

**Wyniki kontroli w zakresie  
świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych  
w ramach  
pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,  
czyli jakich praw pacjenta powinien przestrzegać  
i jakie obowiązki ma realizować  
świadczeniodawca udzielający świadczeń  
w powyższym zakresie.**

**NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia

DEPARTAMENT KONTROLI

## Spis treści

I.	Wstęp .....	2
II.	Kluczowe obszary kontroli.....	3
1.	Spełnienie warunków wymaganych do udzielania świadczeń .....	3
1.1	Jak być powinno.....	3
1.2	Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie spełnienia warunków wymaganych do udzielania świadczeń .....	5
2.	Poprawność kwalifikacji do objęcia opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego .....	6
2.1	Jak być powinno.....	6
2.2	Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie kwalifikacji do objęcia opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego .....	7
3.	Prawidłowość i zasadność sprawozdawania i rozliczania świadczeń .....	8
3.1	Jak być powinno.....	8
3.2	Nieprawidłowości stwierdzone w zakresie prawidłowości i zasadności sprawozdawania i rozliczania świadczeń .....	10
4.	Rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej.....	11
4.1	Jak być powinno.....	11
4.2	Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej .....	12
III.	Jak unikać błędów.....	13

## I. Wstęp

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa<sup>1)</sup> jest skierowana do osób obłożnie i przewlekle chorych, przebywających w domu. Może być nią objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych.



Z uwagi na specyfikę miejsca udzielania świadczeń w warunkach domowych, istnieje możliwość realizacji szeregu świadczeń, które mogą być udzielane przez pielęgniarkę, zgodnie z warunkami umowy z NFZ w ramach ww. opieki, odnoszących się zarówno do pacjenta (bezpośrednia pielęgnacja chorego), jak i do członków jego rodziny/opiekunów (edukacja obejmująca zasady codziennej szeroko rozumianej pielęgnacji, podawania leków). Jest to również duży obszar do nadużyć.

W latach 2018-2023, w efekcie skarg pacjentów lub ich rodzin, a także przeprowadzonych analiz przedkontrolnych, wskazujących na istotne prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości, NFZ przeprowadził szereg kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

W wyniku kontroli ujawniono nieprawidłowości, polegające na nierespektowaniu przez świadczeniodawców nałożonych na nich, w związku z zawartą umową, obowiązków. Jednocześnie stwierdzone w ramach tych kontroli nieprawidłowości skutkowały naruszeniem praw pacjentów, którym te świadczenia powinny być udzielane.

Wyniki kontroli wskazały na **cztery** kluczowe obszary, w których kontrolerzy NFZ najczęściej stwierdzali nieprawidłowości, dotyczące:

- **spełnienia warunków wymaganych do udzielania świadczeń,**
- **poprawności kwalifikacji do objęcia opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,**

---

<sup>1)</sup> Realizowana w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

- **prawidłowości i zasadności sprawozdawania i rozliczania świadczeń,**
- **rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej.**

## II. Kluczowe obszary kontroli

### 1. Spełnienie warunków wymaganych do udzielania świadczeń

#### 1.1 Jak być powinno

Świadczeniodawca, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej (dalej „umowa”) jest zobowiązany do spełniania określonych warunków realizacji tych świadczeń wynikających z obowiązujących przepisów prawa.<sup>2)</sup>

W ramach warunków wymaganych od świadczeniodawców, którzy realizują umowę, kluczowym zagadnieniem jest kwestia personelu, któremu zostaje powierzona opieka nad pacjentami. Obowiązkiem świadczeniodawcy m.in. jest:

- zapewnienie udzielania świadczeń w ramach realizacji umowy przez personel medyczny posiadający ściśle określone kwalifikacje,<sup>3)</sup>
- zapewnienie udzielania świadczeń osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem.<sup>4)</sup>

W ramach przedmiotowego zakresu świadczeń może udzielać pielęgniarka z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub kursem specjalistycznym lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów:

- w dziedzinie opieki długoterminowej lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub
- specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów.



