



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W OLSZTYNIE

LOL.410.7.2.2024

Wiesława Pokropska – Prezes
Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego
ul. Toruńska 17b, 82-300 Elbląg

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego, ul. Toruńska 17b, 82-300 Elbląg (dalej: Stowarzyszenie, Hospicjum).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wiesława Pokropska, Prezes Stowarzyszenia (dalej: Prezes), od 16 lutego 2006 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 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontroler	Edyta Piskorz-Zabujść, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/59/2024 z dnia 15 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1-3)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Stowarzyszenia w zakresie zapewnienia pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej ³ świadczonej w okresie objętym kontrolą na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ).
Uzasadnienie oceny ogólnej	W Stowarzyszeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniono odpowiednią liczbę wyspecjalizowanego personelu⁴, który udzielał świadczeń OPH w wymaganym wymiarze. Pomieszczenia oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną również spełniały wymogi odpowiedniego rozporządzenia⁵. W Hospicjum zapewniono godność pacjentom umierającym, respektowano ich prawa oraz podejmowano działania w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych. Prawdłowo także prowadzono dokumentację medyczną pacjentów oraz terminowo rozliczano się z NFZ. Stwierdzone nieprawidłowości, które polegały na nieterminowym wprowadzaniu danych o posiadanych przez Hospicjum zasobach do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI), nie miały wpływu na prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych.

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 Dalej: świadczenia OPH.

⁴ Tj. rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 262), dalej: rozporządzenie OPH.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402), dalej: Rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ 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. W okresie 2022 – 2024 (do końca kwietnia) Stowarzyszenie udzielało świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie:

- świadczeń w hospicjum domowym – w Pasłęku,
- świadczeń w hospicjum domowym – w Elblągu,
- świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci – w Elblągu,
- świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym – w Elblągu,
- porad w poradni medycyny paliatywnej – w Elblągu.

Liczba pacjentów objętych OPH w badanym okresie kształtowała się na podobnym poziomie, tj. w roku:

- 2022 wynosiła łącznie 793 pacjentów, w tym 725 pacjentów nowotworowych (91,4%) oraz 21 dzieci;
- 2023 – 793, w tym odpowiednio 729 (91,9%) i 19,
- 2024 (do końca kwietnia) – 365, w tym odpowiednio 333 (91,2%) i 12.

W ww. okresie liczba łóżek w opiece stacjonarnej była niezmienna i wynosiła 28.

Natomiast liczba pacjentów wg stanu na ostatni dzień: marca 2022 r. wynosiła 21, czerwca 2022 r. – 25, września 2022 r. – 18, grudnia 2022 r. – 27, marca i czerwca 2023 r. – 25, września 2023 r. – 22, grudnia 2023 r. – 19 oraz kwietnia 2024 r. – 23.

(akta kontroli str. 90-228)

1.2. Na podstawie dokonanych oględzin sal chorych, ustalono m.in., że:

- W hospicjum znajdowało się 14 sal chorych, z czego:
 - trzy sale jednoosobowe;
 - 11 sal wieloosobowych, z czego osiem dwuosobowych oraz trzy trzyosobowe.
- Sale chorych spełniały wymagania zawarte w Rozporządzeniu w sprawie pomieszczeń i urządzeń. I tak, m.in.:
 - w każdej sali chorych łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych;
 - odstępy pomiędzy łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów;
 - szerokość sal chorych oraz szerokość drzwi w tych salach umożliwiały wyprowadzenie każdego z łóżek na korytarz;
 - w każdej sali chorych zainstalowano rolety przeciwsłoneczne.
- Każda sala wyposażona była w umywalkę, dozowniki do mycia i dezynfekcji rąk, podajnik ręczników papierowych oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Trzy sale (jedna izolotka oraz dwie wieloosobowe) wyposażone były w łazienkę i WC. Dla wszystkich pacjentów dostępne były dwie łazienki (męska i damska) oraz WC dostosowane dla osób niepełnosprawnych. W łazienkach znajdowały się te same sprzęty, tj. zintegrowany zestaw do kąpieli (wanna oraz wózek), umywalka z podajnikiem na ręczniki papierowe i mydło, prysznic, toaleta, bidet (wszystkie sprzęty dostosowane były dla osób niepełnosprawnych).

