



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.7.1.2024

Ks. Paweł Zięba
Caritas Archidiecezji Warmińskiej
ul. Grunwaldzka 45, 10-125 Olsztyn

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Caritas Archidiecezji Warmińskiej, ul. Grunwaldzka 45, 10-125 Olsztyn (dalej: Caritas AW).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ks. Paweł Zięba - Dyrektor Caritas Archidiecezji Warmińskiej od 1 sierpnia 2012 r.
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 (31 lipca), 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 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Piotr Stupienko - doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOL/61/2024 z 20 maja 2024 r. 2. Piotr Górny – doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LOL/67/2024 z 19 czerwca 2024 r.

(akta kontroli str. 1-5)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Caritas AW mające na celu zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej: OPH), w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ).
Uzasadnienie oceny ogólnej	W okresie objętym kontrolą zakres i skala udzielanych przez Caritas AW świadczeń z zakresu OPH była zgodna z umowami podpisanymi z NFZ. Zatrudniony personel, budynek i pomieszczenia hospicjum stacjonarnego oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadało warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej ³ (dalej: rozporządzenie w sprawie OPH) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań określonych dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Podczas udzielania świadczeń OPH respektowano prawo pacjentów do leczenia bólu oraz zapewniano godność pacjentom umierającym. Szerokim zakresem opieki otaczano również bliskich i członków rodzin pacjentów. Stwierdzona nieprawidłowość

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

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

³ Dz.U. z 2022 r. poz. 262.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.

polegająca na niezawiadomieniu NFZ o zatrudnieniu jednej z opiekunek medycznych, miała charakter formalny i pozostawała bez wpływu na zapewnienie pacjentom opieki w zakresie wynikającym z umów zawartych z NFZ. Ustalono ponadto, że Caritas AW prawidłowo i terminowo rozliczała świadczenia OPH w ramach umów zawartych z NFZ, przedkładając wymagane dokumenty rozliczeniowe.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1.1. Caritas AW działalność leczniczą w zakresie OPH prowadzi od 2001 r. na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr 15248 W-28. W ramach wykonywania działalności leczniczej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2022-2024 Caritas AW prowadziła trzy zakłady lecznicze, tj.:

I. Zakład Leczniczy Hospicjum Caritas w Olsztynie, w skład którego wchodziły m.in.:

- Hospicjum Caritas w Olsztynie, w tym:
 - Hospicjum perinatalne – od 1 marca 2021 r.,
 - Hospicjum domowe dla dzieci – od 15 września 2003 r.,
 - Hospicjum domowe dla dorosłych – od 1 kwietnia 2001 r.,
 - Poradnia medycyny paliatywnej – od 1 stycznia 2005 r.
- Hospicjum Stacjonarne dla Dzieci w Olsztynie – od 1 marca 2021 r.
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe - Filia w Korszach – od 5 marca 2007 r.

II. Zakład Leczniczy Centrum Pielęgniarstwa Stacja Opieki Caritas w Nidzicy, w tym:

- Hospicjum domowe dla dorosłych – od 1 stycznia 2002 r.,
- Poradnia medycyny paliatywnej – od 1 stycznia 2005 r.

III. Zakład Leczniczy Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego Stacja Opieki Caritas w Pieniężnie, w tym Hospicjum Domowe Pieniężno – od 1 lipca 2014 r.

Od 10 grudnia 2018 r. Caritas AW posiada certyfikat ISO 9001:2015 Prowadzenie działalności w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej - Systemy zarządzania jakością - Wymagania, dotyczące całego podmiotu leczniczego albo jego zakładu leczniczego oraz corocznie poddawana była badaniom audytowym przez organizację certyfikującą.

(akta kontroli str.6)

W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) w Caritas AW wśród pacjentów i ich rodzin ośmiokrotnie przeprowadzono wewnętrzne badania jakości opieki, na podstawie których ustalono, że ocena jakości świadczeń zarówno przez pacjentów, jak i ich rodziny była wysoka i miała tendencję wzrostową. Jako wnioski z analizy wyników przeprowadzonych ankiet wskazywano m.in. na konieczność poprawy komunikacji z pacjentami i ich rodzinami poprzez zwiększenie liczby i jakości rozmów

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

z personelem medycznym oraz, w możliwym zakresie, poprawę warunków bytowych pacjentów i ich rodzin.

(akta kontroli str.7)

1.1.2. W okresie objętym kontrolą, opieką paliatywną i hospicyjną objęto łącznie 1207 pacjentów, w tym 941 dorosłych oraz 266 dzieci⁶. Podstawą przyjęcia do opieki były głównie choroby nowotworowe - pacjenci nowotworowi stanowili od 74% w 2022 r. do 78% w 2023 r. oraz 68% w 2024 r. (do 30 kwietnia).

W ramach hospicjum domowego opieką objęto łącznie 827 dorosłych pacjentów⁷. W przypadku dzieci, z hospicjum stacjonarnego skorzystało łącznie 44 pacjentów⁸, natomiast 222 objętych było usługami hospicjum domowego⁹. Z opieki ambulatoryjnej korzystało łącznie 109 pacjentów¹⁰, natomiast z opieki perinatalnej łącznie pięć pacjentek (dwie pacjentki w 2022 r. – średni czas objęcia opieką wynosił 53 dni oraz trzy pacjentki w 2023 r. – średni czas objęcia opieką wynosił 75 dni).

Średni czas objęcia opieką w ramach hospicjum domowego w 2022 r. wynosił 103 dni w przypadku dorosłych i 254 dni w przypadku dzieci, zaś w 2023 r. był dłuższy i wynosił odpowiednio 106 i 276 dni. W 2024 r. (do 30 kwietnia) średni czas objęcia opieką wynosił 53 dni w przypadku dorosłych i 103 dni w przypadku dzieci.

Średni czas objęcia opieką dzieci w ramach hospicjum stacjonarnego w 2022 r. wynosił 120 dni, zaś w 2023 r. był dłuższy i wynosił 136 dni. W 2024 r. (do 30 kwietnia) średni czas objęcia opieką wynosił 87 dni.

(akta kontroli str.8)

W latach 2022-2023 hospicjum stacjonarne dla dzieci dysponowało ośmioma łózkami, a według stanu na 30 kwietnia dysponowało 11 łózkami¹¹. Liczba pacjentów w wybranych do kontroli dniach wynosiła:

- 31 marca 2022 r. – siedmiu pacjentów,
- 30 czerwca 2022 r. - ośmiu pacjentów,
- 30 września 2022 r., 31 grudnia 2022 r. oraz 31 marca 2023 r. – sześciu pacjentów,
- 30 czerwca 2023 r. i 30 września 2023 r. – siedmiu pacjentów,
- 31 grudnia 2023 r. – ośmiu pacjentów,
- 30 kwietnia 2024 r. – dziewięciu pacjentów.

(akta kontroli str.9)

1.1.3. Od 1 marca 2021 r. rozpoczęto udzielanie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci w ramach hospicjum stacjonarnego. Nieruchomość zabudowaną budynkami pokoszarowymi z przełomu XIX/XX w. na potrzeby hospicjum, Caritas AW nabyła od Miasta Olsztyn w trybie bezprzetargowym z 99% bonifikatą 28 grudnia 2017 r. W latach 2018-2020 trwały prace związane z dokonywaniem uzgodnień (w tym z konserwatorem zabytków) i uzyskiwaniem zezwoleń, a następnie prace budowlane oraz związane z adaptacją poszczególnych pomieszczeń hospicjum oraz ich wyposażeniem. Na początku 2021 r. zakończono prace budowlane oraz

⁶ W 2022 r. opieką OPH objęto łącznie 469 pacjentów, w tym 371 dorosłych i 98 dzieci, w 2023 r. opieką objęto łącznie 449 pacjentów w tym 362 dorosłych o 87 dzieci, a w 2024 r. (do 30 kwietnia) opieką objęto 289 pacjentów, w tym 208 dorosłych i 81 dzieci.

