



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.04.2018

Miskiewicz Jerzy
Prezes Zarządu
Stowarzyszenia AUXILIUM „Hospicjum Św. Arnolda
Janssena w Nysie”
ul. Henryka Sienkiewicza 7B, 48-304 Nysa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Stowarzyszenie AUXILIUM „Hospicjum Św. Arnolda Janssena w Nysie” ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Miszkiewicz, Prezes Zarządu od 27 czerwca 2016 r. ² Poprzednio w okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki, od 26 listopada 2014 r. pełnił Ks. Wacław Leśnikowski.
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
Kontroler	Jarosław Pałęga, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/84/2018 z 30 sierpnia 2018 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Hospicjum.

² Dalej: Prezes Hospicjum.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Hospicjum co do zasady prawidłowo realizowało zawartą z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵ umowę o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Za udzielone świadczenia kontrolowana jednostka uzyskała łącznie 6,6 mln zł, co pozwoliło na pokrycie 89,6% kosztów jej funkcjonowania. Sporządzone rozliczenia przekazywane NFZ zawierały prawidłowe dane o pacjentach i udzielonych im świadczeniach. W latach 2015-2018 (I półrocze) udzielono świadczeń 1 096 pacjentom, którzy przyjmowani byli na bieżąco. Wprawdzie Hospicjum posiadało personel o odpowiednich kwalifikacjach, to jednak nie w pełnym zakresie zagwarantowano dostęp do świadczeń psychologa w poradni medycyny paliatywnej oraz nie zapewniło osiągnięcia wymaganego równoważnika etatu przeliczeniowego dla świadczeń realizowanych w warunkach domowych dla psychologa i fizjoterapeuty (w dwóch z czterech badanych miesięcy) oraz pielęgniarek (w niektórych dniach badanego okresu). Wystąpiły również pojedyncze przypadki niezapewnienia wymaganej częstotliwości wizyt pielęgniarskich w ramach świadczeń w warunkach domowych, co naruszało przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶. Hospicjum posiadało sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany rozporządzeniem w sprawie OPH oraz zadeklarowany w umowie z OW NFZ w Opolu. Dokumentacja medyczna pacjentów zawierała wymagane informacje, w tym m.in. o objawach somatycznych i monitorowaniu bólu. W dokumentacji tej na bieżąco odnotowywano i potwierdzano również wszystkie wizyty personelu medycznego. Hospicjum podejmowało działania podnoszące jakość życia pacjentów i ich rodzin, m.in. poprzez organizowanie występów uczniów i artystów oraz spotkań w ramach grup wsparcia z psychologiem oraz osobą duchowną, opracowanie broszur informacyjnych, wypożyczanie – niewymaganego przepisami – sprzętu medycznego pacjentom hospicjum domowego, czy zatrudnienie Kapelana. Organizowano również szkolenia i wykłady, w tym dla wolontariuszy, wspierano rozwój zawodowy personelu oraz przeciwdziałano wypaleniu zawodowemu pracowników.

III. 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. Hospicjum udzielało świadczeń w ramach opieki paliatywnej od 1994 roku. W latach 2015-2018 (I półrocze) udzielano świadczeń w zakresie opieki stacjonarnej, domowej dla dorosłych oraz ambulatoryjnej. Na ten okres zawarto z OW NFZ umowy na łączną kwotę 6 602,2 tys. zł. W ramach tych umów na opiekę stacjonarną przewidziano 3 869,1 tys. zł, na opiekę w warunkach domowych 2 267 tys. zł, na opiekę w warunkach ambulatoryjnych 4,3 tys. zł, a na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek 464,8 tys. zł. Za udzielone świadczenia w latach 2015-2017 Hospicjum uzyskało łącznie 5 403,7 tys. zł, a w roku 2018 (do 30

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

⁵ Dalej: OW NFZ w Opolu.

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

czerwca) - 1 198,2 tys. zł. Kwoty te stanowiły odpowiednio 99,9% i 99,7% kwot objętych ww. umowami. Otrzymane w ww. okresie z OW NFZ środki stanowiły 89,6% kosztów funkcjonowania Hospicjum ogółem, które wyniosły 7 367,7 tys. zł⁷. Kwoty uzyskane z tytułu realizacji umów zawartych z OW NFZ stanowiły 100% kwot przewidzianych w tych umowach. Łącznie w latach objętych kontrolą Hospicjum objęło opieką 1 096 pacjentów⁸. W ramach stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej dysponowano 15 łózkami i udzielono świadczeń 747 pacjentom. W latach 2015-2017 zwiększyła się skala udzielania świadczeń z zakresu hospicjum domowego ze 155 do 196 pacjentów (wzrost o 26,4%). W ramach poradni medycyny paliatywnej udzielono 113 porad 29 pacjentom. U większości przyjętych do Hospicjum pacjentów (84%), zdiagnozowano chorobę nowotworową. Przeciętny okres objęcia opieką wyniósł 49,7 dni, z tego dla warunków stacjonarnych 21,1 dni, a w hospicjum domowym 87 dni.

