



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.13.1.2024

**Panie
Barbara Zaskalska
Ewa Szymańska
Marzanna Turkot
Właścicielki
VITA SPES
Zaskalska, Szymańska, Turkot
Spółka Jawna
Babule 37
39-340 Babule**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot, Spółka Jawna, Babule 37, 39-340 Babule ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Zaskalska, Ewa Szymańska, Marzanna Turkot – Właścicielki od 16 lutego 2015 r. ² (akta kontroli str.3-6)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. 2. Rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Mariusz Twardowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/86/2024 z dnia 27 czerwca 2024 r. (akta kontroli str. 7)

¹ Dalej: „Spółka”.

² Dalej: „Właścicielki”.

³ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Spółki mającą na celu zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej⁵ w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Spółka udzielała świadczeń OPH zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶. Pacjenci Spółki mieli zapewnione warunki udzielania świadczeń zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

Pacjentom objętym OPH zapewniano leczenie bólu, zapewniono im również prawo do godności i intymności zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹.

Spółka rzetelnie i terminowo przedkładała wymagane dokumenty rozliczeniowe do NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowej¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Spółka w okresie objętym kontrolą prowadziła działalność, której przedmiotem było świadczenie opieki zdrowotnej, w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna na podstawie zawartych umów z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie¹¹. Spółka zakontraktowała w poszczególnych latach z NFZ świadczenia¹²: Hospicjum Stacjonarne, Hospicjum Domowe w powiecie mieleckim, Hospicjum Domowe w Tarnobrzegu, Hospicjum Domowe w powiecie tarnobrzeskim.

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

⁵ Dalej: „OPH”.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 262, dalej: *rozporządzenie w sprawie oph*

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: *rozporządzenie w sprawie wymagań*

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: *rozporządzenie w sprawie warunków umów*

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm., dalej: *ustawa o prawach pacjenta*

¹⁰ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Dalej: „NFZ”.

¹² 2022 r.: Umowa główna nr 0903125015202201 z dnia 30.12.2021 r.; Aneks formalny – inna przyczyna z dnia 18.03.2022 r. dotycząca zmiany daty; Aneks finansowy z dnia 20.04.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 30.06.2022 r.; Aneks pełny z dnia 27.04.2022 r. dotyczący zmiany daty; Aneks pełny z dnia 19.05.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.; Aneks pełny z dnia 30.05.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.; Aneks finansowy z dnia 26.07.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do 31.12.2022 r.; Aneks finansowy z dnia 24.08.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.; Aneks finansowy z dnia 9.11.2022 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.; Aneks finansowy z dnia 10.02.2023 r. obowiązujący od dnia 1.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.

2023 r.: Umowa główna nr 0903125015202301 z dnia 30.12.2022 r.; Aneks finansowy z dnia 18.01.2023 r. obowiązujący od dnia 1.01.2023 r. do dnia 30.06.2023 r.; Aneks formalny – inna przyczyna z dnia 19.05.2023 r. dotyczący zmiany daty; Aneks pełny z dnia 14.06.2023 r. obowiązujący od dnia 1.01.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.; Aneks finansowy z dnia 30.06.2023 r. obowiązujący od dnia 1.01.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.; Aneks finansowy z dnia 14.09.2023 r. obowiązujący od dnia 1.01.2023 r. do 31.12.2023 r.; Aneks finansowy z dnia 7.02.2024 r. obowiązujący od dnia 1.01.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.; Aneks ugodowy z dnia 18.03.2024 r.

Jak wyjaśniły Właścicielki budynek, w którym znajduje się Hospicjum Stacjonarne to budynek po byłej Szkole Podstawowej, który został zaadoptowany i przekształcony w placówkę medyczną spełniającą wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą skierowaną na świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Spółka jest najemcą lokalu na podstawie podpisanej umowy najmu lokalu z Gminą Padew Narodowa.

(akta kontroli str. 8, 22-33, 252)

W okresie objętym kontrolą w Spółce kontrole przeprowadziły: Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiczna w Mielcu¹³ oraz Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Mielcu¹⁴. Kontrole te nie stwierdziły nieprawidłowości.

Na działalność Spółki zostały złożone przez byłego pacjenta skargi: do NFZ, a następnie do Rzecznika Praw Pacjenta. Skarga złożona do NFZ została uznana za niezasadną. W wyniku skargi złożonej do Rzecznika Praw Pacjenta zostały wydane zalecenia, w wyniku których Spółka opracowała „Procedurę współpracy personelu medycznego z pacjentem i jego rodziną w domu chorego”. NFZ w dniu 7 sierpnia 2024 r. rozpoczął kolejną kontrolę w Spółce, która ma zostać zakończona do końca listopada 2024 r.

(akta kontroli str. 34-87)

Jak wyjaśniły Właścicielki pacjent składający skargi został przyjęty do Hospicjum Domowego w Mielcu z chorobą nowotworową od 2020 r. Na pewnym etapie świadczenia opieki paliatywno – hospicyjnej w domu chorego pojawiły się problemy z prawidłową realizacją świadczeń opieki u pacjenta. Główne problemy dotyczyły trudności z komunikacją z pacjentem i braku możliwości umówienia się, przeprowadzenia wizyt w domu u chorego – w ilości przewidzianej zgodnie z zawartą umową z NFZ. Pacjent decydował o datach wizyt zaburzając w ten sposób ciągłość sprawowanej opieki. Z zebranego wywiadu z personelem świadczącym w domu chorego opiekę wynikało, że pacjent wymagał bardziej opieki długoterminowej niż paliatywno – hospicyjnej (pacjent samodzielny, logiczny, mobilny, zdolny do samodzielnej egzystencji). Jako właściciele firmy wielokrotnie podejmowaliśmy rozmowy telefoniczne z pacjentem. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że pacjent jest rozchwyany emocjonalnie, roszczeniowy, wielokrotnie przejawiał agresję słowną, był pretensjonalny, używał obraźliwych słów. Kolejna skarga pacjenta na Spółkę została skierowana do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia do Warszawy, a w jej wyniku od 7 sierpnia 2024 r. przeprowadzono kontrolę lokali w Mielcu na ul. Wolności 2a oraz w Tarnobrzegu na ul. Maja 1, przeznaczonych do udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywno – hospicyjnej w domu chorego. Zaleceniem kontrolujących w siedzibie lokali w Mielcu i w Tarnobrzegu było uzupełnienie (umieszczenie na drzwiach zewnętrznych) informacji zawierającej adresy i numery telefonów najbliższego miejsca udzielania świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz numerów alarmowych „112” i „999”. Powyższe zalecenia zostały przez Spółkę zrealizowane.