⁷ W tym 326 w 2022 r., 321 w 2023 r. oraz 180 w 2024 r. (do 30 kwietnia).

⁸ 17 w 2022 r., 16 w 2023 r. oraz 11 pacjentów w 2024 r. (do 30 kwietnia),

⁹ 81 w 2022 r., 71 w 2022 r. oraz 70 pacjentów w 2024 r. (do 30 kwietnia).

¹⁰ 43 w 2022 r., 38 w 2023 r. oraz 28 w 2024 r. (do 30 kwietnia)

¹¹ Caritas AW w ramach opieki stacjonarnej prowadzi Hospicjum Stacjonarne dla Dzieci oraz Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dzieci Wentylowanych Mechanicznie. Spośród 11 łóżek znajdujących się w placówce, do dyspozycji Hospicjum stacjonarnego przewidzianych jest osiem łóżek, zaś dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego trzy łóżka. W sytuacji zmniejszonego zapotrzebowania na jeden rodzaj świadczeń przy jednoczesnym zwiększeniu zapotrzebowania na drugi, wolne łóżka przeznaczone są do zapewnienia opieki pacjentów kierowanych do danego rodzaju świadczeń.

uzyskano wymagane prawem pozwolenia¹². Łączna wartość inwestycji wynosiła 10 297,8 tys. zł, z czego 3 400 tys. zł sfinansowano ze środków UE, 1 000 tys. zł z darowizn, natomiast 5 897,8 tys. zł sfinansowano ze środków własnych Caritas AW.

(akta kontroli str.10-11)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w toku kontroli ustalono, że budynek i pomieszczenia hospicjum stacjonarnego spełniają wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań określonych dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ustalono m.in. , że:

- pomieszczenia łóżkowe (pięć sal chorych, w tym dwie sale jednoosobowe oraz trzy sale trzyosobowe) nie były przechodnie (§15 ww. rozporządzenia);
- łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§18 ust. 1), odstępy pomiędzy łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów (§19), szerokość sal oraz otworów drzwiowych umożliwiały wyprowadzenie łóżka (§20 i §33);
- we wszystkich salach chorych znajdowały się umywalki z bateriami uruchamianymi bez kontaktu z dłonią, dozowniki mydła i środka dezynfekcyjnego uruchamiane bez kontaktu z dłonią oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki (§24 ust. 1);
- meble stanowiące wyposażenie sal chorych wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie oraz dezynfekcję. Podłogi oraz ich połączenie ze ścianami wykonane były z materiałów z materiałów umożliwiających ich mycie oraz dezynfekcję (§30 ust. 1 i 2);
- w salach chorych zapewniony był bezpośredni dostęp do światła dziennego (§34), a we wszystkich oknach zamontowane były żaluzje (§35);
- w dyżurce pielęgniarskiej znajdowały się m.in. monitory zapewniające widok każdej z sal chorych oraz umywalka z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozowniki mydła i środka dezynfekcyjnego uruchamiane bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto, w dyżurce pielęgniarek dokonano oględzin znajdujących się tam leków i ustalono, że wszystkie leki były w terminie ważności.

Ustalono również, że wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną spełniało wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie OPH. Szczegółowe informacje w tym zakresie przedstawiono w pkt 1.3.

(akta kontroli str.12-15)

1.1.4. Na podstawie badania dokumentacji związanej z udzielaniem świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej losowo wybranym 25 pacjentom¹³ ustalono m.in., że:

- 14 pacjentów było zdolnych do wyrażenia samodzielnej zgody na udzielenie świadczenia w ramach hospicjum, w przypadku 10 nieletnich pacjentów, stosowne zgody udzielone zostały przez ich rodziców, zaś jeden pacjent z badanej próby objęty był opieką ambulatoryjną.
- Czas od dnia wystawienia lekarskiego skierowania do opieki do dnia rozpoczęcia opieki w ramach hospicjum wynosił od 0 do 14 dni, średnio sześć dni, przy czym

¹² W tym m.in. pozwolenie Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Olsztynie na użytkowanie obiektów Hospicjum, zezwolenie Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Olsztynie na *prowadzenie działu farmacji szpitalnej w Hospicjum, ponadto Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Olsztynie zatwierdził zaplecze kuchenne Hospicjum i dokonał wpisu do Rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.*

¹³ W tym 10 pacjentów objętych opieką w kwietniu 2022 r., 10 objętych opieką w kwietniu 2023 r. oraz pięciu objętych opieką w kwietniu 2024 r. Do badania wytypowano w sposób losowy 21 pacjentów objętych opieką domową, trzech stacjonarną oraz jednego objętego opieką ambulatoryjną.

dla hospicjum domowego było to średnio pięć dni, a dla hospicjum stacjonarnego osiem dni.

- Liczba dni opieki ww. pacjentów wynosiła od 44 do 2 551 dni, przy czym w miesiącach objętych badaniem¹⁴ wynosiła od 12 do 30 dni, średnio 28 dni.
- Przyczyną zakończenia opieki w sześciu przypadkach był zgon pacjenta, w ośmiu przypadkach skierowanie do innych placówek (np. do szpitala, do opieki w ramach hospicjum stacjonarnego), a w 11 przypadkach pacjenci byli nadal objęci opieką.
- Wszyscy pacjenci objęci opieką domową otrzymywali świadczenia w postaci wizyt lekarskich (od jednej¹⁵ do pięciu wizyt w wybranych do badania miesiącach) i pielęgniarских (od czterech do 10 wizyt w wybranych do badania miesiącach), a wobec jednego pacjenta zastosowano opiekę wyręczającą.
- 16 pacjentom posiadającym zlecenia lekarskie do korzystania z opieki psychologa zapewniono możliwość korzystania z niej (wszystkie dzieci przebywające w hospicjum niezależnie od zleceń lekarskich objęte były opieką psychologiczną).
- Dziewięciu pacjentów posiadało lekarskie skierowania na rehabilitację, a faktyczna częstotliwość wizyt konsultacyjnych była zgodna z częstotliwością określoną w skierowaniu. W przypadku trzech pacjentów (dzieci) przebywających w hospicjum stacjonarnym, zabiegi rehabilitacyjne były wykonywane na bieżąco, w zależności od potrzeb.
- W przypadku dziewięciu pacjentów zlecano przeprowadzanie badań diagnostycznych.
- Sześciu pacjentom korzystającym ze świadczeń w ramach hospicjum domowego, posiadającym zlecenia lekarskie dotyczące korzystania ze sprzętu specjalistycznego, wypożyczano zlecony sprzęt (m.in. łóżka rehabilitacyjne, koncentratory tlenu, ssaki, pulsoksymetry). Ponadto jeden z pacjentów nieposiadający zlecenia lekarskiego korzystał z wypożyczonego materaca przeciwoleżynowego.
- W stosunku do ww. pacjentów monitorowano ból w sposób ciągły, co było dokumentowane za pomocą wpisów do karty obserwacji, podejmowano działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu i monitorowania skuteczności leczenia, a 12 pacjentów uskarżających się na ból otrzymywało opioidy.