⁶ 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.

- Podłogi wykonane były z materiału umożliwiającego ich mycie i dezynfekcję, a połączenie ścian z podłogami wykonano w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję.
- Wszystkie sale chorych miały dostęp do światła dziennego i znajdowały się na parterze budynku.

(akta kontroli str. 229-252)

1.3. Na podstawie badania dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów Hospicjum, którym udzielano świadczeń OPH w badanym okresie, ustalono m.in., że:

- średnio pacjenci byli objęci opieką przez 65,5 dnia (od 10 do 112 dni);
- w 12 przypadkach przyczyną zakończenia opieki był wypis pacjenta, a w pozostałych 13 – zgon;
- w przypadku wszystkich pacjentów objętych zakresem opieki domowej (13 pacjentów), wizyty domowe przez lekarza odbywały się z częstotliwością co najmniej dwa razy w miesiącu, a pielęgniarki – co najmniej dwa razy w tygodniu;
- każdy pacjent, który wykazywał objawy wskazujące na potrzebę konsultacji psychologicznej (m.in. apatię, depresję, obniżony nastrój, pobudzenie, stany lękowe, obojętność), miał wystawione zlecenie na opiekę psychologiczną, i z zalecaną częstotliwością konsultacje były przeprowadzane;
- każdy pacjent, który wg lekarza prowadzącego miał potrzebę rehabilitacji, miał wystawione zlecenie na jej prowadzenie, i z zalecaną częstotliwością wizyty takie były realizowane;
- w każdym przypadku, gdy pacjent skarżył się na ból, podejmowano działania polegające na określeniu stopnia jego natężenia, leczeniu bólu i monitorowaniu skuteczności tego leczenia (za pomocą karty obserwacji).

(akta kontroli str. 271-272)

1.4. Na podstawie analizy danych dotyczących personelu medycznego⁷ zatrudnionego w Hospicjum w miesiącach: kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r. ustalono m.in., że:

- a) w okresach tych łącznie zatrudnionych było siedmiu lekarzy⁸ (pięciu specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej, jeden specjalista w zakresie zarówno pediatrii jak i neonatologii oraz jeden specjalista w zakresie pediatrii), 27 pielęgniarek, dziewięciu opiekunów medycznych, pięciu fizjoterapeutów oraz czterech psychologów;
- b) personel ten spełniał wymagania określone dla poszczególnych form opieki OPH w załączniku 2 rozporządzenia OPH;
- c) dla trzech lekarzy, jednej pielęgniarki, jednego psychologa, jednego fizjoterapeuty oraz ośmiu opiekunów medycznych, praca w Hospicjum stanowiła jedyne miejsce pracy;
- d) wszyscy lekarze OPH posiadali uprawnienia do wystawiania recept na leki opioidalne;
- e) zmiany związane z rotacją personelu były we właściwy sposób zgłaszane do NFZ, poza przypadkami opisanymi w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 264-270)

1.5. Na podstawie oględzin sprzętu medycznego i pomocniczego wymaganego dla poszczególnych form OPH, ustalono m.in., że:

⁷ Tj. lekarze, pielęgniarki, psychologowie oraz fizjoterapeuci.

⁸ Lekarze spełniający wymogi Załącznika 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262), dalej: rozporządzenie OPH. Dodatkowo zatrudnionych było siedmiu lekarzy innych specjalizacji, tj. specjalista chirurgii ogólnej, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarze w trakcie specjalizacji.

- Wymagana liczba sprzętu określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia OPH, dla poszczególnych form OPH, została zapewniona. Jednakże dane o tym sprzęcie nie zostały prawidłowo wprowadzone do SZOI, co dokładniej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia pokontrolnego.
- Leki znajdujące się w gabinecie zabiegowym posiadały aktualny termin ważności.
- W gabinecie zabiegowym znajdowały się m.in. leki spakowane dla siedmiu pacjentów (dostarczone przez rodzinę), które umieszczone były w koszyczkach (jeden koszyczek na jednego pacjenta) opatrzonych nazwiskiem pacjenta. Jak wskazała Prezes, Hospicjum dostarcza wszystkie niezbędne leki i nie wymaga od pacjentów przynoszenia swoich leków i wyrobów medycznych, jak i środków specjalnego przeznaczenia. Wyjaśniła jednak, że w sytuacji, gdy pacjent jest przyjmowany do hospicjum stacjonarnego ze szpitala lub domu i ma on własne leki lub inne środki specjalnego przeznaczenia przy sobie, to nie wyrzuca się ich do śmieci, tylko umieszcza się je w koszyczkach z nazwiskiem pacjenta, aby pacjent mógł je zażywać zgodnie z przeznaczeniem. Dodała, że po zużyciu, wszystkie zalecone leki i środki, pacjent otrzymuje z Hospicjum.