(akta kontroli str. 49-51)

W Hospicjum Stacjonarnym w 2022 r. pacjentów objętych OPH było 236, w tym 173 z rozpoznaniem nowotworowym (73,3 %). W 2023 r. takich pacjentów było 268, w tym 199 pacjentów nowotworowych (74,3 %), a do dnia 30 kwietnia 2024 r. - 117, w tym 82 nowotworowych (70,1 %). Liczba pacjentów z roku na rok ulegała zwiększeniu:

2024 r.: Umowa główna nr 0903125015202301SM z dnia 20.12.2023 r. obowiązująca od dnia 1.01.2024 r. do dnia 31.03.2024 r.; Umowa główna nr 0903125015202401 z dnia 27.03.2024 r. obowiązująca od dnia 1.04.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.

¹³ Protokół z dnia 15 maja 2023 r.

¹⁴ Protokół z dnia 11 września 2022 r.

w 2023 r. o 32 pacjentów więcej w stosunku do 2022 r., w tym 26 pacjentów więcej z rozpoznaniem nowotworowym. Liczba pacjentów w 2024 r., biorąc pod uwagę pierwszy kwartał, również była wyższa aniżeli w poprzednich latach.

W Hospicjum Domowym w 2022 r. pacjentów objętych OPH było 96, w tym 91 z rozpoznaniem nowotworowym (94,8 %). W 2023 r. takich pacjentów było 114, w tym 109 pacjentów nowotworowych (95,6 %), a do dnia 30 kwietnia 2024 r. - 73, w tym 70 nowotworowych (95,9 %). Liczba pacjentów z roku na rok uległa zwiększeniu: w 2023 r. o 18 pacjentów więcej w stosunku do 2022 r., w tym 18 pacjentów więcej z rozpoznaniem nowotworowym. Liczba pacjentów w 2024 r., biorąc pod uwagę pierwszy kwartał, również jest wyższa aniżeli w poprzednich latach. Średni czas objęcia opieką OPH dla Hospicjum Stacjonarnego wynosił od 23 do 34 dni. Natomiast w Hospicjum Domowym wynosił od 93 do 139 dni.

Spółka nie sprawowała w żadnej komórce organizacyjnej opieki nad dziećmi.

(akta kontroli str. 88-98, 252)

Zgodnie z wpisem do rejestru Wojewody Podkarpackiego ogólna liczba łóżek w budynku Hospicjum Stacjonarnego wynosiła 24. W 2022 r. stan pacjentów wynosił na dzień: 31 marca – 24, 30 czerwca – 23, 30 września – 27, 31 grudnia – 21. W 2023 r. stan pacjentów wynosił na dzień: 31 marca – 24, 30 czerwca – 25, 30 września – 21, 31 grudnia – 22. W 2024 r. stan pacjentów wynosił na dzień: 30 kwietnia – 23. W dniach: 30 września 2022 r. i 30 czerwca 2023 r. liczba pacjentów przekraczała ogólną liczbę łóżek zgłoszonych do rejestru Wojewody.

(akta kontroli str. 49-51, 252-253)

Jak wyjaśniły Właścicielki Spółka dysponuje zakupionymi łóżkami zapasowymi. Zdarzały się sytuacje, w których zaistniała konieczność udzielenia pomocy i wyrażenia zgody na hospitalizację pacjentowi ponad planowy limit łóżkowy w Hospicjum. Każdorazowa taka sytuacja zawsze jest konsultowana z lekarzem koordynatorem ds. medycznych w placówce oraz telefonicznie z pracownikiem NFZ. Sytuacja z dnia 30 września 2022 r. dotyczyła przyjęcia pacjentki będącej obywatelem Ukrainy, która została przewieziona ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tarnobrzegu w przebiegu nowotworowej choroby trzustki i była zakażona wirusem COVID-19 z silną dusznością do tlenoterapii. Kolejne przyjęcie w tym dniu dotyczyło przekazania pacjentki z Oddziału Neurologii ze Szpitala w Tarnobrzegu w przebiegu nowotworu złośliwego mózgu i chorób współistniejących. Kolejny pacjent w dniu 30 września 2022 r. przyjęty z innej placówki medycznej z silną dusznością zakwalifikowany do wentylacji nieinwazyjnej i rozpoznaniem stwardnienia bocznego zanikowego, którego stan uległ pogorszeniu w pierwszej dobie hospitalizacji i został przekazany na hospitalizację na Oddział Otolaryngologii do Szpitala w Tarnobrzegu. Drugi okres, tj. dzień 30 czerwca 2023 r. dotyczył przyjęcia pacjenta ze Szpitala w Mielcu z ogromnym owrzodzeniem odleżynowym w celu konieczności kontynuacji leczenia odleżyn. Zdarzają się także sytuacje, w których pacjent przyjęty umiera w pierwszej dobie pobytu w Hospicjum, co wykazuje Księga Ruchu Chorych oraz załączniki wydruków z systemu elektronicznego. Zgodnie z założeniami Hospicjum nikogo nie pozostawiano bez fachowej pomocy paliatywnej. Na podstawie obserwacji wieloletnich doświadczeń w pracy paliatywno – hospicyjnej można stwierdzić, że są okresy, w których jest konieczność przyjęcia większej liczby pacjentów ze względu na ich ciężki stan zdrowia jak również okresy, gdzie była mniejsza liczba pacjentów hospitalizowanych.