(akta kontroli str. 54-56)

1.1.2. W wyniku badania spełniania wymagań dotyczących kwalifikacji personelu dla każdego zakresu świadczeń, zgodnie z załącznikiem 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, przeprowadzonego na podstawie czterech wybranych miesięcy⁹ ustalono, że Hospicjum spełniało minimalne wymagania dotyczące kwalifikacji personelu, dla lekarzy, pielęgniarek, psychologa oraz fizjoterapeuty. Świadczeń udzielało:

- a) od dwóch do trzech lekarzy, w tym wszyscy posiadali ukończony kurs zgodny z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczący problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych oraz posiadali uprawnienia do wypisania leków opioidowych; w przypadku lekarzy nie było możliwości ustalenia wskaźnika etatu przeliczeniowego, gdyż rzeczywisty czas pracy nie był ewidencjonowany, co Prezes Hospicjum wyjaśnił *brakiem takiego obowiązku z uwagi na kontraktowe zatrudnienie lekarzy*;
- b) od 19 do 22 pielęgniarek (od 13,8 do 18,9 etatów) dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz od dwóch do czterech pielęgniarek (od 1,7 do 4 etatów) dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych z uzyskaniem równoważnika etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców od 1 do 1,07¹⁰; cztery pielęgniarki ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a pozostałe kurs kwalifikacyjny lub kurs specjalizacyjny w zakresie opieki paliatywnej; w przypadku dwóch pielęgniarek zatrudnionych na umowę zlecenie, czas pracy w miesiącu nie przekraczał 40 godzin; dla opieki stacjonarnej ustalono minimalne normy zatrudnienia w latach 2015-2018, które wynosiły odpowiednio 9,86; 8,72; 8,79 i 9,17 etatu;
- c) od jednego do dwóch psychologów z uzyskaniem równoważnika etatu przeliczeniowego¹⁰ od 0,5 do 0,57 dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz od 0,28 do 0,58 dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- d) od jednego do dwóch fizjoterapeutów z uzyskaniem równoważnika etatu przeliczeniowego¹⁰ od 0,25 do 0,28 dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz od 0,16 do 0,29 dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych.

(akta kontroli str. 58-68, 301-302, 407-448)

Ponad 86% personelu posiadało doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej dłuższe od 3 lat, z tego 100% lekarzy i pielęgniarek. Praca w Hospicjum stanowiła

⁷ Hospicjum nie prowadziło podziału kosztów na poszczególne rodzaje opieki.

⁸ Korzystający z jakiegokolwiek zakresu świadczeń w okresie od 1 stycznia 2015 do 30 czerwca 2018 r. (każdy pacjent uwzględniony jeden raz, również w przypadku, gdy okres opieki obejmował różne lata rozliczeniowe).

⁹ Tj. luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r., maj 2018 r.

¹⁰ Wyliczonego w oparciu o średnią liczbę pacjentów w danym miesiącu.

jedynie miejsce pracy dla 81,8% pielęgniarek i 50% dla psychologów i fizjoterapeutów. Prezes wyjaśnił, iż *powodem dodatkowego zatrudnienia jest najczęściej czynnik ekonomiczny, ale równie chęć podnoszenia swoich kwalifikacji. Pielęgniarki, które są zatrudnione w Hospicjum w pełnym wymiarze godzin, nie mają obowiązku zgłaszania pracodawcy dodatkowego zatrudnienia. Jeśli takie zatrudnienie podejmują, to nie koliduje to z wykonywaniem obowiązków wynikających z umowy o pracę.*

(akta kontroli str. 58-68, 302, 310, 313)

W miesiącach objętych kontrolą¹¹, Hospicjum spełniało również inne – wybrane do kontroli – warunki udzielania świadczeń, tj.:

- a) dla opieki stacjonarnej – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza oraz świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu;
- b) dla opieki ambulatoryjnej – poradnia czynna trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie¹², w tym dwa dni w godzinach popołudniowych¹³, pacjenci objęci byli nie częściej niż dwoma poradami lub wizytami w tygodniu (od jednej do trzech¹⁴ w miesiącu); wszystkie porady odbyły się w domu świadczeniobiorcy; umowa zawarta z OW NFZ w Opolu zobowiązywała Hospicjum do zapewnienia dostępności psychologa w poradni jedynie w piątki w godzinach od 13:30 do 15:30¹⁵ - przypadki braku spełniania ww. wymogu opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*;
- c) dla opieki domowej – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

