



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.021.02.2018

Edyta Pajor-Dębicka
Zakład Domowej Opieki Długoterminowej,
ul. Tadeusza Kościuszki 36/52; 72-200 Nowogard

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Domowej Opieki Długoterminowej, ul Tadeusza Kościuszki 36/52; 72-200 Nowogard ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Edyta Pajor-Dębicka, Kierownik, od 1.10.2003 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I półrocze) 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 Szczecinie
Kontroler	Artur Matejko, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/143/2018 z 5.09.2018 r.

(akta kontroli str.1)

¹ Dalej: Zakład.

² Dalej: Kierownik Zakładu.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zakład prawidłowo realizował świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych, finansowane przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie⁵. Analiza dokumentacji medycznej 40 pacjentów wykazała, że wszystkim pacjentom zapewniono i udzielono świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶, zarządzeniu nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna⁷ oraz umowie zawartej z ZOW NFZ.

We wszystkich badanych przypadkach porady lekarskie odbywały się przynajmniej dwa razy w miesiącu, a porady pielęgniarskie – przynajmniej dwa razy w tygodniu. Świadczenia zdrowotne udzielał personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach. Wizyty lekarzy i pielęgniarek w domu pacjenta były prawidłowo dokumentowane, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸. W objętej badaniem dokumentacji medycznej pacjentów, nie stwierdzono przypadków zlecenia przez lekarzy świadczeń udzielanych przez psychologa lub fizjoterapeutę.

W okresie objętym kontrolą Zakład objął opieką łącznie 415 pacjentów, którzy byli przyjmowani na bieżąco. Nie stwierdzono przypadków odmowy udzielania świadczeń oraz nieuzasadnionego zaprzestania udzielania świadczeń.

W Zakładzie od 2007 r. funkcjonował System Zarządzania Jakością, w celu zapewnienia pacjentom właściwej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Pacjenci Zakładu nie byli objęci wsparciem wolontariuszy oraz nie tworzone grup wsparcia.

Zakład prawidłowo rozliczał realizację świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.

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

⁵ Dalej: ZOW NFZ.

⁶ Dz. U z 2018 r., poz. 742, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

⁷ NFZ z 2013 r., poz. 73 ze zm., dalej: zarządzenie Prezesa NFZ nr 73/2013/DSOZ.

⁸ Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej

1. Zorganizowanie opieki

Opis stanu faktycznego

1.1. Zakład udzielał świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej od 2007 roku. W latach 2015-2018 (I półrocze) udzielał ww. świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych (hospicjum domowe dla dorosłych), na podstawie umowy⁹ zawartej z ZOW NFZ na łączną kwotę 2 221,3 tys. zł¹⁰ (w tym na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek 154,9 tys. zł). ZOW NFZ za udzielone świadczenia w latach 2015-2017 zapłacił 2 142,5 tys. zł, a w roku 2018 (I półrocze) – 301,4 tys. zł. Kwoty te stanowiły w 2015 i 2017 roku 100% kwot zakontraktowanych z ZOW NFZ, a w 2016 r. – 148%.¹¹

(akta kontroli str. 358-360, 380, 390)

Koszty udzielonych przez Zakład świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych dla dorosłych wynosiły w badanym okresie ogółem 1 940,9 tys. zł¹² i stanowiły 79,4% kwoty otrzymanej z ZOW NFZ.

Kwota uzyskana z tytułu umowy opieki paliatywnej i hospicyjnej (2 443,9 zł) stanowiła 19,2% otrzymanej kwoty z tytułu wszystkich umów zawartych z ZOW NFZ.¹³

Zakład objął opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach domowych łącznie 415 pacjentów.¹⁴ W hospicjum domowym dla dorosłych średnio w miesiącu opieką objęto 38 pacjentów. Główną przyczyną przyjęcia były choroby nowotworowe (99,9%). Przeciętny okres opieki nad pacjentem wynosił 97 dni.