(akta kontroli str. 9-10)

W trakcie przeprowadzonych oględzin¹⁵ stwierdzono, iż Hospicjum Stacjonarne w Babulach dysponuje łącznie sześcioma salami chorych¹⁶. Łóżka na wszystkich salach chorych posiadały dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy pomiędzy łózkami pozwalały na swobodny ruch personelu oraz pacjentów. Drzwi we wszystkich salach, w tym drzwi łazienkowe, ubikacji chorych, izby przyjęć, gabinetów zabiegowych były szerokie i umożliwiały manewrowanie łóżkiem w razie potrzeby. Wszystkie sale chorych znajdowały się na jednym poziomie, tj. na parterze. Do budynku był przygotowany szeroki specjalny podjazd dla karetek oraz do transportu pacjentów. We wszystkich salach chorych zamontowano klimatyzację, a w oknach rolety przeciwsłoneczne. Pomiedzy łózkami zamontowane były na stałe parawany sufitowe zapewniając intymność pacjentom. Budynek nie posiadał windy. Praca z pacjentem odbywała się na parterze. Natomiast piętro zostało zaadoptowane na część administracyjną, pokój socjalny, dział farmacji, magazyny czyste, łazienki dla personelu, sekretariat.

(akta kontroli str. 99-117)

Na podstawie badania dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów, którym udzielano świadczeń OPH: 10 w kwietniu 2022 r.¹⁷, 10 w kwietniu 2023 r.¹⁸ i pięciu w kwietniu 2024 r.¹⁹ ustalono, iż dokumentacja ta zawiera poprawnie wypisane przez lekarzy skierowania do dedykowanej opieki z jednostkami chorobowymi wg ICD 10 – nowotwory. W kwietniu 2022 r. pacjenci w Hospicjum Stacjonarnym byli przyjmowani na bieżąco, natomiast czas oczekiwania na realizację opieki w Hospicjum Domowym wynosił od pięciu do 13 dni. W sześciu przypadkach pacjenci nie byli zdolni do samodzielnego podpisu o wyrażeniu świadomej zgody na objęcie OPH. W tych przypadkach zgodę na opiekę udzielili członkowie rodziny, tj. córka, syn, siostra, którzy opiekowali się faktycznie pacjentem. W czterech przypadkach, w przebiegu opieki paliatywnej nastąpiły zgony, sześciu ze względu na pogorszenie stanu zdrowia przekierowano na hospitalizację do Hospicjum Stacjonarnego lub skierowano do szpitala. Wszystkie te przypadki również skończyły się zgonem. Spółka zapewniła pacjentom niezbędny sprzęt medyczny zgodnie ze świadczeniami gwarantowanymi w opiece paliatywno – hospicyjnej, m.in. w koncentratory tlenu, balkoniki, wózki inwalidzkie, materace przeciwodleżynowe. Każdorazowy fakt przekazania pacjentowi sprzętu w celu zabezpieczenia jego potrzeb i ułatwiającego pielęgnację był odnotowywany w indywidualnej dokumentacji pacjenta oraz prowadzonym przez Właścicieli zeszycie przekazania sprzętu z poszczególnej komórki Spółki. Po zgonie lub przy wypisie pacjenta z opieki rodzina była zobowiązana do oddania udostępnionego sprzętu. U każdego pacjenta była prowadzona ocena stopnia natężenia bólu. Jeśli zachodziła konieczność lekarz zlecał

¹⁵ Przeprowadzonych w dniach: od 5 do 7 sierpnia 2024 r. na podstawie art. 39 ustawy o NIK.

¹⁶ Sala nr 1- pięć łózek, Sala nr 2 – pięć łózek, Sala nr 3 - trzy łóżka, Sala nr 4 – pięć łózek, Sala nr 5 – pięć łózek, Sala nr 6 – jedno łóżko.

¹⁷ Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Tamobrzeg: nr księgi głównej 9/2022, nr księgi głównej 12/2022; nr księgi głównej 17/2022;

Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Mielec: nr księgi głównej 21/2022, nr księgi głównej 23/2022; Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Stacjonarne Babule: nr księgi głównej 20220058/82, nr księgi głównej 20220059/83, nr księgi głównej 20220064/88, nr księgi głównej 20220068, nr księgi głównej 20220062.

¹⁸ Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Tamobrzeg: nr księgi głównej 5/2023, nr księgi głównej 6/2023, nr księgi głównej 11/2023;

Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe powiat tarnobrzeński: nr księgi głównej 8/2023, nr księgi głównej 9/2023;

Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Mielec: nr księgi głównej 29/2023;

Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Stacjonarne Babule: nr księgi głównej 20230053, nr księgi głównej 20230067, nr księgi głównej 20230069, nr księgi głównej 20230094.

¹⁹ Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Tamobrzeg: nr księgi głównej 18/2024, nr księgi głównej 22/2022;

Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Domowe Mielec: nr księgi głównej 38/2024, nr księgi głównej 43/2024; Historie choroby z komórki organizacyjnej Hospicjum Stacjonarne Babule: nr księgi głównej 20240078.

badania laboratoryjne. Na 10 analizowanych, troje miało zlecone badania laboratoryjne, wyniki były dostępne w historii choroby.

W kwietniu 2023 r. pacjenci w Hospicjum Stacjonarnym byli przyjmowani na bieżąco, natomiast czas oczekiwania na realizację opieki w Hospicjum Domowym wynosił od jednego do 11 dni. Wyrażenie świadomej zgody na objęcie OPH odbyło się w siedmiu przypadkach, w trzech przypadkach pacjent nie był zdolny do udzielenia takiej zgody, która została udzielona przez członków rodziny tych pacjentów. W pięciu przypadkach nastąpił zgon, a w pozostałych pięciu przypadkach ze względu na pogorszenie stanu zdrowia chorych objętych domową OPH przekierowano do Hospicjum Stacjonarnego lub skierowano do szpitala, gdzie ze względu na pogorszenie stanu zdrowia również doszło do zgonów. Pacjentom udostępniono m.in. koncentratory tlenu, wózek toaletowy. Każdorazowy taki fakt był odnotowywany w indywidualnej dokumentacji pacjenta oraz prowadzonym zeszycie wypożyczenia sprzętu z poszczególnej komórki świadczeniodawcy. U każdego pacjenta była prowadzona ocena stopnia natężenia bólu, u jednego pacjenta zlecono badania laboratoryjne, wyniki były dostępne w historii choroby.

