



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.11.3.2024

Pani
Katarzyna Gola
Prezes Zarządu
MAMMOGRAFIA Sp. z o.o.
ul. Ignacego Paderewskiego 48/15A
25-502 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/062 – Funkcjonowanie domowej opieki hospicyjnej w województwie świętokrzyskim

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	MAMMOGRAFIA Sp. z o.o. (dalej: MAMMOGRAFIA lub Spółka), ul. Ignacego Paderewskiego 48/15A, 25-502 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prezesem Zarządu Spółki (dalej: Prezes) jest od 13 listopada 2020 r. Katarzyna Gola. Poprzednio Prezesem od 10 września 2010 r. do 12 listopada 2020 r., był Wojciech Gola.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń. 2. Realizacja świadczeń w hospicjum domowym.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2024 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontroler	Karol Pokora, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/60/2024 z 16 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Spółka zapewniła pacjentom hospicjum domowego w Strawczynie wymaganą opiekę. Zespół tego hospicjum zapewnił realizację świadczeń osobom objętym tą opieką, w tym całodobowy dostęp do tych świadczeń. Wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością. Opiekę fizjoterapeuty sprawowano prawidłowo. Hospicjum spełniło wymagania dotyczące zapewnienia badań diagnostycznych oraz udostępnienia sprzętu medycznego. Nieprawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Znajdowali się na nich pacjenci, którzy nie dostarczyli oryginałów skierowań do objęcia opieką. Wpisy dotyczące pacjentów nie były weryfikowane i nie wykreślano z list osób oczekujących, w wyniku czego przekazywano nieprawidłowe dane do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ lub Fundusz). W Spółce nie prowadzono harmonogramów przyjęć do hospicjum. Przyjęcia do hospicjum odbywały się nieprawidłowo, gdyż zamiast na podstawie harmonogramu, powiązanego z listami, pacjenci przyjmowani byli na podstawie odrębnych notatek sporządzanych przez Prezesa. Spółka korzystała wyłącznie ze środków finansowych uzyskanych w ramach umowy zawartej z NFZ³. Spełniała wymagania dotyczące liczby i wykształcenia personelu udzielającego świadczeń pacjentom hospicjum. Umożliwiła personelowi udzielającemu opieki podnoszenie jego kompetencji zawodowych. Spółka nie zgłosiła do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy w stosunku do 11 osób.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

MAMMOGRAFIA to podmiot leczniczy, który w ramach swej działalności prowadził hospicja domowe, w tym w Strawczynie.

Wojewoda Świętokrzyski, jako organ rejestrowy, wpisał Spółkę 25 września 2008 r. do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000022406.

W ramach Spółki funkcjonował Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAMED w Kielcach (dalej: NZOZ), który rozpoczął działalność leczniczą w dniu 1 października 2008 r. Podmiot ten rozpoczął działalność w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej w hospicjum domowym w Strawczynie w dniu 21 lutego 2017 r.

W okresie objętym kontrolą w NZOZ obowiązywał statut z dnia 25 września 2008 r. Dokument ten określał, że podmiot ten wykonywał świadczenia zdrowotne m.in. w zakresie hospicjów domowych. W statucie dokonano zmiany w dniu 21 lutego 2017 r. Polegała ona na ujęciu nowej komórki organizacyjnej, tj. hospicjum domowego w Strawczynie.

Stosownie do art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej⁵, Kierownik NZOZ ustalił w dniu 25 września 2008 r. regulamin organizacyjny. W dokumencie tym dokonano zmiany w dniu 21 lutego 2017 r. poprzez ujęcie nowej

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

³ Umowa nr 13-OPH15-17-02722-009 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zawarta w dniu 2 sierpnia 2017 r. pomiędzy NFZ a Spółką.

⁴ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

komórki organizacyjnej, tj. hospicjum domowego w Strawczynie. Dane zawarte w księdze rejestrowej były zgodne z postanowieniami przedmiotowego regulaminu ww. podmiotu leczniczego m.in. w zakresie celu i zadań.

(akta kontroli str. 4-21, 146-155)

W latach 2020-2024 (I kwartał) wiek pacjentów objętych opieką hospicjum domowego w Strawczynie prezentował się następująco:

- do 30 roku życia – dwóch pacjentów⁶;
- 31-40 lat – dwóch pacjentów⁷;
- 41-50 lat – ośmiu pacjentów⁸;
- 51-60 lat – 44 pacjentów⁹;
- 61-70 lat – 75 pacjentów¹⁰;
- 71-80 lat – 93 pacjentów¹¹;
- 81-90 lat – 43 pacjentów¹²;
- powyżej 90 lat – dziewięciu pacjentów¹³.

W latach 2020-2024 (I kwartał) wszyscy pacjenci hospicjum domowego tj. 79 w 2020 r.; 66 w 2021 r.; 66 w 2022 r.; 50 w 2023 r. i 15 w 2024 r. (I kwartał) pochodzili z terenu powiatu kieleckiego.