(akta kontroli str. 229-251, 253-263)

1.6. Na podstawie przeprowadzonych badań dokumentacji potwierdzającej zapewnienie pacjentom opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej, jak i domowej, w wybranych trzech miesiącach okresu 2022-2024⁹, ustalono m.in., że w przypadku:

- opieki stacjonarnej zapewniony został dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę;
- opieki ambulatoryjnej – poradnia była czynna co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych do godziny 18:00¹⁰;
- opieki domowej – dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę został zapewniony całodobowo przez siedem dni w tygodniu¹¹.

Dodatkowo na podstawie badania dokumentacji wybranych losowo 40 pacjentów poradni OPH, ustalono m.in., że porady dla jednego pacjenta (w tym wizyty u pacjenta w domu) nie odbywały się częściej niż dwa razy w tygodniu.

(akta kontroli str. 273-289)

1.7. W wybranych trzech miesiącach lat 2022-2024 wykorzystanie przez pacjentów sprzętu medycznego w Hospicjum nie pokrywało się dokładnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 2 do rozporządzenia OPH. I tak:

- nie korzystano z pomp infuzyjnych oraz zestawu do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, a także nie w pełni korzystano z wymaganej liczby ssaków.
- użytkowano aparaty USG oraz pulsoksymetrię, które nie są ujęte w ww. rozporządzeniu.

Jak wskazała Prezes, biorąc pod uwagę wykorzystanie sprzętu w ramach prowadzonej działalności, w rozporządzeniu OPH w zakresie:

- Opieki stacjonarnej – wymagana jest zbyt duża liczba ssaków, koncentratorów tlenu oraz pomp infuzyjnych;

⁹ Tj. miesiące: kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

¹⁰ Poradnia Medycyny Paliatywnej była czynna w dniach wtorek - czwartek, 2,5 godziny dziennie, w tym we wtorki w godzinach 15:30 - 18:00, w środy 9:30-12:00, w czwartki w godzinach 10:00-12:30.

¹¹ Opiekę świadczył lekarz i pielęgniarka z zespołu domowej opieki hospicyjnej. Każdego dnia miesiąca zespół wykonywał wizyty domowe oraz dodatkowo każdego dnia zabezpieczenie pod telefonem miał lekarz i pielęgniarka dyżurująca.

- Opieki domowej – wymagana jest zbyt duża liczba pomp infuzyjnych, ale za to w większym niż wymaganym zakresie, wykorzystywane są koncentratory tlenu. Prezes podała, że wskazane byłoby w ww. rozporządzeniu, uwzględnić łóżka szpitalne oraz materace przeciwoślizgowe (będące bardzo pożądanym sprzętem przez pacjentów objętych opieką domową). Ponadto dodała, że wg niej, nesesery pielęgniarskie nie powinny być wymagane w podwójnej liczbie, w przypadku, gdy pielęgniarka jest zatrudniona w dwóch komórkach tego samego podmiotu.

(akta kontroli str. 253-263, 290)

1.8. W okresie objętym kontrolą, w Stowarzyszeniu prowadzone były listy oczekujących. I tak w opiece:

- stacjonarnej czas oczekiwania na udzielenie świadczeń wynosił od zera do dziewięciu dni (średnio w roku 4,5 dnia) w 2022 r., od zera do 13 dni (6,5 dnia) w 2023 r. oraz od zera do sześciu dni (5,92 dnia) wg stanu na 30 kwietnia 2024 r.;
- ambulatoryjnej – w całym badanym okresie pacjenci przyjmowani byli na bieżąco;
- domowej dla dorosłych – od zera do 12 dni (6,13 dnia) w 2022 r., od zera do 15 dni (7,5 dnia) w 2023 r. oraz od zera do 12 dni (6,18 dnia) wg stanu na 30 kwietnia 2024 r.
- domowej dla dzieci – w całym badanym okresie pacjenci przyjmowani byli na bieżąco.