W kwietniu 2024 r. w Hospicjum Stacjonarnym czas oczekiwania na przyjęcie wynosił dwa dni, natomiast czas oczekiwania na realizację opieki w Hospicjum Domowym wynosił od trzech do 30 dni. Wyrażenie świadomej zgody na objęcie OPH we wszystkich przypadkach dokonali pacjenci. W czterech przypadkach w przebiegu opieki paliatywnej nastąpił zgon, w jednym przypadku ze względu na pogorszenie stanu zdrowia chorego objętego domową OPH przekierowano na hospitalizację. Pacjentom udostępniono m.in. koncentratory tlenu, ssak elektryczny. Każdorazowy taki fakt był odnotowywany w indywidualnej dokumentacji pacjenta oraz prowadzonym zeszycie wypożyczenia sprzętu z poszczególnej komórki świadczeniodawcy. U każdego pacjenta była prowadzona ocena stopnia natężenia bólu. Za dokonanie wpisu w dokumentacji medycznej odpowiedzialni byli lekarze oraz pielęgniarki. Dwóch pacjentów miało zlecone badania laboratoryjne, wyniki były dostępne w historii choroby.

(akta kontroli str. 10-16, 119-121, 253-254)

2. Wymagania dotyczące personelu dla każdego zakresu świadczeń OPH określone zostały w Załączniku nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*. Kontrolą objęto personel²⁰ zatrudniony w Spółce w miesiącach kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

Ustalono, że Spółka zapewniła personel w liczbie określonej w zał. nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*.

Stan zatrudnienia personelu Oddziału OPH przedstawiał się następująco:

- w kwietniu 2022 r. w Spółce zatrudnionych było 11 lekarzy - wszyscy zatrudnieni na umowę kontraktową. Stanowiło to w przeliczeniu dwa i 3/4 etatu, czyli 106 godzin tygodniowo na zabezpieczenie opieki nad pacjentami w Hospicjum Stacjonarnym. Natomiast w Hospicjum Domowym czas pracy lekarzy tygodniowo wynosił 61 godzin tygodniowo, co stanowiło jeden i 1/2 etatu. Dwóch lekarzy posiadało ukończoną specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, pozostali posiadali ukończone kursy opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej. Grupa zawodowa pielęgniarek w kwietniu 2022 r. liczyła 31 osób, z czego 22 pielęgniarki były zatrudnione na umowę zlecenie, cztery pielęgniarki pracowały na umowę o pracę, dwie były na umowie kontraktowej, pozostałe trzy pielęgniarki to Właścicielki. Stanowiło to w przeliczeniu 17 etatów pielęgniarskich w Hospicjum Stacjonarnym i pięć i 3/4 etatu w Hospicjum Domowym. Trzy pielęgniarki miały specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, dwie ukończony kurs kwalifikacyjny z opieki paliatywnej, a 14 pielęgniarek ukończyło kurs

²⁰ Szczegółową kontrolą objęto grafiki dyżurów oraz listy obecności personelu

specjalistyczny z podstaw opieki paliatywnej. Spółka w tym okresie zatrudniała dwóch psychologów w wymiarze 3/4 etatu w Hospicjum Stacjonarnym oraz 1/2 etatu w Hospicjum Domowym. Ponadto Spółka zatrudniała pięciu fizjoterapeutów, jeden z nich w wymiarze pełnego etatu pracował w Hospicjum Stacjonarnym natomiast czworo w Hospicjum Domowym, co w przeliczeniu stanowiło dwa i 3/4 etatu;

- w kwietniu 2023 r. Spółka podobnie jak w kwietniu 2022 r. również zatrudniała 11 lekarzy - wszyscy byli zatrudnieni na umowę kontraktową, co dawało w przeliczeniu dwa i 3/4 etatu, czyli 106 godzin tygodniowo na zabezpieczenie opieki nad pacjentami w Hospicjum Stacjonarnym. Natomiast w Hospicjum Domowym czas pracy lekarzy tygodniowo wynosił 66 godzin, co w przeliczeniu dało jeden i 3/4 etatu. Dwóch lekarzy pracowało w Hospicjum Domowym w wymiarze 17 godzin tygodniowo, co stanowiło 1/2 etatu lekarzy ze specjalizacją. Trzech lekarzy posiadało ukończoną specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, pozostali z grupy zawodowej lekarzy posiadali ukończone kursy opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej. Grupa zawodowa pielęgniarek w kwietniu 2023 r. liczyła 34 osoby. W tej grupie trzy pielęgniarki to Właścicielki, 24 pielęgniarki były zatrudnione na umowę zlecenie, cztery pracowały na umowę o pracę, a pozostałe trzy zatrudnione były na umowie kontraktowej. Stanowiło to w przeliczeniu 17 i 1/2 etatu pielęgniarskiego w Hospicjum Stacjonarnym oraz sześć etatów w Hospicjum Domowym. Z grupy pielęgniarek trzy posiadały specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, dwie ukończyły kurs kwalifikacyjny z opieki paliatywnej, a grupa 14 pielęgniarek ukończyła kurs specjalistyczny z podstaw opieki paliatywnej. Spółka w tym okresie zatrudniała dwóch psychologów w wymiarze 3/4 etatu w Hospicjum Stacjonarnym oraz jeden i 1/4 etatu w Hospicjum Domowym. Ponadto Spółka zatrudniała pięciu fizjoterapeutów, z czego jeden z nich w wymiarze pełnego etatu pracował w Hospicjum Stacjonarnym, natomiast czworo w Hospicjum Domowym, co w przeliczeniu dało łącznie dwa i 3/4 etatu.

- w kwietniu 2024 r. Spółka zatrudniała 13 lekarzy - wszyscy byli zatrudnieni na umowę kontraktową, w przeliczeniu niespełna trzy etaty, 121 godzin tygodniowo na zabezpieczenie opieki nad pacjentami w Hospicjum Stacjonarnym. Natomiast w Hospicjum domowym czas pracy lekarzy tygodniowo wynosił 73 godziny, co w przeliczeniu dało dwa etaty. Trzech lekarzy posiadało ukończoną specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, pozostali z grupy zawodowej lekarzy posiadali ukończone kursy opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej. Grupa zawodowa pielęgniarek w kwietniu 2024 r. liczyła 34 osoby, co w przeliczeniu dało 16 i 1/2 etatu pielęgniarskiego w Hospicjum Stacjonarnym i cztery i 1/2 etatu w Hospicjum Domowym. W tej grupie trzy pielęgniarki to Właścicielki, 22 pielęgniarek zatrudnionych było na umowę zlecenie, sześć pielęgniarek pracowało na umowę o pracę, a pozostałe trzy były zatrudnione na umowie kontraktowej. Z grupy pielęgniarek siedem posiadało specjalizację z zakresu opieki paliatywnej, dwie ukończyły kurs kwalifikacyjny z opieki paliatywnej, 22 pielęgniarki ukończyły kurs specjalistyczny z podstaw opieki paliatywnej. Spółka zatrudniała w tym okresie trzech psychologów w wymiarze jednego etatu w Hospicjum Stacjonarnym oraz jednego etatu w Hospicjum Domowym. Ponadto zatrudnionych było czterech fizjoterapeutów, jeden z nich w wymiarze pełnego etatu pracował w Hospicjum Stacjonarnym natomiast trzech w Hospicjum Domowym, co w przeliczeniu dało dwa i 1/2 etatu.