W latach 2020-2024 (I kwartał) czas, w którym pacjenci objęci byli opieką wynosił:

- do jednego miesiąca – 12 pacjentów;
- od jednego do sześciu miesięcy – 146 pacjentów;
- od siedmiu do 12 miesięcy – 98 pacjentów;
- od jednego roku do dwóch lat – 16 pacjentów;
- powyżej dwóch lat – trzech pacjentów.

(akta kontroli str. 37-39)

W poszczególnych latach objętych kontrolą środki finansowe uzyskane (wyplacone dla podmiotu) w ramach umowy z NFZ na hospicyjną opiekę domową w Strawczynie wynosiły:

- w 2020 r. – 289 767,31 zł;
- w 2021 r. – 266 733,93 zł;
- w 2022 r. – 236 798,84 zł;
- w 2023 r. – 193 737,56 zł;
- w 2024 r. (I kwartał) – 62 723,88 zł.

(akta kontroli str. 169-171)

Działalność hospicjum domowego w Strawczynie nie była finansowana z innego źródła niż NFZ.

(akta kontroli str. 141)

Prezes wyjaśniła: *Środki przekazywane przez NFZ nie były i nie są wystarczające na pokrycie wszystkich kosztów hospicyjnej opieki domowej. W szczególności wycena*

⁶ Pacjentom tym udzielono świadczeń w 2020 r.

⁷ W 2020 r. udzielono świadczeń jednemu pacjentowi, w I kwartale 2024 r. – jednemu.

⁸ W 2020 r. udzielono świadczeń trzem pacjentom, 2021 r. – trzem, a w I kwartale 2024 r. – dwóm.

⁹ W 2020 r. udzielono świadczeń ośmiu pacjentom, w 2021 r. – 10, w 2022 r. – 16, w 2023 r. – sześciu, w I kwartale 2024 r. – czterem.

¹⁰ W 2020 r. udzielono świadczeń 24 pacjentom, w 2021 r. – 18, w 2022 r. – 14, w 2023 r. – 16, w I kwartale 2024 r. – trzem.

¹¹ W 2020 r. udzielono świadczeń 25 pacjentom, w 2021 r. – 19, w 2022 r. – 26, w 2023 r. – 20, w I kwartale 2024 r. – trzem.

¹² W 2020 r. udzielono świadczeń 12 pacjentom, w 2021 r. – 13, w 2022 r. – ośmiu, w 2023 r. – ośmiu, w I kwartale 2024 r. – dwóm.

¹³ W 2020 r. udzielono świadczeń czterem pacjentom, w 2021 r. – trzem, a w 2022 r. – dwóm.

proponowana przez NFZ nie zapewnia jednostkom prowadzącym hospicja domowe na utrzymanie tempa wzrostu płac w sektorze ochrony zdrowia, co skutkuje spadkiem zainteresowania pracą w hospicjach lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów i migracją tych osób do innych, lepiej płatnych miejsc w szpitalach, czy przychodniach. Równocześnie pragnę zwrócić uwagę na dwa, nie uregulowane przepisami, aspekty prowadzenia hospicjów w województwie świętokrzyskim, w sposób zasadniczy utrudniające organizację i prowadzenie takich jednostek. Po pierwsze, brak odniesienia w kontraktowaniu do map potrzeb zdrowotnych województwa, co skutkuje drastycznymi dysproporcjami w dostępie do świadczeń dla pacjentów z różnych powiatów. Podstawą określenia potrzeb, a co za tym idzie limitów przyjęć, w poszczególnych powiatach powinny być dane demograficzne i dane epidemiologiczne. Niestety od lat kryteria wyznaczania limitów dla poszczególnych powiatów nie nawiązują do map potrzeb zdrowotnych, co powoduje w części powiatów kumulowanie znacznych kolejek pacjentów do objęcia opieką hospicyjną. Po drugie, brak jasnych i przewidywalnych kryteriów w refundowaniu nadwykonanych świadczeń. Dyrektor OW NFZ, powinien być związany przepisami, w podejmowaniu decyzji o refundacji. Praktyka natomiast pokazuje, że brak jawności i przewidywalności strategii płatniczej OW NFZ skutkuje nieufnością świadczeniodawców i doprowadza do przestrzegania limitów, co za tym idzie budowaniu kolejek pacjentów i nierzadko zniechęca do rozwijania potencjału leczniczego hospicjów domowych poprzez inwestycje w sprzęt i szkolenia personelu medycznego.

(akta kontroli str. 127-129)

W hospicjum domowym, w okresie objętym kontrolą, zatrudnieni byli lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz psycholog.