<sup>2)</sup> Zgodnie z § 1 ust. 2 umowy świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach, ogólnych warunkach umów, rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ w zarządzeniach. Przedmiotowy obowiązek został powtórzony także w § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194), dalej „OWU”.

<sup>3)</sup> Szczegółowe wymogi dotyczące kwalifikacji personelu określone zostały w lp. 2 lit. B w części „Pielęgniarka” zał. nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 965 z późn. zm.), dalej „rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych”, w związku z § 11 tego rozporządzenia.

<sup>4)</sup> Zgodnie z § 2 ust. 1 umowy, doprecyzowanym przez § 6 ust. 1 OWU.

Każda z pielęgniarek realizująca umowę powinna posiadać neseser pielęgniarski, zawierający ściśle określone wyposażenie, niezbędne przy wykonywaniu obowiązków wynikających z zakresu udzielanych świadczeń, tj.:

- podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku, w tym zestaw do wykonania iniekcji, przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny,
- zestaw do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię,
- zestaw do karmienia przez przetokę i pielęgnacji przetoki,
- zestaw do założenia, płukania i usunięcia cewnika,
- pakiet do odkażania i dezynfekcji,
- zestaw do pielęgnacji tracheostomii,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- maskę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego,
- glukometr,
- termometr,
- zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
- środki ochrony osobistej: fartuchy, maseczki, rękawice,
- aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
- stetoskop.<sup>5)</sup>



Niezależnie od faktu, że świadczenia zdrowotne udzielane są w domu pacjenta, podmiot leczniczy jest również zobowiązany:

- spełnić określone wymogi lokalowe<sup>6)</sup>, tj.:
  - ✓ posiadać pomieszczenie przystosowane do celów biurowych oraz do przechowywania leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu medycznego,
  - ✓ zapewnić kontakt telefoniczny,
- umieścić, w ww. siedzibie, informacje:
  - ✓ o prawach przysługujących pacjentom<sup>7)</sup>,
  - ✓ związane z udzielaniem przez niego przedmiotowych świadczeń<sup>8)</sup>, m.in.:
    - zasady zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,

<sup>5)</sup> Zgodnie z lp. 2 lit. B w części „Sprzęt medyczny i pomocniczy” zał. nr 4 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych w związku z § 11 tego rozporządzenia.

<sup>6)</sup> Zgodnie z lp. 2 lit. B w części „Warunki lokalowe” zał. nr 4 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych w związku z § 11 tego rozporządzenia.

<sup>7)</sup> Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545), dalej „ustawa o prawach pacjenta”, w związku z § 11 ust. 4 pkt 5 OWU.

<sup>8)</sup> Zgodnie z § 11 ust. 4 OWU.

- tryb składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy,
- zasady potwierdzania prawa do świadczeń,
- adres i numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego,
- adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ,
- adres i numer telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej i pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczeniodawca po udzieleniu świadczenia w ramach umowy jest również zobowiązany do przekazywania do NFZ informacji o świadczeniach w zakresie wskazanym przez przepisy prawa oraz zgodnie z zaistniałym stanem faktycznym.<sup>9)</sup>

## **1.2 Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie spełnienia warunków wymaganych do udzielania świadczeń**

W wyniku przeprowadzonych kontroli w przedmiotowym obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- niezgodności pomiędzy personelem wykazany w harmonogramie, a personelem, który faktycznie udzielał świadczeń,
- nieudzielanie świadczeń przez personel zgłoszony do realizacji umowy,
- udzielanie świadczeń przez personel niezgłoszony do realizacji umowy,
- udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę bez wymaganych kwalifikacji,
- braki w wyposażeniu neseserów pielęgniarskich (zestawu do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pakietu ochronnego, szczotek do czyszczenia rurki tracheostomijnej, termometru, aparatu do pomiaru ciśnienia krwi, zestawu do przetoczeń płynów infuzyjnych, preparatu do dezynfekcji, zestawu do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię, zestawu do karmienia przez przetokę i pielęgnacji przetoki, zestawu do założenia, płukania i usunięcia cewnika, zestawu do pielęgnacji tracheostomii oraz zestawu przeciwwstrząsowego),

---

<sup>9)</sup> Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 12 w związku z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 434 z późn zm.).