(akta kontroli str. 122-140, 254)

3. Spółka posiadała sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany dla poszczególnych form OPH, określony w zał. nr 2 *rozporządzenia w sprawie oph*. Ponadto na wyposażeniu Spółki znajdowały się: pulsoksymetry, aparat przenośny do usg, rotor, myjka do basenów, wózek opatrunkowy, wózkowanna, mata i rolka do przesuwania pacjentów, podnośnik transportowo – kąpielowy, kardiomonitor, oczyszczacze powietrza z filtrem

HEPA, wyparzacz do naczyń. Posiadany sprzęt medyczny i pomocniczy zapewniono osobno dla poszczególnych form OPH.

Spółka zabezpieczyła leki dla pacjentów zgodnie z zasadami określonymi w § 3 ust 5 załącznika do *rozporządzenia w sprawie warunków*.

W trakcie przeprowadzonych oględzin²¹ Izby przyjęć wraz z pokojem zabiegowym, w którym znajdują się szafy z lekami ustalono, iż przechowywane tam leki przeznaczone dla pacjentów były w terminie ważności. Spółka nie korzystała i nie posiadała leków dostarczonych przez rodziny pacjentów.

W Spółce obowiązywała: „Procedura postępowania z lekami własnymi pacjenta” z dnia 1 grudnia 2015 r. Procedura została opracowana przez Właścicieli w porozumieniu z lekarzem i corocznie była poddawana analizie i ocenie pod względem aktualizacji.

(akta kontroli str. 99-117, 141-150, 255)

4. Na podstawie badania próby dokumentacji dla miesięcy: kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. i kwiecień 2024 r.²² ustalono, że zarówno: dla opieki stacjonarnej jak i opieki domowej zapewniono całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę. Spółka w okresie objętym kontrolą nie prowadziła opieki ambulatoryjnej i opieki perinatalnej.

(akta kontroli str. 15, 151-157, 255)

5. Szczegółowej kontroli poddano wykorzystanie sprzętu w odniesieniu do pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w kwietniu: 2022 r., 2023 r. i 2024 r. Ustalono, że wykorzystywano każdy rodzaj sprzętu wymienionego dla poszczególnych form OPH, określonego w zał. nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*. Dodatkowo używany był sprzęt niewymieniony w zał. nr 2 do *rozporządzenia w sprawie oph*, między innymi były to: pulsoksymetry, kardiomonitor, aparat przenośny do USG, podnośnik transportowo – kąpielowy, oczyszczacze powietrza z filtrem HEPA. W okresie objętym kontrolą liczba łóżek wynosiła 24. Stopień obłożenia łóżek²³ przedstawiał się następująco w: 2022 r. - 93,6%, 2023 r. - 96,9%. 2024 r. (do końca kwietnia) - 93,9%.

(akta kontroli str. 141-143, 255)

Posiadany sprzęt w ramach OPH był w pełni wykorzystywany w poszczególnych komórkach organizacyjnych, za wyjątkiem pomp infuzyjnych (pojedyncze sytuacje u pacjentów). W pełni wykorzystywane były koncentratory tlenu, inhalatory, nebulizatory, a ze sprzętu rehabilitacyjnego: wózki, chodziki, balkoniki, krzesła toaletowe przenośne. W Hospicjum Stacjonarnym codziennie wykorzystywany był sprzęt medyczny ułatwiający pielęgnację chorych a mianowicie wózkówanna oraz dźwig do kąpeli pacjentów, rolki do przemieszczania pacjentów w łóżku oraz maty wykorzystywane szczególnie w chwili dokonywania zmian pozycji pacjentów.

(akta kontroli str. 15)

6. Spółka realizowała obowiązek określony w art. 19a ust. 1, 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁴ polegający na prowadzeniu w formie elektronicznej harmonogramu przyjęć oraz przekazywaniu do NFZ w trybie art. 23 ust 1 ustawy o świadczeniach informacji o liczbie oczekujących. Przyjęcia pacjentów OPH odbywały się na bieżąco, co znajdowało odzwierciedlenie w przekazywanej do NFZ informacji o listach oczekujących. Z dokumentacji medycznej losowo wybranych 25 pacjentów, którym udzielano świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej²⁵ wynika, że czas oczekiwania na

²¹ Przeprowadzonych w dniach: od 5 do 7 sierpnia 2024 r. na podstawie art. 39 ustawy o NIK.

²² harmonogramy dyżurów OPH, księga chorych OPH, księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich

²³ Obliczając wskaźnik średniego procentowego wykorzystania łóżek w Hospicjum Stacjonarnym zastosowano wzór:

* Wskaźnik średniego procentowego wykorzystania łóżek- jest to stosunek liczby osobodni pobytu pacjentów w hospicjum dzielona do średniej liczby łóżek i liczby dni w roku pomnożona przez 100%.

²⁴ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, dalej: *ustawa o świadczeniach*

²⁵ 10 w kwietniu 2022 r., 10 w kwietniu 2023 r. i 5 w kwietniu 2024 r.

udzielenie świadczenia (od dnia wystawienia skierowania do dnia przyjęcia pacjenta) w żadnym przypadku nie przekroczył 30 dni. Czas oczekiwania wylosowanych 25 pacjentów wynosił:

- kwiecień 2022 r.: w Hospicjum Stacjonarnym na bieżąco, w Hospicjum Domowym od trzech do czterech dni,

- kwiecień 2023 r.: w Hospicjum Stacjonarnym na bieżąco, w Hospicjum Domowym od trzech do siedmiu dni,

- kwiecień 2024 r.: w Hospicjum Stacjonarnym na bieżąco, w Hospicjum Domowym od jednego do pięciu dni.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki w OPH, w których pacjenci oczekiwali ponad 30 dni na rozpoczęcie udzielania świadczenia.