W wybranych do analizy miesiącach (styczeń i sierpień) poszczególnych lat objętych kontrolą, zatrudniony był następujący personel:

- w styczniu 2020 r. – pięciu lekarzy, pięć pielęgniarek, dwóch fizjoterapeutów oraz jeden psycholog; w sierpniu 2020 r. – czterech lekarzy, pięć pielęgniarek, dwóch fizjoterapeutów oraz jeden psycholog;
- w styczniu 2021 r. – czterech lekarzy, cztery pielęgniarki, jeden fizjoterapeuta oraz jeden psycholog;
- w styczniu 2022-2023 oraz sierpniu 2021-2023 – pięciu lekarzy, cztery pielęgniarki, jeden fizjoterapeuta oraz jeden psycholog;
- w styczniu 2024 r. – pięciu lekarzy, pięć pielęgniarek, jeden fizjoterapeuta oraz jeden psycholog.

Personel udzielający w styczniu i sierpniu lat 2020-2024 świadczeń w ramach hospicjum domowego spełniał wymagania określone w części II załącznika nr 2 *Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych* do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH), co do liczby, wykształcenia i kwalifikacji.

Spółka nie zgłosiła do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy w stosunku do 11 osób, z którymi zakończyła współpracę, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

¹⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 262.

Nowo zatrudnione osoby były na bieżąco zgłaszane do NFZ.

(akta kontroli str. 40-83, 142-143, 157-167, 245)

Wszystkie osoby, które w okresie objętym kontrolą udzielały świadczeń w ramach hospicjum domowego w Strawczynie były zatrudnione przez Spółkę na podstawie umów cywilnoprawnych. Dojazd do pacjentów we wszystkich przypadkach był zorganizowany przy pomocy własnego środka transportu.

Z wyjaśnień złożonych przez 10 osób współpracujących ze Spółką, pochodzących z różnych grup zatrudnionych w hospicjum domowym w Strawczynie (tj. czterech lekarzy, cztery pielęgniarki, jedną psycholog i jedną fizjoterapeutę), wynikało że w przypadku sześciu, świadczyły one pracę w więcej niż dwóch miejscach. Wyjaśniły, że spowodowane to było względami finansowymi.

(akta kontroli str. 168, 172-192)

W hospicjum domowym, został zorganizowany całodobowy dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki, zgodnie z ust. 4 części II załącznika nr 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

Prezes wyjaśniła: *Spółka oprócz wizyt planowanych lekarzy i pielęgniarek zabezpiecza również dyżury telefoniczne lekarzy i pielęgniarek z możliwością wizyt interwencyjnych w uzasadnionych medycznie przypadkach. Wizyty dyżurowe odbywają się w zależności od potrzeb pacjentów w godzinach nocnych, a także w soboty, niedziele i święta. Procedura postępowania w sytuacjach kryzysowych wygląda następująco: rodzina zgłasza telefonicznie pogorszenie stanu ogólnego chorego. Rodzina dzwoni do lekarza prowadzącego lub pielęgniarki, która się nimi opiekuje. Aby ułatwić właściwe postępowanie w takich sytuacjach, pacjenci i ich rodziny mają przygotowane wizytówki z imieniem i nazwiskiem swojego lekarza prowadzącego i pielęgniarki sprawującej nad nimi opiekę, co ułatwia im poszukiwanie natychmiastowej pomocy poprzez wykonanie bezpośredniego telefonu do lekarza prowadzącego lub pielęgniarki. W sytuacji nieobecności lekarza lub pielęgniarki prowadzących np. z powodu urlopu wówczas świadczenia udzielane są przez innego lekarza lub pielęgniarkę, którzy są „członkami zespołu hospicjum domowego”. Pacjenci i ich rodziny również otrzymują wizytówki z ich numerami telefonów.*

W trzech wybranych miesiącach¹⁵ okresu objętego kontrolą w hospicjum domowym udzielono w godzinach wieczornych i nocnych (18.00-6.00) oraz w soboty, niedziele i święta, następującej liczby świadczeń:

- w styczniu 2021 r.¹⁶: w godzinach wieczornych i nocnych – 10 (cztery lekarskie i sześć pielęgniarskich), a w soboty, niedziele i święta – 63 (22 lekarskich i 41 pielęgniarskich) – razem 73;
- w sierpniu 2022 r.¹⁷: w godzinach wieczornych i nocnych – sześć (jedno lekarskie i pięć pielęgniarskich), a w soboty, niedziele i święta – 16 (siedem lekarskich i dziewięć pielęgniarskich) – razem 22;
- w sierpniu 2023 r.¹⁸: w godzinach wieczornych i nocnych – sześć (dwa lekarskie i cztery pielęgniarskie); a w soboty, niedziele i święta – 22 świadczenia (sześć lekarskich i 16 pielęgniarskich) – razem 28.

(akta kontroli str. 84-86)

Analiza harmonogramów pracy wybranych¹⁹ sześciu osób udzielających świadczeń (tj. trzech lekarzy oraz trzech pielęgniarek) wykazała dostępność realizowanych przez nich świadczeń dla pacjentów hospicjum.

