



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.03.2018

Abdul Rahim Said
Prezes Zarządu
Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu
ul. Armii Krajowej 11-13A, 45-071 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu
ul. Krakowska 28, 45-075 Opole
T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44
lop@nik.gov.pl

II. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Abdul Rahim Said, Prezes Zarządu od 12 października 2005 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	Aleksandra Pawlicka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/83/2018 z 30 sierpnia 2018 r. (akta kontroli str. 1) Grażyna Powęska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/102/2018 z 3 października 2018 r. (akta kontroli str. 2)

¹ Dalej: Hospicjum.

² Dalej: Prezes Zarządu.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

III. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Podopiecznym Hospicjum zapewniono opiekę personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje oraz całodobowy dostęp, przez siedem dni w tygodniu, do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki. W latach 2015-2018 (I półrocze) świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej⁵ udzielono 68 pacjentom, którzy przyjmowani byli do Hospicjum na bieżąco. Nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczeń. Pacjentom udostępniano sprzęt medyczny, a w razie konieczności zlecano i finansowano badania laboratoryjne i elektroencefalograficzne. Na wyposażeniu Hospicjum, poza sprzętem wymaganym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶, znajdował się także inny sprzęt, taki jak asystory kaszlu, kamizelki oscylacyjne, aparat do drenażu limfatycznego i masażu. Świadczeniodawca z własnej inicjatywy podejmował działania podnoszące jakość życia pacjentów i ich rodzin, m.in. poprzez zatrudnienie pracownika socjalnego, wsparcie finansowe i rzeczowe podopiecznych oraz ich opiekunów, a także obejmowanie podopiecznych opieką duchownego. Hospicjum było również partnerem projektu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, w ramach którego wsparciem psychologa, lekarzy ginekologów oraz genetyków objęto sześć kobiet oczekujących dziecka z wadą letalną, a przed przystąpieniem do uczestnictwa w tym projekcie kobietom udzielano wsparcia psychologicznego. Sporządzone rozliczenia przekazywane Opolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia⁷ zawierały prawidłowe dane o pacjentach i udzielonych im świadczeniach, z wyjątkiem przypadku rozliczenia siedmiu osobodni, gdy pacjent przebywał w szpitalu. Korekty w tym zakresie dokonano w trakcie kontroli NIK.

Zastrzeżenia NIK dotyczą wykazania w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jako udzielającego świadczeń lekarza, z którym uprzednio rozwiązano stosunek pracy, a także braku wykazania w tym załączniku czterech fizjoterapeutów, którzy w okresie objętym kontrolą udzielali świadczeń dwóm spośród 40 losowo wybranym pacjentów. Nie zapewniono ponadto opieki psychologa w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie OPH. Mimo dysponowania odpowiednią liczbą lekarzy i pielęgniarek, wystąpiły przypadki braku wymaganej liczby wizyt tych członków personelu, co naruszało przepisy rozporządzenia w sprawie OPH. Nie wszystkie wizyty zostały ponadto potwierdzone w kartach wizyt, do czego zobowiązywały zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna: nr 73/2013/DSOZ z dnia 9 grudnia 2013 r.⁸ i Nr 54/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r.⁹

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: OPH.

⁶ Dz. U. z 2018, poz. 742 ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie OPH.

⁷ Dalej: OOW NFZ.

⁸ NFZ z 2013 r. poz. 73, ze zm. Dalej: zarządzenie OPH nr 73 z 2013 r.

⁹ NFZ z 2016 r. poz. 54, ze zm. Dalej: zarządzenie OPH nr 54 z 2016 r.

IV. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

1.1. Zorganizowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

1.1.1. Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu udzielało świadczeń w ramach opieki paliatywnej od 2006 r. W latach 2015-2018 (I półrocze) udzielało świadczeń w zakresie opieki domowej dla dzieci. Na ten okres Hospicjum zawarło z OW NFZ umowy w łącznej kwocie 1 991,8 tys. zł¹⁰, w tym 119,0 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek. Za udzielone świadczenia w latach 2015-2017 świadczeniodawca uzyskał 1 643,2 tys. zł, a w pierwszej połowie 2018 r. - 298,6 tys. zł. Łączna kwota otrzymana w okresie objętym kontrolą stanowiła 97,5% kwoty zakontraktowanej. Koszty udzielonych przez Hospicjum świadczeń w tych latach wyniosły 4 452,0 tys. zł, a kwota uzyskana z tytułu umowy OPH stanowiła 43,6% kosztów funkcjonowania świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 2, 4, 23-24)

Łącznie w latach objętych kontrolą Hospicjum objęło opieką 68 pacjentów. Podstawą przyjęcia do opieki było 41 jednostek chorobowych, w tym u siedmiu osób rozpoznano dysplazję oskrzelowo-płucną rozpoczynającą się w okresie okołoporodowym, u sześciu osób nowotwory złośliwe, u sześciu przewlekłą niewydolność oddechową, a u pięciu dziecięce porażenie mózgowe. W jednym dniu pod opieką Hospicjum znajdowało się średnio 19 dzieci. Przeciętny okres objęcia opieką wyniósł 356 dni.

(dowód: akta kontroli str. 54-55a)

Od maja 2017 r. Hospicjum było partnerem trzech projektów, realizowanych w ramach działania 8.1. *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, a obejmujących swoim zakresem wsparcie rodziców oczekujących dziecka z wadą letalną, w tym opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu. Wsparciem w ramach projektu (dofinansowanie w wysokości 29,7 tys. zł) objęto sześć kobiet, którym udzielono specjalistycznego poradnictwa psychologicznego, genetycznego i ginekologicznego. Przed rozpoczęciem realizacji projektu świadczeniodawca udzielił wsparcia psychologicznego 12 kobietom, u których stwierdzone zostały wady płodu.

(akta kontroli str. 346, 396-444)

Hospicjum złożyło ofertę w postępowaniu konkursowym na udzielanie, począwszy od lipca 2018 r., świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. W tym celu zawarło porozumienia o współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii oraz przez położną podstawowej opieki zdrowotnej¹¹, a także ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa, ginekologii i neonatologii o III poziomie referencyjnym¹².

¹⁰ Umowa nr 08R/20391/15/OPH/2015 ze zmianami wprowadzanymi w formie aneksów. Dalej: umowa OPH.

¹¹ Porozumienie o współpracy z 22 stycznia 2018 r. z Optima Medycyna S.A. w Opolu.

¹² Umowa o współpracy z 19 stycznia 2018 r. Nr U/DON/1/2018 z Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.

Prezes Zarządu, na pytanie dotyczące prawidłowości zdefiniowania w § 4 pkt 4 oraz 7a rozporządzenia w sprawie OPH miejsc udzielania świadczeń opieki perinatalnej stwierdził, że miejsca te zostały zdefiniowane prawidłowo.

(akta kontroli str. 445-447)

1.1.2. W wybranych do kontroli czterech miesiącach¹³ Hospicjum spełniało minimalne wymagania dotyczące pielęgniarek i fizjoterapeutów, a w trzech¹⁴ – minimalne wymagania dotyczące lekarzy, zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. W miesiącach tych świadczeń udzielało:

- czterech lekarzy o specjalizacjach w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii, neurologii dziecięcej oraz neonatologii, w tym jeden lekarz posiadający uprawnienia do wypisywania leków opioidowych; łączny czas pracy lekarzy - w przeliczeniu na etaty - odpowiadał 1,12 etatu (z uzyskaniem wskaźnika od 0,44 do 1,12 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców¹⁵);
- od czterech do sześciu pielęgniarek, w tym pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz pięć pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w zakresie opieki paliatywnej, których łączny czas pracy - w przeliczeniu na etaty - wynosił od 4,22 do 5,02 etatu (z uzyskaniem wskaźnika od 2,41 do 2,74 na 12 świadczeniobiorców¹⁶);
- od trzech do pięciu fizjoterapeutów, których łączny czas pracy - w przeliczeniu na etaty - wynosił 1 etat (z uzyskaniem wskaźnika od 0,68 do 0,75 na 15 świadczeniobiorców¹⁷), i z których jeden posiadał także uprawnienia logopedy.

(akta kontroli str. 21, 25-28, 32-34, 79-84)

W badanym okresie od 56,3% do 71,4% personelu posiadało ponad trzyletnie doświadczenie w OPH, w tym od 75% do 100% lekarzy i od 66,7% do 100% pielęgniarek. Odsetek pielęgniarek, dla których Hospicjum stanowiło jedyne miejsce pracy, zmniejszył się ze 100% w 2015 r. do 33,3% w I połowie 2018 r. Dla żadnego z zatrudnionych lekarzy, fizjoterapeutów¹⁸ oraz psychologa Hospicjum nie stanowiło jedyne miejsce pracy, a czas pracy¹⁹ jednego lekarza w całym badanym okresie nie przekraczał 40 godzin miesięcznie. Prezes Zarządu, pytany o czynniki powodujące, że Hospicjum nie stanowiło jedyne miejsce pracy dla członków personelu, wyjaśnił: *zatrudnienie personelu medycznego, dla którego hospicjum miałoby być jedynym miejscem pracy, jest znacznie utrudnione z kilku powodów: brak możliwości rozwoju zawodowego poza szpitalem i kliniką, niższy poziom zarobków hospicjum w porównaniu do innych placówek medycznych, niepewność co do finansowania OPH w przyszłości ze środków publicznych.*

(akta kontroli str. 25-28, 249)

Świadczeniodawca spełniał również inne - wybrane do kontroli - warunki udzielania świadczeń dla opieki domowej, tj. zapewnił całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę²⁰.

(akta kontroli str. 57, 92-95, 470-473)

¹³ Tj. luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r., maj 2018 r.

¹⁴ W lipcu 2016 r., w październiku 2017 r. oraz w maju 2018 r.

¹⁵ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik jednego etatu przeliczeniowy na 20 świadczeniobiorców.

¹⁶ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców.

¹⁷ Tj. z zachowaniem wskaźnika równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców

¹⁸ Z wyjątkiem 2015 r., w którym Hospicjum stanowiło jedyne miejsce pracy dla jednego z pięciu fizjoterapeutów.

¹⁹ Deklarowany w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁰ Ustalono na podstawie czterech badanych miesięcy: lutego 2015 r., lipca 2016 r., października 2017 r. oraz maja 2018 r.

Udzielając świadczeń, świadczeniodawca w niewielkim stopniu korzystał z niektórych pozycji sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie OPH (nie korzystano z posiadanych kul, balkoników rehabilitacyjnych oraz wózka inwalidzkiego, a pompa infuzyjna została użyta w przypadku jednego z 40 losowo wybranych pacjentów). Pacjentom udostępniano natomiast łóżka²¹ oraz materace przeciwodleżynowe, pulsoksymetry²² i asystory kaszlu²³, który to sprzęt nie był wymagany ww. rozporządzeniem. Ponadto wykorzystywano sprzęt taki jak kardiomonitor, aparat do drenażu limfatycznego i masażu, lampę Bioptron, aparat USG oraz kamizelki oscylacyjne. Świadczeniodawca zawarł umowy z dwoma podwykonawcami (w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, oraz transportu sanitarnego). W okresie objętym kontrolą korzystał jedynie z usług w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

(akta kontroli str. 35-38, 106, 114, 137, 168, 174, 197, 335)

1.1.3. W Hospicjum w całym okresie objętym kontrolą nie prowadzono list oczekujących na objęcie opieką hospicyjną. Średni czas oczekiwania, liczony od dnia wystawienia skierowania do dnia udzielenia pierwszego świadczenia, dla całego badanego okresu wynosił 2,37 dnia. W przypadku 40 pacjentów (76,9%) pierwszego świadczenia udzielono w dniu wystawienia skierowania lub w dniu następnym, w 11 przypadkach (21,2%) pierwszego świadczenia udzielono w ciągu siedmiu dni od dnia wystawienia skierowania (przy czym przypadki te określone zostały jako stabilne). W przypadku jednego podopiecznego czas, jaki upłynął pomiędzy datą zlecenia świadczenia (skierowania) a datą udzielenia pierwszego świadczenia wynosił 16 dni, co było spowodowane zwłoką rodziców w zgłoszeniu się do Hospicjum. Według stanu na 30 czerwca 2018 r. na udzielenie świadczeń Hospicjum nie oczekiwał żaden pacjent.

(akta kontroli str. 55a, 328, 336-338, 368-369, 447)

1.1.4. W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przypadków odmowy udzielenia świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zaprzestania udzielania świadczeń z powodu zbyt ciężkiego stanu, problemów socjalnych lub konfliktu z rodziną. W okresie objętym kontrolą w badanej próbie nie zdarzyły się przypadki zgonów osób oczekujących na udzielenie pierwszego świadczenia.

(akta kontroli str. 368-369)

Spośród 40 pacjentów objętych badaniem, dla 28 nastąpiło zakończenie udzielania świadczeń przez Hospicjum (u dwóch pacjentów dwukrotnie)²⁴, z tego 12 osób zmarło (42,9%), nad 14 osobami zawieszono opiekę w związku z ustabilizowaniem się stanu zdrowia²⁵ (50%), a dwie osoby zostały przekazane pod opiekę innych jednostek (5%).

(akta kontroli str. 35-38)

1.1.5. W ramach organizacji opieki podmiot stosował – ponad obowiązujące go wymogi – dobre praktyki, mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych, takie jak np.:

- zatrudnienie pracownika socjalnego, który współpracował z ośrodkami pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi w celu zapewnienia pomocy w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów materialno-bytowych (dotyczyło to 70% pacjentów);

²¹ Sześciu spośród 40 pacjentów, których dokumentację poddano analizie.

²² Pięciu spośród 40 ww. pacjentów.

²³ Trzem spośród 40 ww. pacjentów.

²⁴ W tym dwie osoby były pacjentami Hospicjum dwukrotnie. W przypadku tych osób nastąpiło zawieszenie opieki Hospicjum w związku z ustabilizowaniem się stanu ich zdrowia. Następnie, w związku z pogorszeniem stanu zdrowia zostały przyjęte ponownie pod opiekę Hospicjum, po czym opieka ta została zawieszona.

²⁵ Nad dwiema osobami dwukrotnie. Powodem zawieszenia opieki był np. brak potrzeby dalszej tlenoterapii.

- wsparcie finansowe podopiecznych i ich opiekunów (dotyczyło to 40% pacjentów);
- obejmowanie podopiecznych diagnostyką psychologa (38 spośród 40 pacjentów, których dokumentację objęto badaniem w ramach kontroli) i fizjoterapeutą (33 spośród 40 pacjentów), według wskazań lekarza oraz członków personelu udzielających tych świadczeń;
- korzystanie z wolontariatu akcyjnego; do zadań wolontariuszy należało m.in. roznoszenie ulotek, udział w zbiórkach pieniędzy do puszek, wykonywanie kartek świątecznych dla darczyńców;
- grupa wsparcia dla pacjentów;
- grupa wsparcia lub pomoc psychologiczna dla personelu;
- przygotowanie i przekazanie pacjentom informatora zawierającego pomocne dane co do świadczeń gwarantowanych oraz możliwości zaspakajania innych potrzeb;
- pomoc w żałobie, w tym obecność na pogrzebie (dotyczyło to 70% rodzin pacjentów).

Wyjaśniając przyczyny udzielania świadczeń rehabilitacyjnych jedynie części wybranych pacjentów, Prezes Zarządu stwierdził: *porady rehabilitacyjne udzielane są podopiecznym jeden raz w tygodniu w ich domach. Intensywność i częstotliwość porad ustala kierownik NZOZ DHD w porozumieniu z fizjoterapeutą. Obejmuje ona 100% pacjentów pod warunkiem, że stan zdrowia pacjentów pozwala na rehabilitację. W okresie znacznego zaostrzenia choroby oraz w stadium terminalnym choroby podstawowej dziecka rehabilitacja nie jest wskazana.*

(akta kontroli str. 104, 369)

Na zapewnienie podwyższonego standardu świadczeń udzielanych przez Hospicjum uzyskiwano środki z innych źródeł. Za lata 2015-2017 pozyskano 1 416,7 tys. zł z tytułu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego. Umożliwiło to m.in. zakup dodatkowego sprzętu, ułatwiającego funkcjonowanie podopiecznym Hospicjum, udzielenie pomocy, w różnej formie, rodzinom pacjentów, oraz zatrudnienie pracownika socjalnego.

(akta kontroli str. 21)

Z informacji udzielonych przez cztery ośrodki pomocy społecznej²⁶ wynikało, że pracownik socjalny Hospicjum informował o problemach występujących w rodzinach podopiecznych, w tym o podejrzeniu przemocy w jednej z rodzin, o trudnej sytuacji socjalno-bytowej oraz zdrowotnej podopiecznych, a także uzyskiwał informacje na temat możliwości pomocy jednej z rodzin, m.in. w zakresie doradztwa prawnego oraz wsparcia socjalnego.

(akta kontroli str. 454-469)

1.1.6. W ocenie Prezesa Zarządu największym problemem w sprawowaniu opieki nad nieuleczalnie chorymi dziećmi było i jest niedofinansowanie tej działalności ze środków publicznych, przekazywanych przez NFZ. Według złożonych wyjaśnień *w okresie od 2008 r. do 2018 r. nie podniesiono wartości jednostki za osobodzień za pacjenta, podczas gdy finansowanie ze środków publicznych na poziomie blisko 45-50% miesięcznych realnych kosztów pogłębia kryzys finansowy hospicjum. Niskie finansowanie pediatrycznej opieki paliatywnej znacznie utrudniało znalezienie personelu medycznego z uwagi na mniej atrakcyjne stawki zarobkowe w hospicjum.* Do innych problemów towarzyszących realizacji świadczeń zaliczył trudne warunki lokalowe. W złożonych wyjaśnieniach stwierdził również: *Pediatryczna opieka paliatywna jest szczególnie trudną i odmienną dziedziną w porównaniu do opieki*

²⁶ W Opolu, w Skarbimierzu, w Zawadzkiem oraz w Nysie.

paliatywnej dorosłych. Opieka pediatryczna w tej grupie wiekowej jest domeną pediatrii, która jest prowadzona równolegle z opieką paliatywną jako całość. W związku z powyższym moim zdaniem zasadne byłoby włączenie opieki paliatywnej nad dziećmi do pediatrii i odłączenie jej ze struktur OPH dla dorosłych.

(akta kontroli str. 103, 247)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W analizowanych czterech miesiącach (luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r. oraz maj 2018 r.) świadczeniodawca nie zapewnił zatrudnienia psychologa, a w lutym 2015 r. również zatrudnienia lekarzy, w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie pacjentów znajdujących się pod opieką Hospicjum.

a) W ww. czterech miesiącach nie spełniano wymagań zawartych w części II ust. 2 pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, zgodnie z którym świadczeniodawca winien zapewnić dostęp do psychologa bądź psychologów, których czas pracy stanowi równoważnik $\frac{1}{2}$ etatu na 12 świadczeniobiorców. W miesiącach tych w Hospicjum zatrudniony był jeden psycholog, dla którego, do końca 2017 r., deklarowana w załączniku nr 2 do umowy z NFZ *Harmonogram - zasoby* tygodniowa dostępność wynosiła 30 godzin, co stanowiło równoważnik 0,79 etatu i pozwalało na objęcie opieką do 18 pacjentów. W pierwszej połowie 2018 r. deklarowana dostępność tygodniowa wynosiła natomiast 36 godzin, co pozwalało na objęcie opieką do 22 pacjentów; wskazane wyżej dostępności nie były jednakże zgodne z zawartą umową o pracę z psychologiem, gdyż określony w tej umowie wymiar czasu pracy wynosił $\frac{2}{3}$ etatu (25 godzin i 17 minut tygodniowo – nienormowany czas pracy), co umożliwiało udzielanie świadczeń 16 podopiecznym. Dodatkowo, w wyniku zawarcia porozumienia zmieniającego warunki pracy i płacy psychologa²⁷, od 1 czerwca 2017 r. na podopiecznych hospicjum domowego przypadało $\frac{5}{12}$ etatu psychologa (15 godzin i 47 minut tygodniowo), co pozwoliło objąć opieką do 10 pacjentów. Tymczasem w badanych miesiącach liczba pacjentów Hospicjum wynosiła:

- w lutym 2015 r. od 19 do 21 (średnio 19,9);
- w lipcu 2016 r. od 17 do 20 (średnio 18,3);
- w październiku 2017 r. od 18 do 22 (średnio 19,5);
- w maju 2018 r. liczba pacjentów wynosiła od 20 do 22 (średnio 21,2).

Świadczeniodawca nie spełniał zatem przedmiotowego warunku w ww. miesiącach.

(akta kontroli: str. 25-29, 33, 55a 61-63, 111, 134, 166, 202, 207)

Prezes Zarządu wyjaśnił: *psycholog w naszej placówce jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę w systemie zadaniowym. W sytuacjach koniecznych psycholog był dostępny 24 godziny na dobę. Opieka psychologiczna jest prowadzona zgodnie z najlepszą wiedzą i sumiennie udokumentowana. W latach 2015-2018 nasza placówka sprawowała opiekę nad śmiertelnie chorymi dziećmi w liczbie do 18 pacjentów zakontraktowanych z NFZ. W tym okresie były pojedyncze miesiące, w których liczba pacjentów przekraczała 18. W związku z tym, że były to pojedyncze miesiące w roku, w których liczba pacjentów dochodziła do 22, nie zatrudniano kolejnego psychologa. Dołożono wszelkich starań aby opieka psychologiczna była sprawowana na najwyższym poziomie.*

(akta kontroli str. 98)

²⁷ Na mocy tego porozumienia pracownik ten został zobowiązany do świadczenia, w ramach dotychczasowej umowy o pracę, porad psychologicznych dla uczestników projektu *Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze środkowym województwa opolskiego*, w wymiarze $\frac{1}{4}$ etatu. Pozostałe warunki umowy o pracę z 30 grudnia 2011 r. pozostały niezmienione.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z art. 140 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*²⁸, w przypadkach uzasadnionych rodzajem pracy lub jej organizacją albo miejscem wykonywania pracy może być stosowany system zadaniowego czasu pracy. Zgodnie z tym przepisem, czas niezbędny do wykonania powierzonych zadań ustala pracodawca, po porozumieniu z pracownikiem, uwzględniając wymiar czasu pracy wynikający z norm czasu pracy, określonych dla pracowników podmiotów leczniczych w art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*²⁹, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Powyższe powoduje, że nawet w ramach zadaniowego systemu czasu pracy, zadania powierzone pracownikowi powinny być ustalone w taki sposób, aby przy dochowaniu należytej staranności możliwa była ich realizacja z zachowaniem ww. norm czasu pracy. Ponadto, wskazana przez Prezesa Zarządu liczba 18 pacjentów zakontraktowanych z NFZ stanowi minimalną liczbę pacjentów, której świadczenie opieki było możliwe na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2015 i 2016. Liczba ta została bowiem obliczona jako iloraz liczby jednostek rozliczeniowych, określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz liczby dni w roku (365). Zawarta umowa umożliwiała zatem objęcie opieką takiej liczby pacjentów przy założeniu, że każdy z nich będzie korzystał z tej opieki przez cały rok.

b) W lutym 2015 r. świadczeń udzielali lekarze w liczbie mniejszej niż określona w części II ust. 2 pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, zgodnie którym świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić dostęp do lekarzy specjalistów określonych w tym przepisie, w liczbie jednego etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców. W ww. miesiącu świadczeń udzielało trzech lekarzy, których łączny deklarowany czas pracy – w przeliczeniu na etaty – odpowiadał 0,46 etatu, co pozwalało na objęcie opieką lekarską dziewięciu pacjentów. W lutym 2015 r. liczba pacjentów Hospicjum wynosiła natomiast od 19 do 21.

Według wyjaśnień Prezesa Zarządu w lutym 2015 r. *hospicjum intensywnie poszukiwało lekarza pediatry, w związku z rozwiązaniem stosunku pracy z Panią (...) – pediatrą, z dniem 31.12.2014 r. Jednocześnie było duże zapotrzebowanie na opiekę paliatywną w domowym hospicjum, gdyż śmiertelnie chore dzieci czekały w szpitalach na przyjęcie do naszej placówki, która jest jedyną taką placówką na terenie całego województwa. W naszej placówce przyjęto zasadę, że nie będziemy odmawiać przyjęć chorych dzieci. Opieka paliatywna w tym czasie była prowadzona na najlepszym poziomie. (...) W marcu 2015 r. zatrudniono pediatrę i neonatologa, Panią (...).*

(akta kontroli str. 25, 58, 98)

2. W załączniku nr 2 do umowy nr 08R/20391/15/OPH/14/15 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie od 1 stycznia do 25 czerwca 2015 r. wykazano jako udzielającego świadczeń lekarza, z którym stosunek pracy rozwiązano 31 grudnia 2014 r. Powyższe spowodowało zawyżenie tygodniowej dostępności lekarzy o 20 godzin. Po uwzględnieniu ww. zmiany rzeczywista deklarowana dostępność lekarzy w okresie od 1 stycznia do 28 lutego 2015 r. – w przeliczeniu na etaty – wynosiła 0,46 etatu, co pozwalało na objęcie opieką do dziewięciu osób. Kontrakt na 2015 r. obejmował natomiast 6 774 jednostek rozliczeniowych, co oznaczało możliwość objęcia opieką co najmniej 18 pacjentów.

(akta kontroli str. 25, 107-108, 116)

²⁸ Dz. U. z 2018 r., poz. 917, ze zm.

²⁹ Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.

Prezes Zarządu wyjaśnił: W załączniku do nr 2 Harmonogram – zasoby do aneksu nr 9 do umowy 08R/20391/15/OPH/14/II Pani M.G. została zaczytana do Aneksu nr 5 przedłużającego umowę na 2015 r., z dniem 01.01.2015 umowa o pracę została rozwiązana. Nie potrafimy uzasadnić zaistniałego błędu.

(akta kontroli str. 99)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że, w myśl przepisu § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁰ zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

1.2. Realizacja świadczeń zdrowotnych

1.2.1. Na podstawie szczegółowego badania dokumentacji 40 pacjentów³¹ stwierdzono m.in., że w ramach OPH w okresie objętym kontrolą wszystkim pacjentom zapewniono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki zgodnie z warunkami ich udzielania wynikającymi z zawartych umów oraz rozporządzenia w sprawie OPH, a ponadto, we wszystkich przypadkach, kiedy zaszła taka potrzeba, zapewniono:

- a) leczenie i monitorowanie bólu w sposób ciągły, którymi objęto 7,5% pacjentów, tj. wszystkim pacjentom uskarżającym się na ból;
- b) opiekę psychologa udzieloną 95% pacjentów (średnio 8,5 wizyt, nawet do 33);
- c) rehabilitację, którą objęto 82,5% pacjentów (średnio 26 wizyt, nawet do 128);
- d) badania diagnostyczne, które zlecono i wykonano dla 45% pacjentów; były to najczęściej badania laboratoryjne, a także badania elektroencefalograficzne finansowane przez Hospicjum (w okresie objętym kontrolą sfinansowano 14 takich badań);
- e) wypożyczenie sprzętu³² medycznego wszystkim pacjentom (w zależności od potrzeb koncentrator tlenu, ssak, inhalator, łóżko specjalistyczne, materac antyodleżynowy, asystor kaszlu, pompa infuzyjna)³³;

Poza przypadkami opisanymi w części *Ustalone nieprawidłowości*, wizyty odbywały się z częstotliwością określoną rozporządzeniem w sprawie OPH. Wizyty te przeprowadzał personel posiadający stosowne kwalifikacje, wykazany przez Hospicjum w umowie OPH jako zasoby, z wyjątkiem czterech fizjoterapeutów, co opisano w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 21, 32-38, 108-112, 116-117, 131-136, 151, 155-156, 162-167, 172, 184, 198-204, 206-208)

1.2.2. Na podstawie próby dokumentacji medycznej ww. 40 pacjentów stwierdzono, że:

- a) zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁴ – dokumentacja zawierała informacje dotyczące

³⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

³¹ Wybranych losowo, którym udzielono świadczeń w warunkach domowych. Dzieci stanowiły 92,5% pacjentów, a dorośli 7,5%. Podstawą przyjęcia ich do opieki było 28 jednostek chorobowych, w tym w sześciu przypadkach dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym, w czterech przypadkach nowotwór złośliwy, w trzech przypadkach przewlekła niewydolność oddechowa, w dwóch wrodzone wady rozwojowe przegrody serca, w dwóch zamarowica urodzeniowa i w dwóch zespół Edwardsa.

³² W przypadku sprzętu medycznego określonego rozporządzeniem w sprawie OPH, był on udostępniony wszystkim osobom, którzy zgodnie z zapisami w dokumentacji medycznej go używali.

³³ Żadnemu z pacjentów nie wypożyczono sprzętu pomocniczego w poruszaniu.

³⁴ Dz. U. poz. 2069. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

- stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w tym m.in. monitorowano objawy somatyczne;
- b) dokumentacja prowadzona była w postaci papierowej, poza przypadkami opisanymi w części *Ustalone nieprawidłowości* odnotowywane w niej były wizyty personelu medycznego;
 - c) we wszystkich przypadkach do dokumentacji załączone było skierowanie stanowiące podstawę objęcia opieką przez Hospicjum; w trzech skierowaniach chorych do OPH lekarz kierujący nie określił rozpoznania, a w jednym wpisane zostało rozpoznanie spoza zakresu określonego załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH³⁵, w przypadkach tych przyjęcie do Hospicjum nastąpiło w oparciu o dane zawarte w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego, w których wymieniono jednostki chorobowe kwalifikujące do objęcia opieką hospicyjną;
 - d) poza sporadycznymi przypadkami opisanymi w części *Ustalone nieprawidłowości*, wizyty personelu medycznego w domach chorych były potwierdzane na kartach wizyt; w dokumentacji trzech pacjentów brak było ww. kart wizyt, a zgodnie z wyjaśnieniami złożonymi przez Prezesa Zarządu, *dzieci zmarły będąc pod opieką hospicjum. Rodzice po śmierci dziecka nie przekazali personelowi kart, tłumacząc zniszczeniem wszystkiego co im przypominało śmierć dziecka. Kontakt z rodzicami był utrudniony i nie było możliwości odtworzenia kart*;
 - e) pisemne zgody na udzielenie świadczenia OPH każdorazowo były uzyskiwane od jednego lub obojga rodziców podopiecznych;
 - f) Dyrektor OOW NFZ wydał zgody na udzielanie świadczeń OPH trzem pełnoletnim podopiecznym Hospicjum, u których choroby, kwalifikujące do objęcia taką opieką zdiagnozowano przed ukończeniem 18 roku życia, i którzy korzystali ze świadczeń Hospicjum przed osiągnięciem pełnoletności.

W dokumentacji medycznej dotyczącej ww. pacjentów, nie wpisywano informacji na temat dobrych praktyk, jakie zastosowano wobec tych pacjentów.

(akta kontroli str. 35-53, 343-345, 352-357)

Pracownik socjalny Hospicjum, w celu rozpoznania sytuacji materialnej oraz potrzeb podopiecznych, przeprowadzał rozmowy z rodzinami wszystkich 40 wybranych do kontroli pacjentów. 15 rodzinom udzielono pomocy, m.in. w pozyskaniu materiałów do wykończenia lub wyposażenia domu/mieszkania, dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, czy pomocy w uzyskiwaniu wsparcia instytucji publicznych. W okresie objętym kontrolą Hospicjum udzieliło rodzinom podopiecznych pomocy finansowej na łączną kwotę 22,3 tys. zł³⁶. Wszystkim pacjentom Hospicjum udzielano także pomocy rzeczowej, w szczególności w formie zakupu leków oraz sprzętu medycznego jednorazowego użytku, a także przekazywano pieluchy, środki czystości, zabawki, słodycze.

(akta kontroli str. 21, 35-38, 290-320)

1.2.3. W latach 2015-2018 (I półrocze) do Hospicjum nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH. W 2017 r. rodzice jednego z pacjentów złożyli skargę na członka personelu medycznego Hospicjum do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu, który odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego w przedmiotowej sprawie, uznając skargę za bezpodstawną.

(akta kontroli str. 35-38, 447-453)

³⁵ ICD-10: G40.2 (padaczka objawowa i zespoły padaczkowe ze złożonymi napadami częściowymi).

³⁶ W tym w 2017 r. i w I połowie 2018 r. pomocy takiej udzielono czterem spośród 40 losowo wybranych pacjentów.

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

1. W przypadku 34 spośród 40 objętych kontrolą pacjentów (85%), w latach 2015 – 2018 (I półrocze), Hospicjum udzielało świadczeń opieki zdrowotnej z naruszeniem zasad i warunków określonych w § 1 ust. 2 umowy OPH.

a) W przypadku 24 pacjentów³⁷ wizyty pielęgniarskie odbywały się z częstotliwością mniejszą niż wymagana w rozdziale II ust. 4 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. Pacjentom tym nie zapewniono jednej, z co najmniej dwóch wymaganych w tygodniu wizyt pielęgniarskich, łącznie 84 razy³⁸. Liczba tygodni, w których nie zachowano częstotliwości wizyt pielęgniarskich u poszczególnych pacjentów wynosiła od jednego³⁹ do ośmiu⁴⁰.