(akta kontroli str. 291-301)

1.9. Na podstawie badania dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów Hospicjum, którym udzielano świadczeń OPH w badanym okresie¹² ustalono, że:

- Zgodnie z wymogiem §5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych¹³ dla wszystkich pacjentów sporządzono karty oceny natężenia bólu, które załączone były do ich dokumentacji medycznej.
- W 24 przypadkach (tj. w każdym, w którym pacjent skarżył się na ból), podawane były środki uśmierzające ból. I tak w:
 - 14 przypadkach podawano morfinum (58,3%), z czego w dwóch przypadkach samo morfinum, a w pozostałych 12 przypadkach – morfinum wraz z innymi lekami;
 - w pozostałych 10 przypadkach podawano tramadol, buprenorfinum, oxycodonum lub fentanylum.
- W każdym przypadku podania leku morfinum – pacjenci mieli zdiagnozowany nowotwór złośliwy.
- Nie stwierdzono żadnego przypadku podania leku pavulon.

(akta kontroli str. 271-272, 302)

1.10. W latach 2022-2024 (do końca kwietnia) nie wystąpił żaden przypadek odmowy udzielenia świadczeń OPH przez Stowarzyszenie.

(akta kontroli str. 306)

1.11. W okresie objętym kontrolą, w Stowarzyszeniu nie wprowadzono pisemnej procedury postępowania w przypadku agonii pacjenta. Prezes wyjaśniła, że w Hospicjum przyjęte zostały niepisane zasady postępowania stosowane wobec każdego pacjenta oraz że priorytetem jest poszanowanie godności, intymności i autonomii pacjenta w czasie umierania. Wskazała, że:

- personel medyczny regularnie informuje rodzinę o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta oraz oferuje możliwość towarzyszenia w jego ostatnich chwilach,

¹² Opisanego szczegółowo w pkt 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹³ Dz. U. z 2023 r., poz. 271.

- rodziny pacjentów otrzymują wsparcie psychologiczne od członków zespołu wielodyscyplinarnego zarówno w trakcie pobytu, jak i po śmierci chorego,
- w przypadku braku dostępności sali jednoosobowej, parawanem oddzielane jest łóżko umierającego od drugiego pacjenta,
- w przypadku gdy sąsiadujący pacjent chce opuścić salę, zapewnione ma wsparcie psychologiczne oraz opiekę w sali pobytu dziennego,
- hospicjum dysponuje dodatkowo pokojem gościnnym dla rodzin w sytuacjach potrzeby,
- każdy pacjent wspierany jest duchowo i ma dostęp do sakramentów,
- w kaplicy hospicjum odprawiane są codzienne msze święte, a pacjenci innych wyznań mogą korzystać ze wsparcia swoich duchownych wg swoich potrzeb.

W latach 2022-2024 (do końca kwietnia) w Hospicjum zmarło łącznie 1106 osób, z czego 502 w 2022 r., 486 w 2023 r. oraz 118 w I kwartale 2024 r.

W badanym okresie w Stowarzyszeniu posiadano opracowaną instrukcję postępowania w chwili wystąpienia zgonu. Jej treść była zgodna z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta¹⁴.

(akta kontroli str. 303-305)

1.12. Jak wskazała Prezes, w Hospicjum dąży się do osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych, stosując wysokie standardy opieki oraz kierując się m.in. wytycznymi Rady Europy zawartymi w rekomendacjach REC(2003)24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. Wyjaśniła, że opieka paliatywna jest dostępna dla wszystkich pacjentów, którzy jej potrzebują, niezależnie od wieku, płci, narodowości czy miejsca zamieszkania. Podała, że pracownicy koncentrują się na holistycznym podejściu do pacjenta tworząc indywidualne plany opieki pacjentów, a celem jest m.in. wspieranie rodzin, szkolenie personelu, dostępność opieki, wysokiej jakości usług oraz współpraca międzysektorowa. Prezes podała, że w Hospicjum oferuje się wsparcie na najwyższym poziomie, dążąc do maksymalizacji jakości życia chorych, zapewniając pacjentom i ich rodzinom, m.in. w zakresie:

