



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.10.3.2024

Pan
Arkadiusz Chmieliński
Prezes Grupy Zdrowie Sp. z o.o. w Płońsku
ul. H. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/045 – Opieka paliatywna i hospicyjna finansowana ze środków publicznych.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o. w Płońsku, ul. H. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk, Hospicjum Stacjonarne w Głownie ul. Wojska Polskiego 32/34, 95-015 Głowno ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Arkadiusz Chmieleński, Prezes Zarządu Spółki GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o. w Płońsku ² od 1 czerwca 2022 r., wcześniej przedsiębiorca prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą pod firmą GRUPA ZDROWIE Arkadiusz Chmieleński ³ .
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. 2. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022 – 2024 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	Anna Wrona, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/54/2024 z dnia 8 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Hospicjum.

² Dalej: Prezes.

³ Przekształcenie przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą w jednoosobową spółkę kapitałową.

⁴ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania GRUPY ZDROWIE Sp. z o.o. w Płońsku polegające na zapewnieniu pacjentom Hospicjum Stacjonarnego w Głównie opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Świadczenia udzielane były zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶. Świadczeniodawca zapewnił personel o wymaganych kwalifikacjach i w liczbie określonej w załączniku nr 2 do tego rozporządzenia, a także sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany dla hospicjum stacjonarnego zgodnie z ww. załącznikiem. Pomieszczenia i wyposażenie Hospicjum odpowiadały wymogom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷.

Głównym działaniem podejmowanym w celu zapewnienia jak najwyższej jakości życia chorych było przede wszystkim monitorowanie i uśmierzanie bólu. W celu zapewnienia godności pacjentom umierającym oraz ochrony przed traumą związaną z umieraniem, wprowadzono i stosowano odpowiednie procedury postępowania, zapewniono pomoc psychologiczną i duszpasterską.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej rozliczane były terminowo z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁸, jednakże środki finansowe otrzymywane z NFZ z tego tytułu nie pokrywały w całości kosztów świadczenia tej opieki.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opis stanu faktycznego

1.1. Hospicjum stacjonarne w Głównie funkcjonowało w ramach zakładu leczniczego pn. GŁÓWNO GRUPA ZDROWIE, tj. jednego z przedsiębiorstw utworzonych przez podmiot leczniczy GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego, GRUPA ZDROWIE GŁÓWNO kieruje jej kierownik, tj. Prezes spółki GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o.

(akta kontroli str. 3-12, 15-111)

Hospicjum dysponowało 18 łózkami w opiece stacjonarnej, co było zgodne z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w okresie objętym kontrolą wyniosła 211 w 2022 r. (w tym 48% stanowili pacjenci z nowotworami) i zwiększyła się do 272 pacjentów w 2023 r. (w tym 43 % pacjentów z nowotworami). Wg stanu na 30 kwietnia 2024 r. liczba pacjentów wynosiła 96 (w tym 40% pacjentów z nowotworami). Średni czas objęcia pacjentów opieką wyniósł 17 dni w 2022 r. oraz 22 dni w 2023 r. i 2024 r. (do 30 kwietnia).

Liczba pacjentów na dzień 31 marca, 30 czerwca, 30 września, 31 grudnia 2022 r. wyniosła odpowiednio: 5, 11, 11, i 11, na dzień 31 marca, 30 czerwca, 30 września, 31 grudnia 2023 r. odpowiednio: 17, 14, 16 i 17, zaś na dzień 30 kwietnia 2024 r. – 18.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 262.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁸ Dalej: NFZ.

Hospicjum mieściło się w budynku trzykondygnacyjnym na pierwszym piętrze. Znajdowało się w nim siedem sal przeznaczonych dla pacjentów – dwie sale jednoosobowe, dwie dwuosobowe, trzy trzyosobowe, oraz izolatka⁹. W Hospicjum była jedna winda. Łóżka w salach chorych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (zgodnie z § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą), z wyjątkiem trzech sal, w których trzy łóżka dosunięte były do ściany dłuższą krawędzią.

Dyrektor ds. Świadczeń Medycznych działająca z upoważnienia Prezesa¹⁰ oświadczyła, że we wszystkich trzech salach była odpowiednia liczba metrów kwadratowych i liczba łóżek, aby zapewnić dostęp z trzech stron, natomiast dosunięcie łóżek blisko ściany wynikało ze sprzątania jednej z sal oraz takiego życzenia pacjentów. W czasie, gdy pielęgniarki dokonują czynności pielęgnacyjnych przesuwają łóżka na swoje miejsce, by zapewnić dostęp do pacjenta z trzech stron.

Odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoi umożliwiała wyprowadzenie łóżka (zgodnie z § 20 ww. rozporządzenia), jednakże nie umożliwiała tego szerokość drzwi w jednym z pomieszczeń, przez które odbywał się ruch pacjentów na łózkach - szerokość drzwi była bowiem mniejsza niż szerokość łóżka, na którym znajdował się pacjent. W przedmiotowym pokoju znajdowało się również łóżko „transportowe”, które po złożeniu boków było węższe niż drzwi.

Dyrektor oświadczyła, że do przemieszczania wykorzystywane jest łóżko „transportowe”, zobowiązując się przy tym do poszerzenia otworu na drzwi przy kolejnych pracach remontowych.

Pokoje chorych znajdowały się powyżej terenu urządzonego przy budynku, a w ich oknach zainstalowano rolety. Wszystkie sale chorych były wydzielone (nie przechodnie) i miały dostęp do światła dziennego, istniała także możliwość wydzielenia poszczególnych łóżek zasłonami/parawanami w celu zapewnienia intymności pacjenta w czasie badań lub zabiegów pielęgnacyjnych. Sześć sal chorych wyposażone było w łazienki, zaś jedna nie miała ani łazienki ani umywalki – wg oświadczenia Dyrektora sala ta jest przeznaczona dla pacjentów wyłącznie leżących.

1.2. Wg stanu na kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 i kwiecień 2024 r. w Hospicjum zatrudnionych było odpowiednio: 11, 7 i 10 lekarzy (równoważnik 5,54, 4,96 i 5,43 etatu), z czego doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż trzy lata posiadało odpowiednio: czterech, trzech i czterech z nich. Żaden z lekarzy nie posiadał specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, zaś wszyscy ukończyli kursy zgodne z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczące problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowane przez wyższe uczelnie medyczne posiadające uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Wszyscy lekarze posiadali uprawnienia do wypisania leków opioidowych.

Wg stanu na kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r. w Hospicjum zatrudnionych było odpowiednio: 11, 12 i 12 pielęgniarek, z czego doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż trzy lata posiadało 10 z nich (w każdym z kontrolowanych lat). Specjalizację z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej ukończyła jedna pielęgniarka, zaś kursy specjalistyczne w zakresie podstaw opieki paliatywnej ukończyły kolejne cztery w 2022 r. i pięć pielęgniarek w 2023 i 2024 r.

W Hospicjum zatrudniony był jeden psycholog i jeden fizjoterapeuta.

⁹ Oprócz sal chorych w hospicjum znajdował się sekretariat, gabinet lekarski, pokój socjalny, magazyny bielizny czystej i brudnej, kuchenka oddziałowa i magazynek.

¹⁰ Dalej: Dyrektor.

W analizowanych miesiącach nie następowała zmiana personelu.

(akta kontroli str. 174-176, 178-179, 409-617)

1.3. W Hospicjum zapewniono sprzęt medyczny i pomocniczy niezbędny do realizacji świadczeń wskazany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej¹¹ (szerzej opisane w pkt 1.5.).

W dyżurce pielęgniarek w szafach zamykanych na klucz znajdowały się produkty lecznicze i wyroby medyczne, wydane z Działu Farmacji Szpitalnej, przy czym opioidy przechowywane były osobno, w kasetce przytwierdzonej do podłoża. Analiza kilkudziesięciu produktów leczniczych i wyrobów medycznych pod kątem terminów ważności¹² wykazała, że terminy ważności produktów i wyrobów były co do zasady aktualne, z wyjątkiem trzech przypadków, dla których termin ważności upłynął: tj. Salbutamol WZF – ważny do czerwca 2024 r., Nasen – ważny do lipca 2024 r., Promazin Jelfa – 2 opakowania, ważne do maja 2024 i lipca 2024 r.