(akta kontroli str. 158-159, 255)

7. Zarządzeniem Spółki Nr 2 z dnia 12 stycznia 2018 r. wprowadzono „Procedury leczenia bólu przewlekłego”, określające standardy organizacyjne leczenia bólu przewlekłego. Oceny bólu dokonywano na podstawie: badania podmiotowego, badania przedmiotowego, badań pomocniczych, numerycznej skali oceny bólu.

(akta kontroli str. 160-181, 255)

Prawo do leczenia bólu u wszystkich objętych opieką pacjentów realizowano opierając się na najnowszej wiedzy jaką posiadał personel lekarski. Lekarze odpowiedzialni za zlecenie leków u pacjentów mieli ukończone różne kursy dedykowane leczeniu bólu. Ponadto w palcówce obowiązywała „Procedura leczenia bólu przewlekłego” oparta na aktualnych aktach prawnych. Personel pielęgniarski miał obowiązek oceny i dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów, z wykorzystaniem do tego celu odpowiednich narzędzi, czyli skal leczenia bólu (NRS, VAS). Ponadto w systemie elektronicznym E-opieka w formularzach dedykowanych pacjentom był również obowiązek oceny bólu. Świadczeniodawca od września 2023 r. był zobowiązany zgodnie z art. 20a ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. *w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych* również do prowadzenia oceny bólu i skuteczności zastosowanego leczenia lub w razie wzrostu punktacji oceny bólu do skierowania pacjenta do poradni leczenia bólu.

(akta kontroli str. 15-16)

Szczegółowej analizie poddano dokumentację medyczną 122²⁶ pacjentów OPH leczonych stacjonarnie i domowo. W badanej dokumentacji medycznej znajdowały się karty oceny natężenia bólu, z których wynikało, że pacjentom podawano między innymi następujące środki uśmierzające ból: Poltram, Doreta, Pyralgina, Paracetamol, No-spa, Pyralgina, Ketonal, Paracetamol - amp.iv, Tramal amp sc, Butapirazol maść miejscowo na skórę, Matrifen 25, Matrifen 50, Transtec 35, Transtec 70. Morfinę²⁷ otrzymało w: 2022 r. - 21% pacjentów, 2023 r. – 23% pacjentów, 2024 r. – 21% pacjentów. Morfina nie była podawana pacjentom ze schorzeniami innymi niż nowotwór złośliwy.

(akta kontroli str. 255-256)

Według wyjaśnień Właścicieli w Hospicjum Stacjonarnym podawano morfinę zgodnie ze zleceniem lekarza, informacje są w kartach zleceń danego pacjenta i realizowano obowiązek dokonania wpisu w Księdze narkotycznej, w celu dokonania rozchodu leku na pacjenta, zgodnie z wymogami przepisów prawa Nadzoru Farmaceutycznego. Biorąc pod uwagę Hospicjum domowe pacjenci mieli wystawiane

²⁶ 41 w kwietniu 2022 r., 43 w kwietniu 2023 r., 38 w kwietniu 2024 r.

²⁷ Morfini sulfuricii amp.

recepty w systemie elektronicznym. Informacje były przekazywane na platformę P1. Zgodnie z Księgą ruchu chorych i rozpoznaniem wg ICD10 przy przyjęciu 90% pacjentów objętych opieką było z nowotworem złośliwym. Z rozmów przeprowadzonych z lekarzami wynika, że lekarz może przepisać pacjentowi morfinę refundowaną również z innymi schorzeniami, np. przewlekłego zespołu bólowego, miażdżycy kończyn dolnych czy w niewydolności serca. Dokumentacja medyczna pacjenta zawierała zawsze opis wystawionych leków na wizycie u pacjenta w domu chorego.

W okresie objętym kontrolą Spółka nie stosowała środka zwiotczającego mięśnie: Pavulon.

(akta kontroli str. 16-17, 256)

8. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczeń OPH przez Spółkę.

9. Spółka zapewniała godność pacjentom umierającym oraz ochronę przed traumą związaną z umieraniem bezpośrednio sąsiadujących z nimi pacjentów.

(akta kontroli str. 256)

Z wyjaśnień Właścicierek wynika, że zgodnie z szeroko opisanym punktem dostosowania budynku do potrzeb pacjentów, na każdej sali chorych są zamontowane parawany sufitowe na stałe. Zatrudniony personel jest mocno zaangażowany w opiekę i jest obecny przy pacjentach, w tym nieodzowna jest także praca psychologa. Pacjent umierający ma prawo do obecności rodziny w chwili umierania nawet jeśli są to godziny nocne. Wielokrotnie pacjenta umierającego przewozi się do pokoju dziennego w celu stworzenia komfortu i spokoju dla rodziny, możliwości pożegnania i obecności przy śmierci osoby bliskiej. W ten sposób zabezpiecza to przed traumą pozostałych współpacjentów z sali chorego.

(akta kontroli str. 17)

W okresie objętym kontrolą było 435 zgonów, z czego w: 2022 r. – 163, 2023 r. – 200, 2024 r. (do dnia 30 kwietnia) – 72.

Spółka opracowała i wdrożyła procedurę postępowania w sytuacji agonii pacjenta, z dnia 1 grudnia 2015 r. - „Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych”.

(akta kontroli str. 182-189, 256)

Ponadto Spółka opracowała w tym obszarze następujące procedury:

- „Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki” z dnia 1 grudnia 2015 r., której celem było określenie zakresu opieki jaką może świadczyć rodzina lub osoby wskazane przez pacjenta.

- „W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta osoba uprawniona uzyskuje informacje na ten temat” wprowadzona z dniem 5 maja 2020 r. Określa ona, że placówka jest zobowiązana do poinformowania telefonicznie osobę wskazaną w dokumentacji medycznej pacjenta o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego hospitalizowanego w placówce. Powiadomienia dokonuje się telefonicznie dzwoniąc na numer telefonu podany w dokumentacji medycznej przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Informacje te obowiązany jest przekazać lekarz albo pielęgniarka.