(akta kontroli str.16)

1.2. Na podstawie badania danych dotyczących personelu medycznego w wybranych miesiącach¹⁶ ustalono, że w Caritas AW zatrudniano:

- Lekarze:
 - lekarzy specjalistów w zakresie medycyny paliatywnej (sześciu w 2022 r. i w 2023 r. oraz pięciu 2024 r.);
 - jednego lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
 - siedmiu lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii;

¹⁴ Kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

¹⁵ Pojedyncze wizyty lekarskie w badanych miesiącach dotyczyły trzech pacjentów, tj. pacjenta objętego opieką ambulatoryjną, pacjenta skierowanego do innej placówki oraz jednego zmarłego pacjenta.

¹⁶ Kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

- lekarzy posiadających inne specjalizacje (ośmiu w 2022 r. oraz dziewięciu w 2023 r. i 2024 r.)¹⁷.

Łącznie w miesiącach: kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r. zatrudnionych było 23, 23 i 22 lekarzy, w tym odpowiednio: 11, 16 i 19 posiadających doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż 3 lata. Dla dwóch lekarzy w kwietniu 2022 r. i trzech lekarzy w kwietniu 2023 r. i kwietniu 2024 r., prowadzone przez Caritas AW hospicjum było jedynym miejscem pracy. Równoważnik etatu przeliczeniowego dla lekarzy¹⁸ wynosił w opiece stacjonarnej: 2,35 w kwietniu 2022 r.; 3,14 w kwietniu 2023 r.; 2,66 w kwietniu 2024 r., a w opiece domowej (odpowiednio): 8,86; 9,20 i 7,86.

- **Pielęgniarki:**

- pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej (dziewięć w 2022 r., 11 w 2023 r. oraz 10 w 2024 r.);
- pielęgniarki, które ukończyły specjalizację lub kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia w sprawie OPH (13 w 2022 r., 15 w 2023 r. oraz 19 w 2024 r.);
- pielęgniarki posiadające inne specjalizacje (12 w 2022 r., 11 w 2023 r. oraz siedem w 2024 r.)¹⁹.

Łącznie w miesiącach: kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r. zatrudnionych było odpowiednio: 34, 37 i 36 pielęgniarek, w tym odpowiednio: 23, 26 i 29 posiadających doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż 3 lata. Dla 14 pielęgniarek (w każdym z badanych miesięcy) prowadzone przez Caritas AW hospicjum było jedynym miejscem pracy.

- **Psychologowie** – ośmiu w 2022 r., siedmiu w 2023 r. oraz sześciu w 2024 r., w tym odpowiednio: sześciu, pięciu i czterech posiadających doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż 3 lata. W kwietniu 2022 r. dla żadnego z psychologów prowadzone przez Caritas AW hospicjum nie było jedynym miejscem pracy, natomiast w kwietniu 2023 r. i kwietniu 2024 r. było ono jedynym miejscem pracy dla jednego psychologa. Równoważnik etatu przeliczeniowego dla psychologów wynosił w opiece stacjonarnej: 0,20 w kwietniu 2022 r.²⁰, 0,29 w kwietniu 2023 r. i 0,40 w kwietniu 2024 r., a w opiece domowej odpowiednio: 5,34; 5,37 i 5,20.
- **Fizjoterapeuci** – 32 w 2022 r., 38 w 2023 r. oraz 45 w 2024 r., w tym odpowiednio: 24, 30 i 27 posiadających doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż 3 lata. Dla dwóch fizjoterapeutów (w każdym z badanych miesięcy) prowadzone przez Caritas AW hospicjum było jedynym miejscem pracy. Równoważnik etatu przeliczeniowego dla fizjoterapeutów wyniósł: w opiece stacjonarnej: 0,26 we wszystkich trzech badanych miesiącach, a w opiece domowej (odpowiednio): 7,78; 8,57 i 10,87.

¹⁷ Dodatkowe specjalizacje posiadane przez lekarzy udzielających świadczeń w Caritas AW: neurologia dziecięca, gastroenterologia, reumatologia, neurologia, radioterapia onkologiczna, psychiatria dzieci i młodzieży, medycyna rodzinna, psychiatria, anestezjologia i intensywna terapia, endokrynologia, choroby wewnętrzne, farmakologia kliniczna, alergologia, choroby płuc, otorynolaryngologia, chirurgia dziecięca, medycyna ratunkowa oraz urologia.

¹⁸ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH

¹⁹ Dodatkowe specjalizacje posiadane przez pielęgniarki udzielające świadczeń w Caritas AW: pielęgniarstwo pediatryczne, psychiatryczne, geriatryczne, neonatologiczne oraz opieki długoterminowej.

²⁰ W kwietniu 2022 r. wystąpiła rozbieżność pomiędzy liczbą godzin pracy psychologa wynikającą z rozporządzenia w sprawie OPH a liczbą godzin zgłoszonych do NFZ w systemie SZOI. Po dostrzeżeniu omyłki, od 15 września 2022 r. w systemie SZOI wykazywano prawidłową liczbę godzin pracy psychologa.

- Opiekunowie medyczni – pięciu w 2022 r., 2023 r. i 2024 r. – w 2024 r. wszyscy oni posiadali doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe niż 3 lata.

(akta kontroli str.17-19)

Analiza dokumentacji udostępnionej w Caritas AW dotyczącej próby 42 członków personelu Caritas AW²¹ wykazała, że:

- Wszystkie te osoby posiadały, wymagane załącznikiem nr 2 ww. rozporządzenia OPH, kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wszyscy lekarze mieli uprawnienia do wypisywania recept na leki opioidowe.
- Jedna z opiekunek medycznych zatrudnionych w hospicjum stacjonarnym od 1 stycznia 2022 r. została zgłoszona do NFZ dopiero 8 lipca 2024 r. w trakcie kontroli NIK – zagadnienie opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.20-56,64-65,67,69,72)

1.3. Caritas AW dysponowała sprzętem medycznym i pomocniczym określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. W dniu przeprowadzenia oględzin²² w siedzibie hospicjum znajdowało się m.in.:

- 12 łóżek szpitalnych o regulowanej wysokości, wyposażonych w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem;
- sześć materaców przeciwoleżynowych oraz inny sprzęt przeciwoleżynowy (poduszki, podpórki, wałki);
- sprzęt ułatwiający pielęgnację - zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe;
- dwa koncentratory tlenu oraz 13 punktów poboru tlenu, jeden ssak przenośny oraz 12 punktów poboru próżni;
- cztery inhalatory, jeden glukometr, dwa aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz jeden zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
- osiem pomp infuzyjnych, dwa aparaty EKG, w tym jeden pediatryczny;
- kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

Ponadto, na wyposażeniu hospicjum znajdował się sprzęt medyczny i pomocniczy niewymieniony w ww. rozporządzeniu, tj. m.in. urządzenie do krioterapii zasilane ciekłym azotem, aparaty: do laseroterapii, do terapii polem magnetycznym, do terapii ultradźwiękami oraz do elektroterapii, pionizator, ułg z wyposażeniem, drabinki ścienne, materace gimnastyczne, poduszki Antar do zmiany pozycji, etc.

(akta kontroli str.12-15,57)

1.4. Na podstawie analizy dokumentacji z trzech wybranych miesięcy okresu objętego kontrolą²³ ustalono, że świadczeń udzielano w wymiarze określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH:

- Dla opieki stacjonarnej oraz dla opieki domowej zapewniono całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.
- Poradnia OPH była czynna pięć razy w tygodniu od 1 godziny do 8,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień do godziny 18.00²⁴. Świadczenia udzielane pacjentom

²¹ Tj. 10 lekarzy, siedmiu pielęgniarek dla osób dorosłych, 10 pielęgniarek dla dzieci, pięciu psychologów i 10 fizjoterapeutów

²² Oględziny przeprowadzono w dniu 19 czerwca 2024 r.

