowymi i kadrowymi, niezbędnymi do wykonywania świadczeń zdrowotnych, określonych w rejestrze.

Zgodnie z postanowieniami art. 111 ustawy o *działalności leczniczej* organ (wojewoda) prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych. Wojewoda może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim, oraz jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.

**VII.** Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>50</sup> określa prawa pacjenta w zakresie m.in. do: [1] świadczeń zdrowotnych, [2] informacji o swoim stanie zdrowia, [3] zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, [4] poszanowania intymności i godności pacjenta, [5] poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych obejmujące także prawo do umierania w spokoju i godności (pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień), [6] dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, [7] poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, [8] opieki duszpasterskiej (w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania).

**VIII.** Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o *samorządzie województwa*<sup>51</sup> obliuguje samorząd województwa do wykonywania zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2) w ramach strategii rozwoju województwa (art. 11).

<sup>48</sup> Art. 103 ustawy o *działalności leczniczej*.

<sup>49</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

<sup>50</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

<sup>51</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm.

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*<sup>52</sup> określa m.in. obowiązki w ten sposób, że właściciel lub zarządca obiektu budowlanego obowiązany jest zgodnie z art. 61 ustawy do utrzymywania i użytkowania obiektów budowlanych zgodnie z zasadami, określonymi w art. 5 ust. 2 ww. ustawy, tj. w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska oraz utrzymywania w należyтым stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej, w szczególności w zakresie związanym z wymaganiami, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1–7 ustawy. Ponadto dla właściwego utrzymywania obiektów budowlanych na właścicielu lub zarządcy spoczywa m.in. obowiązek: [1] przeprowadzania, zgodnie z art. 62 *Prawa budowlanego* okresowych kontroli obiektów budowlanych znajdujących się w użytkowaniu (rocznych i okresowych), [2] prowadzenia, zgodnie z art. 64 *Prawa budowlanego*, dla każdego budynku oraz obiektu budowlanego niebędącego budynkiem, książki obiektu budowlanego, stanowiącej dokument przeznaczony do zapisów dotyczących przeprowadzanych badań i kontroli stanu technicznego, remontów i przebudowy, w okresie użytkowania obiektu budowlanego,

Obowiązek zabezpieczenia m.in. budynków przed zagrożeniem pożarowym, w tym poprzez zapobieganie powstawaniu i rozprzestrzenianiu się pożaru został nałożony na osoby fizyczne i prawne z nich korzystające w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. *o ochronie przeciwpożarowej*<sup>53</sup>. Szczegółowe zasady ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów oraz ich wyposażenie w sprzęt, urządzenia przeciwpożarowe i ratownicze zostały określone w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. *w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów*<sup>54</sup> (uchylone z dniem 30 czerwca 2010 r.) i zastąpione rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. *w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów*<sup>55</sup>.

Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>56</sup> określa m.in. postępowanie w sprawie skarg i wniosków przed organami państwowymi, organami jednostek samorządu terytorialnego oraz przed organami organizacji społecznych i zostało to unormowane w dziale VIII rozdziale 2 i 3. Organ właściwy do załatwienia skargi, powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca. O sposobie załatwienia skargi zawiadamia się skarżącego (art. 237 §1 i §3). Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi powinno zawierać: oznaczenie organu, od którego pochodzi, wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona, oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi. Zawiadomienie o odmownym załatwianiu skargi powinno zawierać ponadto uzasadnienie faktyczne i prawne (art. 238 §1).

<sup>52</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1409 ze zm.

<sup>53</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.

<sup>54</sup> Dz. U. z 2006 r. Nr 80, poz. 563.

<sup>55</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 109, poz. 719.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.

### 5.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r., poz. 1409 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).
9. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1347).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2719).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447).
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. z 2002 r. Nr 5, poz. 46).
15. Zarządzenie NR 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (Biuletyn Informacji Publicznej NFZ).



## 5.4. Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną przez skontrolowane placówki lecznicze

Lp.	Nazwa jednostki	w 2012 r.				w 2013 r.				w 2014 (I półrocze)			
		Oddział medyczny paliatywny/ Hospicjum stacjonarne	Hospicjum domowe	Poradnia medyczna paliatywna	Ogółem	Hospicjum stacjonarne	Hospicjum domowe	Poradnia medyczna paliatywna	Ogółem	Hospicjum stacjonarne	Hospicjum domowe	Poradnia medyczna paliatywna	Ogółem
1.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	460	201	755	1 416	347	235	684	1 266	216	157	279	652
2.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Kowarach	158	-	-	158	183	-	-	183	97	-	-	97
3.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu	246	118	32	396	231	120	25	376	114	54	15	183
4.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu	165	105	16	286	195	112	32	339	75	46	10	131
5.	Ośrodek Medyczny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	658	546	37	1 241	621	746	36	1 403	272	340	20	632
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	343	231	54	628	340	181	71	592	154	79	25	258
7.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	-	846	1 197	2 043	-	844	1 213	2 057	-	517	617	1 134
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy-Zdroju	84	-	-	84	236	-	-	236	93	-	-	93
<b>Razem</b>		<b>2 114</b>	<b>2 047</b>	<b>2 091</b>	<b>6 252</b>	<b>2 153</b>	<b>2 238</b>	<b>2 061</b>	<b>6 452</b>	<b>1 021</b>	<b>1 193</b>	<b>966</b>	<b>3 180</b>