(akta kontroli str. 87-105)

¹⁵ Według osądu kontrolera.

¹⁶ W styczniu 2021 r. opieką było objętych 17 pacjentów.

¹⁷ W sierpniu 2022 r. opieką było objętych 11 pacjentów.

¹⁸ W sierpniu 2023 r. opieką było objętych siedmiu pacjentów.

¹⁹ Według osądu kontrolera.

W okresie objętym kontrolą personel udzielający świadczeń w hospicjum domowym w Strawczynie nie uczestniczył w kursach i studiach podyplomowych podnoszących ich kwalifikacje.

W Spółce zorganizowano dla personelu, o którym mowa powyżej, trzy szkolenia wewnętrzne mające na celu podnoszenie jego kompetencji:

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa w czerwcu 2020 r.;
- Wykonanie i interpretacja zapisu EKG w czerwcu 2022 r.;
- Terapia bólu przewlekłego i ostrego w marcu 2023 r.

(akta kontroli str. 106-112)

Spółka spełniała warunki określone w ust. 3 II części załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. Posiadała niezbędne wyposażenie w zakresie liczby i rodzaju sprzętu medycznego i pomocniczego w odniesieniu do liczby pacjentów, którym udzielane były świadczenia w hospicjum domowym. Liczba pacjentów w poszczególnych miesiącach lat objętych kontrolą wynosiła: w 2020 r. – od 16 do 20; w 2021 r. – od 14 do 19; w 2022 r. – od 6 do 16; w 2023 r. i I kwartale 2024 r. – od 7 do 9.

Dla ww. pacjentów przeznaczone były w szczególności: koncentratory tlenu (siedem), ssaki elektryczne (osiem), pompy infuzyjne (pięć), a także inhalatory, wózki inwalidzkie, chodziki, balkoniki i inne.

(akta kontroli str. 113-114)

Spółka posiadała dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, serwisowania oraz innych działań określonych w art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych²⁰ oraz dokumentację określającą m.in. terminy następnych konserwacji, działań serwisowych i przeglądów, zgodnie z art. 63 ust. 4 ww. ustawy.

Analiza dokumentacji dotyczącej 15 sztuk sprzętu o najwyższej wartości (ośmiu koncentratorów tlenu, pięciu pomp infuzyjnych i dwóch ssaków) wykazała, że w przypadku każdego z ww. urządzeń medycznych, daty przeprowadzonych ostatnich przeglądów technicznych były zgodne z datami przeglądów wskazanymi w paszportach technicznych tych urządzeń w trakcie przedostatnich przeglądów.

(akta kontroli str. 115, 156)

Prezes wyjaśniła: *Sprzęt będący w posiadaniu Spółki jest wypożyczany pacjentom nieodpłatnie. Na okoliczność użyczenia sprzętu nie były zawierane umowy. Fakt użyczenia był odnotowywany w dokumentacji medycznej. W przypadku gdy istnieje konieczność pilnego wypożyczenia sprzętu np. w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, wypożyczany jest sprzęt w tym momencie wolny lub pobiera się go od pacjenta najbardziej stabilnego, natomiast po interwencji sprzęt jest po odpowiedniej dezynfekcji i przygotowaniu zwracany ponownie do pacjenta, który go może potrzebować. W przypadku gdy zachodzi konieczność dokonania przeglądu serwisowego sprzętu medycznego wówczas przekazywany jest sprzęt zastępczy. Nie ma zagrożenia, że pacjent pozostanie bez sprawnego sprzętu, gdyż sprzęt po dokonany serwisie rotacyjnie przekazywany jest pacjentom.*

(akta kontroli str. 84-85)

W Spółce opracowano następujące procedury mające na celu poprawę jakości opieki w hospicjum domowym:

- Procedura opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem objętym opieką paliatywną oraz jego rodziną i bliskimi;
- Procedura cewnikowania pęcherza moczowego;

²⁰ Dz. U. poz. 974, ze zm.

- *Procedura pobierania krwi żyłnej do badań.*

(akta kontroli str. 117-124)

Spółka:

- nie zatrudniała dodatkowych pracowników i wolontariuszy do opieki;
- nie współpracowała z ośrodkami pomocy społecznej;
- nie współpracowała z duchownymi;
- nie organizowała grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, a także grup wsparcia i pomocy psychologicznej dla pracowników hospicjum;
- nie obejmowała opieką pacjentów, którzy tego potrzebowali, a ich choroba nie znajdowała się w katalogu chorób wymienionych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH;
- nie udzielała pomocy materialnej pacjentom;
- nie opracowywała indywidualnych planów opieki dostosowanych do potrzeb pacjentów.