²³ Tj. kwietnia 2022 r., kwietnia 2023 r. i kwietnia 2024 r.

²⁴ Poniedziałek – od 8.00 do 10.30, wtorek od 8.00 do 9.00, środa od 8.00 do 18.00, czwartek od 8.00 do 11.00, piątek od 8.00 do 15.30.

obejmowały nie więcej niż dwie porady lub wizyty w tygodniu w domu świadczeniobiorcy, a udział porad w domu pacjenta wynosił 79%.

- W ramach opieki perinatalnej zabezpieczono współpracę ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii trzeciego stopnia referencyjności oraz neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego²⁵, z położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz z lekarzem specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Świadczenie w ramach perinatalnej opieki paliatywnej było realizowane do 28 dnia po porodzie.

(akta kontroli str.58-104)

1.5. Stopień wykorzystania posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego oraz rodzaje wykorzystywanych sprzętów, różniły się w zależności od zakresu realizowanych świadczeń:

- Hospicjum domowe dla dorosłych:
 - sprzęt wymieniony w rozporządzeniu w sprawie OPH wykorzystywany najczęściej: koncentratory tlenu, aparaty do pomiaru ciśnienia, nesesery pielęgniarские, kule, laski, balkoniki;
 - sprzęt wykorzystywany sporadycznie: ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, pompy infuzyjne, wózki inwalidzkie;
 - sprzęt nieujęty w ww. rozporządzeniu, a wykorzystywany regularnie: łóżka rehabilitacyjne i fotelosedesy.
- Hospicjum domowe i stacjonarne dla dzieci:
 - sprzęt wymieniony w ww. rozporządzeniu wykorzystywany najczęściej (korzysta ok. 75 % pacjentów): pompy infuzyjne, aparaty do pomiaru ciśnienia, nesesery pielęgniarские; dodatkowo w hospicjum stacjonarnym: łóżka szpitalne, materace i inny sprzęt przeciwoleżynowy, sprzęt ułatwiający pielęgnację, źródło tlenu przy każdym łóżku;
 - sprzęt wymieniony w ww. rozporządzeniu wykorzystywany sporadycznie: inhalatory, glukometry, wózki inwalidzkie, aparat EKG;
 - sprzęt wymieniony w ww. rozporządzeniu niewykorzystywany: kule, laski, balkoniki, chodziki;
 - nieujęte w wymieniony w ww. rozporządzeniu, a wykorzystywane regularnie: asystory kaszlu, monitory oddechu, wagi, pulsoksymetry.

W opinii Dyrektora Caritas AW, rozporządzenie w sprawie OPH powinno różnicować wykaz wymaganego sprzętu w zależności od grupy pacjentów obejmowanych opieką, bowiem opieka nad dziećmi wymaga innego rodzaju sprzętów niż opieka nad osobami dorosłymi. Dyrektor wskazał również, że w ww. rozporządzeniu ujęte są sprzęty, których zakup jest dla pacjentów refundowany (wózki, materace przeciwoleżynowe, glukometry), w związku z czym pacjenci korzystają z własnych sprzętów, nie mają potrzeby korzystania ze sprzętu pozostającego w zasobach świadczeniodawcy.

(akta kontroli str.105-106)

1.6. W okresie objętym kontrolą nie prowadzono list oczekujących. Maksymalny czas oczekiwania na udzielanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej²⁶ wynosił:

- Hospicjum stacjonarne dla dzieci: do trzech dni w 2022 r., jeden dzień w 2023 r. oraz do pięciu dni w 2024 r. (do 30 kwietnia).
- Hospicjum domowe dla dorosłych: do 77 dni w 2022 r., do 47 dni w 2023 r. oraz do siedmiu dni w 2024 r. (do 30 kwietnia). W okresie objętym kontrolą

²⁵ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

²⁶ Liczony od dnia dostarczenia skierowania w wersji papierowej lub pobrania e-skierowania.

odnotowano trzy przypadki udzielenia świadczeń powyżej 30 dni (77, 47 i 42 dni) i wynikały one z przyczyn niezależnych od jednostki kontrolowanej²⁷.

- Hospicjum domowe dla dzieci: do 22 dni w 2022 r., do ośmiu dni w 2023 r. oraz do pięciu dni w 2024 r. (do 30 kwietnia).
- Hospicjum perinatalne: do czterech dni w 2022 r. W 2023 r. pacjenci przyjmowani byli bez oczekiwania. W 2024 r. (do 30 kwietnia) nie było pacjentów korzystających z tej formy świadczeń.
- Opieka ambulatoryjna: do dwóch dni w 2022 r., do 28 dni w 2023 r. oraz do 27 dni w 2024 r. (do 30 kwietnia).

(akta kontroli str.109-110)

1.7. Analiza dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów²⁸ (w tym 21 pacjentów objętych opieką hospicyjną domową i czterech objętych opieką ambulatoryjną) oraz zapisów w systemie E-Opieka – raportu z rozchodu leków (pacjenci hospicjum stacjonarnego), wykazała, że:

- W stosunku do wszystkich pacjentów podejmowano działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia - w dokumentacji wszystkich pacjentów znajdowały się karty oceny natężenia bólu.
- Pacjentom uskarżającym się na ból podawano środki uśmierzające²⁹, przy czym 13 pacjentom podawano opioidy, w tym ośmiu morfinę (morfina otrzymywali jedynie pacjenci z rozpoznaniem nowotworów złośliwych).
- Pacjentom nie podawano produktu leczniczego o nazwie Pavulon.

(akta kontroli str.111)

1.8. W okresie objętym kontrolą wystąpiło dziewięć przypadków odmowy udzielenia pacjentom świadczeń przez Caritas AW. W ośmiu przypadkach przyczyną odmowy był brak kwalifikacji do opieki w związku z brakiem wskazań wynikających z §3 ust.2 rozporządzenia w sprawie OPH. W jednym przypadku dotyczącym dziecka, ze względu na stan zaawansowania choroby i zgodnie z orzeczeniem konsylium lekarskiego, odmówiono przyjęcia do hospicjum domowego i zaproponowano pobyt w hospicjum stacjonarnym – w tym przypadku rodzice nie wyrazili zgody na pobyt dziecka w hospicjum stacjonarnym. We wszystkich ww. przypadkach chorym i ich rodzinom przedstawiono możliwości rozwiązania sytuacji, tj. zaproponowano innego świadczeniodawcę lub formę pomocy.

(akta kontroli str.105-106,112)

1.9. W kontrolowanej jednostce wdrożono procedury postępowania w sytuacji agonii pacjenta oraz postępowania ze zwłokami zmarłych pacjentów, tj. procedury z 28 kwietnia 2021 r.:

- Standardowa procedura postępowania przy umierającym dziecku w Hospicjum Stacjonarnym Caritas w Olsztynie (procedura nr 28).
- Procedura postępowania w przypadku śmierci pacjenta w Hospicjum Stacjonarnym Caritas w Olsztynie (procedura nr 28A).
- Wsparcie psychologiczne dzieci oraz rodzin w procesie umierania – dobre praktyki (procedura nr 28B).

(akta kontroli str.113-122)

²⁷ Oczekiwanie na przyjęcie do hospicjum powyżej 30 dni związane było z: 1) odkładaniem oddania pacjenta do hospicjum przez rodzinę, do momentu pogorszenia się stanu jego zdrowia, 2) odsuwania w czasie decyzji o udaniu się do hospicjum przez pacjenta, 3) hospitalizacją pacjenta przed przyjęciem do hospicjum.

²⁸ Tj. 10 pacjentów z kwietnia 2022 r., 10 z kwietnia 2023 r. oraz pięciu z kwietnia 2024 r.