- nieudostępnienie informacji dla pacjentów o przysługujących im prawach w miejscu wykonywania umowy.

## 2. Poprawność kwalifikacji do objęcia opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

### 2.1 Jak być powinno

Prawo do świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej finansowanej ze środków publicznych mają pacjenci, którzy spełniają określone warunki do objęcia opieką<sup>10)</sup>, tj.:

- otrzymali ocenę w skali Barthel nie wyższą niż 40 pkt.,
- nie są objęci opieką przez hospicjum domowe,
- nie są objęci opieką przez zakład opiekuńczy udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych,
- nie są objęci opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- nie pozostają w ostrej fazie choroby psychicznej.



Warunki do objęcia opieką są weryfikowane w procesie kwalifikacji, nad prawidłowością którego czuwa świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach umowy.

Pacjent, który spełnia powyższe warunki ma prawo do uzyskania świadczeń na podstawie:

- skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- wypełnionej i podpisanej przez osobę dokonującą oceny Karty oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową (dalej „Karta oceny”)<sup>11)</sup>, która zawiera wynik oceny stanu zdrowia pacjenta (wg skali Barthel).<sup>12)</sup>

Ocena pacjenta przeprowadzana jest:

- **w dniu skierowania** pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową przez **lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego i **pielęgniarkę** ubezpieczenia zdrowotnego,
- **na koniec** każdego **miesiąca** przez **pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej** (dotyczy pacjenta, który już przebywa pod opieką ww. pielęgniarki).

<sup>10)</sup> Zgodnie z § 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych.

<sup>11)</sup> Wzór Karty oceny zawiera Załącznik nr 3 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych.

<sup>12)</sup> Zgodnie z § 10 rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych.



Wynik przedmiotowej oceny jest dokonywany za pomocą **skali Barthel**. Stanowi ona rodzaj testu diagnostycznego stosowanego w ocenie sprawności (samodzielności) chorego i jego zapotrzebowania na opiekę. Składa się na nią dziesięć czynności dnia codziennego, takich jak:

- spożywanie posiłków,
- przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie,
- utrzymywanie higieny osobistej,
- korzystanie z toalety,
- mycie, kąpiel całego ciała,
- poruszanie się po powierzchniach płaskich,
- wchodzenie i schodzenie po schodach,
- ubieranie się i rozbieranie,
- kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu,
- kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego.

**Maksymalnie** wg przedmiotowej skali można uzyskać **100 pkt.**, przy czym uzyskanie:

- **od 0 do 20 pkt.** oznacza całkowitą niesamodzielność i bezwarunkową potrzebę kompleksowej opieki nad chorym,
- **od 21 do 80 pkt.** oznacza, że chory jest częściowo niesamodzielny i w jakimś stopniu potrzebuje pomocy osoby z zewnątrz,
- **od 81 do 100 pkt.** oznacza, że chory może funkcjonować samodzielnie przy niewielkiej pomocy osoby z zewnątrz.

## **2.2 Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie kwalifikacji do objęcia opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej**

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- objęcie pielęgniarską opieką długoterminową domową pacjenta bez skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- brak Kart oceny świadczeniobiorcy potwierdzających dokonanie oceny pacjenta:



- ✓ kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową,
- ✓ objętego pielęgniarstwą opieką długoterminową domową,
- brak Kart wizyt potwierdzających wizyty pielęgniarki w domu pacjenta.