(akta kontroli str. 125)

Prezes wyjaśniła m.in.: Spółka nie zatrudnia dodatkowych pracowników i wolontariuszy, ponieważ aktualny stan zatrudnienia jest wystarczający do udzielania świadczeń zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. (...) do współpracy formalnej z gminnymi ośrodkami pomocy społecznej brak jest podstaw prawnych. Spółka nie współpracowała z duchownymi w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ brak jest podstaw prawnych określających warunki takiej współpracy, jak również nie widzę możliwości takiej współpracy ze względu na potencjalne naruszenie sfery prywatnej każdego z pacjentów i ich rodzin. Spółka nie organizowała grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, jak również pracownikom hospicjum, ponieważ po pierwsze brak jest podstaw prawnych do takich działań, a po drugie kwota refundacji nie zabezpiecza środków finansowych koniecznych do zaangażowania w takie działania. Spółka, zgodnie z przepisami wymienionego rozporządzenia, nie ma możliwości objęcia opieką pacjentów, których schorzenia nie są zapisane w zamkniętym katalogu rozporządzenia. Jednocześnie informuję, że hospicjum domowe (...) nie ma możliwości objęcia opieką wszystkich pacjentów zgłoszonych, których schorzenia w tymże katalogu zostały zapisane. (...) Nie znajduję dla formalnego udzielania pomocy materialnej pacjentom, ani podstaw prawnych, ani logicznych. Spółka nie opracowywała dla pacjentów indywidualnych planów opieki dostosowanych do ich potrzeb, ponieważ w procesie diagnostyczno-terapeutycznym podstawowym obowiązkiem personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach opieki hospicyjno-paliatywnej, jest podyktowane dobrem pacjenta sporządzenie bieżącego planu leczenia, mającego swoje ujęcie w prowadzonej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 127-129)

W Spółce opracowano dla pacjentów ulotkę dotyczącą opieki i pomocy. Podano w niej m.in., że z hospicjum domowego mógł korzystać pacjent, który wymagał opieki paliatywnej i hospicyjnej, a jego stan zdrowia, warunki zamieszkania i zaangażowanie bliskich w opiekę pozwalały na pobyt w domu. W ramach tego hospicjum mógł on liczyć m.in. na:

- pomoc i wsparcie lekarza, pielęgniarki, psychologa oraz fizjoterapeuty;
- podawanie leków;
- leczenie bólu i innych objawów;
- zapobieganie powikłaniom.

W ulotce wskazano, że wizyty pielęgniarskie odbywały się co najmniej dwa razy w tygodniu, a lekarskie co najmniej dwa razy w miesiącu. W zależności od potrzeb

mogły odbywać się częściej – pacjent miał zapewniony dostęp do tej pomocy całodobowo, siedem dni w tygodniu.

Prezes Spółki podała: *Informacja ta była przekazywana pacjentowi i jego rodzinie w trakcie pierwszej wizyty lekarza lub pielęgniarki prowadzących.*

(akta kontroli str. 84-85, 126)

U pacjentów hospicjum domowego prowadzono dodatkowe wizyty.

(akta kontroli str. 125)

Prezes wyjaśniła m.in.: (...) *dodatkowe wizyty nie tyle mają za zadanie kontrolę realizowanych świadczeń, co raczej podniesienie standardów prowadzonej opieki. Również personel medyczny z większym doświadczeniem może w ten sposób podnosić kwalifikacje osób z krótszym stażem w udzielaniu świadczeń paliatywno-hospicyjnych. Również wielokrotnie ciężki stan pacjenta wymaga zintensyfikowania działań zespołu hospicyjnego, poprzez wykonywanie dodatkowych wizyt, nierzadko we wzmocnionej obsadzie.*

(akta kontroli str. 127-129)

W badanym okresie konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej przeprowadził w Spółce w listopadzie 2023 r. kontrolę dotyczącą działalności hospicjum domowego nie tylko w Strawczynie, ale również w Jędrzejowie, Kielcach i Końskich. Z protokołu kontroli wynikało, że kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2023 r. do 17 listopada 2023 r. W dokumencie tym podano m.in., że:

- realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przebiegała prawidłowo pod względem dostępności świadczeń;
- dokumentacja medyczna prowadzona była starannie i czytelnie, zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia i NFZ;
- Spółka posiadała wymagany sprzęt medyczny, który był serwisowany zgodnie z odpowiednimi wymogami;
- MAMMOGRAFIA dysponowała odpowiednim potencjałem kadrowym;
- pacjenci oczekiwali na realizację świadczeń w Jędrzejowie i Strawczynie.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 130-140)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że Spółka nie zgłosiła do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy w stosunku do 11 osób (sześciu lekarzy, czterech pielęgniarek oraz jednego fizjoterapeuty), z którymi zakończyła współpracę. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych nie zostały one dokonane, co oznacza, że według stanu na 26 lipca 2024 r. opóźnienie wynosiło od 208 do 938 dni.

