NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.021.03.2018

Adrian Galbas, Przełożony Prowincjonalny
Prowincja Zwiastowania Pańskiego
Stowarzyszenia Apostolstwa Katolickiego
(Księża Pallotyni) – Hospicjum Św. Jana
Ewangelisty w Szczecinie
reprezentowany przez:
Ks. Janusza Kilara, Dyrektora Hospicjum
ul. Pokoju 77, 71-740 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie
ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin
T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66
lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Prowincja Zwiastowania Pańskiego Stowarzyszenia Apostolstwa Katolickiego (Księża Pallotyni) – Hospicjum Św. Jana Ewangelisty w Szczecinie[1], ul. Pokoju 77, 71-740 Szczecin
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ks. Janusz Kilar, Dyrektor Hospicjum od 1.11.2018 r.[2] W okresie od 1.09.2008 r. do 31.10.2018 r. funkcję Dyrektora Hospicjum pełnił ks. Eugeniusz Leśniak
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 Szczecinie
Kontrolerzy	1. Sylwia Księżopolska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/168/2018 z 28.09.2018 r. i LSZ/191/2018 z 13.11.2018 r. 2. Marta Górska-Jaś, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/187/2018 z 5.11.2018 r. 3. Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/205/2018 z 27.11.2018 r. (akta kontroli str. 1, 4-5, 290-292, 294, 307, 389, 451)

[1] Dalej: Hospicjum.
[2] Dalej: Dyrektor Hospicjum.
[3] Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna[4] kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Hospicjum udzielało pacjentom świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych[5], domowych dla dorosłych[6] oraz ambulatoryjnych[7], finansowane przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie[8], na podstawie umowy zawartej na łączną kwotę 11 808,3 tys. zł.[9]

Hospicjum zapewniło wszystkim pacjentom całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń w hospicjum stacjonarnym oraz domowym udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę[10], a także udzielanych przez psychologa i fizjoterapeutę[11]. Hospicjum nie spełniło jednak minimalnych wymagań dotyczących zatrudnienia psychologów i fizjoterapeutów w hospicjum domowym. Równoważnik przeliczeniowy na jeden etat psychologów wynosił poniżej 0,50 etatu przeliczeniowego[12], a fizjoterapeutów – poniżej 0,25 etatu.[13] Stanowiło to naruszenie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.[14] Dla pozostałych osób personelu medycznego Hospicjum spełniło minimalne wymagania dotyczące zatrudnienia.[15]

Personel medyczny udzielający świadczeń posiadał odpowiednie kwalifikacje. Hospicjum prawidłowo udzielało świadczeń zdrowotnych w warunkach domowych i ambulatoryjnych, z zachowaniem wymaganej częstotliwości porad i wizyt domowych. Świadczenia ambulatoryjne udzielano w Poradni Medycyny Paliatywnej[16], w której zapewniono odpowiednią ilość godzin pracy lekarzy. Nie zapewniono jednak wymaganej ilości godzin pracy psychologa oraz pielęgniarki, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

W okresie objętym kontrolą Hospicjum udzielało świadczeń zdrowotnych w opiece stacjonarnej i domowej z udziałem podwykonawców, których nie zgłosiło ZOW NFZ. Stanowiło to naruszenie wymogu określonego w § 7 zarządzenia 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 hospicyjna[17] oraz warunków umowy zawartej z ZOW NFZ.

Dokumentacja medyczna (w tym wizyty lekarzy i pielęgniarek w domu pacjenta) były prawidłowo dokumentowane, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia

---

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

[5] Dalej: opieka stacjonarna, hospicjum stacjonarne lub leczenie stacjonarne.

[6] Dalej: opieka domowa, hospicjum domowe lub leczenie domowe.

[7] Dalej: opieka ambulatoryjna lub leczenie ambulatoryjne.

[8] Dalej: ZOW NFZ.

[9] Umowa Nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 r.

[10] W opiece stacjonarnej – całodobowe świadczenie udzielane przez pielęgniarkę.

[11] Badaniem objęto dokumentację medyczną łącznie 40 pacjentów, w tym: 18 – objętych opieką stacjonarna, 14 objętych opieką domową i ośmiu – objętych opieką ambulatoryjną. W jednym przypadku z powodu braku zgody pacjenta na kontynuowanie wizyt pielęgniarskich oraz odbycia wizyty lekarskiej wyłączeniowej, wypisano go z opieki domowej hospicyjnej i nie uwzględniono w badaniu kontrolnym NIK.

[12] Na 30 świadczeniobiorców (wynosił od 0,40 do 0,43 w lutym 2015 r. i lipcu 2016 r.).

[13] Na 15 świadczeniobiorców (wynosił od 0,21 do 0,23 w lutym 2015 r. i lipcu 2016 r.).

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

[15] Tj. wskaźnika przeliczeniowego na jeden etat – zatrudnionych lekarzy, psychologów i fizjoterapeutów w hospicjum stacjonarnym oraz lekarzy i pielęgniarek w hospicjum domowym.

[16] Dalej: Poradnia.

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

z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.[18]

Hospicjum objęło opieką łącznie 3 110 pacjentów. Na objęcie opieką domową oczekiwało 28 chorych, a stacjonarną ośmiu chorych.[19] Średni czas oczekiwania w opiece domowej wynosił 17 dni, a w opiece stacjonarnej siedem dni. Pacjenci Poradni byli przyjmowani na bieżąco. Nie stwierdzono przypadków nieuzasadnionego zaprzestania lub odmowy udzielania świadczeń.

Hospicjum z własnej inicjatywy podejmowało działania podnoszące jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprzez zapewnienie pacjentom korzystania ze wsparcia duchowego. Hospicjum zatrudniało koordynatora wolontariatu i korzystało ze wsparcia wolontariuszy.

Hospicjum prawidłowo rozliczało realizację świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej

1. Zorganizowanie opieki

Opis stanu faktycznego

1.1. Hospicjum udzielało świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej od 1993 roku – w zakresie opieki ambulatoryjnej oraz domowej dla dorosłych, a od 1998 roku – opieki stacjonarnej.
W latach 2015-2018 (I połowa) Hospicjum udzielało świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w trzech zakresach, na podstawie umowy zawartej z ZOW NFZ na łączną kwotę 11 808,3 tys. zł, z tego: 7 107 tys. zł na opiekę stacjonarną, 4 181,9 tys. zł na opieką domową dorosłych, 14,2 tys. zł na opieką ambulatoryjną i 505,2 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek[20].

Za udzielone świadczenia w latach 2015-2017, ZOW NFZ zapłacił 10 081,1 tys. zł, co odpowiadało 101% wartości umowy (9 983,9 tys. zł), z tego:
- 5 943,7 tys. zł na opiekę stacjonarną, co odpowiadało 100,2% wartości umowy (5 959,6 tys. zł),
- 3 766,9 tys. zł na opieką domową dorosłych, co odpowiadało 103,3% wartości umowy (3 646,1 tys. zł)
- 11,6 tys. zł na opieką ambulatoryjną, co odpowiadało 100% wartości umowy,
- 358,9 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek, co odpowiadało 97,9% wartości umowy (366,6 tys. zł).

Za świadczenia udzielone w I półroczu 2018 roku ZOW NFZ zapłacił 1 814,5 tys. zł, co odpowiadało 99,4% wartości umowy (1 824,4 tys. zł).

(akta kontroli str. 401-404a, 422-423, 455-458)

W latach 2015-2018 r. (I połowa) koszty udzielonych przez Hospicjum świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wynosiły ogółem 13 635,5 tys. zł,[21]
- 9 666,5 tys. zł na opieką stacjonarną,
- 3 367 tys. zł na opiekę domową,
- 112,9 tys. zł na opieką ambulatoryjną,

[18] Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.
[19] Według stanu na 30.06.2018 r.
[20] W 2018 r. – 3 556,5 tys. zł.
[21] W 2015 r. – 3 697,3 tys. zł, w 2016 r. – 3 647,3 tys. zł, w 2017 r. - 4 246,3 tys. zł i w 2018 (I połowa) – 2 044,6 tys. zł.

– 489,1 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie pielęgniarek.

Faktyczne koszty udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej były wyższe od kwoty otrzymanej z ZOW NFZ na ich realizację o 1 739,9 tys. zł. Stanowiły one 87,2% kwoty otrzymanej z ZOW NFZ (11 895,6 tys. zł).

Na podstawie umów zawartych z ZOW NFZ Hospicjum udzielało wyłącznie świadczeń zdrowotnych w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Hospicjum objęło opieką paliatywną i hospicyjną łącznie 3 110 pacjentów[22], z tego w opiece: stacjonarnej – 1 605, domowej – 1 392 i ambulatoryjnej – 113.

Średnio w miesiącu opieką stacjonarną było objętych od 15 do 18 pacjentów[23], domową – od 33 do 120[24] i ambulatoryjną – od trzech do pięciu.[25] Główną przyczyną przyjęcia były choroby nowotworowe (94,7%).[26]

Przeciętny okres opieki stacjonarnej nad pacjentem wynosił od 15 do 22 dni[27], domowej – od 62 dni do 72 dni[28] i ambulatoryjnej – od czterech do pięciu dni.[29]

(akta kontroli str. 401-404a, 408,422-423, 456-458, 479)

1.2. W okresie objętym kontrolą świadczeń zdrowotnych w opiece stacjonarnej i domowej udzielało:

– od 10 do 12 lekarzy (w tym od jednego do dwóch lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz jednego lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej[30]),
– 25 pielęgniarek (w tym od pięciu do 11 pielęgniarek posiadających specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej),
– od trzech do czterech psychologów,
– od dwóch do czterech fizjoterapeutów.

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH, Hospicjum spełniało minimalne wymagania dotyczące personelu medycznego[31] udzielającego świadczeń zdrowotnych w opiece:

1) stacjonarnej przez:
– lekarzy – z uzyskaniem wskaźnika od 1,81 do 2,18 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek,[32]
– psychologów – z uzyskaniem wskaźnika od 0,59 do 1,18 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek,[33]
– fizjoterapeutów – z uzyskaniem wskaźnika od 0,25 do 0,50 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.[34]

2) domowej przez:
– lekarzy – z uzyskaniem wskaźnika od 1,06 do 1,76 etatu przeliczeniowego na 30 pacjentów,[35]
– pielęgniarki – z uzyskaniem wskaźnika od 1,13 do 1,46 etatu przeliczeniowego na 15 pacjentów,[36]

---

[22] W 2015 r. – 910 pacjentów, w 2016 r. – 945, w 2017 r. – 803 i w I półroczu 2018 r. – 452.
[23] W 2015 r. – 16 pacjentów, w 2016 r. – 15, w 2017 r. – 23 i w 2018 r. (I połowa) – 18.
[24] W 2015 r. – 78 pacjentów, w 2016 r. – 85, w 2017 r. – 120 i w 2018 r. (I połowa) – 33.
[25] W 2015 r. – trzech pacjentów, w 2016 r. – pięciu, w 2017 r. – trzech i w 2018 r. (I połowa) – trzech.
[26] Tj. 2 946 pacjentów, z tego w opiece: stacjonarnej – 1 449 (49,2%), domowej – 1 384 (47%) i ambulatoryjnej – 113 (3,8%).
[27] W 2015 r. – 15 dni, w 2016 r. – 17 dni, w 2017 r. – 22 dni i w 2018 r. (I połowa) – 18 dni.
[28] W 2015 r. – 68 dni, w 2016 r. – 74 dni, w 2017 r. – 72 dni i w 2018 r. (I połowa) – 62 dni.
[29] W 2015 r. – trzy dni, w 2016 r. – cztery dni, w 2017 r. – trzy dni i w 2018 r. (I połowa) – dwa dni.
[30] Od 2018 r.
[31] Na podstawie zawartych umów o prace i kontraktów w wybranych do kontroli czterech miesiącach: lutym 2015r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r. i maju 2018 r.
[32] Tj. z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.
[33] Tj. z zachowaniem równoważnika 0,5 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.
[34] Tj. z zachowaniem 0,25 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.
[35] Tj. z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.
[36] Tj. z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.

- psychologów (w październiku 2017 r. i maju 2018 r.) – z uzyskaniem wskaźnika od 0,52 do 0,58 etatu przeliczeniowego na 30 pacjentów,[37]
- fizjoterapeutów (w październiku 2017 r. w maju 2018 r.) – z uzyskaniem wskaźnika od 0,30 do 0,40 etatu przeliczeniowego na 15 pacjentów.[38]

Hospicjum nie spełniało minimalnych wymagań dotyczących zatrudnienia psychologów i fizjoterapeutów udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach domowych. W lutym 2015 r. i lipcu 2016 r. równoważnik przeliczeniowy na jeden etat zatrudnionych:

- psychologów – wynosił od 0,40 do 0,43, mimo że powinien wynosić 0,50 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.
- fizjoterapeutów – od 0,21 do 0,23, mimo że powinien wynosić 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

Trzyletnie doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej posiadało: 50% lekarzy, 71% pielęgniarek, 77% psychologów i 100% fizjoterapeutów.[39]
Czas pracy czterech (z 45) osób personelu medycznego nie przekraczał 40 godzin w miesiącu.[40] Pozostałych 41 osób wynosił ponad 40 godzin.
Praca w Hospicjum stanowiła jedyne miejsce pracy dla dwóch pielęgniarek, jednego lekarza, jednego psychologa i dwóch fizjoterapeutów.

(akta kontroli: 287, 322-323, 350-357, 424-447)

Według wyjaśnień Dyrektora Hospicjum, przyczynami wykonywania pracy przez personel medyczny także w innych podmiotami leczniczych (poza Hospicjum) były: *wysokość wynagrodzenia, która w szpitalach klinicznych, w których pracuje personel medyczny jest wyższe; obciążenie psychiczne pracowników, które wiąże się z ciągłą obecnością przy śmierci pacjentów, dlatego praca w Hospicjum jest wybierana jako praca dodatkowa (…).*

(akta kontroli str. 287)

1.3. Hospicjum zapewniło całodobowy dostęp do świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych i domowych, udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę siedem dni w tygodniu[41], zgodnie z pkt I ppkt 3 i pkt II ppkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. W latach 2015–2018 (I połowa) pacjenci nie korzystali z pomp infuzyjnych.

(akta kontroli str. 302-306, 318-318a, 322-323, 387)

W sprawie wykorzystywania sprzętu medycznego i pomocniczego w opiece nad pacjentem w warunkach domowych, Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in.: *w okresie 2015-2018 (I połowa) Hospicjum nie wypożyczało, a pacjenci nie korzystali z pomp infuzyjnych, inhalatorów, glukometrów oraz aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego. Sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH, tj. koncentratory tlenu, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, były wykorzystywane w Hospicjum w stopniu wysokim, natomiast ssaki elektryczne – w niskim. Hospicjum korzystało także ze sprzętu, nie określonego w ww. rozporządzeniu, takich jak: materace przeciwodleżynowe w stopniu wysokim oraz łóżek szpitalnych o regulowanej wysokości wyposażonych w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem w stopniu średnim.*

[37] Tj. z zachowaniem równoważnika 0,50 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.
[38] Tj. z zachowaniem równoważnika 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.
[39] Tj. w wybranych do kontroli czterech miesiącach: lutym 2015 r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r. i maju 2018 r.
[40] Tj. lekarzy: B. B. – w lutym 2015 r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r., maju 2018; J.W. i K.S – w lutym 2015 r. oraz M.Ł – w lipcu 2016 r.
[41] Na podstawie próby czterech objętych kontrolą miesiącach, tj. w lutym 2015 r., lipcu 2016 r., październiku 2017 r. i maju 2018 r. W przypadku hospicjum stacjonarnego całodobowe świadczenia udzielane przez pielęgniarkę przez siedem dni w tygodniu.

Według wyjaśnień Dyrektora Hospicjum obłożenie łóżek w opiece stacjonarnej w poszczególnych latach badanego okresu wynosiło 100%.

(akta kontroli str. 387)

Świadczeń ambulatoryjnych udzielano w Poradni czynnej od trzech do czterech dni w tygodniu, od 2,5 do czterech godzin dziennie, w tym jednego dnia w godzinach popołudniowych, zgodnie z pkt III ppkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.
Hospicjum zapewniło odpowiednią ilość godzin pracy lekarzy w poradni, tj. przynajmniej trzy razy w tygodniu po 2,5 godziny dziennie. Nie zapewniło wymaganej ilości godzin pracy psychologa, który dyżurował jeden dzień w tygodniu trzy godziny oraz pielęgniarki – od dwóch do trzech dni, bez zachowania odpowiedniej liczby godzin dyżurów w każdym dniu pracy Poradni[42].

(akta kontroli str. 319-320, 517-528)

W okresie objętym kontrolą Hospicjum udzielało świadczeń zdrowotnych w opiece stacjonarnej i domowej z udziałem dwóch podwykonawców, których nie zgłosiło ZOW NFZ, mimo wymogu określonego w § 7 zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2013/DSOZ oraz § 2 pkt 4 i pkt 5 umowy nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 r.
W latach 2015-2018 (I połowa) pacjentom leczonym stacjonarnie i w warunkach domowych wykonano łącznie 1 540 badań laboratoryjnych.[43] Hospicjum zawarło umowę z podwykonawcą na wykonywanie badań laboratoryjnych.
W 2017 r. Hospicjum zleciło wykonanie jednego badania diagnostycznego (scyntygrafii) szpitalowi, z którym nie miało zawartej umowy na wykonywanie badań diagnostycznych.

(akta kontroli str. 448-450)

1.4. We wszystkich latach objętych kontrolą, Hospicjum prowadziło listy oczekujących na przyjęcie (w podziale na przypadki pilne i stabilne).

Według stanu na 30.06.2018 r. na objęcie opieką w hospicjum domowym oczekiwało 28 chorych, a w hospicjum stacjonarnym ośmiu chorych.

Średni czas oczekiwania w opiece stacjonarnej wynosił siedem dni (w tym dziewięć dni – w przypadkach stabilnych i pięć – pilnych), a w opiece domowej – 17 dni. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w opiece stacjonarnej wzrósł z czterech dni (w 2015 r.) do dziewięciu (w I półroczu 2018 r.), a w opiece domowej z ośmiu dni (w 2016 r.) do 26 dni (w I półroczu 2018 r.).

Najdłuższy okres oczekiwania[44] na objęcie opieką w hospicjum domowym wynosił od 57 do 134 dni[45], a opieką w hospicjum stacjonarnym[46] – od 14 do 76 dni.

---

[42] Pielęgniarka pełniła dyżur w okresie: od stycznia do maja 2015 r. – przez trzy dni w tygodniu, ale bez zachowania wymaganego czasu pracy w środy (jedną godzinę), ale z zachowaniem – w czwartek (2,5 godziny) i piątek (trzy godziny); od czerwca do grudnia 2015 r. oraz w 2016 r.– przez trzy dni w tygodniu, ale bez zachowania wymaganego czasu pracy w środy (jedną godzinę) i czwartek (dwie godziny), ale z zachowaniem – w piątek (trzy godziny); od stycznia do kwietnia 2017 r. – przez dwa dni w tygodniu i bez zachowania wymaganego czasu pracy w środę (jedną godzinę), ale z zachowaniem – w piątek (trzy godziny); od maja 2017 r. do czerwca 2018 r. – przez dwa dni w tygodniu i bez zachowania wymaganego czasu pracy dziennie (w środę – jedną godzinę i czwartek – dwie godziny).

[43] W 2015 r. – 338, w 2016 r. – 364, w 2017 r. – 606 i w I półroczu 2018 r. – 232.

[44] Tj. czas oczekiwania – pomiędzy zgłoszeniem pacjenta do Hospicjum a datą udzielenia świadczenia. Według stanu na 30.06.2018 r. – na podstawie dokumentacji medycznej 30 osób najdłużej oczekujących na objęcie opieką w hospicjum domowym oraz 30 osób – w hospicjum stacjonarnym.

[45] We wszystkich badanych przypadkach stan zdrowia pacjentów objętych opieką domową był stabilny. Dotyczył to osób zamieszkujących w Szczecinie.

[46] San zdrowia 29 (z 30) pacjentów objętych opieką domową był stabilny, a jednego pacjenta – pilny (pacjent w czasie oczekiwania na objęcie opieką w hospicjum stacjonarnym był pod opieką Poradni). Dotyczyło to osób zamieszkujących w Szczecinie, Białym Zdroju, Stepnicy, Stargardzie, Kamieniu Pomorskim, Wysokiej

W Poradni pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w 2015 r. oraz w latach 2017-2018 (I połowa). W 2016 r. średni czas oczekiwania wynosił jeden dzień.

(akta kontroli str. 324-338)

W sprawie zasadności spełnienia przez Hospicjum wymogu zapewnienia dostępności lekarza, pielęgniarki i psychologa w poradni co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny, Dyrektor Hospicjum wyjaśnił: *wymóg (…) nie jest naszym zdaniem zasadny ze względu na niską ilość pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Pacjenci rzadko korzystają w czasie wizyty z porady pielęgniarki lub psychologa. Poradnia znajduje się w jednym z dwóch budynków na terenie hospicjum stacjonarnego, gdzie istnieje możliwość skorzystania z porady lekarza, pielęgniarki lub psychologa na bieżąco lub po ustaleniu terminu.*

(akta kontroli str. 475)

W sprawie przyjmowania pacjentów po przerwie w udzielaniu świadczenia, Dyrektor Hospicjum wyjaśnił, że: *Po przerwie w udzielaniu świadczeń w hospicjum domowym (np. z powodu hospitalizacji), pacjent jest przyjmowany od razu po informacji o powrocie do domu i przydzielany jest ten sam zespół (lekarz i pielęgniarka). W hospicjum stacjonarnym przy krótkiej hospitalizacji miejsce jest blokowane dla pacjenta, a przy dłuższej hospitalizacji jesteśmy w stałym kontakcie za szpitalem i pacjent przyjmowany jest poza kolejką.*

(akta kontroli str. 316)

W okresie 2015-2018 (I połowa) 273 osoby oczekujące na przyjęcie zmarło przed udzieleniem pierwszego świadczenia przez Hospicjum (w tym 126 osób oczekujących na opieką domową i 147 – na opiekę stacjonarną).

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in.: *(…) Przyczyny zgonów w czasie oczekiwania na miejsce, to: brak informacji ze strony rodziny o ciężkim stanie zdrowia chorego i zbyt późne zgłoszenie chorego, tj. rodzina decyduje się zgłosić pacjenta w momencie gdy jego stan jest już bardzo ciężki.*

(akta kontroli str. 315-316)

1.5. W Hospicjum nie stwierdzono przypadków odmów udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Spośród 3 110 przyjętych pacjentów w 2 884[47] przypadkach Hospicjum zaprzestało udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, z powodu:

- skierowania do dalszego leczenia w innym podmiocie – 777 pacjentów (27%);
- wypisania na własne żądanie – 56 pacjentów (2%);
- zakończenia procesu terapeutycznego lub diagnostycznego – siedmiu (0,2%).

Pozostałych 2 044 pacjentów zmarło (70,8%).

Nie stwierdzono przypadków niezasadnego zaprzestania udzielenia świadczeń pacjentowi.

(akta kontroli str. 315, 388, 409, 459-473)

1.6. W celu osiągnięcia i utrzymania wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, Hospicjum podejmowało dodatkowe działania w ramach tzw. „dobrych praktyk". Pacjentom zapewniono korzystanie ze wsparcia duchowego, a w ramach opieki stacjonarnej korzystania z podnośnika do wanny podczas kąpieli.

Kamiennej, Nowogardzie, Węgrowie, Choszcznie, Różnowie Tetyniu, Dalewie, Policach, Świnoujściu, Barnisławie.

[47] Tj. dla 1 596 pacjentów hospicjum stacjonarnego (2015 r. - 483; 2016 r. - 520; 2017 r. - 386; I połowa 2018 r.- 207); dla 1 239 pacjentów hospicjum domowego (2015 r. - 305; 2016 r. - 377; 2017 r. - 389; I połowa 2018 r. - 168); dla 49 pacjentów poradni medycyny paliatywnej (2015 r. - 21; 2016 r. - 13; 2017 r. - 14; I połowa 2018 r. – jednego).

Hospicjum zatrudniało koordynatora wolontariatu i korzystało ze wsparcia wolontariuszy „stałych" i „akcyjnych" (np. w 2017 r. skorzystano z pomocy 75 wolontariuszy „stałych" i 379 – „akcyjnych").
Nie zatrudniało pracownika socjalnego oraz nie udzielało wsparcia finansowego pacjentom, nie tworzono także grup wsparcia.

(akta kontroli str. 316-317, 401-404a)

W sprawie stosowanych tzw. „dobrych praktyk", Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in: *Hospicjum nie zatrudnia pracownika socjalnego natomiast współpracą z Ośrodkami Pomocy Społecznej zajmuje się sekretarka medyczna. Koordynator wolontariatu przy pomocy wolontariuszy stara się pomóc chorym w rozwiązaniu innych problemów. Hospicjum w kontrolowanym okresie nie zatrudniało opiekunek medycznych, ale korzystało z pomocy wolontariuszy medycznych. Hospicjum korzysta z wolontariuszy gospodarczych i medycznych, którzy wspomagają pracowników podczas codziennej opieki nad pacjentem. W Hospicjum domowym stosowanie wolontariatu wyręczającego to sporadyczne przypadki. Jeżeli jest ciężka sytuacja bytowa i rodzinna to koordynator stara się poszukać chętnego wolontariusza medycznego do pomocy. Hospicjum nie zatrudnia terapeuty zajęciowego. Zatrudnia natomiast księdza kapelana wyznania rzymskokatolickiego, który współpracuje z duchownymi innych wyznań. W ramach wsparcia zespół psychologów zajmuje się chorymi, rodzinami w żałobie po śmierci bliskich oraz dziećmi osieroconymi. Każdy pracownik potrzebujący takiego wsparcia może korzystać z pomocy zatrudnionych w Hospicjum psychologów oraz psychologów pracujących w Hospicjum w ramach wolontariatu. Organizowanie czasu wolnego (…) odbywa się przy pomocy wolontariuszy, którzy przychodząc na dyżur towarzyszą i organizują czas pacjentom. Posiadamy również bibliotekę do dyspozycji pacjentów. (…) W ramach wolontariatu Hospicjum zapewnia usługi fryzjerskie. W listopadzie 2018 roku Hospicjum pozyskało również wolontariuszkę, która zajmuje się kosmetologią i podologią.*

(akta kontroli str. 316-317)

Hospicjum pomagało pacjentom w uzyskaniu kontaktów z właściwymi organami pomocy społecznej w sprawach dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego i zasiłków.

(akta kontroli str. 422-423)

Zastępca Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Szczecinie poinformowała m.in.: *(…) nie odnotowano wniosków z Hospicjum oraz innych podmiotów udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie objęcia pomocą osób, będących pacjentami tych instytucji. (…) dotychczasowa współpraca w zakresie wymiany informacji z instytucjami działającymi na terenie Szczecina w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej układa się bez zastrzeżeń.*

(akta kontroli str. 275)

1.7. W sprawie problemów dotyczących realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, na podstawie umów zawartych z ZOW NFZ, Dyrektor Hospicjum wyjaśnił: *Problemy, które towarzyszą hospicjum na przestrzeni lat są natury zarówno organizacyjno-prawnej jak i finansowej. Jednym z nich jest sposób finansowania pobytu pacjenta w hospicjum. Dzień przyjęcia i dzień końca pobytu pacjenta jest traktowany według obowiązujących przepisów jako jeden dzień udzielania świadczeń. Zarówno w pierwszym jak i w ostatnim dniu udzielania świadczeń wykonywane są wszystkie czynności związane z opieką nad pacjentem. Wiąże się to ściśle z tym, że musimy ponosić koszty za cały okres przebywania pacjenta w hospicjum natomiast wypłacane świadczenia nie obejmują ostatniego*

dnia pobytu. (…) Dużym problemem organizacyjny jest zatrudnienie lekarzy ze specjalizacją z opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 315)

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), Dyrektor Hospicjum wyjaśnił: *Pacjenci, którzy zgłaszają się do hospicjum domowego i wymagają wizyty w trybie pilny z uwagi na silne dolegliwości bólowe mogliby być zaopatrywani w pomoc w ramach Poradni. Jednak ze względu na niską wycenę usług w Poradni przez Narodowy Fundusz Zdrowia trudno jest znaleźć lekarza specjalistę, dzięki któremu Poradnia funkcjonowałaby przez pięć dni w tygodniu. Stawka 50 zł za wizytę ogranicza możliwość opłacenia pracy lekarza, pielęgniarki oraz psychologa. Ponadto, bez względu na to czy porada odbywa się na miejscu w Poradni czy w ramach wyjazdu do domu chorego cena usługi jest taka sama. Uważamy, że zmiana sposobu finansowania działalności Poradni mogłaby przyczynić się do obsłużenia większej ilości pacjentów (…). Dodatkowym atutem podczas wizyty lekarskiej byłaby dokładniejsza kwalifikacja do hospicjum domowego.*

(akta kontroli str. 315)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1) Hospicjum nie spełniło minimalnych wymagań dotyczących zatrudnienia psychologów i fizjoterapeutów udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach domowych[48], określonych w pkt II ppkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. W lutym 2015 r. i lipcu 2016 r. nie zachowano dla nich wymaganego równoważnika przeliczeniowego na jeden etat, który dla:

- psychologów – wynosił odpowiednio: 0,43 i 0,40 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców,
- fizjoterapeutów – 0,23 i 0,21 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

W trakcie kontroli NIK Hospicjum zgłosiło zmiany personelu medycznego (w tym psychologów i fizjoterapeutów) do umowy zawartej z ZOW NFZ.

(akta kontroli: 322-323, 350-357, 424-447, 482-516)

W pkt II ppkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH określono, że zatrudnienie psychologów powinno odpowiadać 0,50 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców, a fizjoterapeutów 0,25 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił: *(…) Zaistniała sytuacja wynikała z tego, że w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) zgłaszany jest średniomiesięczny oraz średniotygodniowy czas pracy personelu w hospicjum domowym. W powyższych okresach zatrudnienie psychologów w hospicjum stacjonarnym było wyższe od wymaganego wg. rozporządzenia. Wynosiło ono odpowiednio w 2015 roku 0,95 etatu przy wymaganym 0,55 etatu, a w 2016 roku 0,95 etatu przy wymaganym 0,4 etatu. W związku z tym istniała możliwość przesunięcia psychologa z hospicjum stacjonarnego do hospicjum domowego i pokrycia brakującej części etatu. W lutym 2015 roku na 78 pacjentów przebywających w hospicjum domowym psycholodzy wykonali 30 wizyt. Nie było większego zapotrzebowania na wizyty psychologów w hospicjum domowym, dlatego też etaty z hospicjum stacjonarnego nie zostały*

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

przesunięte. Podobna sytuacja miała miejsce w lipcu 2016 roku, na 84 pacjentów będących pod opieką hospicjum domowego psycholodzy wykonali 19 wizyt. Również w tym przypadku nie było większego zapotrzebowania na wizyty psychologów, dlatego też etaty z hospicjum stacjonarnego nie zostały przesunięte.
Współczynnik zatrudnienia fizjoterapeutów w lutym 2015 roku i lipcu 2016 roku był faktycznie niższy od wymaganego (…).Zaistniała sytuacja wynikała z tego, że w SZOI zgłaszany jest średniomiesięczny oraz średniotygodniowy czas pracy personelu w hospicjum domowym. W powyższych okresach zatrudnienie fizjoterapeutów w hospicjum stacjonarnym było wyższe od wymaganego wg. rozporządzenia. Wynosiło ono odpowiednio w 2015 roku 0,80 etatu przy wymaganym 0,55 etatu, a w 2016 roku 0,80 etatu przy wymaganym 0,4 etatu. W związku z powyższym była możliwość przesunięcia fizjoterapeuty z hospicjum stacjonarnego do hospicjum domowego, a tym samym wypełnienia brakującej części etatu. Natomiast w lutym 2015 roku na 78 chorych fizjoterapeuci wykonali 23 wizyty. Nie było większego zapotrzebowania na wizyty rehabilitantów w hospicjum domowym, dlatego też nie dokonaliśmy przesunięcia zatrudnienia z hospicjum stacjonarnego. Analogiczna sytuacja miała miejsce w lipcu 2016 roku. Na 84 pacjentów fizjoterapeuci wykonali 20 wizyt. W tym przypadku również nie dokonano przesunięcia personelu z hospicjum stacjonarnego, ponieważ nie było większego zapotrzebowania na wizyty w hospicjum domowym. W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych podjęliśmy kroki mające na celu uzupełnienie braków oraz korektę błędów w SZOI powstałych na skutek nienależytego wywiązywania się z obowiązków przez kierownika medycznego. Po wprowadzeniu zmian do systemu współczynnik zatrudnienia fizjoterapeutów w październiku 2017 roku wynosi 1,86 etatu przy wymaganym 1,55 etatu wg. rozporządzenia.

(akta kontroli str. 477-478)

2) Hospicjum nie zapewniło wymaganych warunków udzielania świadczeń ambulatoryjnych przez pielęgniarkę i psychologa, tj. odpowiedniej ilości dni pracy w tygodniu oraz godzin pracy dziennie, określonych pkt III ppkt 1 i 2 załącznika nr do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

W latach 2015-2018 (I połowa) psycholog pełnił dyżur jeden dzień w tygodniu przez trzy godziny (we wtorek). Pielęgniarka pełniła dyżur:

- w okresie od stycznia do maja 2015 r. – przez trzy dni w tygodniu, ale bez zachowania wymaganego czasu pracy w środę (jedną godzinę),[49]
- od czerwca do grudnia 2015 r. oraz w 2016 r.– przez trzy dni w tygodniu, ale bez zachowania wymaganego czasu pracy w środę (jedną godzinę) i czwartek (dwie godziny),[50]
- od stycznia do kwietnia 2017 r. – przez dwa dni w tygodniu i bez zachowania wymaganego czasu pracy w środę (jedną godzinę),[51]
- od maja 2017 r. do czerwca 2018 r. – przez dwa dni w tygodniu i bez zachowania wymaganego czasu pracy (w środę – jedną godzinę czwartek – dwie godziny).

(akta kontroli str. 319-320, 517-528)

Zgodnie z punktem III ppkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH poradnia powinna być czynna co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych (do godziny 18.00). W wymaganiach dotyczących personelu medycznego wskazano, że świadczenia te udzielają: lekarz, pielęgniarka i psycholog (ppkt 1).

[49] Z zachowaniem czasu pracy w czwartek (2,5 godziny) i piątek (trzy godziny).
[50] Z zachowaniem czasu pracy w piątek (trzy godziny).
[51] Z zachowaniem czasu pracy w piątek (trzy godziny).

Oznacza to, że w Poradni lekarz, pielęgniarka i psycholog powinni być dostępni w godzinach jej pracy, tj. co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie.

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in.: *(…) ZOW NFZ mając dostęp na portalu SZOI do harmonogramu pracy poradni oraz pracy zatrudnionego personelu nie kwestionował tego sposobu prowadzenia poradni. Nadmieniam, że poradnia mieści się przy hospicjum stacjonarnym i w przypadku pilnej potrzeby pacjent może uzyskać poradę każdego z członków zespołu medycznego.*

(akta kontroli str. 349)

3) Hospicjum udzielało świadczeń zdrowotnych w opiece stacjonarnej i domowej z udziałem podwykonawców, których nie zgłosiło ZOW NFZ, mimo wymogu określonego w § 7 zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2013/DSOZ oraz w § 2 pkt 4 i pkt 5 umowy nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 r.
W okresie objętym kontrolą 436 pacjentom (14%) wykonano łącznie 1 540 badań laboratoryjnych. Hospicjum zawarło umowę z jednym podwykonawcą na wykonywanie badań laboratoryjnych. W 2017 r. Hospicjum zleciło wykonanie jednego badania diagnostycznego (scyntygrafii) szpitalowi, z którym nie miało zawartej umowy na wykonywanie badań diagnostycznych. Za realizację ww. badań zapłaciło 5,5 tys. zł.[52]

(akta kontroli str. 45, 422, 448-450)

W § 7 ust. 1 i 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2013/DSOZ oraz w § 2 pkt 4 i pkt 5 umowy nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 r. określono, że świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w ww. zarządzeniu, w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
Zgodnie z § 7 ust. 4 ww. zarządzenia oraz § 7 ww. umowy nawiązanie współpracy z podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziałowi Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in.: *Kierownik medyczny (….) nie zgłosiła podwykonawcy (w ww. zakresie) do umowy zawartej z ZOW NFZ.*

(akta kontroli str. 417)

W trakcie kontroli NIK Hospicjum zgłosiło podwykonawcę do umowy zawartej z ZOW NFZ.

(akta kontroli str. 480-481)

2. Realizacja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

2.1. We wszystkich objętych badaniem przypadkach[53], personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej posiadał wymagane kwalifikacje, określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych (40 pacjentom) zostały zgłoszone do ZOW NFZ, w aneksach aktualizujących załącznik nr 2 „Harmonogram-Zasoby" do umowy.[54]

Hospicjum, w okresie od 7.03.2017 r. do 14.05.2018 r., nie zgłosiło do ZOW NFZ danych dotyczących ukończenia kursu w zakresie medycyny paliatywnej

[52] W 2015 r. – 1,3 tys. zł, w 2016 r. – 1,5 tys. zł, w 2017 r. – 2 tys. zł i w I półroczu 2018 r. – 0,7 tys. zł.
[53] Badaniem objęto dokumentację medyczną łącznie 40 pacjentów, w tym: 18 – objętych opieką stacjonarna, 14 objętych opieką domową i ośmiu – objętych opieką ambulatoryjną. W jednym przypadku z powodu braku zgody pacjenta na kontynuowanie wizyt pielęgniarskich oraz odbycia wizyty lekarskiej wyłączeniowej, wypisano go z opieki domowej hospicyjnej i nie uwzględniono w badaniu kontrolnym NIK.
[54] Nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 r.

i hospicyjnej lekarza udzielającego świadczeń dwóm (z 39) pacjentom.[55] W trakcie udzielania świadczeń lekarz posiadał wymagane przepisami kwalifikacje (uzyskane 22.01.2017 r.), mimo że nie zostały one zgłoszone do ZOW NFZ. Wymóg bieżącego aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym został określony w § 2 pkt 8 ww. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.
Zmiany danych w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby" do umowy dokonano 15.05.2018 r. (aneksem nr 38), tj. po ponad roku od zatrudnienia lekarza (6.03.2017 r.)

(akta kontroli str. 45, 340, 366-385, 459-473)

Dyrektora Hospicjum wyjaśnił: *(…) brak wykazania ukończonego kursu w rubryce Kompetencje lekarza hospicjum S. B. zaistniała w wyniku niedopełnienia obowiązków przez kierownika medycznego (…). W momencie gdy zauważyliśmy brak wprowadzonego dokumentu uzupełniliśmy braki (aneks nr 38).*

(akta kontroli str. 386)

2.2. Hospicjum zapewniło wszystkim pacjentom całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę[56] w hospicjum stacjonarnym oraz domowym, zgodnie z pkt I ppkt 3 i pkt II ppkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH[57]. Pacjentom zapewniono także dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez psychologa i fizjoterapeutę.
W hospicjum domowym we wszystkich przypadkach porady lekarskie odbywały się przynajmniej dwa razy w miesiącu, a porady pielęgniarskie – przynajmniej dwa razy w tygodniu, zgodnie z wymogami rozporządzenia.
Hospicjum prawidłowo udzielało świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, z zachowaniem wymaganej częstotliwości porad i wizyt domowych (tj. nie więcej niż dwóch w tygodniu). W 17 przypadkach (44,7%) pacjentom udzielono porad w domu pacjenta (w trakcie wizyt domowych).[58]

(akta kontroli str. 359-364, 459-473)

2.3. W ramach opieki stacjonarnej i domowej Hospicjum zapewniło pacjentom świadczenia zdrowotne udzielane przez:

- fizjoterapeutów – wszystkim pacjentom, którym je zlecono (w tym 18 pacjentom leczonym stacjonarnie i dwóm – w warunkach domowych[59]). Pacjentom objętym opieką stacjonarną udzielono od dwóch do 158 świadczeń z zakresu fizjoterapii w trakcie pobytu w Hospicjum,
- psychologów – wszystkim pacjentom z objawami wskazującymi na potrzebę takiej konsultacji (39).[60]

W przypadkach objętych kontrolą Hospicjum nie proponowało rodzinom pacjentów opieki wyręczającej, np. poprzez skierowanie chorego do hospicjum stacjonarnego.

Leczenie bólu zapewniono wszystkim 35 (z 40) pacjentom, którzy uskarżali się na ból (89,7%).[61] Hospicjum monitorowało w sposób ciągły ból pacjentom leczonym

[55] Jeden pacjent odmówił udzielania świadczeń przez lekarza.
[56] W przypadku hospicjum stacjonarnego całodobowe świadczenia udzielane przez pielęgniarkę przez siedem dni w tygodniu.
[57] Tj. 18 pacjentom objętych opieką stacjonarną i 13 – domową. Jeden pacjent objęty opieką domową nie wyraził zgody na kontynuowanie wizyt pielęgniarskich oraz odbycia wizyty lekarskiej wyłączeniowej, wypisano go z opieki domowej hospicyjnej. Nie uwzględniono w badaniu kontrolnym NIK.
[58] Badaniem objęto 38 pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Ponadto ośmiu pacjentom udzielano porad zarówno w Poradni jak i w domu pacjenta (wizyty domowe).
[59] Tj. 62,5% pacjentom, którym te świadczenia przysługiwały.
[60] Tj. 97,5% pacjentom, którym te świadczenia przysługiwały. W tym ośmiu pacjentom objętych opieką ambulatoryjną, których dokumentację medyczną objęto badaniem.

stacjonarnie, a pacjentom leczonym w warunkach domowych podczas każdej wizyty personelu medycznego (w dokumentacji medycznej).
Opioidy stosowano w leczeniu bólu 33 pacjentów (94,3%). Najdłuższy okres utrzymywania się bólu wynosił dobę i dotyczył 22 pacjentów.[62]

Hospicjum nie zleciło badań diagnostycznych i laboratoryjnych żadnemu pacjentowi. Natomiast 16 pacjentom[63] wykonano badania poziomu cukru przy użyciu glukometru.

We wszystkich objętych badaniem przypadkach pacjentów leczonych w warunkach domowych (13) Hospicjum nie udostępniało sprzętu medycznego lub pomocniczego[64], określonego w pkt II ppkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH. Hospicjum udzielając świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zapewniło dwóm pacjentom (hospicjum stacjonarnego) przejazd środkami transportu sanitarnego (5,1%).

(akta kontroli str. 319-320, 459-473)

2.4. Dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. We wszystkich badanych przypadkach:

- dokumentacja prowadzona była w postaci elektronicznej, w której odnotowano wszystkie udzielone świadczenia i porady. Niezwłocznie potwierdzane były wizyty personelu medycznego (w tym na kartach wizyt);
- 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;
- do dokumentacji medycznej załączone były skierowania stanowiące podstawę objęcia opieką przez Hospicjum. We wszystkich skierowaniach wpisano rozpoznanie (jednostkę chorobową kwalifikująca do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną), zgodnie z zakresem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.

W 10 przypadkach stan zdrowia pacjentów uniemożliwiał wyrażenia świadomej zgody na objęcie opieką (w tym w ośmiu przypadkach pacjentów leczonych stacjonarnie i dwóch – w warunkach domowych).
Zgodę na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego w formie upoważnienia wyrazili w imieniu pacjentów członkowie rodziny (w siedmiu przypadkach), a do hospicjum domowego – opiekun faktyczny i członek rodziny (w dwóch przypadkach). Upoważnienia były dołączone do dokumentacji medycznej.
W jednym przypadku zgodę na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego pacjent wyraził ustnie – lekarz w dokumentacji medycznej odnotował, że zgodę pacjent wyraził ustnie, ze względu na stan zdrowia.

(akta kontroli str.459-473)

2.5. We wszystkich objętych badaniem przypadkach, nie stwierdzono naruszenia warunków udzielania 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

[61] W tym 18 pacjentom leczonym stacjonarnie, 10 – w warunkach domowych i siedem – w warunkach ambulatoryjnych.
[62] W tym 14 pacjentów leczonych stacjonarnie i ośmiu – w warunkach domowych. U pacjentów leczonych ambulatoryjnie ból pojawiała się okresowo.
[63] W tym 15 pacjentom leczonym stacjonarnie i jednemu – w warunkach domowych.
[64] W tym pom infuzyjnych.

Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[65]).
Hospicjum monitorowało występowanie odleżyn u wszystkim pacjentów leczonych stacjonarnie (18) oraz w warunkach domowych (13). Odleżyny leczono czterem pacjentom objętym opieką stacjonarną. W pozostałych przypadkach nie było takiej konieczności.[66]

(akta kontroli str. 459-473)

Hospicjum posiadało sprzęt medyczny i pomocniczy przeznaczony do udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych, zgodnie z pkt I ppkt 2 w załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.
Hospicjum posiadało 11 sal chorych[67] wyposażonych łącznie w 25 łóżek o regulowanej wysokości, z ruchomymi barierkami zabezpieczającymi przed wypadnięciem, z wysięgnikiem do podnoszenia[68] oraz materacami przeciwodleżynowymi. W Hospicjum znajdowało się:

- dziewięć koncentratorów tlenu (tj. jeden na każde trzy rozpoczęte łóżka),
- sześć ssaków elektrycznych (jeden na każde pięć rozpoczętych łóżek),
- dwie pompy infuzyjne (jedną na każde rozpoczęte 15 łóżek),
- inhalatory (cztery), glukometry (pięć), aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego (cztery), zestawy do udzielani pierwszej pomocy (dwa), aparat EKG (jeden), sprzęt do poruszania się (kule, laski, balkoniki, wózki inwalidzkie), krzesła toaletowe oraz sprzęt przeciwodleżynowy (poduszki, podpórki i wałki).

Sale chorych wyposażone były także w telewizory i szafki nocne przy łóżkach oraz dodatkowe stoliki na łóżka. Przy każdym łóżku znajdował się sprawny przycisk instalacji przywoławczej. W Hospicjum wyodrębniono salę pro morte.[69] Teren Hopsicjum był ogrodzony, z urządzonym ogrodem i tarasem dla pacjentów.

Ustalony w trakcie kontroli NIK (28.11.2018 r.) rodzaj i ilość sprzętu medycznego i pomocniczego – poza koncentratorami tlenu – był zgodny z danymi określonymi w umowie zawartej z ZOW NFZ.
W aneksie nr 34 z dnia 21.12.2017 r. do umowy[70] zmieniono załącznik nr 2 „Harmonogram-Zasoby", w którym określono siedem koncentratorów tlenów w zakresie świadczeń hospicjum stacjonarnego (na 25 posiadanych łóżek). W trakcie oględzin ustalono dziewięć takich urządzeń o numerach seryjnych[71] innych niż te określone w aneksie.[72] Wszystkie koncentratory tlenu ustalone w trakcie oględzin zostały zakupione w latach 2004-2016, tj. przed zawarciem aneksu nr 34 z 21.12.2017 r.

(akta kontroli str. 240-254, 265-266, 390-395, 413, 459-473)

2.6. W celu zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, Hospicjum podejmowało dodatkowe działania w ramach tzw. „dobrych praktyk". Pacjentom zapewniono korzystanie ze wsparcia duchowego (w 17 z 40 badanych przypadków), a w ramach opieki stacjonarnej korzystanie z podnośnika do wanny podczas kąpieli (w 12 z 18 przypadków).

(akta kontroli str. 459-473)

---

[65] Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.
[66] W dokumentacji medycznej jednego pacjenta leczonego ambulatoryjnie odnotowano wystąpienie odleżyn, które były leczone po zabiegu chirurgicznym.
[67] Jedno, dwu, trzy i czteroosobowe.
[68] W jednej wydzielonej łazience znajdowała się wanna z hydromasażem i podnośnikiem.
[69] Pomieszczenie, w którym przechowuje się zwłoki pacjenta jeszcze przez dwie godziny po jego zgonie.
[70] Nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001.
[71] Nr: SNWY09120202, 992387, SN5FW09120200, SN5FW09120220, SN0119185, SN0049992, SN0119175, SN0011187, SN0182808.
[72] Nr: 1198A254517, 06981043220, 06981043213, 06981043221, 1198A254717, 1108010207, 950300008.

W latach 2015-2017 Hospicjum otrzymało z tytułu darowizn 1 064,1 tys. zł (z tego: w 2015 r. – 339 tys. zł, w 2016 r. – 394,4 tys. zł i w 2017 r. – 330,7 tys. zł).[73]

(akta kontroli str.401-402)

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił: *Dzięki pozyskiwanym środkom finansowym w ramach 1% podatku dochodowego dla organizacji pożytku publicznego, Hospicjum sukcesywnie przeprowadza remont budynku hospicjum stacjonarnego (m.in. wymiana dachu, odnowienie elewacji, remont pokoi chorych), wymienia zużyty sprzęt medyczny (m.in. łóżka, koncentratory tlenu). Remont sal chorych wpływa na lepsze samopoczucie osób, które przebywają w hospicjum stacjonarnym. Sprzęt medyczny podnosi natomiast jakość życia i ułatwia pielęgnacje pacjentów.*

(akta kontroli str.476)

2.7. W latach 2015-2018 (I połowa) do Hospicjum nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Hospicjum nie prowadziło sporów sądowych z pacjentami ani z ich opiekunami.

(akta kontroli str. 315-316)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

Za przyzwoleniem ZOW NFZ[74], Hospicjum zgłosiło siedem koncentratorów tlenów do świadczeń hospicjum stacjonarnego w aneksie nr 34 z dnia 21.12.2017 r. zmieniającego załącznik nr 2 „Harmonogram-Zasoby" do umowy o udzielanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.[75]

Było to niezgodne z pkt I ppkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH, w którym określono, że należy zapewnić co najmniej jeden koncentrator tlenu na każde rozpoczęte trzy łóżka.

Hospicjum na 25 posiadanych łóżek powinno zapewnić co najmniej dziewięć koncentratorów tlenów. Do czasu zakończenia kontroli NIK (14.12.2018 r.) nie zgłoszono właściwej ilości koncentratorów tlenu, posiadanych przez Hospicjum dla pacjentów hospicjum stacjonarnego (dziewięć).

(akta kontroli str. 254, 265-266, 390-395, 408, 413)

Dyrektor Hospicjum wyjaśnił m.in.: *(…) lista udostępnianych zasobów wg aneksu nr 34 z 21.12.2017 r. (…) zostanie bezzwłocznie uaktualniona*.

(akta kontroli str. 414)

3. Rozliczanie się z ZOW NFZ

Opis stanu faktycznego

3.1. Wszystkie miesięczne raporty statystyczne[76], przekazywane przez Hospicjum do ZOW NFZ drogą elektroniczną, zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni i udzielonych poradach.

We wszystkich przypadkach[77], Hospicjum prawidłowo wykazało dni opieki udzielonej pacjentom, z uwzględnieniem przerw w opiece, głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców oraz prawidłowo wykazało jednostki rozliczeniowe (osobodni i porady).

(akta kontroli str. 405-407)

[73] Tj. 1% podatku dochodowego od osób fizycznych dla organizacji pożytku publicznego.
[74] Dane te były zawarte w aneksie nr 34 z 21.12.2017 r. obowiązującym w 2018 r.
[75] Nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001.
[76] Będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych.
[77] Na podstawie danych w raportach statystycznych 40 pacjentów, których dokumentację medyczną objęto badaniem.

3.2. W latach 2015-2018 (I połowa) ZOW NFZ nie prowadził w Hospicjum kontroli dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.
(akta kontroli str. 285)

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

(akta kontroli str. 314)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

IV. Wnioski

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

1) *Zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*
   a) *w warunkach domowych przez psychologów i fizjoterapeutów, z zachowaniem wymaganego równoważnika etatu przeliczeniowego, określonego w pkt II ppkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.*
   b) *w warunkach ambulatoryjnych przez pielęgniarkę i psychologa co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godzinny dziennie, zgodnie pkt III ppkt 1 i 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych OPH.*
2) *Zgłoszenie właściwej ilości koncentratorów tlenu w hospicjum stacjonarnym do umowy zawartej z ZOW NFZ nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001 z 30.06.2014 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 ust. 1 i ust. 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.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku 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.

Szczecin, dnia 19 grudnia 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontrolerzy:

Dyrektor

Sylwia Księżopolska

Specjalista kontroli państwowej

Bogumiła Mędrzak

Główny specjalista kontroli państwowej