### 3. Prawdliwość i zasadność sprawozdawania i rozliczania świadczeń

#### 3.1 Jak być powinno

Zakres świadczeń gwarantowanych w ramach pielęgniarstwskiej opieki długoterminowej domowej obejmuje<sup>13)</sup>:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością,
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Każdorazowe udzielanie świadczeń powinno zostać odpowiednio udokumentowane w prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji medycznej. Jest ona bowiem podstawowym źródłem informacji wykorzystywanym do ustalania przebiegu procesu pielęgnacyjnego, któremu poddawany jest pacjent, a jednocześnie stanowi najważniejszy dowód potwierdzający wykonanie świadczenia zdrowotnego.

Obowiązek udokumentowania udzielonego świadczenia wynika wprost z przepisów określających zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.<sup>14)</sup>

Brak realizacji powyższego obowiązku stanowi jednocześnie naruszenie jednego z podstawowych praw pacjenta, tj. prawa dostępu do dokumentacji medycznej.<sup>15)</sup>

Zatem świadczeniodawca jest zobowiązany do właściwego, rzetelnego udokumentowania przebiegu każdej zrealizowanej wizyty<sup>16)</sup> w ramach opieki długoterminowej domowej, w tym do:

- szczegółowego opisu w dokumentacji medycznej pacjenta, któremu udzielił świadczenia - opis powinien uwzględniać zarówno świadczenia wykonane przez pielęgniarkę pacjentowi, jak i pozostałe, np. edukację zdrowotną członków jego rodziny,

<sup>13)</sup> Zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych.

<sup>14)</sup> Zgodnie z § 10 pkt 1-4 oraz § 38 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.), dalej „rozporządzenie ws. dokumentacji”.

<sup>15)</sup> Zgodnie z art. 23 i 24 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>16)</sup> Szczegółowe informacje w tym zakresie są przedstawione w części dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej.

- obligatoryjnego przedkładania pacjentowi lub członkowi jego rodziny/ opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”<sup>17)</sup> (dalej „Karta wizyt”), **bezpośrednio po odbyciu każdej wizyty, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty<sup>18)</sup>, poprzez złożenie czytelnego podpisu pacjenta lub opiekuna,**
- dołączenia Karty wizyt do dokumentacji medycznej pacjenta<sup>19)</sup>.



Wizyty w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej powinny odbywać się cyklicznie, z zapewnieniem odpowiedniej dostępności, aby realizowały funkcje opieki nad pacjentem, który takiej pomocy wymaga.

W związku z powyższym należy pamiętać, że:

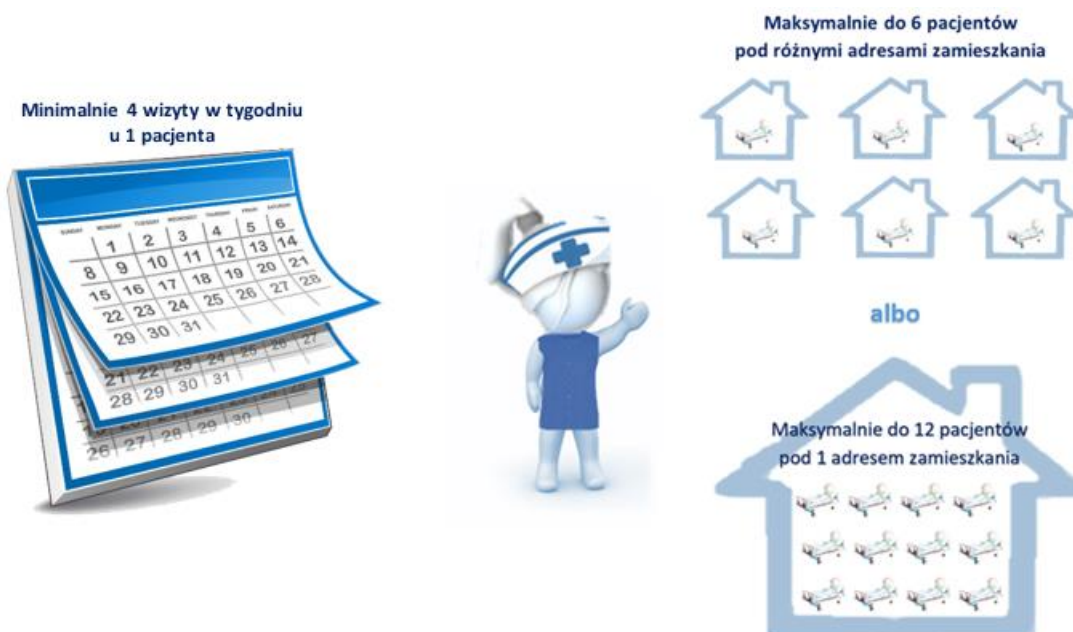
- częstotliwość tych wizyt nie powinna być mniejsza niż 4 razy w tygodniu,
- na świadczeniodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia dostępności do tych świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, a w soboty i dni ustawowo wolne od pracy w przypadkach uzasadnionych medycznie,
- pielęgniarka - w celu zapewnienia optymalnego czasu poświęconego na każdego z pacjentów - nie może opiekować się więcej niż:
  - ✓ 6 pacjentami (jeżeli przebywają pod różnymi adresami zamieszkania) albo
  - ✓ 12 (jeżeli przebywają pod tym samym adresem zamieszkania).<sup>20)</sup>