(akta kontroli str. 358, 380, 390)

1.2. Zakład spełniał minimalne wymagania dotyczące personelu udzielającego świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych¹⁵, zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. Świadczeń udzielało:

- od dwóch do czterech lekarzy (z uzyskaniem wskaźnika od 1,10 do 1,69 etatu przeliczeniowych na 30 pacjentów¹⁶), w tym od jednego do dwóch lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej,
- od 15 do 18 pielęgniarek (z uzyskaniem wskaźnika od 1,42 do 2,47 etatu przeliczeniowych na 15 pacjentów¹⁷), w tym od jednej do sześciu pielęgniarek, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- dwóch psychologów (z uzyskaniem wskaźnika od 0,57 do 0,75 etatu przeliczeniowych na 30 pacjentów¹⁸),

⁹ Nr 16-00-0264-14-05/06-02-14-019 z 30.06.2014 r.

¹⁰ Kwota umowy na dzień 30.06.2018 r. została podana wg aneksu Nr 41 z dnia 21.12.2017 r.

¹¹ Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w liczbie 7 326 wykonane przez Zakład ponadlimitowo, rozliczono po niższej cenie za jednostkę rozliczeniową w stosunku do pierwotnej ceny – 30,34 zł, tj. 80% z 37,80 zł (aneksu do umowy z ZOW NFZ: Nr 22 z 18.12.2015 r. i Nr 29 z 9.09.2016 r.).

¹² W 2015 r. – 481,5 tys. zł, 2016 r. – 562 tys. zł, 2017 r. – 635 tys. zł, 2018 r. (I półrocze) – 262,3 tys. zł.

¹³ W badanym okresie Zakład realizował na podstawie umów zawartych z ZOW NFZ dwa rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna hospicyjna. Z tytułu realizacji ww. świadczeń otrzymał łącznie 12 723,1 tys. zł (w tym na dodatkowe wynagrodzenia pielęgniarek – 1 456,20 tys. zł).

¹⁴ Liczonych wg numerów pesel bez powtórzeń.

¹⁵ W wybranych do kontroli czterech miesiącach: lutym 2015 r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r. i maju 2018 r.

¹⁶ Z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.

¹⁷ Z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

¹⁸ Z zachowaniem równoważnika 0,5 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.

- dwóch fizjoterapeutów (z uzyskaniem wskaźnika od 0,29 do 0,38 etatu przeliczeniowych na 15 pacjentów¹⁹).

Ponad trzyletnie doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej posiadało 78% personelu (50% lekarzy i 86% pielęgniarek).

Czas pracy sześciu²⁰ (z 26) osób personelu medycznego nie przekraczał 40 godzin w miesiącu.²¹ W pozostałych przypadkach wynosił ponad 40 godzin.

Praca w Zakładzie stanowiła jedyne miejsce pracy dla dwóch pielęgniarek.

(akta kontroli str. 361-364, 368-370, 381)

Dla pozostałych 24 osób personelu medycznego, Kierownik Zakładu wyjaśniła, że Zakład (...) *jest dodatkowym miejscem zatrudnienia, a w wyniku to przede wszystkim z niewystarczającego wynagrodzenia, braku personelu medycznego w skali kraju (...).*

(akta kontroli str. 339)

1.3. Zakład zapewniał pacjentom całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę, zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

Na podstawie objętej badaniem dokumentacji medycznej 40 pacjentów²² ustalono, że Zakład udostępniał, w zależności od potrzeb medycznych pacjenta, wybrany rodzaj sprzętu medycznego lub pomocniczego, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH²³. W okresie 2015 – 2018 (I półrocze) nie wystąpiły przypadki zastosowania pomp infuzyjnych.

Zakład w ramach udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych wykorzystywał posiadane zasoby (personalne i sprzętowe).

Zakład zawarł umowy z czterema podwykonawcami na wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych oraz dwie – dotyczące transportu medycznego. Umowy zawierały zapisy o prawie ZOW NFZ do przeprowadzenia kontroli u podwykonawcy.

(akta kontroli str. 183-207, 381, 387)

1.4. W latach 2015-2018 (I półrocze) Zakład nie prowadził listy osób oczekujących.

Pani Edyta Pajor-Dębicka – Kierownik Zakładu wyjaśniła m.in.: *Zakład (...) nie prowadził listy osób oczekujących, gdyż realizował świadczenia we wszystkich miejscach udzielania świadczeń ponad limity wynikające z zawartej umowy z ZOW NFZ. Stąd kosztem ryzyka finansowego Zakładu pacjenci byli przyjmowani do opieki na bieżąco. Decydowały o tym względy medyczne (stan zaawansowania choroby) i humanitarne.*

Na podstawie badanej dokumentacji medycznej i danych otrzymanych z ZOW NFZ, nie stwierdzono przypadków stanowiących zwłokę w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z winy Zakładu. Pacjenci opieki paliatywnej i hospicyjnej byli przyjmowani na bieżąco, w momencie wyrażenia zgody na objęcie opieką.