Dyrektor oświadczyła, że daty ważności leku są zawsze weryfikowane przez pielęgniarki przed jego podaniem: *Podczas oględzin było widoczne, że każde opakowanie leku opisane jest w widocznym miejscu datą ważności leku, tak, aby pielęgniarka mogła zweryfikować tę datę przed podaniem pacjentowi leku. W wyniku zaobserwowanej nieprawidłowości natychmiast wszczęliśmy postępowanie naprawcze i wprowadziliśmy Procedurę sprawdzania daty ważności leków w szafie z lekami na Oddziale Hospicjum Stacjonarnego z datą obowiązywania od 13 sierpnia 2024 r., oraz odbyło się szkolenie w tym zakresie. W punkcie 5.1. określono, że regularne sprawdzanie dat ważności leków odbywa się co najmniej raz w miesiącu, dodatkowo daty ważności powinny być sprawdzane każdorazowo podczas przyjmowania nowej dostawy leków oraz przed podaniem leku pacjentowi.*

(akta kontroli str. 127-143, 627-655)

W apteczce znajdowały się wyłącznie leki dostarczone świadczeniodawcy przez Dział Farmacji Szpitalnej – nie stwierdzono przypadków dostarczenia leków przez rodzinę pacjenta z przeznaczeniem konkretnie dla niego.

(akta kontroli str. 127-143, 183-184, 412-414, 594-597)

1.4. W Hospicjum zapewniono całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę¹³.

W harmonogramach pracy podzielono godziny pracy lekarzy na dwie grupy: dyżury pełnione w oddziale oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Suma tych godzin dla poszczególnych lekarzy była zgodna z liczbą godzin wykazanych w umowie z NFZ.

Godziny pracy lekarzy nie były ewidencjonowane. Dyrektor oświadczyła, że lekarze prowadzący indywidualną działalność gospodarczą udzielają świadczeń w Hospicjum w ramach umów o świadczenie usług, gdzie nie istnieje obowiązek ewidencjonowania czasu pracy: *kluczowe jest dla nas zabezpieczenie całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, zatem nie jest konieczne wprowadzanie w hospicjum takiego systemu pracy jak szpitalach.*

¹¹ Hospicjum dysponowało 18 łózkami z materacami, siedmioma koncentratorami tlenu, dwoma inhalatorami, trzema pompami infuzyjnymi, czterema ssakami, sprzętem do EKG, dwoma pulsoksymetrami, dwoma glukometrami, dwoma aparatami do mierzenia ciśnienia, termometrem, zestawem do udzielania pierwszej pomocy, sprzętem zapobiegającym powstawaniu odleżyn, sprzętem ułatwiającym pielęgnację chorego, czterema zestawami lule rehabilitacyjnych, dwoma balkonikami rehabilitacyjnymi, dwoma chodzikami, trzema wózkami inwalidzkimi i workiem AMBU.

¹² Oględziny przeprowadzono 9 sierpnia 2024 r. - analizie pod kątem terminów ważności poddano 159 produktów leczniczych i wyrobów medycznych wydanych z Działu Farmacji Szpitalnej w okresie maj – lipiec 2024 r. Ponadto wyrywkowej kontroli poddano kilkadziesiąt innych produktów leczniczych i wyrobów medycznych wydanych z Działu Farmacji Szpitalnej w poprzednich miesiącach.

¹³ Analizą objęto kwiecień 2022, kwiecień 2023 i kwiecień 2024 r.

Wedle systemu, który wdrożyliśmy w hospicjum w Głownie, zawsze zabezpieczony jest dostęp do świadczeń lekarskich, nad czym czuwa Pielęgniarka oddziałowa.

Rachunki (faktury) wystawiane przez lekarzy opisane były ogólnie jako „usługa medyczna” lub „konsultacja lekarska” bez możliwości weryfikacji liczby przepracowanych godzin (zarówno tych w oddziale, jak i pozostawiania w gotowości) – z kilkoma wyjątkami, gdzie pod rachunek podłączono wykaz godzin (bez podpisu).