- Przyjaznej infrastruktury – skierowanej zarówno do pacjentów, jak i ich rodzin. Pacjenci przebywają w nowoczesnym, przyjaznym budynku z dostępem do ogrodu, kaplicy, w pomieszczeniach gwarantujących zachowanie intymności. Oprócz sali spotkań, która pełni rolę przytulnego salonu, w którym rodziny mogą aranżować uroczystości rodzinne, do dyspozycji jest również ogród zimowy z akwariem, który sprzyja relaksacji i wyciszeniu;
- Indywidualnych Planów Opieki – w dniu przyjęcia pacjenta na oddział stacjonarny tworzone są odrębne indywidualne plany opieki pacjentów, a w przypadku opieki domowej, pielęgniarce i lekarze tworzą ww. plan w trakcie wizyty w domu.

Indywidualny plan opieki składał się z następujących formularzy:

- skala Norton (1-14) – służąca do oceny stanu pacjenta, a wg tej skali określone jest zagrożenie powstania odleżyn;
- wybrane objawy i ich nasilenie – np. brak łaknienia, biegunka, osłabienie, ból, bezsenność, kaszel, trudności w oddawaniu moczu;
- skala EOCG (0-4) – określająca aktywność ruchową pacjenta;
- skala Karnofsky (10-0) – oceniająca aktywność pacjenta;

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 420.

- karta leczenia odleżyn – zakładana w momencie powstawania odleżyn u chorego;
- karta zawierająca wykaz czynności pielęgniarских;
- karta indywidualnej opieki pielęgniarской.

Dodatkowo oprócz ww. formularzy, lekarz podczas wizyty zgłoszeniowej m.in. zakłada historię choroby oraz określa występujące objawy i ich nasilenie. Każdemu pacjentowi zakłada się kartę kwalifikacyjną do opieki paliatywnej, która zawiera m.in.:

- informacje o rozpoznanej chorobie nowotworowej oraz chorobach współistniejących,
 - informacje o kwalifikacji pacjenta do opieki,
 - plan opieki,
 - główny powód opieki paliatywnej.
- Opieki multidyscyplinarnej – zespół pracowników Hospicjum składa się z lekarzy, pielęgniarek, psychologów, terapeutów zajęciowych, duchownych, jak i wolontariuszy (wspierających pacjentów i personel w codziennych czynnościach, oferując m.in. obecność, rozmowę i wsparcie).
 - Opieki duchowej – Hospicjum posiada kaplicę, w której pacjenci mogą uczestniczyć w mszach świętych i sakramentach.
 - Rozrywki dla pacjentów pobytu dziennego – co czwartek organizowane są tzw. „spotkania czwartkowe”¹⁵ – będące spotkaniami integracyjno-terapeutycznymi dla pacjentów, z udziałem wolontariuszy oraz pacjentów z oddziału (spotkania muzyczne, terapeutyczne, m.in. terapia zajęciowa, spotkania z poetami, aktorami, dogoterapia itp.).
 - Wsparcia dla pacjentów i ich rodzin w domach – Stowarzyszenie oferuje wsparcie opiekunów medycznych¹⁶.
 - Działalności szkoleniowej – Hospicjum jest akredytowanym ośrodkiem, w którym prowadzone są szkolenia dla lekarzy, studentów pielęgniarstwa, fizjoterapii, psychologii oraz opiekunów medycznych.

Prezes dodała, że aby skutecznie informować o prowadzonej działalności, promować opiekę paliatywną, pokazywać w jaki sposób udzielana jest pomoc oraz zachęcając do wolontariatu – Stowarzyszenie prowadzi aktywną działalność w mediach oraz w mediach społecznościowych – np. poprzez profil na Facebooku.

(akta kontroli str. 307-314)

1.13. Prezes wskazała, że nie stwierdza problemów w trakcie realizacji świadczeń OPH. Dodała jednak, że wymagana jest zbyt duża liczba godzin pracy psychologa w opiece domowej. Wyjaśniła, że pacjenci i ich rodziny nie chcą korzystać z porad psychologa.

(akta kontroli str. 315)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wprowadzenie do SZOI zmian dotyczących okresów udzielania świadczeń przez jednego lekarza i sześć pielęgniarek w terminie późniejszym niż wynikało to z wymogów określonych w §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 zdrowotnej¹⁷, Zgodnie z tym przepisem dane te należy wprowadzić najpóźniej w dniu

¹⁵ Jak wyjaśniła Prezes, nie są one kontraktowane z NFZ.