²⁹ Pacjentom podawano m.in. Tramadol, Oksykodon, Fentanyl, Tramal, Diklofenak, Bubrenorfinę, etc.

W celu zapewnienia godności pacjentom umierającym w hospicjum stacjonarnym oraz ochrony przed traumą związaną z umieraniem pacjentom sąsiadującym z pacjentami umierającymi, stosowano praktyki i procedury nakierowane na zapewnienie dobrobytu pacjentów oraz członków ich rodzin, zwłaszcza zachowania intymności, poszanowania godności, zapewnienia pełnego dostępu do niezbędnej pomocy psychologicznej i duchowej, autonomii w podejmowaniu decyzji o sposobie przeżywania odchodzenia pacjenta. Ochronę pozostałych pacjentów hospicjum przed doświadczeniem traumy związanej z umieraniem zapewniano poprzez dążenie do umieszczania pacjentów umierających w salach jednoosobowych lub, jeśli nie było to możliwe, oddzielanie ich łóżek parawanem lub inną przesłoną albo przenoszenie pacjentów sąsiadujących z pacjentem umierającym do innej sali. W razie potrzeby, po śmierci jednego z pacjentów hospicjum, pozostałym pacjentom i ich bliskim zapewniano wsparcie psychologiczne i duchowe.

(akta kontroli str.105-107)

W okresie objętym kontrolą w hospicjum stacjonarnym zmarło łącznie dziewięciu pacjentów, w tym pięciu w 2022 r., trzech w 2023 r. oraz jeden do 30 kwietnia 2024 r.

(akta kontroli str.9)

1.10. Według Dyrektora Caritas AW, w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych, otacza się ich całościową, wielowymiarową, interdyscyplinarną opieką, zmierzającą nie tylko do osiągnięcia możliwie jak najlepszego stanu zdrowia pacjenta, ale także do wspierania pacjenta w różnych obszarach jego życia, istotnych z punktu widzenia jego jakości życia. Wśród realizowanych działań znajduje się tworzenie indywidualnych planów opieki, które są konsultowane z pacjentami i ich rodzinami, a we wszystkich realizowanych działaniach stosuje się standardy określone przez Radę Europy w Wytocznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej.

Każdy z pacjentów obejmowanych opieką paliatywną przez Caritas AW otaczany jest opieką zespołu wielodyscyplinarnego, na który składają się: lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny, kapelan. Zespół jest w swoich działaniach zorientowany na poprawę jakości życia w zakresie potrzeb i oczekiwań samego chorego, przy uwzględnieniu stanu zdrowia, możliwości finansowych oraz sił fizycznych zarówno samego pacjenta, jak i członków jego rodziny/opiekunów faktycznych.

W czasie pierwszej wizyty - wizyty kwalifikacyjnej, ustalany jest plan opieki nad pacjentem obejmujący: zalecenia dietetyczne, zalecenia dotyczące pielęgnacji, farmakoterapię, w tym leki podawane na stałe oraz tzw. ratunkowe, podawane w zależności od objawów i stopnia ich natężenia, ustalone jest zapotrzebowanie na ewentualne wspomaganie tlenowe, konsultacje psychologiczne, edukację w zakresie samopielęgnacji/pielęgnacji oraz zakres i częstotliwość rehabilitacji. Po dokonaniu oceny sytuacji pacjenta oraz stanu jego zdrowia, proponowana mu jest możliwość bezpłatnego wypożyczenia, z zasobów Caritas, sprzętów ułatwiających codzienne funkcjonowanie i opiekę, takich jak fotelosеды czy regulowane elektrycznie łóżka rehabilitacyjne. Wszystkie zalecenia oraz ustalony plan opieki konsultowane są z pacjentem i jego rodziną/opiekunami, po czym odnotowywane są w elektronicznej dokumentacji pacjenta oraz w dedykowanym zeszycie, który pozostawiany jest w domu pacjenta, a w którym oprócz zaleceń zawarte są także telefony kontaktowe do dostępnego całodobowo zespołu opieki paliatywnej.

Ważnym członkiem zespołu paliatywnego jest pracownik socjalny, który wspiera pacjentów i ich rodziny w procesie uzyskiwania należnych im świadczeń, pośredniczy,

jeśli jest taka potrzeba, w komunikacji z placówkami opieki społecznej, stara się organizować wsparcie wolontariuszy, poszukuje sponsorów na różne wydatki dotyczące opieki, które nie są refundowane przez NFZ takie jak np. specjalistyczne opatrunki czy żywienie.

Wszystkie zalecenia zawarte w początkowym planie opieki są na bieżąco oceniane, analizowane i modyfikowane przez personel zaangażowany w bezpośrednią opiekę nad pacjentem tak, by odpowiadał on na pojawiające się problemy i wyzwania wynikające z postępu choroby czy działań ubocznych niezbędnej medykacji. W czasie każdej wizyty każdy członek zespołu kontynuuje działania edukacyjne w samoopiece pacjenta i opiekuna, ocenia skuteczność zaplanowanych i realizowanych działań oraz oczekiwań pacjenta, które mają prawo ewaluować, dokonuje w ramach swoich kompetencji zmian, o których informuje zespół, dzięki czemu wsparcie w każdym momencie odpowiada na aktualne potrzeby pacjenta i jego rodziny/opiekunów.

(akta kontroli str.105-108)

1.11. Według Dyrektora Caritas AW, do najważniejszych problemów, które napotymano w czasie realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2022-2024 należało:

I. W zakresie świadczeń hospicjum perinatalnego:

- Bardzo ograniczone informowanie rodziców dzieci z podejrzeniami wad letalnych o możliwości skorzystania z opieki hospicjum perinatalnego – w opinii Dyrektora, lekarze i położne powinni mieć obowiązek informowania o dostępności tej formy pomocy w ramach NFZ wszystkich rodziców, których może to dotyczyć.
- Trudności we współpracy ze szpitalami referencyjnymi – w dalszym ciągu w wielu szpitalach brakuje przestrzeni, w której kobiety miałyby zapewnione godne warunki porodu, zapewnioną intymność do spędzenia czasu ze swoim dzieckiem, odpowiedniego go pożegnania, itd.

II. W zakresie świadczeń hospicjum stacjonarnego dla dzieci:

- Brak systemowego rozwiązania ułatwiającego uregulowanie sytuacji pozostających pod opieką hospicjum stacjonarnego dzieci, których rodzice mają ograniczone (ale nie odebrane) prawa rodzicielskie oraz takich, których rodzice, mimo posiadania pełni praw, nie interesują się (lub interesują się w niewielkim stopniu) swoimi dziećmi, nie uczestniczą w zabezpieczaniu tych potrzeb dzieci, które nie wchodzą w zakres opieki hospicyjnej. Sytuacja ma miejsce, gdy np. na podstawie art. 109 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego sąd opiekuńczy wydaje postanowienie o umieszczeniu niepełnoletniej osoby w hospicjum dla dzieci, które nie jest wymienione w §2 p. 5) tego artykułu, a co za tym idzie nie ma prawnych regulacji co do opiekunów prawnych czy reprezentantów małoletnich. Dzieci te są wykluczane z należnych im świadczeń socjalnych (np. 800+), które nie są przekazywane na zabezpieczenie takich potrzeb jak np. ubrania, a są wykorzystywane przez rodziców na ich własne potrzeby, lub nie są wypłacane w ogóle. Stan dziecka i specyfika chorób dzieci będących pod opieką hospicjum dla dzieci rodzi duże prawdopodobieństwo potrzeby dodatkowych hospitalizacji lub konsultacji i wizyt lekarskich, których nie obejmuje zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej. Zaistnienie takiej sytuacji rodzi potrzebę wyrażenia zgody na takie leczenie oraz występowania w imieniu małoletniego przed innymi podmiotami leczniczymi udzielającymi niezbędnych świadczeń medycznych. Brak kontaktu z opiekunem prawnym utrudnia zapewnienie małoletnim odpowiedniej opieki medycznej.

- Brak placówek dla dzieci będących w pieczy zastępczej, takich jak np. Regionalne Placówki Opiekuńczo-Terapeutyczne (RPOT), które pozwoliłyby na zapewnienie odpowiedniej opieki nad dziećmi, których stan zdrowia jest zbyt dobry, by przebywały w hospicjum stacjonarnym, a których stan zdrowia sprawia, że nie kwalifikują się do objęcia opieką w DPS. Obecnie utworzenie i prowadzenie RPOT pozostaje w gestii Marszałka Województwa (za zgodą Wojewody, przy pozytywnej opinii Rzecznika Praw Dziecka). Skomplikowanie całej procedury oraz brak wymogu prowadzenia tego typu placówek w przypadku zbyt małej liczby zawodowych rodzin zastępczych lub innych form opieki wynikających z ustawy o Pieczy zastępczej, zapewniającej odpowiednią opiekę nad chorymi lub niepełnosprawnymi niepełnoletnimi, stawia w jeszcze bardziej trudnej sytuacji dzieci, które doświadczają problemów rodzinnych oraz zmagają się z chorobą czy niepełnosprawnością.
- W rozporządzeniu w sprawie OPH brak wydzielonego świadczenia „hospicjum stacjonarne dla dzieci”- stacjonarna opieka hospicyjna dla dzieci i dla dorosłych bardzo się od siebie różnią:
 - wśród personelu hospicjum dla dzieci, oprócz specjalistów, w tym lekarzy i pielęgniarek z zakresu medycyny paliatywnej, konieczne bywa udzielanie świadczeń przez pediatrów, neurologów, gastrologów oraz lekarzy innych specjalności – w zależności od rodzaju schorzeń, na które cierpią skierowane do hospicjum dzieci (inaczej niż u dorosłych nie są to w zdecydowanej większości choroby onkologiczne); takie rozwiązanie prowadzi do sytuacji w której np. lekarze ww. specjalności udzielają świadczeń, a nie są wykazywani w ramach umowy, nie są sprawozdawani w raportach statystycznych do NFZ, co utrudnia realną wycenę tych świadczeń;
 - pobyty pacjentów hospicjum dla dzieci są znacznie dłuższe niż pacjentów hospicjum dla dorosłych – dorośli trafiają do stacjonarnej opieki hospicyjnej zwykle na końcowym etapie swojego życia, pobyty te są często bardzo krótkie, tymczasem dzieci, wbrew wszelkim diagnozom i oczekiwaniom, często żyją wiele miesięcy, a nawet lat – brak wydzielenia świadczenia dla dzieci utrudnia komunikację na ten temat z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - hospicjum dla dzieci wymaga także zupełnie innego sprzętu – konieczność posiadania w zasobach sprzętowych balkoników czy łasek nie przystaje do warunków pracy hospicjum stacjonarnego dla dzieci;
 - konieczna jest również odrębna wycena świadczeń stacjonarnych dla dzieci – wymagają one znacznie więcej sprzętu specjalistycznego, w tym sprzętu jednorazowego, często sprzęt zakupywany jest dla danego, konkretnego pacjenta, w odpowiedzi na jego potrzeby, konieczne jest także zatrudnianie lub przynajmniej nawiązywanie ścisłej współpracy z lekarzami wielu specjalności, itd., stąd świadczenia te generują o wiele większe koszty.

III. W zakresie świadczeń opieki hospicyjnej domowej (dla dzieci i dla dorosłych):

- Brak możliwości wypisywania przez lekarzy w hospicjum recept na bezpłatne leki dla seniorów 65+ oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia – konieczność angażowania w ten proces lekarzy POZ utrudnia sprawowanie opieki nad pacjentem w hospicjum domowym (wymaga od pacjentów lub ich opiekunów realizacji dodatkowych wizyt, lekarze POZ mają też czasami opory przed wypisywaniem konkretnych leków). Rozwiązanie to zniechęca pacjentów również do korzystania z poradni medycyny paliatywnej – konieczność udania się do POZ po receptę na potrzebne im leki sprawia, że wizyta w poradni medycyny paliatywnej wydaje się nie mieć większego sensu.

- Ograniczenie działalności hospicjów domowych do terenów powiatów – rozwiązanie to sprawia, że personel naszego hospicjum musi pokonywać np. 50 km do określonego pacjenta, podczas gdy hospicjum z innego powiatu ma do niego zaledwie 10 km. Wydanie zalecenia objęcia opieką przez świadczeniodawcę mającego siedzibę najbliżej danego pacjenta byłoby lepszym rozwiązaniem (zwłaszcza dla województwa tak rozproszonego terytorialnie jak województwo warmińsko-mazurskie), można byłoby także zapewnić ryczałt na sfinansowanie dojazdu do pacjentów zamieszkałych powyżej określonej odległości np. 30 km dla hospicjum dla dorosłych a 50 km dla hospicjum dla dzieci.
- Brak regulacji prawnych pozwalających na rozwiązanie sytuacji, w których pacjent nie wyraża zgody na umieszczenie w hospicjum stacjonarnym, mimo że nie może liczyć na faktyczną opiekę w miejscu swojego zamieszkania – w efekcie pacjent wymagający dużego zakresu opieki i pielęgnacji pozostaje bez opieki.
- Brak rozwiązań dotyczących możliwości dopuszczania koincydencji świadczeń z zakresu rehabilitacji. Pacjenci hospicjum, w ramach świadczeń mają zapewnioną rehabilitację paliatywną, tymczasem przy wypisach szpitalnych otrzymują także skierowania na np. rehabilitację neurologiczną czy kardiochirurgiczną. W efekcie, ze względu na koincydencję świadczeń, chcąc korzystać z przepisanej rehabilitacji poszpitalnej, rezygnują z opieki paliatywnej, a co za tym idzie z profesjonalnego wsparcia w leczeniu bólu i innych standardów opieki hospicyjnej. Analogiczna sytuacja jest w przypadku hospicjum domowym dla dzieci czy hospicjum domowym w przypadku pacjentów z orzeczoną znaczną niepełnosprawnością, którzy mogą korzystać w większym zakresie z rehabilitacji w ramach NFZ, jednak korzystanie z tych świadczeń wyklucza możliwość objęcia w tym czasie opieką paliatywną i hospicyjną. Wydzielenie wizyty fizjoterapeuty jako oddzielnie płatnego świadczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej mogłoby pomóc w rozwiązaniu sytuacji.
- Trudność w kontaktach z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie informacji o korzystaniu pacjenta z innych świadczeń gwarantowanych lub zakończeniu opieki i wynikających z tego zaleceniach. Sytuację ma najczęściej miejsce, gdy rodzina lub pacjent nie informuje o innych świadczeniach lub ze względu na stan zdrowia nie do końca może przekazać zalecenia, a dokumentacja medyczna jest odbierana później, lub tymczasowo niedostępna w miejscu przebywania pacjenta. Utrudnia to zapewnienie ciągłości opieki, lub w przypadku braku informacji o pobycie w szpitalu (brak także możliwości skontaktowania się telefonicznego naszego personelu z pacjentem lub opiekunem) naraża świadczeniodawcę na niepotrzebne koszty wynikające z dojazdu do miejsca, w którym powinien przebywać pacjent.