Wyjaśniając w jaki sposób weryfikowano czas pracy lekarzy pozostających w gotowości Dyrektor oświadczyła: (...) *nie dostaliśmy zgłoszenia od pielęgniarki oddziałowej czy pielęgniarek, które cały czas są z pacjentami, by lekarze nie odpowiadali na ich zgłoszenia. Ponadto nie zostały zgłoszone także skargi pacjentów i ich rodzin. Wynik zewnętrznej kontroli Wojewody w hospicjum był także pozytywny. Zatem nie mieliśmy powodów by wprowadzać dodatkowe kontrole pracy lekarzy.*

Harmonogramy pracy pielęgniarek były zgodne z listą obecności (kartami czasu pracy) oraz liczbą godzin wykazaną w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 192-228, 244-288, 423-427, 430-433, 437-440, 446-447, 451-456, 460-467, 469-476, 483-492, 494,495, 500-501, 506-507, 511-513, 517- 525528, 539-544, 546-548, 550-556, 558-565, 567, 571-579, 582-591594-597, 604-611)

1.5. W kwietniu 2022, 2023 i 2024 r. w Hospicjum przebywało odpowiednio: 23, 33 i 38 pacjentów. Najczęściej użytymi sprzętami wymienionymi w rozporządzeniu OPH były: EKG, pulsoksymetr, glukometr¹⁴, aparat do pomiaru ciśnienia, termometr, materace, sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn, sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego, łóżka szpitalne – korzystali z nich wszyscy pacjenci. Pomocne były także: koncentratory tlenu¹⁵ (odpowiednio 9, 6, 10 korzystających pacjentów, tj. 39%, 18% i 26%), ssaki¹⁶ (odpowiednio 10, 8, 12 pacjentów, tj. 43%, 24% i 32%), inhalatory¹⁷ (odpowiednio 2, 3, 4 korzystających pacjentów, tj. 9%, 9% i 11%), pompy infuzyjne¹⁸ (odpowiednio 1, 2, 3 korzystających pacjentów, tj. 4%, 6% i 8%) czy balkoniki rehabilitacyjne (po dwóch korzystających pacjentów, tj. 9%, 6% i 5%).

Nie korzystano natomiast z worków AMBU oraz zestawu do udzielania pierwszej pomocy. W Hospicjum nie prowadzono leczenia z zastosowaniem metod sztucznie podtrzymujących życie, nie prowadzono „reanimacji”, czyli resuscytacji krążeniowo-oddechowej w przypadku zatrzymania oddechu i/lub krążenia, o czym pacjenci byli informowani przy przyjęciu.

(akta kontroli str. 157-158, 183-184, 624-626)

Dyrektor oświadczyła, że poza ww. sprzętami korzystano ze sprzętu aparatu VAC (ang. Vacuum Assisted Closure)¹⁹, o który – zdaniem kontrolowanego – należałoby uzupełnić wykaz sprzętów wymienionych w rozporządzeniu:

Jest to urządzenie medyczne do leczenia nową metodą podciśnieniową, która jest bardzo skuteczna. VAC odnosi się do zamykania ran przy użyciu podciśnienia – próżni. Oznacza to, że na ranę i jej okolice stosuje się ujemne ciśnienie w sposób ciągły lub przerywany. Zwiększa się też przepływ krwi w okolicy rany, co zapewnia lepsze zaopatrzenie w czynniki potrzebne do gojenia i usuwanie tych szkodliwych. Również zamknięte, ciepłe i wilgotne środowisko wewnątrz opatrunku jest bardzo

¹⁴ Glukometr – wszyscy pacjenci cukrzycowi, tj. osoby przyjmujące insulinę i leki przeciwcukrzycowe, oraz osoby z wahaniami glukozy.

¹⁵ stosowane u chorych mających problemy z oddychaniem, a także podczas leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego czy krążenia

¹⁶ wykorzystywane do odsysania wydzielin w sposób bezpieczny dla pacjenta, bez ryzyka uszkodzenia tkanek i struktur w jego organizmie.

¹⁷ służące do podawania leków bezpośrednio do dróg oddechowych pacjenta, co umożliwia szybsze i skuteczniejsze działanie tych preparatów niż w przypadku leków doustnych.

¹⁸ służące do stałego lub cyklicznego, precyzyjnego dawkowania zaordynowanego przez lekarza leku.

¹⁹ w kwietniu 2024 Hospicjum miało możliwość korzystania z wypożyczonego urządzenia VAC od przedstawiciela firmy opatrunków specjalistycznych.

stabilne i korzystne dla naturalnych procesów gojenia. Bardzo ważnym elementem leczenia za pomocą urządzenia VAC jest odpowiednia pielęgnacja rany. Należy usuwać martwe tkanki z jej obszaru, a także hamować wzrost bakterii i regularnie zmieniać opatrunki, zwykle co 24-36 godzin w zależności od sytuacji klinicznej. Aparaturę Vac stosowano w przypadkach: owrzodzenia żylnego goleni, stopy cukrzycowej, owrzodzenia odleżynowego.