Powyższe stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹, zgodnie z którym świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z przyjętym harmonogramem, a zmiany w harmonogramie dotyczące tych osób, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Naruszony został również § 2 ust. 8 zawartej z NFZ umowy, zgodnie z którym świadczeniodawca zobowiązany był do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.

(akta kontroli str. 40-70, 142-143, 245)

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

Prezes wyjaśniła, że było to spowodowane przeoczeniem ze strony informatyka.
(akta kontroli str. 144-145)

OCENA CZĄSTKOWA

W Spółce prawidłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń w hospicjum domowym w Strawczyni. MAMMOGRAFIA spełniała wymagania dotyczące liczby i wykształcenia personelu dla hospicjum i zapewniła ich całodobowy dostęp do świadczeń dla pacjentów. Umożliwiła personelowi udzielającemu opieki podnoszenie kompetencji zawodowych. Spółka nie zgłosiła do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy w stosunku do 11 osób.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Realizacja świadczeń w hospicjum domowym

Listy oczekujących prowadzone były w elektronicznym systemie informatycznym, a dane przekazywane były do NFZ. Na koniec poszczególnych lat objętych kontrolą, liczba oczekujących kształtowała się następująco:

- 2020 r. – 41 osób oczekujących (przypadki stabilne);
- 2021 r. – 48 osób oczekujących (przypadki stabilne);
- 2022 r. – 27 osób oczekujących (przypadki stabilne);
- 2023 r. – 48 osób oczekujących (przypadki stabilne);
- 2024 r. (na 31 marca) – 54 osoby oczekujące (przypadki stabilne).

Analiza wpisów na listy oczekujących wykazała, że niektóre zapisane osoby w ogóle nie miały udzielonych świadczeń w ramach hospicjum domowego, Spółka nie posiadała żadnej dokumentacji medycznej tych pacjentów (dokumentacji lekarskiej, pielęgniarskiej, skierowań do objęcia opieką), a jedynie przepisywała ich z roku na rok²², o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ze względu na brak dokumentacji medycznej, nie było możliwe zweryfikowanie, czy były przypadki zgonów osób wpisanych na listę oczekujących. Taka sama sytuacja dotyczyła odmów udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 193-213, 222)

Prezes wyjaśniła m.in.: (...) *Odpowiedzialni za prowadzenie list oczekujących są pracownicy NZOZ DIAMED. Zgłoszenia można było dokonać osobiście, w placówce, lub telefonicznie i poprzez pocztę elektroniczną.*

(akta kontroli str. 223-224)

Prezes podała, że w okresie objętym kontrolą nie było przypadków zaprzestania udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 223-224)

W Spółce nie prowadzono harmonogramów przyjęć, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 142-143, 220-221)

Czas oczekiwania wg stanu na 31 marca 2024 r. wynosił od ośmiu do 1147 dni.

(akta kontroli str. 214-219)

Szczegółowej analizie poddano dokumentację medyczną 30 pacjentów²³, którym udzielano świadczeń w badanym okresie. Każdy pacjent, bądź jego opiekun prawny, wyrażał zgodę na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną, wskazywał osobę do kontaktu w sprawach informowania o stanie zdrowia oraz składał oświadczenie, że

²² Za wyjątkiem 36 osób w 2021 r., 28 w 2022 r., 11 w 2023 r. oraz trzech w 2024 r., które zostały objęte opieką hospicjum dla dorosłych.

²³ Wyboru próby dokonano w sposób celowy, z uwzględnieniem długości obejmowania opieką (ponad trzy miesiące).

nie był objęty opieką w innym rodzaju świadczeń hospicyjnych. Zgodnie z § 11 ust. 3 zarządzenia nr 196/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna²⁴, każdorazowo przedkładano pacjentom kartę wizyt w domu chorego (lekarską, pielęgniarzką, rehabilitanta – w razie potrzeb), zgodną ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do powyższego zarządzenia.

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów wykazała, że okres od wydania skierowania do hospicjum do pierwszej wizyty u pacjenta wynosił od 40 do 111 dni. Porady lekarskie odbywały się w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w miesiącu, a wizyty pielęgniarzkie nie rzadziej niż dwie w tygodniu. Zapewniono również całodobowy dostęp do świadczeń. W każdej z kart wizyt w domu chorego widniały informacje dla pacjentów o możliwości dostępu do świadczeń przez siedem dni w tygodniu. Pacjenci otrzymywali także dane kontaktowe (w postaci ulotek, wizytówek) do zespołu hospicjum domowego, aby w razie konieczności mogli ustalić dogodny termin wizyty (nr całodobowego telefonu). Z analizy dokumentacji objętej próbą kontrolną wynikało, że pacjenci korzystali z wizyt wieczornych i nocnych²⁵. W okresie objętym kontrolą zrealizowano: 45 wizyt pielęgniarek od godziny 20.00 (pomiędzy 20.00 a 21.00 – 34, pomiędzy 21.00 a 22.00 – 10, pomiędzy 22.00 a 23.00 – jedna), 23 wizyty lekarzy (14, siedem i dwie). W pozostałych przypadkach wizyty zespołu hospicjum odbywały się w terminach i godzinach wynikających z planu leczenia dogodnego dla pacjentów.