Zakład nie prowadził rejestru zgonów osób oczekujących na przyjęcie.

(akta kontroli str. 339, 351, 382, 390)

1.5. W Zakładzie nie stwierdzono przypadków odmów udzielenia świadczeń zdrowotnych. W przypadku pilnych zgłoszeń wizyta lekarza realizowana była w dniu zgłoszenia, w innych przypadkach w dniu następnym.

Kierownik Zakładu wyjaśniła m.in.: (...) *Podczas zgłoszenia się pacjenta lub jego rodziny w sposób bezpośredni lub telefoniczny ustalany był termin wizyty (...).*

(akta kontroli str. 339, 351, 382, 390)

¹⁹ Z zachowaniem 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

²⁰ Dotyczy pielęgniarek: B.D., K.J., K.B., M.B., R.B. i S.H.

²¹ W wybranych do kontroli czterech miesiącach: lutym 2015 r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r. i maju 2018 r.

²² Próby losowo wybranych.

²³ Np. koncentratory tlenu, balkoniki czy kule.

Pacjent miał zapewnioną ciągłość opieki. W objętych badaniem dokumentacji medycznej nie stwierdzono przypadków nieuzasadnionego zaprzestania udzielania świadczeń pacjentowi przez Zakład.

(akta kontroli str. 339, 382)

1.6. W celu osiągnięcia i utrzymania jak najwyższej jakości udzielanych świadczeń, Zakład posiadał wdrożony od 2007 r. System Zarządzania Jakością²⁴. Personel Zakładu zobowiązany był do przestrzegania Polityki Jakości oraz Procedury systemowej Nr P-07²⁵. Działania Zakładu, realizowane w ramach normy ISO 9001:2015, stanowiły dodatkowe wymagania (ponadstandardowe). W Zakładzie obowiązywała procedura określająca zasady działania w przypadku wpłynięcia skargi pn. „Nadzór nad usługą niezgodną z wymogami”.²⁶

(akta kontroli str. 208-216, 225-229, 383, 391)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH zawiera podstawowe wymagania, które należy spełnić przy realizacji świadczeń, a działania realizowane w ramach normy ISO 9001:2015 są dodatkowymi wymaganiami ponadstandardowymi (poza wymogami określonymi w ww. rozporządzeniu), które podnoszą jakość udzielanych świadczeń. W Zakładzie znane są standardy, o których mowa w Wytycznych Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej Rady Europy, zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (...) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.*

(akta kontroli str. 340, 351, 375)

Badania audytowe przeprowadzone w Zakładzie w latach 2016-2018 potwierdziły, że Zakład spełniał wymagania związane z normą ISO 9001:2015. Nie stwierdzono w nich nieprawidłowości.²⁷

(akta kontroli str. 230-267)

Zakład nie korzystał ze wsparciem wolontariuszy oraz nie tworzył grup wsparcia.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że *ww. typ wsparcia występuje w opiece stacjonarnej.*

(akta kontroli str. 383, 392)

W sprawie stosowanych w Zakładzie tzw. „dobrych praktyk”, Kierownik Zakładu wyjaśniła: *(...) W zależności od potrzeb chorego personel ułatwia kontakt z duchownymi. (...) nie odnotowuje się tego w dokumentacji medycznej, gdyż nie ma takiego wymogu. Okresowo personel przeprowadzał rozmowy wzmacniające. W zakresie pomocy społecznej personel był przygotowany do powiadomienia lokalnych ośrodków pomocy społecznej oraz pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej) i dokonywał stosownych zgłoszeń celem rozwiązania występujących problemów u pacjentów.*

(akta kontroli str. 341, 383, 392)

Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowogardzie poinformowała²⁸, że *współpraca pielęgniarek Zakładu z pracownikami socjalnymi, opiekunkami czy kierownikiem działu usług opiekuńczych odbywała się na zasadzie kontaktu osobistego lub telefonicznego. Najczęściej pielęgniarki pozyskiwały informacje*

²⁴ Funkcjonujący według międzynarodowej normy ISO 9001:2015.

²⁵ Procedura Nr P-07 określała jednolite zasady i sposób działania personelu podczas świadczenia usług z zakresu hospicjum domowego oraz dokumentowania realizowanych procesów z tym związanych, określała również cel i zakres świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, definiowała terminologię, określała kwalifikację i uprawnienia personelu, przebieg realizacji świadczenia, odpowiedzialność oraz dokumenty i wykaz druków związanych z przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych.

²⁶ Zgodnie z ww. procedurą skarga powinna zostać zarejestrowana.

²⁷ Raporty z audytu przeprowadzonego w dniach: 14-15.03.2016 r., 24-25.04.2017 r. i 23-26.04.2018 r.

²⁸ W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

od pracowników ośrodka pomocy społecznej na temat świadczeń pomocy społecznej i zasad ich udzielania dla ich pacjentów.²⁹

(akta kontroli str. 335)

W latach 2015-2017 Zakład przeprowadzał badanie ankietowe dotyczące jakości sprawowanej opieki (zgodnie z wymogiem normy ISO 9001:2015). Badaniem ankietowym objęto 89 (17,4%) pacjentów, z tego w: 2015 r. - 25 (15,4%), 2016 r. – 26 (14,4%), w 2017 r. – 38 (22,3%).³⁰ Zakład został pozytywnie oceniony przez ankietowanych pacjentów (100% objętych badaniem ankietowym).

(akta kontroli str. 217-220, 383)

1.7. W sprawie problemów dotyczących realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, na podstawie umów zawartych z ZOW NFZ, Kierownik Zakładu wyjaśniła:

- w zakresie organizacyjno–prawnym: zbyt późne kierowanie pacjentów do opieki hospicjum domowego przez jednostki np. szpitalne, lekarzy podstawnej opieki zdrowotnej; zauważalny jest brak świadomości pacjentów w zakresie zaawansowania ich choroby oraz rokowania i możliwości terapeutycznych;
- brak określenia standardów co do prowadzenia jednolitej dokumentacji medycznej w opiece paliatywnej i hospicyjnej dla hospicjum domowego;
- w zakresie finansowym – niedoszacowanie świadczeń medycznych co do ich wyceny i wielkości kontraktów w stosunku do istniejącego zapotrzebowania na rynku, a także uwzględnienia w tej wycenie kosztów dojazdu do domu pacjenta, jak również niepewność co do finansowania świadczeń nadlimitowych, braku bieżącego ich rozliczania, co skutkuje ponoszeniem przez Zakład ryzyka finansowego i uniemożliwia podejmowanie działań planistycznych i rozwojowych Zakładu.
- na terenie województwa zachodniopomorskiego nie funkcjonował ośrodek referencyjny w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rolę tę spełniał Konsultant Wojewódzki ds. Medycyny Paliatywnej oraz Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Ośrodek referencyjny byłby przydatny (...) w złożonych przypadkach chorób pacjentów.

(akta kontroli str. 353, 372, 394)

W sprawie szacunkowej liczby pacjentów, którzy mogliby zostać skierowani do poradni medycyny paliatywnej (w warunkach ambulatoryjnych), gdyby świadczenia te były inaczej wycenione (np. poprzez dodatkowo finansowane dojazdy do domu chorego), Kierownik Zakładu wyjaśniła, że na terenie objętym udzielaniem świadczeń przez Zakład nie funkcjonuje poradnia, stąd też nie przeprowadzano takich analiz. Kierownik Zakładu wskazała, że gdyby wycena świadczeń realizowanych przez poradnię byłaby wyższa, takie poradnie powstałyby i pacjenci mieliby możliwość skorzystania z alternatywnej formy opieki.

(akta kontroli str. 393)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

²⁹ Dotyczyło to 13 pacjentów OPH, tj. w 2015 r. i 2016 r. po trzech pacjentów, w 2017 r. pięciu, w 2018 r. (I półrocze) – dwóch.

³⁰ Zakład udzielił świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej 512 pacjentów, z tego: 162 pacjentów – w 2015 r., 180 – w 2016 r. i 170 – w 2017 r.

2. Realizacja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

2.1. We wszystkich objętych badaniem przypadkach³¹ pacjentom udzielano świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH oraz zarządzeniu Prezesa NFZ nr 73/2013/DSOZ i umowie zawartej z ZOW NFZ.

W ramach udzielanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zapewniono pacjentom m.in:

- leczenie bólu – 39 pacjentom, którzy uskarżali się na ból.³² We wszystkich przypadkach monitorowano ból w sposób ciągły, podczas każdej wizyty personelu medycznego w dokumentacji medycznej pacjenta;
- badania diagnostyczne (laboratoryjne) – pięciu pacjentom (12,5%);
- sprzęt medyczny – siedmiu pacjentom (17,5%)³³ oraz sprzęt pomocniczy w poruszaniu (wózek i kule) – czterem pacjentom (10%).³⁴ Zakład udostępnił nieodpłatnie także materace przeciwoleżynowe – trzem pacjentom.³⁵

Zakład zaproponował rodzinie siedmiu pacjentów opiekę „wyręczającą” w formie skierowania chorego do hospicjum stacjonarnego (w sześciu przypadkach skorzystano z tej formy pomocy, w jednym przypadku – pacjent odmówił).³⁶

(akta kontroli str. 308-327, 386)

W leczeniu bólu 38 pacjentów (97,5%) stosowano opioidy. W jednym przypadku wystąpiły przeciwwskazania medyczne do ich stosowania³⁷. Na podstawie dokumentacji medycznej 40 pacjentów nie można było ustalić najdłuższych okresów najsilniejszego bólu (w dniach).

(akta kontroli str. 308-327)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że *w warunkach domowych nie ma możliwości wskazania okresów (liczonych w dniach) występowania silnego bólu. Aby można było określić najdłuższe okresy (w dniach) silnego bólu pacjent musiałby być pod ciągłą obserwacją personelu medycznego.*

(akta kontroli str. 376)

We wszystkich objętych badaniem przypadkach, nie odnotowano zaleceń lekarza dotyczących skierowania pacjenta do psychologa lub fizjoterapeuty.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że pacjentom tym nie udzielano świadczeń przez psychologa i fizjoterapeutę: (...) *ze względu na brak wystawianych zleceń przez lekarzy hospicjum a także brak zgłaszanych potrzeb w tym zakresie przez pacjentów (...).*

(akta kontroli str. 308-327, 352, 393)

Porady lekarskie odbywały się przynajmniej dwa razy w miesiącu, a porady pielęgniarskie – przynajmniej dwa razy w tygodniu, zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń

³¹ Na podstawie badania dokumentacji medycznej 40 pacjentów nr: 249/15; 264/15; 34/15; 144/15; 266/15; 157/15; 255/15; 44/15; 28/15; 154/15; 95/16; 97/16; 300/16; 85/16; 288/16; 96/16; 173/16; 287/16; 59/16; 291/16; 350/17; 108/17; 215/17; 122/17; 119/17; 123/17; 340/17; 120/17; 114/17; 128/17; 361/18; 135/18; 136/18; 232/18; 367/18; 141/18; 134/18; 145/18; 382/18; 378/18.

³² Pacjent o nr 340/17 został przyjęty z rozpoznaniem choroby nowotworowej gruczołu krokowego z przerzutami do kości i w chwili przyjęcia przyjmował leki opioidowe.

³³ Koncentrator tlenu.

³⁴ Wózek i kule.

³⁵ Pacjentom o nr: 264/15; 266/15; 28/15; 95/16; 122/17; 136/18; 367/18 udostępniono koncentrator, 119/17 – wózek; 232/18 – wózek i kule; 255/15 - kule, 34/15 - kule. Pacjentom o nr 59/16; 34/15; 44/15 – materac przeciwoleżynowy.

³⁶ Pacjenci o nr 249/15; 34/15; 287/16; 291/16; 108/17; 123/17; 128/17.

³⁷ Pacjentowi o nr 123/17 nie stosowano w leczeniu bólu opioidów, z uwagi na typ nowotworu i występujące przeciwwskazania medyczne.

gwarantowanych OPH. Porady udzielał personel medyczny posiadający stosowne kwalifikacje, określony w umowie zawartej z ZOW NFZ.

(akta kontroli str. 308-327, 387)

Kierownik Zakładu wyjaśniła m.in.: (...) realizacja świadczeń psychologa i fizjoterapeuty następuje na podstawie wystawionego zlecenia lekarskiego przez lekarza prowadzącego, a także zgłaszanych potrzeb w tym zakresie przez pacjentów. Ponieważ nie było wystawianych zleceń lekarskich ani zgłaszanych potrzeb przez pacjentów ww. personel nie wykonywał wizyt, cały czas pozostawał w pełnej gotowości do świadczenia usług w tym zakresie, co jest zgodne z zapisami rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH (...).