(akta kontroli str. 618-623)

1.6. Wszystkie przyjęcia do Hospicjum następowały na bieżąco. W 52% przypadków pacjenci przyjmowani byli do placówki w dniu wystawienia skierowania, zaś w pozostałych przypadkach czas od wystawienia skierowania do przyjęcia do placówki wynosił od jednego do 11 dni, w zależności od zgłoszenia się pacjenta.

(akta kontroli str. 155-156, 178-179)

1.7. Prawo pacjentów do leczenia bólu realizowane było poprzez monitorowanie natężenia bólu i podawanie środków przeciwbólowych²⁰. Na ból uskarżało się 15 z 25 pacjentów objętych analizą. We wszystkich przypadkach pacjenci otrzymywali leki przeciwbólowe, z czego w 67% przypadków – opioidy. Lekami opioidowymi podawanymi pacjentom były głównie morfina, transtec, tramal.

Codziennie dokonywano zbiorczej uproszczonej oceny stanu chorego.

W czterech przypadkach pacjenci nie byli w stanie samodzielnie wyrazić zgody na leczenie hospicyjne – w dwóch przypadkach zgodę podpisały dzieci pacjentów, zaś w pozostałych dwóch na dokumentach znajdował się odcisk palca pacjenta. W jednym przypadku pobyt w Hospicjum zakończył się na skutek powodzenia procesu terapeutycznego²¹ - pacjent przebywał w Hospicjum 439 dni. W pozostałych przypadkach nastąpił zgon, a czas pobytu wynosił od jednego do 194 dni. Wszyscy pacjenci byli objęci opieką psychologa (co kilka dni w zależności od potrzeb) oraz fizjoterapeuty (codziennie od poniedziałku do piątku – głównie ćwiczenia usprawniające). Tylko dwóm pacjentom na 25 przypadków (8%) zlecono badania diagnostyczne.

Dyrektor oświadczyła: (...) *Lekarze zlecają badania laboratoryjne, w przypadkach zmian w stanie zdrowia pacjentów, np. gdy następuje jego pogorszenie w szczególności u pacjentów z odleżyną. Decyzja w zakresie potrzebnej diagnostyki jest decyzją lekarską. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wedle Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej opieka hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców, których choroby są nieuleczalne i niepoddające się leczeniu przyczynowemu. Zatem nie prowadzi się leczenia dążącego do wyleczenia pacjenta, także badania diagnostyczne są wykonywane tylko przy konkretnych wskazaniach.*

(akta kontroli str. 149-150, 151-154, 229-243)

1.8. W okresie objętym kontrolą wystąpił jeden przypadek odmowy udzielenia świadczeń przez świadczeniodawcę. Powodem był brak u pacjenta jednostki chorobowej, która uprawniałaby do uzyskania świadczenia w Hospicjum zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli str. 181-182)

1.9. W okresie objętym kontrolą w Hospicjum odnotowano 486 zgonów (182 w 2022 r., 233 w 2023 r. i 71 do 30 kwietnia 2024 r.). W Hospicjum wprowadzono Procedury Medyczne²² dotyczące postępowania w przypadku agonii pacjenta

²⁰ Szczegółowym badaniem objęto pacjentów objętych opieką hospicyjną w kwietniu 2022 r., kwietniu 2023 r. i kwietniu 2024 r.

²¹ Owrzodzenie odleżynowe.

²² Obowiązujące od 1 sierpnia 2019 r.

w hospicjum oraz postępowania w przypadku zgonu pacjenta na oddziale w hospicjum. Zgodnie z procedurami w każdej sytuacji pogorszenia się zdrowia pacjenta należy powiadomić lekarza dyżurnego. Należy rozpoznać i monitorować objawy agonii, zapewnić mu komfort, wsparcie psychiczne oraz duchowe. Rodzina powinna być stale informowana o stanie pacjenta, należy także zapewnić jej wsparcie i pomoc w zrozumieniu procesów zachodzących w ciele pacjenta. Wszelkie procedury, leki i interwencje powinny być dokładnie udokumentowane, a po śmierci należy zająć się ciałem z szacunkiem odpowiednio je zabezpieczając, powiadomić odpowiednie służby, a rodzinie zaoferować wsparcie i pomoc w organizowaniu formalności związanych z pogrzebem. Pomieszczeniem przeznaczonym do przechowywania zwłok z zachowaniem godności należnej zmarłemu jest chłdnia. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie wydzielonym pomieszczeniu. W przypadku, gdy rodzina lub opiekun ustawowy nie zgłasza się po odbiór zwłok, bądź z powodu ich braku, powiadamia się niezwłocznie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

(akta kontroli str.159-170)

Wyjaśniając w jaki sposób pracownicy Hospicjum realizują prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności oraz jak chronią innych pacjentów przed traumą związaną z umieraniem, Dyrektor oświadczyła: *naszym celem jest zapewnienie możliwości towarzyszenia rodzinie lub innych bliskich osób w umieraniu pacjenta. W momencie gdy pogorszy się stan pacjenta, rozpoczyna się agonia, pracownicy hospicjum zawiadamiają telefonicznie osoby wskazane w dokumentacji medycznej. Gdy przybywa rodzina/inne osoby bliskie, jeśli wolna jest izolatka, tam organizowane jest spokojne miejsce pożegnania z Chorym, zaś w innych wypadkach używany jest parawan dla zachowania prywatności. Rodzina może pozostać także przez pewien czas po śmierci pacjenta. Jest to najczęstszy sposób działania w hospicjum, jednakże czasem zdarza się, że rodzina nie zdąży dojechać lub pacjent umiera we śnie. Pracownicy hospicjum przy spotkaniach z najbliższymi pacjentów starają się wspomóc dobrym słowem i zrozumieniem.*

(akta kontroli str. 618-623)

1.10. W celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych w Hospicjum stosowane były Karty Leczenia Bólu– ból pacjentów był monitorowany i uśmierzany zgodnie z rekomendacjami medycznymi. Monitorowane było także pojawianie się odleżyn i innych problemów zdrowotnych celem zapobiegania im. Pacjenci mieli zapewnione odżywianie zgodne ze wskazaniem lekarskim. Pacjentom i ich rodzinom zapewniono wsparcie psychologa oraz wsparcie duchowe księdza.

W Hospicjum nie wprowadzono Indywidualnych Planów Opieki. Dyrektor oświadczyła, że pacjenci wraz z rodzinami odbywają rozmowę z lekarzem w kwestii planu opieki nad chorym podczas pobytu w Hospicjum, jednak nie przybiera to formy dokumentu. Prowadzono natomiast Zbiorczą Uproszczoną Ocenę Stanu Chorego i Efektywności Opieki. Poszczególne standardy określone przez Radę Europy w Wytycznych (rekomendacjach) Rec (2003) 24 komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, które można odnieść do Świadczeniodawców, czyli punkt 45, były realizowane poprzez zachęcanie członków rodzin i przyjaciół do towarzyszenia śmiertelnie chorym lub umierającym, oferowanie profesjonalnego wsparcia ze strony personelu; oraz punkt 46 poprzez respektowanie praw pacjenta. Stosowano także zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, np. *Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby.*

(akta kontroli str. 149-150, 151-154, 229-243, 624-626)

1.11. Dyrektor oświadczyła, że realizację świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej utrudniają następujące problemy:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w załączniku

nr 1 określa wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i tylko w tych przypadkach pacjent może skorzystać z leczenia hospicyjnego; brak na niej np. zaawansowanych niewydolności nerek i wątroby, czy chorób tkanki łącznej w dużym stopniu zaawansowania, z bólem i z ranami, a w tych przypadkach opieka paliatywna jest absolutnie potrzebna. Zdaniem kontrolowanego nie powinno się ograniczać możliwości udzielenia świadczeń pacjentom w stanie terminalnym bez względu na jednostkę chorobową jaka ten stan wywołała;

- przy przyjęciu wymagany jest podpis chorego, tymczasem pacjenci terminalni bardzo często są w stanie, który uniemożliwia im podpisanie się – są w śpiączce, sparaliżowani, z niedowładem rąk, niepełnosprawnością umysłową, zaburzeniami świadomości, nie widzą lub niedowidzą itd. Jednocześnie takiego podpisu nie może złożyć osoba, która opiekuje się chorym, a niezwykle rzadkie jest działanie opiekuna prawnego. Personel działa w niezwykle trudnej sytuacji, gdy chory ma problem z podpisem, a jednocześnie brak jest jasnych przepisów prawnych co do opiekuna faktycznego, który de facto często działa w imieniu pacjenta;

- krótki okres pobytu pacjentów – często są oni kierowani do opieki paliatywnej za późno, przez co nie jest możliwe ulżenie im w cierpieniu, okres pobytu niejednokrotnie wynosi 1-3 dni, gdy w przypadku wdrożenia wcześniejszego leczenia, można wydłużyć przeżycie pacjentów.

(akta kontroli str. 618-623)

W sierpniu 2023 r. Mazowiecki Urząd Wojewódzki przeprowadził w zakładzie leczniczym GŁOWNO GRUPA ZDROWIE kontrolę w przedmiocie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. Nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. W wyniku kontroli Hospicjum ustalono m.in. że: regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy wymagane ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej²³, podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, pomieszczenia Hospicjum spełniały wymagania określone w przepisach, w dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeuty. Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawową, lekkostrawną, bezmleczną lekkostrawną i cukrzycową, a w zakładzie prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego, wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych. W placówce wydzielono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem ich do chłodzi. Dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była zgodnie z wymogami.

(akta kontroli str. 384-408)

W okresie objętym kontrolą nie wniesiono pisemnych, telefonicznych ani mailowych skarg na działalność Hospicjum.

(akta kontroli str. 156, 172-173)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie NIK nie formułuje nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W Hospicjum zapewniono zarówno personel, jak i sprzęt niezbędny do udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zakres udzielanych świadczeń był zgodny z umową zawartą z NFZ. W Hospicjum dążono do zapewnienia jak najwyższej jakości życia chorych głównie poprzez uśmierzanie bólu oraz opiekę

²³ Dz.U. z 2024 r. poz. 799

duszpasterską, psychologiczną i fizjoterapeutyczną. Wprowadzono i przestrzegano procedur postępowania w przypadku agonii i zgonu pacjenta, zapewniono godność pacjentom umierającym. Stwierdzone uchybienia w zakresie przechowywania leków oraz transportu chorych przez zbyt wąskie drzwi usunięto w toku kontroli.

2. Rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opis stanu faktycznego

2.1. Kwoty kontraktu z NFZ wyniosły w latach 2022- 2024 (wg stanu na 30 kwietnia) odpowiednio: 1 765 485,58 zł, 3 972 675,66 zł i 1 303 988,22 zł, z czego rozliczono odpowiednio: 1 644 709,58 zł, 3 636 996,32 zł i 1 296 484,03 zł. Wszystkie świadczenia zostały zapłacone, do końca marca 2024 r. nie było nadwykonań. W kwietniu 2024 r. nadwykonania wyniosły 57 756,35 zł. Dyrektor oświadczyła, że wniosek o zapłatę nadwykonań w świadczeniach nielimitowanych za miesiące kwiecień, maj i czerwiec został wygenerowany przez portal świadczeniodawcy i zarejestrowany w portalu 10 lipca 2024 roku. Do dnia zakończenia kontroli nadwykonania nie zostały zapłacone – wniosek jest w trakcie rozpatrywania.

Koszty udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej były wyższe niż kontrakt z NFZ i wyniosły odpowiednio: 2 664 523,41 zł, 4 049 340,39 zł, 1 403 946,75 zł. Środki otrzymane z NFZ stanowiły odpowiednio 62%, 90% i 92% kosztów udzielania świadczeń z tego zakresu.

Dyrektor oświadczyła, że środki finansowe otrzymywane z NFZ z tytułu realizacji zadań z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie pokrywały kosztów ich świadczenia w żadnym z kontrolowanych lat, gdyż wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej są zbyt niskie: *Ponadto nasze hospicjum rozpoczęło działanie w 2019 roku, zatem na początku musieliśmy zainwestować środki na remont, dostosowanie pomieszczeń, a potem doinwestowywać regularnie hospicjum, gdyż środki z NFZ nie pozwalały na pokrycie wszystkich kosztów. Spółka Grupa Zdrowie jest w stanie utrzymywać małe hospicjum stacjonarne w swojej strukturze ze względu na fakt, że jesteśmy dużym podmiotem, który udziela różnego rodzaju świadczeń na podstawie umów z NFZ, i dzięki temu jesteśmy w stanie zbilansować działania hospicjum stacjonarnego w Głównie. Od lat wskazywane jest przez specjalistów od spraw zdrowia, że opieka paliatywna i hospicyjna wyceniana jest zbyt nisko. NFZ podniósł w poprzednim roku wycenę punktu i wprowadził płatność za świadczenia ponadlimitowe, jednak są to działania pokrywające jedynie rosnące koszty związane ze skutkami wysokiej inflacji, a także mechanizmu corocznego podnoszenia płac personelu medycznego wynikającego z Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nie wprowadzają zaś „nowego otwarcia” w opiece paliatywnej i wyższego finansowania tych świadczeń.*

Nie pozyskiwano środków finansowych na działalność w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej z innych niż NFZ źródeł.

(akta kontroli str. 144-145, 189-190, 191, 662-664)

2.2. Raporty statystyczne były składane do NFZ za pośrednictwem portalu świadczeniobiorcy zgodnie z § 23 ust. 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Rachunki zaś w kilku przypadkach²⁴ zostały przedłożone nieznacznie po tym terminie. Wynikało to ze specyfiki rozliczeń z NFZ i miało na celu uchronienie podmiotu leczniczego przed wystawieniem przez NFZ faktur korygujących. Dyrektor oświadczyła: *Na początku miesiąca wysyłamy raport statystyczny, czekamy na jego weryfikację przez NFZ i odesłanie ewentualnych błędów. Następnie poprawiamy błędy i wysyłamy do ponownej weryfikacji. Jeśli wszystkie świadczenia ocenione są pozytywnie*

²⁴ Za miesiące: 01,03,11,12 2023 r. i 01,02 2024 r.

generujemy żądanie rozliczenia świadczeń w portalu NFZ, pojawia się szablon rachunku, który jest przez nas wczytany do programu służącego do wymiany informacji między świadczeniodawcą a NFZ. Na tej podstawie wystawiana jest faktura do NFZ. Najczęstszymi błędami jest brak EWUŚ czy koincydencja świadczeń. W przypadku koincydencji wysyłamy wniosek o uznanie błędnie zweryfikowanych świadczeń, przesyłamy go do NFZ i czekamy na odpowiedź. Specyfiką rozliczenia świadczeń, jest to, że może pojawić się błąd, który dotyczy poprzednich okresów, a to mogłoby wygenerować fakturę korygującą za poprzednie miesiące. Dlatego też najważniejsze jest dla nas pozytywne zweryfikowanie raportu statystycznego. W § 23 ust. 1 w zd. 2 OWU wskazane jest, że „świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.” Natomiast terminy wskazany w § 23 OWU nie są terminami ostatecznymi, wedle § 26 ust 1 OWU późniejsze przekazanie powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu albo przekazaniu. Natomiast wysłanie rachunku po weryfikacji raportu statystycznego zapewnia nam większą pewność co do sfinansowania naszych świadczeń. NFZ co do zasady wypłacał należności w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia dokumentów rozliczeniowych dokonując przelewu na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z art. 24 ust. 1 ww rozporządzenia. W kilkunastu przypadkach termin został nieznacznie przekroczony (od jednego do dziesięciu dni).

(akta kontroli str. 289, 293-383, 656-661)

Dyrektor oświadczyła że przy rozliczaniu z NFZ świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie ma problemów, jeśli chodzi o płatność w granicach wartości kontraktu: W ostatnim czasie jednak świadczenia paliatywne i hospicyjne stały się świadczeniami płatnymi ponadlimitowo; według Zarządzenia nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. wprowadzono § 12 ust. 9 statuujący że „Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach świadczeń objętych umową, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy w tym zakresie.” W tym zakresie nie ma procedury dotyczącej wypłacania płatności, przede wszystkim jeśli chodzi o termin wypłacenia przez Fundusz płatności, zatem Hospicjum nie ma pewności kiedy będzie miało miejsce sfinansowanie wykonanych przez siebie świadczeń.

(akta kontroli str. 627-631)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W Hospicjum udzielano świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów z NFZ, pomimo, iż przychody z realizacji tych umów nie pokrywały w całości kosztów świadczenia tej opieki. Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej rozliczane były terminowo.

IV. Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków.

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 Łodzi. 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.

Łódź, dnia 23 września 2024 r.

Kontroler
Anna Wrona
gł. specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

p.o. Dyrektor
Piotr Walczak

/podpisano elektronicznie/