<sup>17)</sup> Załącznik nr 5 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, dalej „zarządzenie Prezesa NFZ”.

<sup>18)</sup> Zgodnie z § 11 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ.

<sup>19)</sup> Zgodnie z § 11 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ.

<sup>20)</sup> Zgodnie z lp. 2 lit. B w części „Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych” załącznika nr 4 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych w związku z § 11 tego rozporządzenia.



### 3.2 Nieprawidłowości stwierdzone w zakresie prawidłowości i zasadności sprawozdawania i rozliczania świadczeń

W wyniku przeprowadzonych kontroli w przedmiotowym obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- częstotliwość wizyt pielęgniarskich mniejsza niż 4 razy w tygodniu,
- sprawowanie opieki przez jedną pielęgniarkę nad większą liczbą pacjentów niż wynika to z obowiązujących przepisów,
- pokrywanie się czasów wizyt u różnych pacjentów objętych opieką przez tą samą pielęgniarkę,
- pokrywanie się czasu wizyt u pacjentów objętych opieką z czasem pracy pielęgniarki u innego świadczeniodawcy,
- wykazywanie do rozliczenia świadczeń wykonanych w tym samym czasie u różnych pacjentów,
- wykazywanie do rozliczenia wizyt, które nie miały potwierdzenia w dokumentacji medycznej,
- wykazywanie do rozliczenia wizyt w domu pacjenta w czasie, gdy przebywał on w szpitalu,
- niepotwierdzenie realizacji wizyt przez pacjentów lub ich opiekunów,
- brak wpisów potwierdzających prowadzenie edukacji pacjenta, rodziny lub opiekunów,
- potwierdzanie przez pacjenta kilku wizyt jednorazowo,
- fałszowanie podpisów pacjentów bądź opiekunów, na kartach czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej,
- sprawozdawanie do OW NFZ niższej wartości punktowej w skali Barthel niż wynikająca z wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów.

W tym miejscu należy podkreślić, że świadczeniodawca zawierający umowę z NFZ zobowiązuje się do spełniania szeregu warunków, określonych w obowiązujących przepisach prawa, które mają na celu zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń udzielanych pacjentom, a także ich bezpieczeństwa. Świadczenia udzielane w sposób zgodny z ww. wymogami podlegają należnemu finansowaniu ze środków publicznych. Natomiast stwierdzone w trakcie przedmiotowych kontroli wyżej wymienione nieprawidłowości miały bezpośredni wpływ zarówno na jakość świadczeń, jak i kwestię bezpieczeństwa pacjentów.

## 4. Rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej

### 4.1 Jak być powinno

Prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi jeden z kluczowych obowiązków nałożonych na podmioty, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej.<sup>21)</sup> Obowiązek ten wynika z prawa pacjenta do dokumentacji medycznej i jest z nim nierozdzielnie związany.<sup>22)</sup>

Aby można było stwierdzić, że powyższy obowiązek jest należycie wykonywany, a co za tym idzie ww. uprawnienie pacjenta jest realizowane, dokumentacja medyczna powinna być prowadzona rzetelnie, czyli w taki sposób, aby jej treść odzwierciedlała rzeczywisty przebieg procesu pielęgnacyjnego, któremu został poddany pacjent. W tym celu świadczeniodawca powinien bezwzględnie stosować się do zasad określonych w przepisach obowiązującego prawa, które stanowią, że w indywidualnej dokumentacji medycznej należy m.in.:

- dokonywać **wpisów niezwłocznie** po udzieleniu świadczenia zdrowotnego,
- **oznaczać pacjenta i osobę udzielającą świadczeń** zdrowotnych (w tym jej podpis),
- **wskazywać datę** porady ambulatoryjnej lub **wizyty domowej**,
- umieszczać **informacje dotyczące stanu zdrowia** lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostyczno-terapeutycznego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

Przedmiotowe regulacje prawne wskazują wprost, że indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona w formie **historii zdrowia i choroby** powinna także **zawierać informacje** dotyczące **pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej**.<sup>23)</sup>

Z powyższego zatem bezpośrednio wynika, że informacje o czynnościach wykonywanych pacjentowi, zgodnie ze stanem faktycznym, w ramach udzielanej mu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej powinny być zamieszczane w dokumentacji medycznej tego pacjenta.

<sup>21)</sup> Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>22)</sup> Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>23)</sup> Zgodnie z § 38 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia ws. dokumentacji.

Należy przy tym podkreślić, że takie dokumenty jak Karta wizyt czy Karta oceny stanowią integralną część dokumentacji medycznej i każdorazowe ich sporządzenie powinno wiązać się z dołączeniem ich do ww. dokumentacji.<sup>24)</sup>



#### 4.2 Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej

W wyniku przeprowadzonych kontroli w przedmiotowym obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

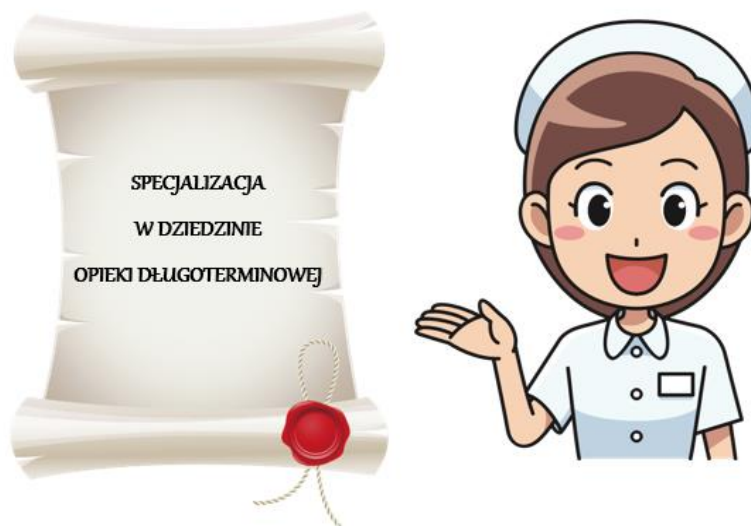
- brak autoryzacji wpisów w dokumentacji,
- brak odzwierciedlenia rzeczywistego stanu pacjenta w prowadzonej dokumentacji:
  - ✓ wpisy zawierały informacje niezgodne ze stanem rzeczywistym - pacjenci poruszający się samodzielnie opisywani byli jako pacjenci leżący, potrzebujący pomocy we wszystkich czynnościach, z niedowładem czterokończynowym,
  - ✓ nieliczne wpisy na temat stanu odleżyn, stosowanych opatrunków oraz efektów w leczeniu odleżyn u pacjentów,
- brak lub nieliczne wyniki wykonanych pomiarów parametrów życiowych,
- niekompletna dokumentacja pielęgnarska (brak procesu pielęgnowania, brak wywiadu i obserwacji pielęgnarskich),
- rozbieżności w prowadzonej dokumentacji w zakresie:
  - ✓ zgodności terminów wizyt pielęgnarskich wpisanych w karty obserwacji z terminami wpisanymi w kartę czynności wykonanych przez pielęgniarkę,
  - ✓ edukacji pacjenta lub rodziny, zmiany opatrunków, wymiany cewnika Foley'a,
  - ✓ danych pielęgniarki faktycznie prowadzącej opiekę nad pacjentem,
- stosowanie nieaktualnych wzorów dokumentacji.

<sup>24)</sup> Zgodnie z § 11 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ.

### III. Jak unikać błędów

W celu zapewnienia prawidłowej realizacji obowiązków nałożonych na świadczeniodawców w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ramach umowy zawartej z NFZ, a jednocześnie przestrzegania praw pacjentów objętych ww. opieką należy pamiętać o **7 głównych zasadach**:

1. Personel medyczny, któremu zostaje powierzona opieka nad pacjentami musi posiadać ściśle określone w przepisach prawa kwalifikacje oraz być wyposażony w sprzęt niezbędny przy wykonywaniu obowiązków wynikających z zakresu udzielanych świadczeń.



2. Personel medyczny, który faktycznie udziela pacjentom świadczeń musi być zgodny z wykazanym w harmonogramie przekazanym do NFZ, a wszelkie dokonywane w nim zmiany świadczeniodawca jest obowiązany zgłaszać najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie, zaś w przypadkach losowych niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.



3. Objęcie opieką uprawnionego pacjenta w ramach przedmiotowych świadczeń odbywa się na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i uwarunkowane jest dokonaniem oceny stanu zdrowia pacjenta, która nie może być wyższa niż 40 pkt. wg skali Barthel.



4. Pacjentowi przysługuje prawo do minimum 4 wizyt pielęgniarskich w każdym tygodniu, w którym został objęty opieką, a zrealizowanie każdej z wizyt musi on (albo członek rodziny) potwierdzić własnoręcznym podpisem na Karcie wizyt.

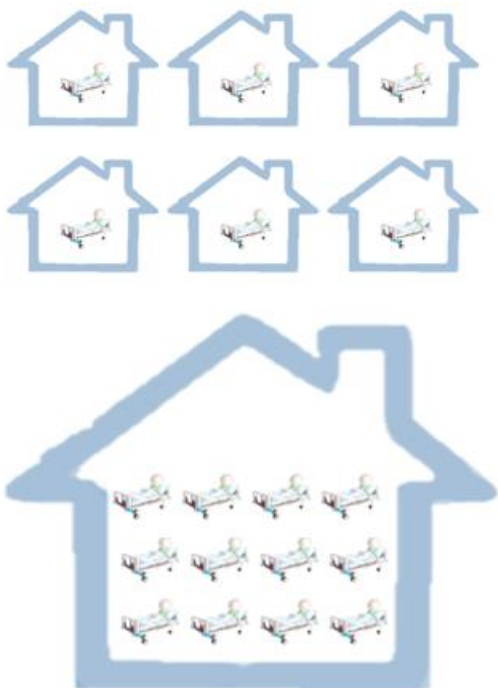




5. Zakres świadczeń udzielanych w ramach przedmiotowej opieki obejmuje zarówno bezpośrednio zajmowanie się samym pacjentem, jak i edukację zdrowotną oraz przygotowanie członków jego rodziny (opiekunów) do opieki nad nim.



6. Jedna pielęgniarka może jednocześnie opiekować się maksymalnie 6 pacjentami (jeżeli przebywają pod różnymi adresami zamieszkania) albo 12 (jeżeli przebywają pod tym samym adresem zamieszkania).





7. Udzielenie przedmiotowego świadczenia powinno zostać rzetelnie opisane w prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta w taki sposób, aby odzwierciedlało rzeczywisty przebieg czynności wykonywanych w ramach opieki sprawowanej nad pacjentem.