- „Procedura zapewnienia pacjentom możliwości komunikacji z otoczeniem zewnętrznym” z dnia 1 grudnia 2015 r. Pacjenci przebywający w Hospicjum mają możliwość kontaktu telefonicznego z rodziną. Aparat telefonu stacjonarnego ma słuchawkę przenośną z możliwością przekazania jej w ręce pacjenta do prowadzenia rozmowy ze swoimi bliskimi. Ponadto udostępniony jest serwer z dostępem numeru do WI-FI, dzięki czemu pacjenci mają możliwość zachowania ze swoimi bliskimi kontaktu wizualnego, z wykorzystaniem aplikacji Messenger lub WhatsApp.

- „Procedura dotycząca wykazu instytucji sprawujących opiekę duszpasterską w zakresie różnych wyznań” z dnia 1 grudnia 2015 r.

(akta kontroli str. 190-202)

Spółka posiada opracowane procedury, które stosuje personel w momencie agonii pacjenta. Pacjenci, u których zbliża się ten czas mają zapewniony spokój psychiczny i fizyczny, są odpowiednio układani w salach chorych. Stosuje się metody zmniejszające ból. Personel edukuje pacjenta oraz jego rodzinę o nieuchronnej śmierci, w czym szczególnie ważna jest praca psychologów. Dodatkowo krewni i osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki. Sprawowana jest również opieka duchowa.

(akta kontroli str. 17-18)

Spółka opracowała i wdrożyła procedurę postępowania ze zwłokami zmarłych pacjentów. W dniu 16 czerwca 2016 r. wprowadzono „Procedurę postępowania w przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta w całodobowym i stacjonarnym Hospicjum VIATA – SPES w Babulach”. Zawiera ona m.in. zasady powiadomienia lekarza o zgonie pacjenta w celu dokonania oględzin ciała zmarłego i potwierdzenia tego faktu oraz wystawienia karty zgonu, poinformowania rodziny o zgonie oraz transportu zwłok do chłodni wskazanej przez rodzinę pacjenta z zachowaniem przepisów.

(akta kontroli str. 203-210)

Ponadto Spółka posiada opracowaną procedurę z dnia 1 grudnia 2015 r.: „Instrukcja transportu zwłok”. Zapisy tej instrukcji skoncentrowane są na czynnościach wykonywanych przez personel pielęgniarstwa po śmierci pacjenta, tj. dokonaniu toalety pośmiertnej i przygotowaniu ciała do transportu do chłodni, przekazaniu ciała firmie transportującej zwłoki pacjenta i czuwaniu nad prawidłowym obiegiem dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 211-212)

10. Dla pacjentów OPH opracowywano indywidualne plany opieki, które były konsultowane z chorym i/lub jego rodziną. Szablon planu opieki opracowano jako jedną składową część listy w „Historii choroby pacjenta”. Plan ten jest ustalany przy przyjęciu chorego do opieki, modyfikowany w zależności od potrzeb i omawiany z rodziną.

(akta kontroli str. 19-20)

W wyjaśnieniu dotyczącym podejmowanych działań w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych Właścicielki podały, iż Spółka dostosowała lokal do potrzeb pacjenta ciężko chorego. Praca z pacjentem odbywała się na jednym poziomie, tj. na parterze budynku. Wszystkie pomieszczenia były klimatyzowane, w oknach zamontowano rolety przeciwsłoneczne, w każdej sali chorych zainstalowano telewizor z bezpłatnym dostępem do sieci kanałów. Dodatkowo pacjenci mogą korzystać z telefonu przenośnego stacjonarnego w celu utrzymywania kontaktu ze swoją rodziną. Lokal posiada sieć internetową z bezpłatnym dostępem do WI-FI. Stale podnoszone były kwalifikacje personelu poprzez partycypowanie w kosztach szkolenia, udzielanie dni wolnych na szkolenia oraz urlopów szkoleniowych. Prenumerowano czasopismo Magazyn Pielęgniarki i Położnej i otrzymywano Biuletyn z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z Rzeszowa. Dodatkowo korzystano z możliwości poszerzenia wiedzy o aspekty prawne z Bazy LEX, Puls medycyny. Uczestniczano w konferencjach organizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie. Spółka jest w trakcie przygotowywania Księgi Jakości i podziału obszarów zgodnie z wymaganiami prawa, w tym ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta w celu przystąpienia podmiotu do autoryzacji z NFZ, a w przyszłości Certyfikacji akredytacyjnej. Prowadzony jest wolontariat, placówka ma możliwość

prowadzenia szkoleń i kursów i bycia placówką szkoleniową i stażową na potrzeby Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz uczelni wyższych sprawujących prowadzących kształcenie podyplomowe.

(akta kontroli str. 19-20, 256)

Świadczeniodawca na bieżąco wprowadza aktualne wytyczne, tj. 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 – dotyczące OPH, w miarę możliwości stosując je w swoich placówkach, po uznaniu ich zasadności, bowiem wielokrotnie praktyka wymuszała dopasowanie działań do realnego środowiska pacjenta.

(akta kontroli str. 19)

11. Według wyjaśnień Właścicierek dotyczących problemów utrudniających Spółce realizację świadczeń OPH, ciągłym problemem występującym w trakcie świadczeń OPH są braki kadrowe w grupie zawodowej lekarskiej. Lekarze często zmieniają podmioty medyczne, zmieniają miejsce zamieszkania (szczególnie młodzi w trakcie specjalizacji). Również występują problemy z zatrudnieniem na stałe personelu pielęgniarskiego ze względu na duże obciążenie psychiczne w pracy (np. po kilka zgonów na dyżurze) i występowanie syndromu wypalenia zawodowego. Często napotykanym problemem w trakcie realizacji świadczeń OPH jest nazwa placówki „Hospicjum”. Wielokrotnie rodzina nie pozwala używać tego sformułowania w obecności pacjenta, co wymaga od personelu zachowania powściągliwości oraz edukacji i odpowiedniego przygotowania psychologicznego pacjenta. Dużym problemem szczególnie dla osób bliskich starszych, którzy mają w placówce pacjenta jest usytuowanie budynku Hospicjum. Biorąc pod uwagę samego pacjenta jest to placówka oddalona od miejskiego zgiełku w otoczeniu natury (jest to obszar przyrody chroniony NATURA 2000). Jednak powoduje to problemy z komunikacją miejską – ograniczone linie autobusów i busów. Częstym problemem bywa dostosowywanie się innych placówek do wyznaczonych przez nas godzin przyjęć pacjentów (problem z karetkami i transportem pacjenta).

(akta kontroli str. 20)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia zapewnianie przez Spółkę pacjentom opieki hospicyjnej i paliatywnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z NFZ. Spółka spełniała wymogi określone w rozporządzeniach *w sprawie oph, w sprawie wymagań i w sprawie warunków umów*.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Spółka otrzymywała środki na działalność w zakresie udzielania świadczeń OPH wyłącznie z NFZ.

Kwota kontraktu z NFZ w 2022 r. wyniosła na opiekę stacjonarną 3 463 279,93 zł, na opiekę domową 855 798,27 zł. Kwota rozliczonych świadczeń OPH w opiece stacjonarnej wyniosła 3 460 687,64 zł, natomiast w opiece domowej 855 340,05 zł. Ogólna kwota kosztów²⁸ w tym okresie wyniosła 2 742 053,99 zł.

²⁸ Koszty ustalono na podstawie podatkowej księgi przychodów i rozchodów, tj. np. koszty eksploatacyjne, czynsz, wynagrodzenia pracowników.

Kwota kontraktu z NFZ w 2023 r. wyniosła na opiekę stacjonarną 4 943 271,46 zł, na opiekę domową 1 622 613,90 zł. Kwota rozliczonych świadczeń OPH w opiece stacjonarnej wyniosła 4 513 780,15 zł, natomiast w opiece domowej 1 281 519,46 zł. Ogólna kwota kosztów²⁹ w tym okresie wyniosła 3 261 623,34 zł.

Kwota kontraktu z NFZ w 2024 r. (do 30 kwietnia) wyniosła na opiekę stacjonarną 1 393 384,63 zł, na opiekę domową 379 864,19 zł. Kwota rozliczonych w tym okresie świadczeń OPH w opiece stacjonarnej wyniosła 1 392 024,75 zł, natomiast w opiece domowej 293 831,08 zł. Ogólna kwota kosztów³⁰ w tym okresie wyniosła 1 603 215,33 zł.

(akta kontroli str. 213-228, 249-351, 256-257)

Jak wyjaśniły Właścicielki środki finansowe przekazywane z NFZ nie zawsze pokrywały koszty poniesionych świadczeń w komórkach organizacyjnych podmiotu. Szczególnie należy tu uwzględnić hospicja domowe - bardzo niski kontrakt i niska wycena za punkt nie zawsze pokrywały koszty. Pacjenci nie są chętnie hospitalizowani w szpitalach ze względu na progres choroby i złe rokowania.

(akta kontroli str. 21)

Kwoty niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za 2022 r. i wg stanu na 30 kwietnia 2024 r. wynosiły odpowiednio: 7 725,86 zł i 280 736,27 zł. Kwoty te nie zostały rozliczone przez NFZ ze względu na brak środków finansowych na sfinansowanie nadwykonań. W 2023 r. nie wystąpiły nadwykonania.

(akta kontroli str. 257)

Z wyjaśnień Właścielek wynika, że kilkakrotnie były prowadzone rozmowy osobiście z Dyrektorem POW NFZ w Rzeszowie, który tłumaczył, że są trudności finansowe i wszystko zależy od ustosunkowania się Centrali NFZ w Warszawie. Zawsze składano tylko ustne deklaracje, że NFZ postara się wypłacić pieniądze. Nigdy nie składano spraw do sądu o wypłaty wszystkich świadczeń, podpisywano umowy do aneksów.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły sprawy sądowe dotyczące rozliczeń nadwykonań w zakresie OPH.

(akta kontroli str. 21, 257)

2. Zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów - dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Z ustaleń kontroli wynika, że Spółka dotrzymała wymaganego terminu.

Zgodnie z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie warunków umów - należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji.

Ustalono, iż NFZ wypłacał należności w terminie 14 dni roboczych od dostarczenia dokumentów rozliczeniowych przez Spółkę. Faktury były wypłacone w pełnej kwocie przez NFZ.

(akta kontroli str. 230-247, 257)

Właścicielki w wyjaśnieniu dotyczącym problemów, na jakie napotykają przy rozliczaniu z NFZ świadczeń OPH stwierdziły, iż program, z którego korzystają sporządzając raporty do rozliczeń to MMEDICA. Jedynym z utrudnień jest często fakt, gdzie pacjent nie posiada dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego, np. legitymacji

²⁹ Koszty ustalono na podstawie podatkowej księgi przychodów i rozchodów, tj. np. koszty eksploatacyjne, czynsz, wynagrodzenia pracowników.

³⁰ Koszty ustalono na podstawie podatkowej księgi przychodów i rozchodów, tj. np. koszty eksploatacyjne, czynsz, wynagrodzenia pracowników.

ubezpieczeniowej. Rozliczając pacjenta należy zawsze udokumentować wpisując numer legitymacji ubezpieczeniowej wraz z datą jej wydania lub inne dane z dokumentów ubezpieczeniowych. Legitymacje wydane przez KRUS bardzo często nie posiadają daty wydania dokumentu, ze względu na obowiązujące przepisy RODO nie ma pełnych informacji od tych instytucji w tym zakresie. Dość często zdarzają się sytuacje, gdzie rodziny uczęszczają do lekarzy w imieniu pacjenta, który przebywa na hospitalizacji i dochodzi do zjawiska nakładania się świadczeń z dwóch podmiotów w tej samej dacie. W opiece domowej również często pacjent korzystając z poradni onkologicznej jest rozliczany jako hospitalizacja jednodniowa co powoduje także nakładanie się świadczeń i konieczność poprawiania rozliczonych świadczeń z miesiąca do NFZ.

(akta kontroli str. 21)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia rzetelne i terminowe przedkładanie przez Spółkę wymaganych dokumentów rozliczeniowych do 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 Rzeszowie. 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.

Rzeszów, 12 września 2024 r.

Kontroler
Mariusz Twardowski
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
p.o. Dyrektor
Stefan Gados

*p.o. Wicedyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w
Rzeszowie
z up. /-/
Stanisław Jarzyna*

/-/