(akta kontroli str.123-126)

1.12. W ramach organizacji opieki w Caritas AW stosowano rozwiązania mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych i ich bliskich, które można zaliczyć do tzw. „dobrych praktyk”, tj. m.in.:

- Obejmowanie opieką i wsparciem nie tylko pacjenta, ale również całej jego rodziny (zarówno opiekunów faktycznych, jak i np. dzieci pacjentów czy zdrowego rodzeństwa chorego dziecka), poprzez działania takie jak: organizowanie kolonii i wyjazdów dla dzieci, wręczanie upominków

okolicznościowych z okazji Dnia Dziecka czy Mikołajek, zapewnianie wsparcia psychologicznego, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, itd.

- Umożliwienie nieodpłatnego korzystania z pokoi gościnnych oraz wyżywienia przez członków rodzin pacjentów przebywających w hospicjum stacjonarnym dla dzieci.
- Zapewnianie wsparcia materialnego pacjentom i ich rodzinom: pomoc żywnościowa, artykuły higieniczne i chemiczne, zbierane w czasie zbiórek rzeczowych, zakup leków dla pacjentów z hospicjum domowego dla dzieci, zabezpieczanie innych specyficznych potrzeb rodzin (np. zakup fotelika dla dziecka, zakup mleka wielbłądziego, kaloryferów, komputera obsługującego program do alternatywnej komunikacji).
- Zabezpieczanie potrzeb niematerialnych pacjentów i ich rodzin – działania w kierunku ich aktywizowania, w tym m.in. realizacja programów asystentury osobistej i opieki wytchnieniowej, wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Kontynuowanie wsparcia rodzin po śmierci pacjenta (bez ograniczeń czasowych, odpowiednio do potrzeb osób bliskich) – organizacja spotkań i wyjazdów dla rodzin w żałobie, Mszy Świętych w intencji zmarłych pacjentów, zapewnienie możliwości korzystania ze wsparcia psychologicznego, zgodnie z procedurą: Wsparcie psychologiczne dzieci oraz rodzin w procesie umierania – dobre praktyki (procedura nr 28B z 28 kwietnia 2021 r.).
- Prowadzenie bezpłatnej wypożyczalni sprzętu medycznego, który nie jest wymagany w ramach zasobów niezbędnych do realizacji świadczeń, w tym przede wszystkim łóżek rehabilitacyjnych.
- Upowszechnianie praktyk i zasad kinestetyki jako metody ułatwiającej bezpieczne sprawowanie opieki nad osobami zależnymi.
- Prowadzenie różnego rodzaju działań edukacyjnych mających na celu upowszechnienie idei hospicyjnej – wiedzy na temat działalności hospicjum, możliwości uzyskania różnorodnych form pomocy, uwrażliwiania społeczności (zwłaszcza dzieci) na obecność w społeczeństwie osób chorych i niepełnosprawnych.
- Budowanie sieci wolontariatu hospicyjnego – zarówno akcyjnego, prowadzącego zbiórki pieniężne i materialne na rzecz hospicjum, jak i regularnego, zaangażowanego wolontariatu osób dorosłych, które wspierają pacjentów i opiekunów w hospicjum domowym i stacjonarnym.
- Całościowe, holistyczne traktowanie pacjenta i jego rodziny – koordynowanie działań z różnych obszarów w celu zapewnienia pacjentowi jak najbardziej godnego, pełnego, wysokiej jakości życia na każdym etapie jego choroby.

(akta kontroli str.105-108)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Analiza dokumentacji dotyczącej 42 członków personelu Caritas AW wykazała, że w jednym przypadku nie zawiadomiono NFZ o zatrudnieniu w hospicjum stacjonarnym od 1 stycznia 2022 r. jednej z opiekunek medycznych - została ona zgłoszona do NFZ dopiero w trakcie kontroli NIK.
Było to niezgodne z §6 ust. 2 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁰, zgodnie z którym zgłoszenie winno nastąpić najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy, a w przypadkach losowych niezwłocznie po jej zawarciu.

Było to niezgodne również z §2 ust. 8 i 9 oraz §2 ust. 9 i 10 umów z NFZ z 2018 r. i z 2023 r., zgodnie z którymi Caritas AW był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów zawartych z NFZ, tj. aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń.

Dyrektor AW wyjaśnił, że brak zgłoszenia do NFZ jednej z opiekunek medycznych był wynikiem błędu powielanego od momentu jej zatrudnienia, który nie został wykryty ze względu na to, że świadczenia opiekunów medycznych w opiece stacjonarnej są dopuszczane, ale nie są wymagane w określonej ilości, zatem nie podlegają bieżącej, ścisłej weryfikacji.

(akta kontroli str. 20-56,64-65,67,69,72)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Caritas AW mające na celu zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Stwierdzona nieprawidłowość miała charakter formalny i pozostawała bez wpływu na zapewnienie pacjentom opieki w zakresie wynikającym z umów zawartych z NFZ.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie 2022-2024 (do 30 kwietnia), na podstawie czterech umów z NFZ³¹, na działalność w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej Caritas AW otrzymała środki finansowe w łącznej kwocie 16 797,6 tys. zł, z tego: 16 266 tys. zł (96,8%) z NFZ i 531,6 tys. zł (3,2%) z darowizn. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą kwoty te przedstawiały się następująco:

- w 2022 r.: 6 000,5 tys. zł ogółem, z tego: 5 802,5 tys. zł (96,7%) z NFZ i 198 tys. zł (3,3%) z darowizn,
- w 2023 r.: 7 985,9 tys. zł ogółem, w tym 7 748,6 tys. zł (97%) z NFZ i 237,3 tys. zł (3%) z darowizn,
- w 2024 r. (do 30 kwietnia): 2 811,3 tys. zł, w tym odpowiednio 2 714,9 tys. zł (96,6%) i 96,4 tys. zł (3,4%).

(dowód: akta kontroli str. 33-56,127)

Koszty udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosły ogółem 15 844,8 tys. zł, z czego: 6 116,3 tys. zł w 2022 r., 7 052,5 tys. zł w 2023 r. i 2 676 zł do 30 kwietnia 2024 r. Według poszczególnych rodzajów świadczeń kwoty te przedstawiały się następująco:

- hospicjum stacjonarne – 5 683,2 tys. zł (35,9% ogółu kosztów udzielonych świadczeń), z tego: 2 087,5 tys. zł w 2022 r., 2 651,7 tys. zł w 2023 r. i 944 tys. zł w 2024 r. (do 30 kwietnia),
- hospicjum domowe – 10 077,1 tys. zł (63,6%), z tego: 3 991,3 tys. zł w 2022 r., 4 376,9 tys. zł w 2023 r. i 1 708,9 tys. zł w 2024 r. (do 30 kwietnia),

³⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194.

³¹ Umowy nr 14-00-01520-18-09/14-00-01520-18/012/15/01/OPH oraz nr 14-00-01520-18-10/14-00-01520-18/013/15/01/OPH z 8 marca 2018 r. oraz umowy nr 140001520230015/14-00-01520-23/012/15/01/OPH oraz nr 140001520230018/14-00-01520-23/022/15/01/OPH z 6 czerwca 2024 r.

- opieka ambulatoryjna – 59,5 tys. zł (0,4%), z tego: 26,9 tys. zł w 2022 r., 13,9 tys. zł w 2023 r. i 18,7 tys. zł w 2024 r. (do 30 kwietnia),
- opieka perinatalna – 25 tys. zł (0,1%), z tego: 10,7 tys. zł w 2022 r., 9,9 tys. zł w 2023 r. i 4,4 tys. zł z 2024 r. (do 30 kwietnia).

Wysokość środków zakontraktowanych i rozliczonych z NFZ wyniosła w badanym okresie odpowiednio 16 180 tys. zł i 16 266 tys. zł (100,5% środków zakontraktowanych), z tego:

- w 2022 r. – 5 802,5 tys. zł (środki zakontraktowane i rozliczone),
- w 2023 r. – 7 748,6 tys. zł (środki zakontraktowane i rozliczone),
- w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 2 628,9 tys. zł (środki zakontraktowane) i 2 714,9 tys. zł (środki rozliczone).

Kwota dotycząca świadczeń, za które w okresie objętym kontrolą NFZ nie zapłacił wyniosła łącznie 382,4 tys. zł i stanowiła 2,4% kosztów udzielenia przez Caritas AW świadczeń z zakresu OPH, i tak:

- W 2022 r. wszystkie świadczenia zostały opłacone przez NFZ.
- W 2023 r. kwota niezapłaconych świadczeń wynosiła 32,7 tys. zł i dotyczyła niezapłacenia przez NFZ za świadczenia w związku z błędami w raportach statystycznych.

Dyrektor Caritas AW wyjaśnił, że błędy statystyczne w wyniku których NFZ skorygował rozliczenie za udzielone świadczenia wynikały z faktu, że poszczególne wizyty lekarskie i pielęgniarskie odbywały się w miejscach, w których zasięg sieci internetowej był ograniczony. W efekcie wpisane wizyty nie zostały zapisane w programie służącym do prowadzenia dokumentacji medycznej i w konsekwencji nie zostały uwzględnione w raportach statystycznych. W związku z tym, że w połowie 2023 r. zakończono poprzedni okres kontraktowania, zawarto nową umowę z NFZ i rozpoczęto kolejny okres kontraktowania, nie było możliwości dokonania poprawek, ponieważ poprzednia umowa została już zamknięta w systemie SZOI. Dyrektor AW wskazał również, że w celu zapobieżenia powstaniu podobnych sytuacji w przyszłości, zobligowano personel do dodatkowego, comiesięcznego weryfikowania raportów zwrotnych przesyłanych do NFZ.

- Do 30 kwietnia 2024 r. kwota świadczeń, za które NFZ nie zapłacił wyniosła 330,2 tys. zł i dotyczyła świadczeń nadlimitowych wykonanych w okresie styczeń-marzec 2024 r. W związku z wykonaniem świadczeń nadlimitowych Caritas AW wystąpiła do NFZ z wnioskiem o zmianę struktury świadczeń w zawartych w umowach. Zaproponowano sfinansowanie świadczeń nadlimitowych poprzez zwiększenie kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń. Pismem z dnia 20 maja 2024 r. zastępca dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ poinformowała Dyrektora Caritas AW, że z uwagi na trwający proces renegotiacji umów oraz konieczność realizacji terminowych zadań związanych z ustaleniem wartości ryczałtu PSZ na 2024 r. ww. wniosek zostanie rozpatrzony w możliwie krótkim terminie. Do dnia zakończenia kontroli, wniosek ten nie został rozpatrzony.

Z informacji uzyskanych z NFZ w toku kontroli wynika, że od 1 kwietnia 2024 r. Zarządzenie nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju OPH, wprowadziło nielimitowany

charakter świadczeń. W oparciu o wprowadzoną zmianę, po zakończeniu przeprowadzanych analiz, w II kwartale 2024 r. planowane jest opłacenie świadczeń nielimitowanych Caritas AW.

(dowód: akta kontroli str. 127-146)

2.2. Za 28 miesięcy okresu objętego kontrolą (od stycznia 2022 r. do kwietnia 2024 r.) Caritas AW złożył do NFZ łącznie 292 dokumenty rozliczeniowe (135 za 2022 r., 121 za 2023 r. i 36 za miesiące styczeń-kwiecień 2024 r.). Za każdy miesiąc składanych było od trzech (za kwiecień 2024 r.) do 24 (za czerwiec 2023 r.) dokumentów rozliczeniowych, wliczając w to korekty rozliczanych kwot. Dokumenty te składane były zgodnie z wymogiem §23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³², tj. do 10. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni (w przypadku gdy dziesiąty dzień miesiąca przypadał w dzień wolny od pracy dokumenty te przekazywano w pierwszym dniu roboczym po dziesiątym dniu miesiąca). Środki wypłacane były przez NFZ w terminie pięciu dni roboczych po dniu dostarczenia przez Caritas AW dokumentów rozliczeniowych w kwotach wynikających z przedłożonych rachunków, za wyjątkiem siedmiu następujących dokumentów:

- jednego dokumentu za świadczenia na kwotę 184,4 tys. zł, przesłanego 10 maja 2022 r. – środki zostały przez NFZ wypłacone 20 maja 2022 r., tj. 9 dni roboczych po dostarczeniu tego dokumentu do NFZ, co spowodowane było przedłożeniem przez Caritas AW korekty dokumentu rozliczeniowego;
- sześciu dokumentów za świadczenia na łączną kwotę 110,6 tys. zł, przesłanych w dniach 9 i 13 marca 2023 r. – środki te zostały wypłacone odpowiednio 22 i 24 marca, tj. 10 dni roboczych po dostarczeniu tych dokumentów przez NFZ. Dokumenty te zostały opłacone na podstawie zawartej ugody pozasądowej, zgodnie z którą termin zapłaty rachunku określono na 14 dni od daty doręczenia przez Caritas AW do NFZ prawidłowo wystawionego rachunku.

Według Dyrektora Caritas AW powyższe sytuacje nie miały wpływu na zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej, że względu na to, że Caritas AW posiada zapasy finansowe umożliwiające zapewnienie płynności działania.

W sprawie problemów na jakie Caritas AW napotyka przy rozliczaniu z NFZ świadczeń w zakresie OPH, Dyrektor Caritas AW podał, że przy rozliczaniu świadczeń z NFZ problemem bywa wsteczna weryfikacja świadczeń, która wykazuje koincydencje świadczeń wykonanych przez innych świadczeniodawców na rzecz świadczeniobiorców sprawozdanych przez Caritas AW. Wskazał, że Caritas zdaje sobie sprawę, że z obowiązujących przepisów, w ramach których pewne świadczenia nie mogą być finansowane, gdy są udzielane jednocześnie oraz że każdemu świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportów, jednak korygowanie przez NFZ całego miesiąca udzielania świadczeń w sytuacji jednorazowego lub kilkudniowego świadczenia u innego świadczeniodawcy utrudnia bieżące przysyłanie raportów i funkcjonowanie. Wskazał również, że sytuacja staje się trudniejsza w przypadku zweryfikowania i odrzucenia świadczeń, gdy kończy się okres rozliczeniowy i czas na wyjaśnienie, uzgodnienie i skorygowanie przez zainteresowanych świadczeniodawców raportów statystycznych jest bardzo krótki.

(akta kontroli str. 131-146)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

³² Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.

OCENA CZĄSTKOWA Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Caritas AW podejmowane w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli w wyniku kontroli nie sformułowała uwag. W związku z faktem, że stwierdzona nieprawidłowość polegająca na niezawiadomieniu NFZ o zatrudnieniu jednej z opiekunek medycznych została wyeliminowana, NIK nie formułuje wniosków pokontrolnych.

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 Olsztynie. 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.

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.

Olsztyn, 21 sierpnia 2024 r.

Kontrolerzy:
Piotr Stupienko
doradca ekonomiczny

Dyrektor
Najwyższej Izby Kontroli
Delegatury w Olsztynie
z up.
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis

Piotr Górny
doradca techniczny

.....
podpis

.....
podpis