¹⁶ Poza kontraktem z NFZ

¹⁷ Dz. U. z 2023 r., poz. 1194.

poprzedzającym powstanie danego zdarzenia albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po jego zaistnieniu.

Dotyczyło to następujących osób:

- lekarza K.B., który udzielał świadczeń, zgodnie z zawartą umową w okresie 1 sierpnia 2022 r. – 31 grudnia 2023 r., zgłoszenie o ujęciu w zasobach wysłano dopiero 6 września 2022 r., tj. 36 dni później niż faktyczne rozpoczęcie realizacji tej umowy, a zgłoszenie o zakończeniu ich udzielania – 15 stycznia 2024 r., a więc po 15 dniach od zakończenia udzielania tych świadczeń;
- pielęgniarki W.Dz., która zgodnie z zawartą umową udzielała świadczeń w okresie 1 maja 2022 r. – 31 grudnia 2022 r., zgłoszenie o ujęcie w zasobach wysłano dopiero w 5 maja 2022 r., a więc po czterech dniach od faktycznego rozpoczęcia pracy;
- pielęgniarki J.M-K., która 16 października 2023 r. złożyła pismo do Dyrektora Hospicjum o rozwiązanie umowy – kontraktu z dniem 31 grudnia 2023 r., i która faktycznie zakończyła udzielanie świadczeń na rzecz Stowarzyszenia 31 grudnia 2023 r., zgłoszenie o zakończeniu przekazano 15 stycznia 2024 r., a więc 15 dni po zakończeniu udzielania tych świadczeń;
- pielęgniarki M.K., która udzielała świadczeń do 30 maja 2023 r. (zgodnie ze złożonym 30 kwietnia 2023 r. pismem do Dyrektora Hospicjum o rozwiązanie umowy od 1 czerwca 2023 r.), zgłoszenie o zakończeniu przekazano dopiero 31 lipca 2023 r., a więc 62 dni po zakończeniu udzielania tych świadczeń;
- pielęgniarki E.R., która udzielała świadczeń do 31 stycznia 2024 r., zgłoszenie o zakończeniu przekazano w 2 lutego 2024 r., a więc 2 dni po zakończeniu udzielania tych świadczeń;
- pielęgniarki D.S., która zgodnie z zawartą umową udzielała świadczeń od 1 stycznia 2024 r., zgłoszenie o ujęciu w zasobach wysłano 15 stycznia 2024 r., a więc po 14 dniach od ich rozpoczęcia;
- pielęgniarki D.B., która zgodnie z zawartą umową udzielała świadczeń od 1 września 2023 r., zgłoszenie o ujęciu w zasobach wysłano 11 września 2023 r., a więc po 10 dniach od ich rozpoczęcia.

Jak wyjaśniła Prezes, w związku z obszernym zakresem obowiązków pracownika odpowiedzialnego za zgłaszanie zmian dotyczących personelu i zasobów oraz niezręcznością przez niego Zarządzenia Prezesa NFZ nr 57/2020/DSOZ, terminy aktualizacji potencjału nie były zachowane.

(akta kontroli str. 253-263, 268-270)

2. Wg stanu na dzień 4 czerwca 2024 r. (tj. dzień prowadzenia przez kontrolera NIK analizy związanej z zatrudnieniem personelu medycznego Hospicjum), trzy pielęgniarki, pomimo udzielania przez nie świadczeń (każda zgodnie z zawartą umową w okresie od 1 lutego 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.), nie zostały zgłoszone poprzez SZOI do OW NFZ. Obowiązek bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów, tj. m.in. aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń, wynika z §2 ust. 8 i 9 umów z NFZ z 2018 r. oraz §2 ust. 9 i 10 umów z NFZ z 2023 r.

Jak wyjaśniła Prezes, ww. sytuacja nastąpiła w wyniku omyłki pracownika. Podała, że podczas zgłoszenia zmian do umowy nie zostały zaimportowane dane, jednakże po stwierdzeniu tej sytuacji przez kontrolera NIK, natychmiast podjęto działania w celu dokonania zmian w potencjale. Prezes wskazała, że zmiany do umowy zostały naniesione w SZOI w dniu 17 czerwca 2024 r. z datą 1 lutego 2024 r. (po otrzymanej zgodzie NFZ na weryfikację wsteczną w potencjale).