(akta kontroli str. 407-444, 462, 470, 479, 486)

Obłożenie łóżek w badanych latach wynosiło 82,7%, 84,7%, 84% i 72,7%. Na podstawie dokumentacji medycznej 18 losowo wybranych pacjentów hospicjum stacjonarnego, 12 (66,7%) podczas opieki korzystało z koncentratora tlenu. Spośród 12 osób objętych opieką w warunkach domowych, cztery korzystały z koncentratora tlenu, balkonu, materaca przeciwoleżynowego oraz toaletki przyłóżkowej. W ocenie Prezesa Hospicjum *cały sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany rozporządzeniem w sprawie OPH w przypadku świadczeń w warunkach stacjonarnych i w opiece domowej jest wykorzystywany w zależności od potrzeb i jest wystarczający do prawidłowego prowadzenia opieki i leczenia.*

(akta kontroli str. 57, 68)

W latach 2015-2018 (I półrocze) Hospicjum zawarło trzy umowy z podwykonawcami¹⁶, przy czym korzystano głównie z badań laboratoryjnych oraz transportu sanitarnego. Kontrolowana jednostka nie korzystała z usług podwykonawców w zakresie radiologicznych badań specjalistycznych.

(akta kontroli str. 83-104)

1.1.3. Hospicjum nie prowadziło listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Prezes Hospicjum wyjaśnił, że *w praktyce pacjenci*

¹¹ Luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r., maj 2018 r.

¹² Wtorek w godzinach od 16:00 do 18:30; czwartek w godzinach od 10:30 do 13:00 oraz piątek w godzinach 13:30 do 16:00.

¹³ Tj. spełniono wymóg co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym 1 dzień w godzinach popołudniowych.

¹⁴ W jednym przypadku – pacjent 112/09/14 w miesiącu marcu 2015 r.

¹⁵ Zgodnie z ust. 2 części III załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, w poradni pracuje lekarz, pielęgniarka i psycholog. Osoby te stanowią zespół, który powinien być dostępny w godzinach pracy poradni, tj. co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18.00.

¹⁶ W zakresie badań specjalistycznych, transportu pacjentów i materiałów biologicznych oraz badań analitycznych.

przyjmowani są na bieżąco, a ewentualne opóźnienia objęcia opieką hospicyjną wynikają z faktu braku potrzeby takiej opieki deklarowanej przez pacjenta lub jego rodzinę lub w przypadku niezgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem do Hospicjum. Skierowanie takie jest bezterminowe i z tego powodu mogą wystąpić nawet wielomiesięczne opóźnienia w realizacji pierwszego świadczenia. Na podstawie dokumentacji medycznej 81 pacjentów¹⁷, w przypadku których okres od daty skierowania do daty pierwszego świadczenia był najdłuższy¹⁸ stwierdzono, że w 45 przypadkach pierwszego świadczenia udzielono w ciągu 2 dni od dnia zgłoszenia się pacjenta do Hospicjum (wszystkie przypadki w ramach opieki stacjonarnej), a w 8 przypadkach do 5 dni od dnia zgłoszenia się pacjenta. Przyczynami udzielenia pierwszego świadczenia po upływie 7 dni do 30 dni od dnia zgłoszenia się pacjenta była m.in. hospitalizacja pacjenta po zarejestrowaniu się w Hospicjum (1 przypadek), stabilny stan pacjenta (5 przypadków) oraz brak zainteresowania wizytami w ramach poradni ambulatoryjnej (6 przypadków). W 16 przypadkach okres ten przekraczał 30 dni. Przyczynami opóźnień były m.in.: odmowy pacjenta lub jego rodziny objęciem opieką (10 przypadków) oraz brak zainteresowania proponowanymi wizytami w ramach poradni ambulatoryjnej (6 przypadków). Wg informacji uzyskanych z OW NFZ w Opolu żaden z pacjentów, w przypadku którego czas od skierowania do pierwszego świadczenia przekraczał 30 dni, nie był objęty w tym okresie opieką w innym podmiocie realizującym świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli str. 68, 105-112)

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. Prezes wyjaśnił, iż *praktycznie wszyscy pacjenci zgłaszają się ze skierowaniem i znają profil działania Hospicjum*. Nie wystąpiły również przypadki zgonów w trakcie oczekiwania na udzielenie pierwszego świadczenia.