(akta kontroli str. 375)

2.2. We wszystkich objętych badaniem przypadkach dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. We wszystkich badanych przypadkach:

- dokumentacja zawierała informacje dotyczące stanu choroby, przebiegu procesu diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego (w tym m.in. monitorowano objawy somatyczne), zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- dokumentacja prowadzona była w postaci papierowej, w której odnotowywano wszystkie udzielone porady i niezwłocznie potwierdzane były odbyte wizyty personelu medycznego (na kartach wizyt). Elektronicznie sporządzano tylko raporty statystyczne do ZOW NFZ;
- do dokumentacji medycznej załączone były skierowania stanowiące podstawę objęcia opieką przez Zakład. Na wszystkich skierowaniach wpisano rozpoznanie (jednostkę chorobową kwalifikującą do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną), zgodnie z zakresem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH;

Nie wystąpiły przypadki pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli str. 308-327, 387)

W sprawie sposobu monitorowania objawów somatycznych, w tym leczenia bólu, Kierownik Zakładu wyjaśniła: *W Zakładzie nie prowadzone są karty monitoringu bólu i karty oceny pozostałych objawów somatycznych, gdyż monitorowanie bólu, jego leczenie oraz monitorowanie objawów somatycznych odbywa się w sposób ciągły, na bieżąco podczas każdej wizyty personelu medycznego, co odnotowywane jest w formie opisowej w dokumentacji medycznej. Obecnie jest brak ustandaryzowanych schematów oceny objawów somatycznych i bólu.*

(akta kontroli str. 351)

2.3. We wszystkich objętych badaniem przypadkach, nie stwierdzono naruszenia warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (tj. udzielania świadczeń bez zachowaniem należytej staranności oraz jakości udzielanych świadczeń, określonej w § 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁸).

Nie stwierdzono przypadków naruszenia praw pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej³⁹, określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁰.

(akta kontroli str. 308-327, 387, 396)

³⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.

³⁹ Na podstawie analizy przyjętych rozwiązań organizacyjnych w Zakładzie, w tym przeprowadzanych przez Zakład badań ankietowych oraz dokumentacji losowo wybranych 40 pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną.

2.5. Zakład podjął dodatkowe działania, w ramach świadczonej opieki, wobec dwóch pacjentów (5 %) spośród 40 badanych przypadków. Pacjentom zapewniono:

- wsparcie duchowe księdza (wizyta księdza) – jednemu pacjentowi oraz
- pomoc socjalną opiekuna z ośrodka pomocy społecznej – drugiemu pacjentowi⁴¹.

(akta kontroli str. 308-327, 387)

Kierownik Zakładu wyjaśniła m.in.: *personel jest przygotowany do pomocy w żałobie, w tym obecności na pogrzebie, jeżeli zachodzi taka potrzeba (...).*

(akta kontroli str. 352, 383-385, 387, 392)

2.6. W latach 2015-2018 (I półrocze) do Zakładu nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH. Zakład nie prowadził z pacjentami ani z ich opiekunami sporów sądowych

(akta kontroli str. 308-327, 383, 387)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

3. Rozliczanie się z OW NFZ

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wszystkie miesięczne raporty statystyczne⁴², przekazywane przez Zakład do ZOW NFZ drogą elektroniczną, zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu przypadających na każdego pacjenta.

We wszystkich przypadkach⁴³, Zakład prawidłowo wykazał dni opieki udzielonej pacjentom, z uwzględnieniem przerw w opiece, głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców oraz prawidłowo wykazywał jednostki rozliczeniowe (osobodni).

(akta kontroli str. 388, 395)

3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) ZOW NFZ nie prowadził kontroli dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

(akta kontroli str. 372, 388)

3.3. Zakład nie prowadził sporu sądowego z ZOW NFZ (w tym dotyczącego realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna).

(akta kontroli str. 372, 388)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

IV. Uwagi i wnioski

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

⁴⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.

⁴¹ Odpowiednio pacjentowi: nr: 288/16 i 367/19.

⁴² Będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych.

⁴³ Na podstawie badania danych w raportach statystycznych dotyczących świadczeń udzielonych 40 losowo wybranym pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze).

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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie. 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.

Szczecin, dnia 29 listopada 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler

Dyrektor

Artur Matejko
Specjalista kontroli państwowej