(akta kontroli str. 253-263, 268-270)

3. Wg stanu na dzień 2 lipca 2024 r. (tj. dzień przeprowadzenia przez kontrolera NIK analizy zatrudnienia personelu medycznego Hospicjum), dwie pielęgniarki (tj. p. M.K. oraz p. W.Dz.), pomimo udzielania przez nie faktycznie świadczeń w okresie odpowiednio od 1 stycznia 2023 r. do 31 maja 2023 r. oraz od 1 stycznia 2023 r. do czasu przeprowadzonego badania, pomimo zgłoszenia w SZOI, nie posiadały zawartych umów o pracę. Obydwie pielęgniarki w roku 2022 posiadały umowy zawarte na czas określony, na okres odpowiednio 1 marca 2022 r. – 31 grudnia 2022 r. oraz 1 maja 2022 r. – 31 grudnia 2022 r.

Jak wyjaśniła Prezes, braki ww. umów wynikały z błędu pracownika. Dodała jednak, że w dniu 17 lipca 2024 r. została zawarta umowa cywilno-prawna z p. W.Dz., obowiązująca od 1 stycznia 2023 r.

(akta kontroli str. 253-263, 268-270)

4. Wg stanu na dzień 1 lipca 2024 r. (tj. dzień dokonania oględzin), stan faktyczny niżej wymienionego posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego przez Stowarzyszenie nie był zgodny z ujętym w zasobach Stowarzyszenia w SZOI. I tak, niezgodność ta w przypadku:

- a) sprzętu wykorzystywanego w warunkach stacjonarnych dotyczyła:
- aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, gdyż wg SZOI powinno ich być osiem, a faktycznie na stanie Stowarzyszenia znajdowało się ich pięć,
 - chodzika – zgodnie z SZOI: 10, a faktycznie było ich trzy,
 - inhalatora – zgodnie z SZOI: sześć, a faktycznie było ich cztery,
 - koncentratora tlenu – zgodnie z SZOI: 14, a faktycznie było ich 12,
 - materaca – zgodnie z SZOI: 50, a faktycznie było ich 40,
 - monitora stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych – zgodnie z SZOI: jeden, faktycznie nie było go w ogóle na stanie,
 - nebulizatora – zgodnie z SZOI: trzy, a faktycznie był jeden,
 - sprzętu ułatwiającego pielęgnację chorego – zgodnie z SZOI: dwa, a faktycznie było ich sześć,
 - sprzętu zapobiegającego powstawaniu odleżyn – zgodnie z SZOI: 42, a faktycznie było ich 50,
 - ssaka – zgodnie z SZOI: 10, a faktycznie było ich siedem,
 - wózka inwalidzkiego – zgodnie z SZOI: 11, a faktycznie było ich 20,
 - zestawu do udrażniania dróg oddechowych, intubacji dotchawiczej, reanimacji i resuscytacji – zgodnie z SZOI: jeden, a faktycznie nie było go w ogóle na stanie.
- b) sprzętu wykorzystywanego w warunkach domowych dotyczyła¹⁸:
- aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi – zgodnie z SZOI powinno być ich 35, a faktycznie na stanie Stowarzyszenia znajdowały się ich 23,
 - koncentratora tlenu – zgodnie z SZOI: 43, a faktycznie było ich 37,
 - kuli/laski rehabilitacyjnej – zgodnie z SZOI: 16, a faktycznie było ich 13,
 - materaca – zgodnie z SZOI: 35, a faktycznie było ich 26,
 - neseseru pielęgniarskiego z wyposażeniem – zgodnie z SZOI: 23, a faktycznie było ich 13,
 - ssaka – zgodnie z SZOI: 28, a faktycznie było ich 24,
 - zestawu przeciwwstrząsowego – zgodnie z SZOI: dwa, a faktycznie było ich trzy.