W odniesieniu do powyższego Prezes Zarządu wyjaśnił: *brak realizacji jednej wizyty w okresie rozliczeniowym (7 dni) wynika z kumulacji dni świątecznych w danym tygodniu, lub gdy początek miesiąca i koniec miesiąca wypada w środku tygodnia – wtedy wizyty miały miejsce po jednej na początku miesiąca i na końcu miesiąca. Warto podkreślić, że codzienny kontakt telefoniczny z opiekunami pacjentów w każdym dniu sprawowanej opieki jest utrzymywany. W sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, realizowana jest wizyta interwencyjna w systemie dyżurowym. (...) Dołożymy wszelkich starań aby takie sytuacje nie miały już nigdy miejsca w przyszłości. Kontrola nad pracą personelu będzie wzmożona.*

(akta kontroli str. 219-232a)

b) W przypadku 31 pacjentów⁴¹ 123 wizyt członków personelu⁴² nie odnotowano na kartach wizyt w domu chorego, mimo że taki obowiązek został określony w § 11 ust. 2 pkt 2 zarządzenia OPH nr 73 z 2013 r. oraz w § 9 ust. 2 zarządzenia OPH nr 54 z 2016 r.

c) W prowadzonej dokumentacji medycznej siedmiu pacjentów⁴³ nie odnotowano łącznie 15 wizyt personelu medycznego w domu ww. pacjentów. Stanowiło to naruszenie § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli str. 233-237)

Prezes Zarządu wyjaśnił: *Z przykrością stwierdzamy, że musimy dopracować kontrolę nad jakością i rzetelnością prowadzonej dokumentacji. Wprowadzimy karty wizyt w domu pacjenta – zał. nr 3 osobno dla każdej grupy zawodowej, co umożliwi lepszą kontrolę prowadzonej dokumentacji. Kontrola nad pracą personelu będzie wzmożona.*

(akta kontroli str. 238-244)

2. Świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2015-2018 (I półrocze) dwóm z 40 wybranych pacjentów Hospicjum udzielało czterech fizjoterapeutów⁴⁴, którzy

³⁷ Pacjenci o numerach: 24/2006, 69/2010, 82/2010, 87/2011, 93/2012, 105/2013, 116/2014, 122/2014, 126/2015, 128/2015, 129/2015, 134/2016, 136/2016, 137/2016, 142/2016, 144/2016, 145/2016, 150/2017, 152/2017, 155/2017, 156/2017, 159/2017, 160/2017, 167/2018, 169/2018, 171/2018.

³⁸ Jako tydzień rozliczeniowy przyjęto tydzień kalendarzowy (od poniedziałku do niedzieli) oraz tydzień obejmujący siedem kolejnych dni, począwszy od dnia przyjęcia pacjenta do Hospicjum. Wskazane przypadki braku zachowania wymaganej częstotliwości wizyt dotyczą sytuacji, w której nie zapewniono tej częstotliwości zarówno w tygodniu kalendarzowym, jak i w tygodniu obejmującym siedem dni od dnia przyjęcia. Analiza dokumentacji pod kątem zapewnienia wymaganej częstotliwości wizyt pielęgniarskich w tygodniu kalendarzowym wykazała, że łączna liczba tygodni, w których nie przeprowadzono dwóch wizyt, wynosiła 155.

³⁹ Pacjenci o numerach: 24/2006, 145/2016, 150/2017, 152/2017, 155/2017, 156/2017, 160/2017, 167/2018, 169/2018, 171/2018.

⁴⁰ Pacjenci o numerach 69/2010 i 93/2012.

⁴¹ Spośród 40 losowo wybranych.

⁴² Lekarzy i pielęgniarek.

⁴³ Spośród 40 losowo wybranych.

nie zostali wykazani w umowie OPH, w brzmieniu określonej aneksami. Powyższe stanowiło naruszenie przepisu § 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, zgodnie z którym świadczenia powinny być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z harmonogramem. Obowiązek bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy wynikał także z § 2 ust. 8 ww. umowy.

(akta kontroli str. 34-38, 105-214, 374-395)

Prezes Zarządu wyjaśnił: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w załączniku nr 2 w sprawie wymagań dotyczących personelu w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, wskazuje, że fizjoterapeuta ma być zatrudniony w wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców. Wymóg ten jest spełniony, hospicjum zatrudnia fizjoterapeutę w pełnym wymiarze czasu pracy, jest to osoba wykazana w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby. Pozostali fizjoterapeuci nie wymienieni w harmonogramie świadczyli pracę na rzecz podopiecznych hospicjum na podstawie umów na świadczenie usług w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Praca ta finansowana jest ze środków fundacji. Podopieczni, u których świadczona jest fizjoterapia przez osoby nie wykazane w harmonogramie, zamieszkują tereny najbardziej oddalone od Opola, najczęściej dotyczy to średnio 3, 4 pacjentów w roku. W przyjętej polityce kadrowej zależało nam na odciążeniu zatrudnionego fizjoterapeuty i ograniczeniu kosztów zatrudnienia na etat.*

(akta kontroli str. 99-100)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że zapewnienie personelu w liczbie przekraczającej równoważną liczbę etatów, określoną w rozporządzeniu w sprawie OPH, nie zwalniało świadczeniodawcy z obowiązku wykazywania w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszystkich członków tego personelu.

1.3. Rozliczanie się z OW NFZ

1.3.1. Raporty statystyczne przekazywane przez Hospicjum do OOW NFZ drogą elektroniczną, będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych, zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu, przypadających na każdego pacjenta. Na podstawie badania danych w raportach, dotyczących świadczeń udzielonych 40 badanym pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze) stwierdzono, że prawidłowo wykazano liczbę dni opieki, z tym, że w przypadku jednego pacjenta do zapłaty wykazano siedem osobodni, w ciągu których pacjent przebywał w szpitalu i w tym czasie Hospicjum nie udzielało mu żadnych świadczeń. Powyższe opisano w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. W składanych raportach prawidłowo wykazywano jednostki rozliczeniowe oraz uwzględniano przerwy w opiece (głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców bądź wyjazdów), przy czym w czterech przypadkach wskazane do rozliczenia okresy objęcia opieką Hospicjum różniły się od zapisów zawartych w dokumentacji, i tak:

a) w dokumentacji medycznej pacjenta nr 82/2010 (M.T.) zaznaczono, że w okresie 20-28 sierpnia 2016 r. dziecko przebywało poza miejscem zamieszkania, natomiast do rozliczenia udzielonych świadczeń wykazano okresy od 31 lipca 2016 r. do 22 sierpnia 2016 r. oraz od 26 do 31 sierpnia 2016 r.;

⁴⁴ Na podstawie umów zlecenia.

b) w dokumentacji medycznej pacjenta nr 136/2016 (K.S.) zapisano, że przebywał na wakacjach w okresie od 22 lipca do 10 sierpnia 2017 r., natomiast do rozliczenia wykazano okresy od 30 czerwca do 24 lipca 2017 r. oraz od 11 do 31 sierpnia 2017 r.;

c) w przypadku pacjenta nr 171/2018 (A.B.) w dokumentacji medycznej zaznaczono, że w okresie od 30 do 31 maja 2018 r. przebywała w szpitalu, natomiast do rozliczenia wskazano okresy od 17 do 31 maja 2018 r. oraz od 1 do 30 czerwca 2018 r.;

d) w dokumentacji medycznej pacjenta nr 122/2014 (M.M.) zapisano, że przebywał na turnusie rehabilitacyjnym od 28 marca 2016 r. (nie podano daty zakończenia pobytu), natomiast do rozliczenia wykazano okresy od 29 lutego do 29 marca 2016 r. oraz od 8 do 30 kwietnia 2016 r.

(akta kontroli str. 55a, 321-322, 325, 339-340)

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu, rodzice podopiecznych hospicjum mają obowiązek zgłoszenia personelowi medycznemu informacji o planowanych wyjazdach z domu rodzinnego w sytuacji nagłego leczenia szpitalnego, konsultacji specjalistycznych czy wyjazdu do rodziny. Z uwagi na duże obciążenie i niestabilny stan zdrowia podopiecznych plany te ulegają zmianom i okres ten albo się wydłuża albo skraca. Różnice w zapisie w dokumentacji medycznej i w terminach faktycznie wykazanej opieki mogą różnić się z tego powodu. Personel dokonujący wpisu w dokumentacji medycznej nie zrobił korekty (...). Stwierdził również: Prywatne wyjazdy z domu rodzinnego są rozliczane zgodnie z ustnym zgłoszeniem rodziców o wyjeździe z domu i powrocie. Fakt ten odnotowywany jest na dokumentacji wewnętrznej hospicjum (...).

(akta kontroli str. 230, 345)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień, należy stwierdzić, że dokumentacja medyczna stanowi podstawę rozliczenia udzielonych świadczeń. W związku z tym powinna ona umożliwiać określenie liczby dni, w których pacjent przebywał pod opieką Hospicjum, w tym datę rozpoczęcia i zakończenia opieki.

1.3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) OOW NFZ nie przeprowadził w Hospicjum żadnej kontroli w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – OPH. W okresie tym udzielanie przez Hospicjum świadczeń OPH nie było przedmiotem sporów sądowych z NFZ.

(akta kontroli str. 21, 447)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W przypadku jednego spośród 40 badanych pacjentów do rozliczenia NFZ wykazano siedem dni opieki (w okresie od 23 do 30 października 2015 r.), w trakcie których pacjent ten był hospitalizowany w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Było to niezgodne z § 4 ust. 5 umowy OPH oraz § 11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 54 z 2016, zgodnie z którym do rozliczenia pobytu w zakładzie udzielającym świadczeń w warunkach domowych wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu. Powyższe skutkowało zawyżeniem wykazanej do rozliczenia z OW NFZ należności o 525 zł.

(akta kontroli str. 55a, 331)

Zgodnie z informacją uzyskaną w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK od Dyrektora OOW NFZ, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ przekazał informację o pobycie dziecka w szpitalu we wskazanym okresie, jednak system weryfikacji

działa w obrębie jednej (wojewódzkiej) bazy danych i dotyczy świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z OOW. W związku z tym świadczenie wykazane w hospicjum domowym pomimo przeprowadzonych procesów weryfikacji nie zostało oznaczone błędem.

(dowód: akta kontroli str. 349-350)

Prezes Zarządu wyjaśnił: Hospicjum przekazało do zewnętrznej firmy informatycznej (...) z którą ma podpisaną umowę na rozliczanie świadczeń z NFZ, zestawienie faktycznie wykonanych świadczeń w okresie: 30.09.2015 – 13.10.2015 i 15.10.2015 – 23.10.2015 r. Osoba zatrudniona w firmie (...) pomyliła się i wprowadziła datę: 30.09.2015 – 13.10.2015 i 15.10.2015 – 31.10.2015 r. Sprawa jest w trakcie wyjaśniania. Wystosowano pismo do NFZ z prośbą o otwarcie umowy za 2015 r. w celu dokonania korekty błędnie rozliczonych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 347-348)

V. Wnioski

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

1. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej i pomocniczej.
2. Zgłaszanie zmian składu personelu Hospicjum najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Dostosowanie czasu pracy psychologa/ów do rzeczywistej liczby pacjentów znajdujących się pod opieką Hospicjum.

VI. 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 Opolu. 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
wykorzystania uwag
i 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.

Opole, 10 grudnia 2018 r.

Kontroler
Aleksandra Pawlicka
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

p.o. Dyrektora
Delegatury NIK w Opolu

.....
Iwona Zyman
podpis