(akta kontroli str. 68, 313)

Spośród 40 pacjentów objętych badaniem, w odniesieniu do 38 doszło do zakończenia udzielania świadczeń przez Hospicjum. Z grupy tej 22 osoby zmarły (57,9%), trzy osoby zostały przyjęte do szpitala (7,9%), sześć zmieniło opiekę z ambulatoryjnej na opiekę w warunkach domowych (15,8%), cztery zmieniły opiekę z warunków domowych na opiekę stacjonarną (10,5%), dwie osoby zrezygnowały z opieki (5,3%), a jedna zmieniła miejsce zamieszkania poza rejon działania Hospicjum (2,6%).

(akta kontroli str. 191-202)

1.1.5. W ramach organizacji opieki Hospicjum stosowało – ponad obowiązujące go wymogi – dobre praktyki, mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych i ich rodzin. Polegały one na:

- pomocy pracowników i wolontariuszy Hospicjum w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych i formalnych pacjentów oraz ich rodzin (np. wypełnianie druków ZUS, PCPR, PIT),
- ścisłej współpracy z ośrodkami opieki społecznej (szczególnie w ramach hospicjum domowego);
- udostępnianiu potrzebnego sprzętu medycznego i zaopatrzenia medycznego;

¹⁷ Po 30 pacjentów objętych opieką w warunkach stacjonarnych i w warunkach domowych wybranych losowo oraz wszystkich 21 pacjentów z czasem oczekiwania powyżej 7 dni objętych opieką w warunkach ambulatoryjnych.

¹⁸ Wg danych uzyskanych z OW NFZ w Opolu.

- zakupie leków i środków higienicznych, zakupie żywności dla pacjentów w hospicjum domowym (w przypadku wystąpienia takiej potrzeby);
- wsparciu przez wolontariuszy, w tym czterech koordynatorów wolontariatu (w formie wolontariatu) - w 2017 r. łączny szacunkowy czas wolontariatu wyniósł 309 godzin;
- organizowaniu przedsięwzięć dla pacjentów i ich rodzin (np. występów uczniów, studentów, artystów, w tym Hanny Banaszak i Anny Wyszkonii);
- wsparciu dla rodzin pacjentów, a szczególnie rodzin osieroconych (np. Msza Święta w każdy pierwszy czwartek, a po jej zakończeniu spotkanie z psychologiem i innymi pracownikami Hospicjum);
- organizowaniu lub współorganizowaniu szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy i innego personelu medycznego z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- wsparciu i pomocy psychologicznej dla personelu, zapobieganiu wypaleniu zawodowemu, integracji zespołu (np. organizacja spotkań indywidualnych, cyklicznych Dni Skupienia dla całego personelu 1-2 razy w roku, pikniku rodzinnego dla pracowników Hospicjum oraz dorocznego opłatka hospicyjnego);
- wspieraniu finansowym rozwoju zawodowego personelu Hospicjum (np. dofinansowania kosztów studiów wyższych, podyplomowych, specjalizacji, czy wyjazdów na konferencje i szkolenia);
- współpracy ze szkołami, uczelniami wyższymi, instytucjami samorządowymi, lokalnymi mediami i innymi organizacjami społecznymi, w celu propagowania opieki hospicyjnej, promocji zdrowia i promocji wolontariatu hospicyjnego;
- współpracy z innymi podmiotami prowadzącymi działalność hospicyjną (np. w ramach Forum Hospicjów Polskich);
- utrzymywaniu kaplicy hospicyjnej i zatrudnieniu Kapelana;
- wyodrębnieniu pokoju pożegnań – pomieszczenia, w którym rodziny mogły towarzyszyć swoim bliskim zmarłym w Hospicjum;
- zapewnieniu toalety pośmiertnej oraz szeregu czynności polegających na przygotowaniu ciała zmarłego w Hospicjum do transportu wykonywanego przez zakład pogrzebowy.

(akta kontroli str. 116-185)

Na zapewnienie podwyższonego standardu uzyskiwano środki z innych źródeł. W latach 2015-2018 (I półrocze) Hospicjum pozyskało 729,9 tys. zł z tytułu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego.

(akta kontroli str. 55)

W ocenie Prezesa Hospicjum szacunkowa liczba pacjentów, którzy skierowani byłiby do opieki w Poradni Paliatywnej gdyby zwiększyła się wycena tych świadczeń wzrosłaby o około 15%. Ilość pacjentów dodatkowych objętych opieką poradni nie zależy wprost od wyceny usługi, zależy natomiast od zakresu świadczenia (np. częstych wizyt pielęgniarских) i kwalifikacji pacjenta. Powinno być zróżnicowanie w wycenie porady w Przychodni (jak dotychczas) i w domu pacjenta (np. 100 zł). Może sprawdził by się model, cena za świadczenie plus ryczałt kilometrowy.

(akta kontroli str. 119)

Zgodnie z informacją udzieloną przez Prezesa Hospicjum, pomoc socjalną otrzymuje 45% pacjentów. Kierownicy ośrodków pomocy społecznej w sąsiednich gminach¹⁹ wskazali, że współpraca z Hospicjum układała się na dobrym bądź

¹⁹ W Nysie, Korfantomie, Łambinowicach, Otmuchowie, Glucholazach oraz Paczkowie.

bardzo dobrym poziomie i dotyczyła przede wszystkim umożliwienia podopiecznym OPS skorzystania z opieki Hospicjum.

(akta kontroli str. 253-264)

1.1.6. W zakresie problemów organizacyjno-prawnych oraz finansowych w realizacji świadczeń Prezes Hospicjum wskazał na:

- a) koincydencję świadczeń (wykluczają się np. hospicyjna opieka domowa i pielęgniarstwo opieka długoterminowa) oraz brak mechanizmów ostrzegających w NFZ o możliwości wystąpienia takich sytuacji;
- b) brak zapłaty za jeden osobodzień od każdego pacjenta przyjętego na oddział stacjonarny (0,5 z pierwszego i 0,5 z ostatniego dnia pobytu), z uwagi na możliwość wystąpienia koincydencji świadczeń²⁰; według Prezesa Hospicjum sytuacja ta nie jest możliwa w przypadku ok. 80-90% pacjentów;
- c) zmieniające się dość często przepisy lub ich interpretacje (np. dotyczące wolontariatu);
- d) brak możliwości rozliczania procedur (np. przetaczanie krwi), które powodują zwiększenie ogólnego kosztu leczenia pacjenta;
- e) niewystarczającą komunikację lekarz (np. POZ, Onkologia)/chory/rodzina, powodującą nieraz wielomiesięczne opóźnienie w zgłoszeniu się do opieki hospicyjnej.

(akta kontroli str. 119)

1.2. Realizacja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

1.2.1. Badanie dokumentacji medycznej 40 losowo wybranych pacjentów²¹ wykazało m.in., że w ramach OPH 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. Ponadto, we wszystkich przypadkach kiedy zaszła taka potrzeba zapewniono:

- a) leczenie bólu - 31 pacjentom (77,5%), z tego w odniesieniu do wszystkich ból monitorowano w sposób ciągły;
- b) opiekę psychologa - pięciu pacjentom hospicjum stacjonarnego (27,7%) oraz pięciu pacjentom hospicjum domowego dla dorosłych (41,7%)²²;
- c) rehabilitację - sześciu pacjentom hospicjum domowego dla dorosłych (50%);
- d) badania diagnostyczne (laboratoryjne) - dwóm pacjentom hospicjum domowego (16,7%) oraz dwóm pacjentom hospicjum stacjonarnego (11,1%);
- e) wypożyczenie sprzętu medycznego - dwóm (16,7%) pacjentom hospicjum domowego (koncentrator tlenu), a dwóm sprzęt pomocniczy w poruszaniu, materac przeciwoślizgowy, toaletkę przyłóżkową oraz pas stomijny.

(akta kontroli str.191-202)

Poza przypadkiem opisanym w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z częstotliwością określoną rozporządzeniem w sprawie OPH. Wizyty te przeprowadzał personel posiadający stosowne kwalifikacje oraz wykazany przez Hospicjum w umowie z OW NFZ w Opolu (jako zasoby).

(akta kontroli str.191-202)

1.2.2. Prowadzona w wersji papierowej dokumentacja medyczna 40 losowo wybranych pacjentów zawierała m.in.:

²⁰ Sytuacja, w której jednemu pacjentowi zostały udzielone świadczenia zdrowotne jednocześnie przez dwóch różnych lub więcej świadczeniodawców.

²¹ W tym 18, którym udzielono świadczeń w warunkach stacjonarnych, 10 w warunkach ambulatoryjnych oraz 12 w warunkach domowych. Podstawą objęcia tych osób opieką były głównie choroby nowotworowe (90% pacjentów dorosłych).

²² Udzielane wsparcie psychologiczne nie wynikało bezpośrednio z zaleceń lekarza. Obejmowano nim wszystkie zainteresowane osoby lub członków ich rodzin.

- a) informacje dotyczące stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w tym m.in. wyniki monitorowania objawów somatycznych, co było zgodne 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 przetwarzania²³;
- b) uproszczoną ocenę stanu chorego i efektywności opieki, kartę zleceń lekarskich, wybrane objawy i ich nasilenie, kartę nasilenia bólu wraz z załącznikiem - lokalizacja bólu;
- c) adnotacje o wszystkich poradach i wizytach personelu medycznego;
- d) karty wizyt, na których potwierdzone były wszystkie porady i wizyty personelu medycznego;
- e) pisemne zgody przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych siedmiu pacjentów niebędących zdolnych do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dokumentacja prowadzona była zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia, które nie zobowiązywało jednostki do odnotowywania dodatkowych działań opisanych w wystąpieniu pokontrolnym, jako tzw. dobre praktyki.

(akta kontroli str. 150-183, 191-202)

1.2.3. W latach 2015-2018 I półrocze do Hospicjum nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli str. 191-202, 301)

1.2.4. W wyniku przeprowadzonych w dniu 21 września 2018 r. oględzin budynku Hospicjum stwierdzono, że na oddział stacjonarny składało się pięć klimatyzowanych sal z dostępem do toalet i łazienek. Przed wejściem na oddział znajdowała się poczekalnia, w której udostępniono m.in. dystrybutor wody, dozownik wypełniony środkiem dezynfekującym oraz automat z ochraniaczami na obuwie. Znajdowała się tam również tablica ogłoszeń z informacjami o prawach pacjenta, zasadach odwiedzin oraz możliwości skorzystania z porad psychologa. Sale wyposażone były m.in. w łóżka o regulowanej wysokości, z ruchomymi barierkami zabezpieczającymi przed wypadnięciem, telewizor i szafkę. Przy każdym łóżku znajdował się sprawny przycisk instalacji przyzywowej. Intymność podczas wykonywania zabiegów zapewniana była przy pomocy przenośnych parawanów. Oddział posiadał również dwie osobne linie zasilania – jedną ogólną oraz drugą awaryjną, zasilaną agregatem prądotwórczym (w przypadkach przerw w dostawie prądu), będącym na wyposażeniu Hospicjum. Na terenie oddziału znajdowała się również kuchnia do przygotowywania posiłków²⁴, dyżurka pielęgniarek, w której znajdował się m.in. sejf na leki opioidowe, pokój oddziałowej oraz Kaplica. System rozsuwanych ścian pomiędzy Kaplicą oraz salami nr 4 i 5 pozwalał na połączenie tych trzech pomieszczeń i odprawienie niedzielnej mszy bez transportu chorych. Na poziomie piwnic zlokalizowano m.in. klimatyzowany pokój pożegnań wyposażony w lampę bakteriobójczą. Budynek Hospicjum wyposażony został w dźwig osobowy o wielkości umożliwiającej m.in. transport łóżka szpitalnego pomiędzy poszczególnymi kondygnacjami oraz na teren zielony wokół budynku Hospicjum. Na pierwszym piętrze budynku Hospicjum znajdowały się pomieszczenia Poradni Opieki Paliatywnej, hospicjum domowego, sekretariat, gabinety lekarskie, gabinet Prezesa Stowarzyszenia i Dyrektora Hospicjum, psychologa i fizjoterapeuty oraz sala konferencyjna. W toku oględzin stwierdzono też, że w celu sprawowania opieki w warunkach stacjonarnych Hospicjum posiadało sprzęt medyczny i pomocniczy zadeklarowany w umowie z OW NFZ w Opolu

²³ Dz. U. poz. 2069.

²⁴ Za wyjątkiem obiadów, które dostarczane były przez firmę zewnętrzną.

nr OOW NFZ nr 08R/200228/15/OPH/18/01 z dnia 22 sierpnia 2018 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

(akta kontroli str. 186-190)

1.3. Rozliczanie się z OW NFZ w Opolu.

1.3.1. Raporty statystyczne przekazywane przez Hospicjum do OW NFZ w Opolu 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 dni opieki wykazywano prawidłowo, z uwzględnieniem przerw w opiece (głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców) oraz prawidłowo wykazywano jednostki rozliczeniowe.

(akta kontroli str. 191-202)

1.3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) OW NFZ w Opolu przeprowadził w Hospicjum jedną kontrolę w zakresie zgodności posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego z wykazanim w ofercie złożonej w ramach konkursu ofert, dotyczących świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach hospicjum stacjonarnego i w warunkach domowych. W wyniku przeprowadzonej weryfikacji stwierdzono, że liczba i rodzaj posiadanego sprzętu jest zgodna z wykazaną w ofercie.

(akta kontroli str. 208-215)

1.3.3. Hospicjum nie prowadziło w okresie objętym kontrolą sporów sądowych z OW NFZ w Opolu.

(akta kontroli str. 68)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Hospicjum nie zapewniło uzyskania wskaźnika etatu przeliczeniowego na poziomie określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, dla psychologa i fizjoterapeuty (w przypadku w dwóch z czterech miesięcy objętych badaniem) oraz dla pielęgniarek (w niektórych dniach trzech miesięcy świadczeń realizowanych w warunkach domowych).

Zgodnie ust. 4 pkt 2 – 4 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, w skład personelu w hospicjum domowym dla dorosłych powinny wchodzić m.in. pielęgniarki z równoważnikiem 1 etatu na 15 świadczeniobiorców, psycholog z równoważnikiem 0,5 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców oraz fizjoterapeuta z równoważnikiem 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

W wyniku analizy dokumentacji obejmującej cztery wybrane miesiące stwierdzono, że w październiku 2017 r. oraz maju 2018 r. równoważnik etatu przeliczeniowego był niższy, niż określony w ww. przepisach, w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach domowych we wszystkich dniach miesiąca:

- dla psychologa w październiku 2017 r. oraz maju 2018 r. (wskaźnik ten wyniósł 0,28 przy wymaganym poziomie 0,5);
- dla fizjoterapeutów w październiku 2017 r. oraz maju 2018 r. (0,17 przy wymaganym 0,25).

Ponadto, pomimo że w odniesieniu do pielęgniarek Hospicjum osiągnęło wymagany równoważnik etatu przeliczeniowego wyliczony w oparciu o średnią liczbę pacjentów

w danym miesiącu objętym badaniem, to jednak był on niższy niż określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH w niektórych dniach danego miesiąca, tj.: 20 października 2017 r.²⁵, od 1 do 6 lipca 2016 r.²⁶ oraz w dniach 1, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 28 lutego 2015 r.²⁷

(akta kontroli str. 58-68, 301-302, 407-448)

Prezes Hospicjum wyjaśnił: *W pozostałych dniach ww. miesięcy liczba pacjentów była niższa, a średnia pacjentów w ww. miesiącach wynosiła odpowiednio 25,6; 58,6; 56,2 i 28,6. Znacznie większa jest liczba pacjentów potrzebujących opieki OPH. Są to osoby w ostatniej fazie choroby wyniszczającej najczęściej nowotworowej o krótkim czasie przeżycia. Dlatego przyjmowane były w większej ilości niż kontrakt, aby nie tworzyć kolejki oczekujących. Część osób oczekujących nie dożyłaby terminu przyjęcia. Pacjenci objęci opieką potrzebują tej pomocy bez zbędnej zwłoki ze względu na dolegliwości somatyczne i bezzradność w obliczu choroby wyniszczającej. W rzeczywistym czasie pracy nie został ujęty codzienny dostęp w godzinach nocnych od poniedziałku do piątku i 24 godzinny dostęp w soboty, niedziele i święta w ramach całodobowego dostępu do świadczeń z zakresu opieki OPH. Jakość świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów nie było zagrożone, gdyż realizowane były w praktyce wymagania wynikające z kontraktu (liczba wizyt i całodobowy dostęp do świadczeń). Nadmieniam, że zabiegi rehabilitacyjne oraz porady psychologa realizowane są w razie potrzeby.*

(akta kontroli str. 311-312)

2. W trakcie objętych szczegółowym badaniem czterech miesięcy, przez 13 dni Hospicjum nie zapewniło dostępności psychologa w godzinach określonych w umowie z OW NFZ w Opolu.

Zgodnie z harmonogramem – zasoby, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z OW NFZ w Opolu, w okresie od 1 stycznia 2015 do 30 czerwca 2018 r. przez dwie godziny w tygodniu (w piątki w godzinach od 13:30 do 15:30), w poradni medycyny paliatywnej dostępny miał być psycholog.

Analiza kart czasu pracy psychologa za luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r. oraz maj 2018 r. wykazała, że nie zapewniono dostępności psychologa w godzinach od 15:00 do 15:30 w lutym 2015 r. oraz w godzinach od 14:35 do 15:30 w lipcu 2016 r. i w październiku 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 37, 265-268, 301, 462, 470, 479, 486)

Prezes Hospicjum wyjaśnił: *W ramach Poradni Opieki Paliatywnej porady odbywane są w domu pacjenta. Nie mamy zarejestrowanych pacjentów, którzy osobiście przychodzą do poradni. Świadczenie takie obejmuje tylko pacjenta. Pacjenci którzy mogli by przyjść do naszej poradni nie zgłaszają takiej potrzeby, twierdząc że „na tym etapie choroby nie potrzebują opieki hospicyjnej”. Wizyty są umawiane telefonicznie i potwierdzane przed wyjazdem, jedynym powodem zgłaszanym przez pacjentów była potrzeba wizyty lekarskiej i przepisanie brakujących leków. Cyklicznie u dwóch pacjentów płukany jest port naczyniowy przez pielęgniarkę, te wizyty również są umawiane i potwierdzane. W badanym okresie nie była potrzebna porada psychologa. Potrzeba takiej wizyty byłaby zrealizowana.*

(dowód: akta kontroli str. 312-313)

²⁵ Przekroczenie o jednego pacjenta (maksymalna liczba pacjentów wyliczona na podstawie osiągniętego wskaźnika etatów wynosiła 60).