Prezes podała, że dbając o jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług medycznych oraz aby zapewnić najwyższy standard opieki pacjentom, regularnie aktualizowany

¹⁸ Wzięto pod uwagę sprzęt znajdujący się zarówno na miejscu, jak i wypożyczony pacjentom.

oraz kasowany jest sprzęt, który nie spełnia już wymogów technicznych. Wyjaśniła, że w wyniku kasacji przestarzałego sprzętu oraz zakupów nowych urządzeń, mogły powstać różnice między stanem faktycznym, a ujętym w SZOI. Dodała, że brak regularnych działań aktualizacyjnych w rejestrze mógł spowodować opóźnienia w odzwierciedleniu tych zmian. Dodała również, że z powodu obciążenia pracą, odpowiedzialny pracownik nie prowadził regularnych aktualizacji rejestru sprzętu. Podała, że zdaje sobie sprawę, iż prowadzenie regularnych działań aktualizacyjnych jest niezbędne, aby unikać takich niezgodności w przyszłości. Wskazała, że po stwierdzeniu ww. niezgodności, rozpoczęto prace nad wprowadzeniem systemu, który pozwoli na skuteczniejsze aktualizacje i eliminację podobnych sytuacji w przyszłości.

(akta kontroli str. 229-251, 253-263)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działalność Stowarzyszenia w zakresie zapewnienia pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej na podstawie umów zawartych z NFZ. Stwierdzono bowiem, że zgodnie z przepisami zapewniono: odpowiednią liczbę personelu medycznego, rodzaj i liczbę sprzętu oraz aparatury medycznej wykorzystywanej do udzielania świadczeń OPH oraz zapewniono właściwie warunki bytowe pacjentów. Stwierdzone nieprawidłowości miały charakter formalny i nie wpłynęły na jakość udzielania świadczeń OPH.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2022-2024 (do końca kwietnia) środki otrzymane przez Stowarzyszenie z NFZ z tytułu realizacji świadczeń z zakresu OPH pokrywały ich koszty. I tak w:

- 2022 roku koszty udzielania tych świadczeń wyniosły 5737,9 tys. zł, a rozliczono ich łącznie na kwotę 5926,7 tys. zł,
- 2023 roku – koszty wyniosły 7.237,3 tys. zł, zaś rozliczono 8132,4 tys. zł,
- 2024 roku (do końca kwietnia) – koszty wyniosły 2.657,5 tys. zł, zaś rozliczono 2.769,3 tys. zł.

Za lata 2022-2023, kwoty nadwykonań w łącznej wysokości 239,9 tys. zł zostały przez NFZ wypłacone. Natomiast ugoda z NFZ za nadwykonanie świadczeń na kwotę 130 tys. zł za I kwartał 2024 r. wg stanu na 24 lipca 2024 r. była w trakcie procedowania.

W badanym okresie Stowarzyszenie, oprócz ww. otrzymanych środków z NFZ, uzyskiwało na swoją działalność dodatkowe środki finansowe. Składały się na nie głównie darowizny w formie finansowej (13,6 tys. zł), jak i rzeczowej (o wartości określonej w dniu ich przyjęcia wynoszącej 208,2 tys. zł) oraz środki otrzymywane w ramach zawartej z Warmińsko-Mazurskim Urzędem Wojewódzkim w Olsztynie umowy dotyczącej wypłaty dodatków wypłacanych w systemie kwartalnym kierownikom, którzy sprawują opiekę nad lekarzami będącymi w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej (w łącznej kwocie 2,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 316-327)

2.2. Stowarzyszenie zgodnie z wymogami §23 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. do 10 każdego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, dokonywało rozliczeń świadczeń OPH z NFZ. Należności wynikające z tych rozliczeń NFZ wypłacał w terminie do 5 dni roboczych po dniu ich dostarczenia.

Jak wskazała Prezes, Stowarzyszenie nie ma problemów przy rozliczaniu świadczeń z NFZ w ramach umowy OPH.

(akta kontroli str. 315, 328-381)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

NIK ocenia pozytywnie działalność Stowarzyszenia w zakresie rozliczania świadczeń OPH w ramach umów zawartych z NFZ.

IV. Uwagi i wnioski

W odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujący wniosek:

Wniosek

Podjęcie działań w celu terminowego wprowadzania danych do SZOI stosownie do wymogów określonych w umowach z NFZ.

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 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Olsztyn, 3 września 2024 r.

Kontroler
Edyta Piskorz-Zabujść
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
Dyrektor
z up.
Barbara Zajdel
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis