



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.7.3.2024

Teresa Kocbach
Prezes
Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego
„Palium”
Aleja Wojska Polskiego 30
10-229 Olsztyn

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium”, Aleja Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn (dalej: „Hospicjum” lub „Stowarzyszenie”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Teresa Kocbach, Prezes Stowarzyszenia od 14 marca 2019 r. (dalej: „Dyrektor Hospicjum”). (akta kontroli str. 5-6)
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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Joanna Łukasik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/56/2024 z 6 maja 2024 r. 2. Beata Saba, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/60/2024 z 16 maja 2024 r. (akta kontroli str. 1-4)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Stowarzyszenia dotyczące zapewnienia pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej: „OPH”) w zakresie wynikającym z umów zawartych z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „OW NFZ”).
Uzasadnienie oceny ogólnej	W okresie objętym kontrolą w Hospicjum przy udzielaniu świadczeń z zakresu OPH w warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych przestrzegano przepisów zawartych 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”). Stwierdzono bowiem, że zapewniono odpowiednią liczbę wyspecjalizowanego personelu, który gwarantował pacjentom udzielanie świadczeń w każdym z trzech zakresów oraz w wymaganej ww. rozporządzeniem częstotliwości. Zapewniono również odpowiedni standard warunków bytowych pacjentom przebywającym na oddziale stacjonarnym. Pomieszczenia tego

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.

oddziału oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadało warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴ (dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia”).

Prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną, a także terminowo rozliczano się z OW NFZ, uzyskując w okresie objętym kontrolą za udzielone świadczenia 11 080,1 tys. zł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ 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. Hospicjum udziela świadczeń w zakresie opieki paliatywnej stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej dla dorosłych od 2001 r.⁶ W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwie umowy zawarte przez Hospicjum z OW NFZ⁷ na świadczenia OPH o wartości wynoszącej odpowiednio: 16 436 tys. zł⁸ (zawarta w 2018 r.) i 5048,4 tys. zł⁹ (zawarta w 2023 r., wg stanu na 30 kwietnia 2024 r.).

W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) Hospicjum objęło OPH łącznie 1598 pacjentów, w tym 631¹⁰ pacjentów w 2022 r., 702¹¹ w 2023 r. (wzrost o 11,3%) i 265¹² do końca kwietnia 2024 r. Podstawą przyjęcia do opieki były głównie choroby nowotworowe (99,1%).

Średni okres objęcia opieką wyniósł w 2022 r. 23 dni dla opieki stacjonarnej i 53 dni dla opieki domowej, w 2023 r. – odpowiednio 29 i 57 dni, zaś w 2024 r. (do 30 kwietnia) – odpowiednio 34 i 39 dni.

Główny Księgowy Hospicjum podał, że nie jest w stanie określić średniego czasu objęcia opieką pacjentów Poradni Medycyny Paliatywnej, bowiem Hospicjum nie ma wiedzy, jakie były dalsze losy pacjentów w sytuacji, gdy porada ambulatoryjna odbyła się tylko jeden raz.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, ze zm.

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

⁶ Z dniem 23 marca 2001 r. Hospicjum zostało zarejestrowane w Krajowym Rejestrze Sądowym stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

⁷ Kontrakty w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej: umowa nr 14-00-01519-18-02/14-00-01519-18/011/15/01/OPH z 8 marca 2018 r. i nr 140001519230004/14-00-01519-23/011/15/OPH z 6 czerwca 2023 r.

⁸ W tym 13 271,3 tys. zł na opiekę stacjonarną, 3102,6 tys. zł – na opiekę domową i 62,1 tys. zł na opiekę ambulatoryjną.

⁹ W tym 3893 tys. zł na opiekę stacjonarną, 1129,6 tys. zł na opiekę domową i 25,8 tys. zł na opiekę ambulatoryjną.

¹⁰ W tym 312 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 194 – opieką domową, a 125 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

¹¹ W tym 283 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 257 – opieką domową, a 162 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

¹² W tym 100 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 121 – opieką domową, a 44 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

Zgodnie z księgą rejestrową podmiotu leczniczego¹³ i zawartymi z OW NFZ kontraktami Hospicjum dysponowało 20 łózkami, natomiast liczba pacjentów wynosiła, wg stanu na koniec:

- marca, czerwca, września i grudnia 2022 r. – odpowiednio 38, 41, 45 i 52,
- marca, czerwca, września i grudnia 2023 r. – odpowiednio 49, 41, 43 i 46,
- kwietnia 2024 r. – 35.

W trakcie przeprowadzonych 13 maja 2024 r. oględzin Oddziału Stacjonarnego stwierdzono, że w 10 salach znajdują się 22 łóżka dla pacjentów.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że dodatkowe dwa łóżka pełnią funkcję rotacyjną, dzięki czemu Hospicjum jest w stanie zachować warunki umów zawartych z OW NFZ. Zgony występujące w dni wolne od pracy przerywają realizację świadczeń, co może powodować ich niewykonanie. Taka rotacja nie jest możliwa do przewidzenia i zaplanowania.

Oględziny wykazały, że Hospicjum¹⁴ mieściło się na II kondygnacji budynku Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie. Budynek wyposażony był w windę osobową. Placówka dysponowała łącznie 40 pomieszczeniami, w tym 10 salami chorych¹⁵, w których znajdowało się 21 łóżek szpitalnych tzw. „łamanych” oraz jedno łóżko specjalistyczne (wykorzystywane do intensywnej opieki medycznej). Wszystkie łóżka wyposażone były w materace przeciwodleżynowe. Pacjenci mieli do dyspozycji świetlicę i kaplicę.

W toku oględzin stwierdzono, że spełnione zostały warunki określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, bowiem:

- odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjenta, a szerokość pokoju i drzwi w każdym przypadku umożliwiały swobodne wyprowadzenie łóżka (§§19, 20 i 33 ww. rozporządzenia).
- W przypadku 21 łóżek, zgodnie z §18, zapewniono dostęp do pacjenta z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. W jednym przypadku warunek ten nie został spełniony.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że takie ustawienie łóżka wynikało z ograniczonej liczby pomieszczeń, którymi dysponuje Hospicjum. Podała również, że ww. łóżko wyposażone jest w mechanizm, dzięki któremu jest ono w pełni mobilne i lekkie w obsłudze, co umożliwia dostęp do pacjenta z każdej strony. Łóżko to wykorzystywane jest przez pacjentów o niewielkim deficycie samoopieki, tj. takich, którzy nie wymagają kompleksowej pielęgnacji.

- W salach wieloosobowych zainstalowano parawany¹⁶ zapewniające intymność pacjenta w czasie badań lub zabiegów pielęgnacyjnych, a w oknach – rolety przeciwsłoneczne (§35).

¹³ Księga rejestrowa podmiotu leczniczego nr 000000015154 (wg stanu na 13 maja 2024 r.).

¹⁴ W tym Oddział Stacjonarny, Poradnia Medycyny Paliatywnej, gabinet Pielęgniarki Koordynującej Hospicjum Domowym, w którym odbywała się rejestracja pacjentów i gabinet Kierownika Medycyny Paliatywnej i Psychologii.

¹⁵ W tym trzy sale jednoosobowe i siedem wieloosobowych, mieszczących od dwóch do czterech łóżek.

¹⁶ W tym w trzech salach były parawany przenośne, zaś w ośmiu – podwieszane.

- Pokoje chorych wyposażone były w umywalkę, zestaw do dezynfekcji, podajnik na ręczniki papierowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki (§24 ust. 1) oraz meble, wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (§30 ust. 1).
- Wyodrębniono, zgodnie z §25 ust. 1 ww. rozporządzenia, pomieszczenia do składowania bielizny czystej i brudnej.
- Podłogi oraz połączenie ścian z podłogami wykonano z materiału umożliwiającego ich mycie i dezynfekcję (§30 ust. 1 i 2).

(akta kontroli str. 7-143, 278-292)

Na podstawie badania dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów¹⁷ stwierdzono m.in., że w ramach OPH wszystkim pacjentom zapewniono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki zgodnie z warunkami wynikającymi z umów zawartych z OW NFZ oraz rozporządzenia w sprawie OPH, a ponadto zapewniono:

- monitorowanie w sposób ciągły stopnia nasilenia dolegliwości bólowych wg skali NRS¹⁸ i VAS¹⁹ oraz podejmowano działania mające na celu ich zminimalizowanie²⁰;
- opiekę psychologa wszystkim pacjentom, którzy takiej opieki potrzebowali, w tym 13 pacjentom objętym opieką stacjonarną – lekarz każdorazowo zlecał konsultację psychologiczną, natomiast w przypadku opieki domowej konsultację zlecono dwóm pacjentom, którzy zgłosili stany depresyjne/lękowe;
- laboratoryjne badania diagnostyczne trzem pacjentom hospicjum domowego;
- rehabilitację – dwóm pacjentom hospicjum domowego²¹ i 11 hospicjum stacjonarnego²².

Wizyty (w 21 przypadkach) odbywały się z częstotliwością określoną w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, tj. z częstotliwością co najmniej dwa razy miesiącu w przypadku lekarzy, dwa razy w tygodniu w przypadku pielęgniarek oraz w przypadku pozostałego personelu – wg wskazań lekarza. Wizyty te przeprowadzał personel posiadający stosowne kwalifikacje, wykazany przez Hospicjum jako zasoby w umowach OPH zawartych z OW NFZ. W przypadku czterech pacjentów nie spełniono

¹⁷ Po 10 pacjentów objętych OPH kwietniu 2022 r. i 2023 r. oraz 5 - w kwietniu 2024 r.

¹⁸ Skala numeryczna NRS – Numerical Rating Scale - zawiera 11 stopni nasilenia bólu, od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból. Skala ta cechuje się znaczną powtarzalnością wyników i jest przydatna w zastosowaniach naukowych. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

¹⁹ Visual Analogue Scale, czyli wizualna skala analogowa - to najbardziej popularna skala służąca do subiektywnej oceny odczuwania bólu. Skala VAS zazwyczaj występuje w postaci linijki ze specjalnymi oznaczeniami. Ma dziesięć stopni – od 0, które oznacza całkowity brak bólu do poziomu 10, który w ułatwieniu oznacza ból nie do zniesienia (najsilniejszy ból, jaki pacjent może sobie wyobrazić). Czasem – oprócz oznaczenia słownego i cyfrowego – dodany jest kolor: zielony przy 0, przechodzący w żółty przy stopniu 5, przez pomarańczowy, aż do czerwonego przy liczbie 10, czyli najmocniejszym bólu. Zdarza się, że skala ilustrowana jest także grafikami w postaci rysunków twarzy (od uśmiechniętej do smutnej i cierpiącej). Oznaczenia te mają ułatwić pacjentowi wskazanie odpowiedniego stopnia bólu, który jest najbardziej tożsamy z jego odczuciami.

²⁰ W 18 przypadkach podano pacjentom opioidowe leki przeciwbólowe.

²¹ W pozostałych 10 przypadkach stan zdrowia pacjentów nie wymagał rehabilitacji.

²² Pozostałym dwóm pacjentom, ze względu na ciężki stan zdrowia, rehabilitacji nie zlecono.

tego warunku. Dotyczyło to w dwóch przypadkach wizyt lekarskich²³, w dwóch²⁴ – wizyt pielęgniarskich oraz w jednym – wizyty rehabilitanta²⁵.

Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że przyczyną niewywiązania się z częstotliwości wizyt lekarza i pielęgniarki było to, że pacjenci zostali objęci opieką w niepełnym wymiarze miesięcznym, tzn. przyjęcie nastąpiło 19 marca 2022 r., 30 marca 2024 r. i 20 kwietnia 2023 r. W Hospicjum przyjęto zasadę, że jeżeli chory zostanie przyjęty pod opiekę do 15-go dnia miesiąca, wówczas planowane są dwie wizyty lekarskie. Jeżeli przyjęcie nastąpi po tym dniu – planowana jest jedna wizyta. Podobnie w przypadku wizyt pielęgniarskich – przyjętą praktyką jest, że jeżeli chory został przyjęty pod opiekę w pierwszej części tygodnia (od poniedziałku do środy), wówczas planowane są dwie wizyty pielęgniarskie. W przypadku przyjęcia w drugiej części tygodnia (od czwartku do niedzieli) – planowana jest jedna taka wizyta. Podała również, że pacjent może korzystać z 24-godzinnego dostępu do świadczeń OPH i jeśli stan chorego wymaga konsultacji lekarskiej lub wizyty pielęgniarki, to jest realizowane świadczenie w postaci wizyty interwencyjnej. Natomiast w przypadku pacjenta, u którego nie odbyła się wizyta rehabilitanta przyczyną był brak zgody pacjenta na dalszą rehabilitację²⁶.

W 18 spośród 25 objętych badaniem przypadków przyczyną zakończenia opieki był zgon pacjenta, w czterech – wypis do poradni medycyny paliatywnej, w dwóch zaś – objętych opieką domową – przyjęcie do hospicjum stacjonarnego z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Jeden pacjent (wg stanu na 24 maja 2024 r.) nadal przebywał pod opieką hospicjum domowego.

(akta kontroli str. 144-151)

1.2. Analiza dokumentacji dotyczącej wybranych do kontroli trzech miesięcy²⁷ wykazała, że Hospicjum w poszczególnych zakresach świadczeń udzielało:

a) w hospicjum stacjonarnym:

- od dziewięciu do 10 lekarzy (w tym pięciu lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej), zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby zakontraktowanych łóżek wynosił 2,25²⁸ i był wyższy od wymaganego w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH;
- od 10 do 12 pielęgniarek (trzy ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a dwie – kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH), zaś równoważnik etatu wynosił od 4,5 do 5²⁹;
- od jednego do dwóch psychologów (w tym jeden psychoonkolog), zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby świadczeniobiorców wynosił 0,50 i był zgodny z wymaganym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH³⁰;

²³ Pacjent nr 41/2022 (pobyt od 19 marca 2022 r. do 6 maja 2022 r.) oraz nr 55/2023 (pobyt od 20 kwietnia 2023 r. do 16 maja 2023 r.) – nie odbyły się po jednej wizycie lekarskiej.

²⁴ Pacjent nr 47/2023 (pobyt od 30 marca 2023 r. do 22 maja 2023 r.) oraz nr 55/2023 (pobyt od 20 kwietnia 2023 r. do 16 maja 2023 r.) – nie odbyło się po jednej wizycie pielęgniarskiej.

²⁵ Pacjent nr 46/2022.

²⁶ W dokumentacji medycznej znajdował się wpis fizjoterapeuty z dnia 22 kwietnia 2022 r.

²⁷ Tj. kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r.

²⁸ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.

²⁹ W przypadku pielęgniarek w rozporządzeniu nie określono równoważnika etatu przeliczeniowego w odniesieniu do liczby łóżek.

³⁰ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik ½ etatu na 10 łóżek.

- od jednego do dwóch fizjoterapeutów, zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby zakontraktowanych łóżek wynosił 0,50 i był wyższy od wymaganego³¹;
- b) w hospicjum domowym:
 - od siedmiu do 12 lekarzy (w tym trzech posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej), zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby świadczeniobiorców wynosił od 0,83 do 1,26 i był wyższy od wymaganego w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH³²;
 - od pięciu do dziewięciu pielęgniarek (w tym od czterech do sześciu ukończyło specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a od jednej do dwóch – kursy, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH), zaś równoważnik etatu wynosił od 2,75 do 4,15 i był wyższy od wymaganego³³;
 - od jednego do dwóch psychologów (w tym jeden psychoonkolog), zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby świadczeniobiorców wynosił od 0,4 do 0,65 i był wyższy od wymaganego³⁴;
 - od jednego do dwóch fizjoterapeutów, zaś równoważnik etatu w odniesieniu do liczby świadczeniobiorców wynosił od 0,50 do 0,75 i był wyższy od wymaganego³⁵;
- c) w poradni medycyny paliatywnej:
 - trzech lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej;
 - jedna pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
 - jeden psycholog.

W Hospicjum 96,3% personelu posiadało ponad trzyletnie doświadczenie w OPH, z tego 100% lekarzy i 88,9% pielęgniarek. Praca w Hospicjum stanowiła jedyne miejsce pracy dla 11,5% lekarzy, 30,6% pielęgniarek oraz 50% fizjoterapeutów i psychologów.

Personel udzielający świadczeń w wybranych do badania miesiącach zgłoszony został do OW NFZ poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: „SZOI”).

(akta kontroli str. 152-169)

1.3. W trakcie przeprowadzonych w dniu 13 maja 2024 r. oględzin stwierdzono, że Hospicjum posiadało sprzęt medyczny i pomocniczy, wymagany dla opieki stacjonarnej, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, w takiej samej lub większej liczbie, niż wykazano w umowach zawartych z OW NFZ. W przypadku opieki domowej³⁶ część sprzętu była wypożyczona pacjentom³⁷.

Oględziny wykazały również, że w punkcie przygotowawczym znajdowały się leki 18 pacjentów, dostarczone przez rodzinę.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że Hospicjum nie ma możliwości zabezpieczenia leków pacjentom, którzy mają stwierdzone inne jednostki chorobowe, w dniu ich przyjęcia. Dlatego też członkowie rodzin pacjentów przekazują leki w celu utrzymania kontynuacji ich leczenia. Natomiast po objęciu ich leczeniem w ramach OPH,

³¹ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik ¼ etatu na 10 łóżek.

³² Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik 1 etatu przeliczeniowy na 30 świadczeniobiorców.

³³ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

³⁴ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik ½ etatu na 30 świadczeniobiorców.

³⁵ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik ¼ etatu na 15 świadczeniobiorców.

³⁶ Stan na dzień 30 kwietnia 2024 r.

³⁷ Tj. wszystkie (osiem) koncentratory tlenu, cztery z pięciu posiadanych chodzików i trzy z pięciu wózków inwalidzkich.

Hospicjum zabezpiecza pacjentów we wszystkie niezbędne leki, zarówno stosowane w leczeniu paliatywnym jak i w innych schorzeniach.

W dyżurce pielęgniarek znajdowały się leki z aktualnym terminem ważności.

(akta kontroli str. 123-143, 170-174)

1.4. Hospicjum spełniało również inne warunki udzielania świadczeń, m.in. w zakresie opieki:

- stacjonarnej – poprzez całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę³⁸,
- domowej – poprzez całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę³⁹,
- ambulatoryjnej – prowadząc poradnię czynną trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych⁴⁰.

W Hospicjum udzielano porad pacjentom nie częściej niż dwa razy w tygodniu, a ponad 11% stanowiły porady w domu świadczeniobiorcy⁴¹.

(akta kontroli str. 175-200)

1.5. Hospicjum nie korzystało z niektórych rodzajów sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie OPH, a obłożenie łóżek w okresie objętym kontrolą wynosiło 100%. Z dokumentacji medycznej pacjentów objętych OPH⁴² wynikało, że stopień wykorzystania pomp infuzyjnych wynosił 1%, ssaków i nebulizatorów – 4%, zaś inhalatorów – 8%. W pozostałych przypadkach stopień wykorzystania sprzętu wynosił od 23% (aparat USG) do 100% (pulsoksymetry i aparaty do mierzenia ciśnienia).

Dyrektor Hospicjum podała, że z reguły nie są wykorzystywane kule i laski. Natomiast zapotrzebowanie na koncentratory tlenu jest trzykrotnie wyższe niż zakłada to rozporządzenie w sprawie OPH (zakupiono dodatkową ilość koncentratorów celem zabezpieczenia chorych). Dyrektor podała również, że z uwagi na konieczność dojazdu do pacjenta objętego opieką domową (często ok. 30 km) w rozporządzeniu powinien być wymieniony środek transportu.

(akta kontroli str. 201-211)

1.6. Hospicjum, zgodnie z wymogiem określonym w art. 19a i 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴³ (dalej: „ustawa o świadczeniach”) prowadziło listę osób oczekujących na przyjęcie. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia OPH w ramach opieki: stacjonarnej wynosił od jednego do 30 dni, domowej – do trzech dni i ambulatoryjnej – do czterech dni.

³⁸ Dostęp do opieki stacjonarnej sprawdzono na podstawie harmonogramów dyżurów lekarzy i pielęgniarek w miesiącu kwietniu okresu 2022-2024.

³⁹ Dostęp do opieki domowej sprawdzono na podstawie harmonogramów dyżurów lekarzy i pielęgniarek w miesiącu kwietniu okresu 2022-2024.

⁴⁰ Tj. spełniono wymóg co najmniej trzech dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie (poniedziałek i czwartek w godz. 10:00 do 12:30), w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych (15:30-18:00).

⁴¹ Badaniem objęto dokumentację medyczną 40 losowo wybranych pacjentów, będących pod opieką Poradni Medycyny Paliatywnej.

⁴² Badaniem objęto dokumentację medyczną 115 pacjentów, objętych OPH w kwietniu 2022 r., 2023 r. i 2024 r.

⁴³ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

Analiza dokumentacji medycznej 25 pacjentów⁴⁴ wykazała, że w 12 przypadkach⁴⁵ faktyczny czas oczekiwania na przyjęcie wyniósł do pięciu dni, w sześciu przypadkach⁴⁶ – od sześciu do 15 dni oraz w pięciu⁴⁷ – od 16 do 30 dni. W dwóch przypadkach⁴⁸ czas oczekiwania (liczony od daty wystawienia skierowania do daty objęcia opieką) wyniósł 124⁴⁹ i 211⁵⁰ dni.

Pielęgniarka Koordynująca wyjaśniła, że w przypadku obu pacjentów czas oczekiwania wyniósł jeden dzień. Jeden pacjent, pomimo tego, iż miał skierowanie z 18 marca 2021 r., zgłosił się dopiero 18 marca 2022 r., a przyjęty został dzień później, tj. 19 marca 2022 r. Podobnie było w przypadku drugiego pacjenta – skierowanie było z 2 grudnia 2021 r., pacjent zgłosił się 4 kwietnia 2022 r. i przyjęty został dzień później. Podała również, że to pacjent podejmuje decyzję, w którym momencie zgłasza się do opieki.

(akta kontroli str. 212-219)

1.7. W Hospicjum podejmowano działania w zakresie monitorowania stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Analiza dokumentacji medycznej 140 pacjentów⁵¹ wykazała, że w każdym przypadku weryfikowano stopień natężenia bólu (wg skali NRS lub VAS). W dokumentacji medycznej znajdowały się karty oceny natężenia bólu⁵², a w przypadku nasilenia dolegliwości bólowych pacjentom podawano morfinę⁵³ (49 przypadków) lub opioidy (91 przypadków).

(akta kontroli str. 220-254)

1.8. W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczeń OPH przez Hospicjum.

(akta kontroli str. 255-257)

1.9. W Hospicjum nie opracowano procedury postępowania w przypadku agonii pacjenta. W celu zapewnienia godności pacjentom umierającym sale chorych wyposażono w parawany oddzielające pacjenta w agonii od współpacjentów, zapewniono dostęp do posługi duchownego (na terenie Hospicjum znajduje się kaplica), a po śmierci pacjenta bliscy mogli towarzyszyć osobie zmarłej w sali „post mortem”.

Dyrektor Hospicjum podała, że pacjentom zapewniono godność w procesie umierania poprzez zabezpieczenie ich potrzeby bezpieczeństwa, komfortu fizycznego i psychicznego, kontaktu z rodziną, wsparcia duchowego, pielęgnacji i osławiania lęku przed śmiercią przez wielodyscyplinarny zespół pracowników. Pacjenci zaopatrzeni są w leki niezbędne m.in. do uśmierzania bólu, zmniejszenia uczucia duszności i zapewnienia snu. Poprzez zastosowanie środków farmakologicznych oraz innych

⁴⁴ Badaniem objęto dokumentację medyczną 25 losowo wybranych pacjentów (10 w 2022 r., 10 w 2023 r. i pięć do 30 kwietnia 2024 r.), w tym 12 objętych opieką domową i 13 – opieką stacjonarną.

⁴⁵ Dotyczyło to trzech pacjentów objętych opieką domową i dziewięciu – opieką stacjonarną.

⁴⁶ Dotyczyło to dwóch pacjentów objętych opieką domową i czterech – opieką stacjonarną.

⁴⁷ Wszystkie przypadki dotyczyły opieki domowej.

⁴⁸ Pacjenci objęci opieką domową.

⁴⁹ Pacjent nr 41/2022, któremu udzielono świadczeń OPH w ramach opieki domowej.

⁵⁰ Pacjent nr 46/2022, któremu udzielono świadczeń OPH w ramach opieki domowej.

⁵¹ Badaniem objęto dokumentację medyczną pacjentów objętych OPH w kwietniu 2022 r., kwietniu 2023 r. i kwietniu 2024 r. (25 pacjentów objętych opieką stacjonarną i 115 – opieką domową).

⁵² W przypadku opieki domowej i ambulatoryjnej.

⁵³ Morfinę podawano wyłącznie pacjentom z rozpoznaniem nowotwór złośliwy.

działań terapeutycznych eliminowane są również inne dolegliwości, w tym natury emocjonalnej, np. lęk. W Hospicjum na stałe zatrudniony jest kapelan wyznania rzymskokatolickiego, ale w razie potrzeby zapewniono również dostęp do przedstawicieli innych wyznań. Bliscy osoby umierającej mają możliwość nieograniczonego w czasie towarzyszenia swoim bliskim, również w porze nocnej (do dyspozycji są fotele z funkcją spania). Po śmierci pacjenta bliscy mogą korzystać ze wsparcia psychologa oraz całego zespołu.

W okresie objętym kontrolą zmarło łącznie 577 pacjentów objętych OPH⁵⁴.

(akta kontroli str. 123-141, 207-211, 258-275)

1.10. W Hospicjum podejmowano działania mające na celu podniesienie jakości życia pacjentów. Jak podała Dyrektor Hospicjum, działania te realizowane są wielopłaszczyznowo, m.in. poprzez:

- zatrudnienie wykwalifikowanego personelu, który zapewnia holistyczne zaspokajanie potrzeb (biologicznych, psychospołecznych i duchowych) pacjentów;
- dbanie o ustawiczne kształcenie i doskonalenie personelu poprzez ich uczestnictwo w wewnątrzzakładowych cyklicznych szkoleniach i warsztatach oraz wyjazdach na kursy i konferencje;
- umożliwianie kontaktu pacjentom z bliskimi, którzy nie mogą towarzyszyć im osobiście poprzez udostępnianie telefonu służbowego oraz tabletu do wideorozmów;
- umożliwienie – na prośbę pacjenta lub jego bliskich – czuwania przy łóżku, również w porze nocnej, udostępniając bliskim fotele z funkcją spania;
- prowadzenie wsparcia psychologicznego dla osób osieroconych,
- organizowanie na terenie placówki występów artystycznych dzieci i młodzieży jako jednej z form artterapii;
- specjalnie dobraną grupę wolontariuszy, którzy każdego dnia wspierają pacjentów;
- zapewnienie pacjentom świetlicy oraz tarasu, który – szczególnie latem – jest miejscem umożliwiających wytnięcie od szpitalnej atmosfery.

(akta kontroli str. 207-211, 276-277)

1.11. Wśród problemów, które wymieniła Dyrektor Hospicjum, było przede wszystkim:

- niewystarczająca liczba łóżek, która nie pozwalała na systematyczne przyjmowanie chorych. Kolejka osób oczekujących stale utrzymuje się w granicach 20-30 osób i niestety połowa z nich nie otrzyma oczekiwanej pomocy na czas. Powoduje to konieczność prowadzenia trudnych rozmów z chorymi i ich bliskimi, oczekującymi na miejsce w Hospicjum.
- Niskie finansowanie osobodni w hospicjum domowym i stacjonarnym oraz bardzo niskie – w Poradni medycyny paliatywnej.
- Brak zainteresowania pracą w Hospicjum wśród personelu medycznego.
- Niejednoznaczne określenie w rozporządzeniu w sprawie OPH liczby porad lekarskich i pielęgniarzkich u chorego w domu w przypadku sprawowania opieki paliatywnej w niepełnym miesięcznym i tygodniowym wymiarze dni.

⁵⁴ W 2022 r. 269 pacjentów, w 2023 r. – 236, a do 30 kwietnia 2024 r. – 72.

- Rosnące koszty prowadzenia działalności leczniczej, bez wzrostu wyceny za świadczenia ze strony OW NFZ, które stają się bardzo dużym utrudnieniem w utrzymaniu płynności finansowej placówki.
- Brak finansowania w zakresie wsparcia psychologicznego osób osieroconych.

W Hospicjum stosowano również standardy określone przez Radę Europy w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, m.in. poprzez:

- podnoszenie jakości oraz badania naukowe – od 1 lutego 2022 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie utworzona została Klinika Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii, funkcjonująca w strukturach Hospicjum. W ramach ww. Kliniki prowadzone były m.in. badania naukowe. Ponadto w 2024 r. wprowadzono System Wewnętrznego Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem. W celu zachowania najwyższych standardów stosowano również trzy skale monitorowania bólu: ESAS, VAS i ECOG⁵⁵.
- Edukację i szkolenia – w Hospicjum prowadzono zajęcia dydaktyczne z zakresu medycyny paliatywnej dla studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa; warsztaty, szkolenia i spotkania wewnątrzzakładowe dla pracowników Hospicjum, którzy uczestniczyli również w konferencjach, zjazdach naukowych i sympozjach oraz szkolenia dla wolontariuszy.
- Komunikowanie się z chorym i jego rodziną – członkowie rodziny uczestniczyli w procesie leczenia i pielęgnacji chorego oraz mieli stały dostęp do personelu medycznego. W komunikacji przestrzegano prawa pacjenta, z poszanowaniem różnic kulturowych i obyczajowych. Sposób prowadzenia rozmowy był dostosowany do wiedzy i umiejętności poznawczych pacjenta.
- Zatrudnianie wolontariuszy – którzy organizowali pacjentom, będącym pod opieką stacjonarną, czas wolny, dając tym samym wytchnienie członkom rodzin.
- Udzielanie wsparcia osobom osieroconym – od początku pobytu pacjenta w Hospicjum dbano o komfort w chorobie i przyjazne otoczenie, zapewniano rodzinie poczucie bliskości, a także doradztwo w osieroceniu prowadzone przez psychologa. Zapewniano również wsparcie emocjonalne personelu medycznego, który informował o dalszych formalnościach i procedurach, a w przypadku długotrwałych problemów natury psychologicznej wskazywano odpowiednie ośrodki terapeutyczne.

(akta kontroli str. 207-211, 276-277)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

NIK pozytywnie ocenia zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z OW NFZ.

⁵⁵ Skala aktywności fizycznej.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2022-2024 (do 30 kwietnia) środki otrzymane z OW NFZ wyniosły odpowiednio: 3488,5 tys. zł, 5622,1 tys. zł, 1969,3 tys. zł, co stanowiło: 95,9%, 111,3% oraz 110,4% środków finansowych uzyskanych przez Hospicjum na działalność OPH ogółem.

W 2022 r. różnicę pomiędzy kosztami udzielonych świadczeń OPH, a uzyskaną kwotą rozliczonych świadczeń OPH z OW NFZ w wysokości 148,1 tys. zł, pokryto środkami przekazanymi przez Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” na podstawie uchwał⁵⁶ Zarządu.

Jak wyjaśnił Główny Księgowy Hospicjum, w 2023 r. nadwyżka środków została zabezpieczona na pokrycie bieżących zobowiązań. Dodał, że rosnące koszty prowadzenia działalności, bez wzrostu wycen za świadczenia ze strony płatnika, stawały się bardzo dużym utrudnieniem w utrzymaniu płynności finansowej placówki. Należało tak gospodarować środkami, aby utrzymać płynność finansową placówki.

(akta kontroli str. 293-295)

Kwoty nadwykonań wyniosły: 61,6 tys. zł w 2022 r., 41,6 tys. zł w 2023 r. oraz 54,1 tys. zł w 2024 r. (do 30 kwietnia). W latach 2022-2023 Hospicjum uzyskało od OW NFZ 100% wnioskowanych kwot. Hospicjum 29 kwietnia 2024 r. zwróciło się do OW NFZ o zapłatę nadwykonań za okres styczeń-marzec 2024 r. Na dzień 6 czerwca 2024 r. analiza ww. wniosku przez OW NFZ była w toku.

(akta kontroli str. 297)

Hospicjum w 2023 r. uzyskało dofinansowanie w zakresie doposażenia Centrum Opieki Paliatywnej w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną oraz środki ochrony w ramach działania 13.2. „Ochrona zdrowia”⁵⁷ Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego⁵⁸.

Łączna wartość projektu wynosiła 285,2 tys. zł, w tym 231 tys. zł stanowiło dofinansowanie. Wkład własny Hospicjum na zrealizowany projekt, w tym zakup nowoczesnego sprzętu oraz aparatury medycznej, wyniósł 54,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 296, 298-362)

2.2. Raporty statystyczne, będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych, przekazywano do OW NFZ drogą elektroniczną.

Analizą objęto 28 miesięcy, w okresie których przekazano łącznie 175 raportów do OW NFZ. I tak:

- we wszystkich objętych badaniem miesiącach dokumenty rozliczeniowe złożono w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, zgodnie z §23

⁵⁶ Uchwała nr 7/2022 Zarządu Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium” z 26 kwietnia 2022 r. oraz uchwała nr 19/2022 Zarządu Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium” z 26 lipca 2022 r. w sprawie podjęcia decyzji o przekazaniu środków finansowych na działalność Centrum Opieki Paliatywnej w Olsztynie.

⁵⁷ Oś Priorytetowa 13 – Odporna i zdrowa gospodarka przyszłości.

⁵⁸ Umowa Nr RPWM.13.02.00-28-0047/22-00 z 17 listopada 2023 r. zawarta z Województwem Warmińsko-Mazurskim.

ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁹.

- W sześciu miesiącach 2022 r.⁶⁰, 10 miesiącach 2023 r.⁶¹ i trzech⁶² z czterech objętych badaniem w 2024 r. raporty były składane przed końcem miesiąca objętego raportem. Jak wyjaśniła Dyrektor Hospicjum złożenie ww. raportów przed końcem miesiąca pozwalało rozliczyć osobodni świadczeń w hospicjum stacjonarnym, ponieważ była pełna informacja o pacjentach, zgonach i wyżywieniu. Rozliczenie tych świadczeń było priorytetowe, ponieważ stanowiło ok. 78% wszystkich przychodów z OW NFZ. Wysyłanie ich na koniec miesiąca dało możliwość szybszej weryfikacji świadczeń po stronie OW NFZ. Raport wysłany na początku miesiąca za miesiąc poprzedni był znacznie dłużej weryfikowany przez OW NFZ. Raporty dotyczące świadczeń w hospicjum domowym i poradni medycyny paliatywnej wysyłano w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Ich rozliczenie wymagało dłuższego czasu, ponieważ była w nich większa liczba produktów rozliczeniowych.
- We wszystkich miesiącach należności z OW NFZ wpłynęły w terminie pięciu dni roboczych po dniu dostarczenia dokumentów rozliczeniowych.

Dyrektor Hospicjum zwróciła uwagę, że zdarzały się przypadki, że wysłane raporty statystyczne miały długą weryfikację po stronie OW NFZ, tj. nawet do dwóch dni, co opóźniało wystawienie rachunku. Dodała również, że problemem rozliczeniowym była i jest niepewność co do krotności weryfikacji świadczeń. Nie ma pewności, że zweryfikowany poprawnie i zafakturowany raport statystyczny nie będzie weryfikowany ponownie (kilkukrotnie) i zostaną do niego wygenerowane korekty faktur, czy pozostanie bez zmian.

(akta kontroli str. 363-378)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z OW NFZ.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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

⁵⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁶⁰ Czerwiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad i grudzień.

⁶¹ Z pominięciem września i grudnia.

⁶² Styczeń, luty i kwiecień.

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, 3 września 2024 r.

Kontroler
Beata Saba
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

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

.....
podpis