### 5.5. Zestawienie stopnia wykorzystania łóżek przez skontrolowane placówki lecznicze w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej

Lp.	Nazwa jednostki	w 2012 r.		w 2013 r.		w 2014 (I półrocze)	
		Liczba zakontraktowanych łóżek	Stożenie wykorzystania łóżek	Liczba zakontraktowanych łóżek	Stożenie wykorzystania łóżek	Liczba zakontraktowanych łóżek	Stożenie wykorzystania łóżek
1.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kottiny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	11	68,3%	16	75,4%	19	70,4%
2.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Kowarach	18	67,3%	18	73,1%	18	69,2%
3.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu	17	79,7%	17	91,9%	19	96,7%
4.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu	13	94,0%	13	95,2%	13	93,0%
5.	Ośrodek Medyczny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	27	97,5%	31	100,0%	32	99,0%
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	20	84,5%	20	87,0%	20	84,5%
7.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy-Zdroju	10	80,7%	10	80,5%	10	84,5%

### 5.6. Zestawienie liczby wykonanych przez skontrolowane placówki lecznicze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w podziale na poszczególne formy tej opieki

Lp.	Nazwa jednostki	Oddziały medycyny paliatywnej/Hospicjum stacjonarne (osobodni)		Hospicjum domowe (osobodni)		Poradnia medycyny paliatywnej (porady)	
		Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku	Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku	Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku
<b>świadczenia w 2012 r.</b>							
1.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	6 230	9 721	6 261	13 409	835	864
2.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach Spółka z o.o.	3 985	4 421	–	–	–	–
3.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu	6 014	6 423	1 393	2 439	59	60
4.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu	4 018	4 489	15 015	15 280	982	1 021
5.	Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	11 777	12 225	49 819	60 407	35	47
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	6 390	6 825	5 284	6 260	692	762
7.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	–	–	42 456	47 791	3 989	4 206
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy Zdroju	1 983	2 149	–	–	–	–
<b>Razem</b>		<b>40 397</b>	<b>46 253</b>	<b>120 228</b>	<b>145 586</b>	<b>6 592</b>	<b>6 960</b>
<b>świadczenia w 2013 r.</b>							
1.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	6 056	10 737	19 512	21 101	815	832
2.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach Spółka z o.o.	4 125	4 517	–	–	–	–
3.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu	6 327	6 856	2 171	2 777	58	62

Lp.	Nazwa jednostki	Oddziały medycyny paliatywnej/Hospicjum stacjonarne (osobodni)		Hospicjum domowe (osobodni)		Poradnia medycyny paliatywnej (porady)	
		Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku	Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku	Liczba świadczeń zakontraktowanych na początku roku	Liczba świadczeń wykonanych na koniec roku
4.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu	4 121	4 542	17 020	18 087	653	799
5.	Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	11 521	11 803	62 321	68 562	42	50
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	5 998	6 405	6 079	7 221	650	663
7.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	–	–	42 456	44 750	3 528	3 649
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy-Zdroju	3 653	3 805	–	–	–	–
<b>Razem</b>		<b>41 801</b>	<b>48 665</b>	<b>149 559</b>	<b>162 498</b>	<b>5 746</b>	<b>6 055</b>
<b>świadczenia w 2014 r. (I półrocze)</b>							
1.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	3 547	4 970	8 856	9 575	801	822
2.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach Spółka z o.o.	2 015	2 293	–	–	–	–
3.	Konwent oo. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ we Wrocławiu	3 213	3 515	1 084	1 153	25	25
4.	Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej w Wałbrzychu	1 956	2 308	9 921	10 325	501	520
5.	Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	6 815	7 326	25 318	29 198	20	22
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	3 086	3 201	3 200	3 121	341	366
7.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	–	–	21 228	22 422	1 842	1 994
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy-Zdroju	1 484	1 512	–	–	–	–
<b>Razem</b>		<b>22 146</b>	<b>25 125</b>	<b>69 607</b>	<b>75 794</b>	<b>2 729</b>	<b>3 749</b>

## 5.7. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Minister Zdrowia
9. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
10. Sejmowa Komisja ds. Kontroli Państwowej
11. Sejmowa Komisja Zdrowia
12. Senacka Komisja Zdrowia
13. Wojewoda Dolnośląski
14. Marszałek Województwa Dolnośląskiego
15. Przewodniczący Sejmiku Samorządu Województwa Dolnośląskiego
16. Prezydent Jeleniej Góry
17. Prezydent Legnicy
18. Prezydent Wałbrzycha
19. Prezydent Wrocławia
20. Starostowie 26 powiatów ziemskich z terenu województwa dolnośląskiego