(akta kontroli str. 225-233, 246)

Żadnemu z 30 świadczeniobiorców nie zlecono opieki psychologicznej. Nie stwierdzono w badanej dokumentacji wpisów lekarzy i pielęgniarek, z których wynikałaby konieczność zapewnienia takiej opieki.

Prezes wyjaśniła, że pacjenci hospicjum domowego nie byli objęci opieką psychologa, ponieważ lekarze prowadzący oraz pielęgniarzki nie wskazali takiej potrzeby, poprzez wpis do dokumentacji medycznej.

Zdaniem NIK uzasadnione jest rozważenie potrzeby poszerzenia zakresu przeprowadzanych wywiadów medycznych o zagadnienia dotyczące zdrowia i stanu psychicznego, w tym odnotowywania odmów spotkań z psychologiem. Wskazane jest również podjęcie większych starań, by pacjenci i ich rodziny chcieli z takiej pomocy skorzystać, np. poprzez udział psychoterapeuty podczas wizyt lekarskich i/lub pielęgniarzskich.

W badanej próbie pięciu świadczeniobiorców miało realizowaną rehabilitację w domu przez fizjoterapeutę. Fizjoterapeuci wykonywali od dwóch do sześciu zabiegów podczas każdej wizyty (w zależności od zlecenia lekarza). Liczba wizyt, uzależniona była od czasu trwania opieki, zaleceń lekarskich, stanu zdrowia i wynosiła w okresie objętym opieką od czterech do 48 wizyt fizjoterapeuty.

(akta kontroli str. 223-224, 227-228, 234)

Spółka zapewniła możliwość wykonywania badań laboratoryjnych dla pacjentów hospicjum domowego poprzez podpisanie stosownej umowy z podwykonawcą²⁶. W przypadku konieczności wykonania badań, lekarz hospicjum zlecał zakres badań, pielęgniarzka pobierała materiał do analizy i przekazywała do laboratorium. W okresie objętym kontrolą wykonano 174 badania laboratoryjne dla 30 pacjentów, tj. wszystkich z badanej próby.

(akta kontroli str. 227-228, 235-240)

²⁴ Biul. Inf. NFZ poz. 196, ze zm.

²⁵ Przeanalizowano wizyty rozpoczynające się od godziny 20.00 do 6.00 rano.

²⁶ Umowa z Diagnostyka Sp. z o.o. w Krakowie w zakresie wykonywania badań analitycznych i mikrobiologicznych zawarta 1 stycznia 2014 r. na czas nieokreślony.

Hospicjum zapewniło możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego dla pacjentów. W analizowanej próbie dokumentacji medycznej 30 pacjentów we wszystkich przypadkach wypożyczano sprzęt. Przekazanie sprzętu odnotowywano w dokumentacji medycznej. Wypożyczany sprzęt to m.in. koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, wózki inwalidzkie i drobny sprzęt typu balkoniki, chodziki i inhalatory.

(akta kontroli str. 227-228)

Odnosząc się do wypisywania pacjentom hospicjum domowego darmowych recept „S”, Prezes podała: *W okresie objętym kontrolą lekarze i pielęgniarki hospicjum domowego nie posiadali, zgodnie z przepisami, stosownych uprawnień do wypisywaniem darmowych recept „S”.*

(akta kontroli str. 223-224)

Pacjentom i ich rodzinom nie zapewniono dodatkowego wsparcia i opieki.

(akta kontroli str. 125)

Spółka nie badała jakości świadczeń udzielanych pacjentom hospicjum domowego. Prezes wyjaśniła: *Jakość świadczeń udzielanych pacjentom hospicjum domowego nie była badana, ponieważ brak jest podstawy prawnej do wprowadzenia takich procedur.*

(akta kontroli str. 223-224, 241-242)

Szczegółowym badaniem w zakresie liczby i długości trwania wizyt zespołu hospicjum domowego objęto okres dziesięciu dni²⁷, w których personel hospicjum udzielał świadczeń. Pacjenci objęci opieką hospicjum domowego mieszkali w powiecie kieleckim, a odległości pomiędzy ich miejscami zamieszkania wynosiły kilka kilometrów i w związku z tym dojazd zajmował maksymalnie 30 minut. Personel udzielający świadczeń pochodził z rejonu zamieszkania pacjentów i dlatego dojazd był ułatwiony. Jak wynikało z dokumentacji sprawozdawczej oraz medycznej, w wytypowanych dniach opieką objęto od trzech do pięciu świadczeniobiorców (w sumie 39 wizyt, średnio 3,9 wizyty na dzień). Spośród wszystkich udzielonych świadczeń, 20 zrealizowali lekarze (od jednej do dwóch na dzień), 17 pielęgniarki (od jednej do dwóch wizyt na dzień), trzy fizjoterapeuty (jedna na dzień). Czas trwania wizyt lekarskich wynosił od pół godziny do jednej godziny, pielęgniarskich od pół godziny do dwóch godzin, fizjoterapeuty jedną godzinę.

(akta kontroli str. 243-244)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Spółce nieprawidłowo prowadzono cztery listy oczekujących na udzielenie świadczenia, tj. na koniec 2021, 2022, 2023 oraz I kwartału 2024 r. Znajdowali się na nich pacjenci, którzy nie dostarczyli oryginałów skierowań do objęcia opieką. Wpisy dotyczące pacjentów nie były weryfikowane i nie wykreślano z list osób oczekujących, w wyniku czego przekazywano nieprawidłowe dane do Funduszu. Według stanu na dzień 31 marca 2024 r. dotyczyło to 46 osób.

(akta kontroli str. 197-212, 214-221)

Zgodnie z art. 20 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸ (dalej: uoz), listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 (ust. 5). Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć

²⁷ Losowo wybrana próba dziesięciu dni, tj. wybrano dwa z 2020 r., trzy z 2021 r., trzy z 2022 r. oraz dwa z 2023 r.

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań (ust. 6). Natomiast art. 20 ust. 2a pkt 1 uoz stanowi, że świadczeniobiorca jest zobowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

Prezes wyjaśniła m.in.: *Pacjenci, którzy figurowali w kolejkach oczekujących (...) w dniu dokonywania wpisu nie okazali się skierowaniami. W związku z powyższym zostali poproszeni o ich dostarczenie w ciągu 14 dni roboczych pod rygorem skreślenia z list oczekujących. Żaden z nich tego nie uczynił. Nie zostali skreśleni z list gdyż uznałam, że byłoby to dla nich zbyt dolegliwe. Powtarzające się nazwiska na listach oczekujących były wynikiem błędu systemu informatycznego. Zobowiązałam informatyka, który współpracuje ze Spółką, aby dołożył wszelkich starań by w przyszłości takie sytuacje nie miały miejsca. (...)*

(akta kontroli str. 220-221)

2. W Spółce nie prowadzono harmonogramów przyjęć do hospicjum. Przyjęcia do hospicjum odbywały się nieprawidłowo, gdyż zamiast na podstawie harmonogramu, powiązanego z listami oczekujących, pacjenci przyjmowani byli na podstawie odrębnych notatek sporządzanych przez Prezesa.

(akta kontroli str. 142-143, 220-221)

Było to niezgodne z art. 19a ust. 1 uoz, który stanowi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Prezes wyjaśniła m.in.: *Nie prowadzono harmonogramów gdyż świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej nie mają obowiązku wskazania planowanego terminu udzielania świadczenia przy dokonywaniu wpisu na listę oczekujących. (...)*

(akta kontroli str. 220-221)

NIK podkreśla, że zgodnie z art. 20 ust. 6 uoz, świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących. Brak prawidłowego prowadzenia list oczekujących i powiązanych z nimi harmonogramów przyjęć mógł wprowadzić w błąd potencjalnych pacjentów oczekujących na objęcie opieką oraz powodował, że przekazywane do NFZ dane o liczbie pacjentów oczekujących na przyjęcie były nieprawidłowe. Ponadto przyjmowanie pacjentów w oparciu o podręczne notatki Prezesa, nie zaś zgodnie z harmonogramem nie gwarantowało przestrzegania kolejności przyjmowania pacjentów do hospicjum.

OCENA CZĄSTKOWA

Spółka nieprawidłowo prowadziła listy oczekujących i w ogóle nie prowadziła harmonogramów przyjęć. Tym samym nie zagwarantowała zgodnego z kolejnością dostępu do świadczeń. Opieka lekarza i pielęgniarki była zapewniona w każdym przypadku z wymaganą częstotliwością. Prawidłowo zorganizowano opiekę fizjoterapeutyczną. Zapewniono dostęp pacjentom hospicjum do badań diagnostycznych i sprzętu medycznego.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Dokonywanie na bieżąco zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z NFZ umowy, w przypadkach wystąpienia zmian dotyczących personelu udzielającego świadczeń.
2. Podjęcie działań mających na celu prawidłowe prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń oraz wykreślanie pacjentów w przypadku niedostarczenia skierowania do hospicjum domowego w ciągu 14 dni.
3. Prowadzenie harmonogramów przyjęć pacjentów oraz obejmowanie opieką zgodnie z tymi harmonogramami.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kielce, lipca 2024 r.

Kontroler
Karol Pokora
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

.....
podpis