²⁶ Przekroczenie od 1 do 5 pacjentów (maksymalna liczba pacjentów do liczby etatów wynosiła 30, a liczba pacjentów w tych dniach wynosiła odpowiednio 33, 35, 35, 32, 31, 32).

²⁷ Przekroczenie od 1 do 4 pacjentów (maksymalna liczba pacjentów dla liczby etatów wynosiła 26, a liczba pacjentów w tych dniach wynosiła odpowiednio 27, 27, 28, 28, 27, 27, 27, 27, 27 i 30).

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień NIK zauważa, że ww. przepisy załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH stanowią, iż w poradni pracuje lekarz, pielęgniarka i psycholog. Świadczeniodawca ma zatem obowiązek zapewnienia dostępu do psychologa w poradni również w czasie przeprowadzania wizyt domowych u pacjentów.

3. W odniesieniu do czterech z 12 wybranych pacjentów²⁸ hospicjum domowego, w kilku przypadkach nie zachowano wymaganej częstotliwości wizyt. Mimo obowiązku określonego w ust. 4 pkt 4 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, u pacjentów tych nie przeprowadzono dwóch wizyt pielęgniarskich tygodniowo²⁹, co spowodowało ograniczenie przysługujących tym osobom wizyt łącznie o 7 takich wizyt. I tak:

- w przypadku pacjenta 138/11/16³⁰ nie przeprowadzono jednej wizyty w okresie od 2 do 11 stycznia 2017 r. (zapewniono tylko jedną wizytę 4 stycznia 2017 r.);
- w przypadku pacjenta 113/07/17³¹ nie przeprowadzono jednej wizyty w okresie od 22 do 31 grudnia 2017 r. (zapewniono tylko jedną wizytę 29 grudnia 2017 r.);
- w przypadku pacjenta 07/01/08 nie przeprowadzono jednej wizyty w okresie od 26 kwietnia 2018 r. do 6 maja 2018 r. (zapewniono tylko jedną wizytę 2 maja 2018 r.);
- w przypadku pacjenta 87/07/15 wymaganej częstotliwości wizyt nie zachowano czterokrotnie, tj. w okresach od 5 do 15 listopada 2015 r. oraz od 19 do 29 listopada 2015 r., gdyż zapewniono jedną wizytę odpowiednio 12 i 20 listopada 2015 r. oraz w okresie od 3 do 20 grudnia 2015 r. zapewniono jedynie dwie wizyty 8 i 17 grudnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 197, 204-205)

Prezes wyjaśnił, że przyczyna tych zaniechań wynikała głównie z przypadających w danym tygodniu dni ustawowo wolnych od pracy, co utrudniało przeprowadzenie wymaganych wizyt.

(dowód: akta kontroli str. 203)

IV. Wnioski

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

1. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających wymaganą częstotliwość wizyt personelu medycznego.
2. Zagwarantowanie dostępności psychologa w godzinach pracy poradni medycyny paliatywnej.
3. Zapewnienie wymaganego równoważnika etatu przeliczeniowego pielęgniarek, psychologa oraz fizjoterapeuty w całym okresie udzielania świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dorosłych.

²⁸ Wyboru dokonano drogą losową.

²⁹ 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. Przy przyjęciu tygodnia kalendarzowego, jako tygodnia rozliczeniowego liczba brakujących wizyt wyniosłaby osiem, a przy przyjęciu tygodnia rozliczeniowego liczonego od dnia przyjęcia liczba brakujących wizyt wyniosłaby dziewięć.

³⁰ Objętego opieką od 8 grudnia 2016 r. do 13 stycznia 2017 r.

³¹ Objętego opieką od 1 września 2017 r. do 15 lutego 2018 r.

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 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, 13 grudnia 2018 r.

Kontroler
Jarosław Pałęga
główny specjalista kontroli
państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor


DYREKTOR
Z.U.
.....
Janusz Madej
p.o. Wicedyrektor
Delegatury NIK w Opolu
.....
podpis

