



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.015.02.2018

Pan
Tomasz Korga
Prezes Zarządu
Stowarzyszenia Hospicyjno-Paliatywnego
„Hospicjum Płockie” pod wezwaniem św. Urszuli
Ledóchowskiej
al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 37,
09-407 Płock

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Stowarzyszenie Hospicyjno-Paliatywne „Hospicjum Płockie” pod wezwaniem św. Urszuli Ledóchowskiej, al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 37, 09-407 Płock ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Korga, Prezes Zarządu Stowarzyszenia.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeżeli 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Paweł Piotrowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/129/2018 z 6 września 2018 r. (akta kontroli str. 1-3)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Stowarzyszenie, w okresie objętym kontrolą, na ogół prawidłowo realizowało zawarte z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ⁴ umowy o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej⁵, tj. działało zgodnie z warunkami określonymi w umowie, a także przestrzegało przepisów ogólnych, z wyjątkiem bieżącego aktualizowania danych o swoich zasobach personalnych.

Personel zatrudniony do udzielania świadczeń OPH posiadał wymagane kwalifikacje i doświadczenie a wyposażenie w sprzęt medyczny i pomocniczy odpowiadało wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶. Świadczeniodawca objął opieką łącznie 880 pacjentów, w tym 827 z chorobą nowotworową. Pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w poradni medycyny paliatywnej, natomiast na udzielenie świadczeń OPH w warunkach stacjonarnych i domowych obowiązywała kolejka. Nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczeń. Stowarzyszenie prawidłowo rozliczało się z MOW NFZ, uzyskując za udzielone świadczenia w badanym okresie kwotę 6,6 mln zł⁷.

Jako dobrą praktykę w opiece paliatywnej i hospicyjnej należy wskazać działania Hospicjum w zakresie opracowania i stosowania indywidulanych planów opieki nad pacjentem, udziału w tej opiece wolontariuszy medycznych, a także pozyskiwania środków w ramach organizacji pożytku publicznego.

¹ Dalej: Hospicjum lub Stowarzyszenie.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej także: MOW NFZ.

⁵ Dalej także: OPH.

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

⁷ Wg stanu na 8 listopada 2018 r.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły rozbieżności pomiędzy faktycznym zatrudnieniem personelu, a danymi określonymi w umowach z MOW NFZ, niespełnienia minimum etatowego przy zatrudnieniu lekarza, psychologa i fizjoterapeuty w hospicjum domowym dla dzieci w lipcu 2016 r. i maju 2018 r. oraz udziału w opiece paliatywnej pacjentów stacjonarnych, lekarzy niespełniających wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie OPH.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności.

OBSZAR

1. Realizacja umów o świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

1.1. Organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Opis stanu faktycznego

W latach 2015-2018 (I półrocze), Hospicjum Płockie udzielało świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych⁹, domowych dla dorosłych i dzieci¹⁰ oraz ambulatoryjnych¹¹.

Ponadto Stowarzyszenie prowadzi Zakład Opiekuńczo-Lecniczy (ZOL).

(akta kontroli str. 4-44)

Stowarzyszenie zawarło z MOW NFZ kontrakty w kwocie ogółem 6 661,6 tys. zł, z tego na opiekę: stacjonarną – 3 938,3 tys. zł, domową dla dorosłych – 1 445,4 tys. zł, i dzieci – 822,2 tys. zł, ambulatoryjną – 61,5 tys. zł oraz na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek – 394,2 tys. zł. Stowarzyszenie, za udzielone świadczenia OPH, uzyskało kwotę ogółem 6 598,2 tys. zł, w tym za lata 2015-2017 w wysokości 5 374,8 tys. zł, a za I półrocze 2018 r. – 1 223,4 tys. zł. Kwoty te stanowiły, odpowiednio 100,2% i 95,7% kwot zakontraktowanych oraz 100% i 91,6% wartości wykonanych świadczeń.

Koszty udzielonych przez Hospicjum świadczeń OPH były wyższe od środków otrzymanych z NFZ w przypadku opieki stacjonarnej (o 16,9 %) i opieki domowej dla dorosłych (3,6%) oraz niższe w przy opiece domowej dla dzieci (o 1,5 %) ¹².

Kwota uzyskana z tytułu kontraktu OPH stanowiła 67,6% otrzymanej kwoty z tytułu umów zawartych z NFZ w tych latach.

(akta kontroli str. 54-55)

W latach objętych kontrolą świadczeń OPH udzielono 880 pacjentom, w tym w warunkach: stacjonarnych – 410¹³, domowych dla dorosłych – 354 i dla dzieci – 20 oraz ambulatoryjnych¹⁴ – 96.

W latach 2015 - 2017 istotnie zwiększono skalę udzielania świadczeń OPH w hospicjum domowym dla dorosłych, z których w 2017 r. korzystało 161 pacjentów, tj. o 56 więcej niż w 2015 r. Hospicjum domowe przeciętnie w jednym momencie obejmowało 33 pacjentów dorosłych i ośmioro dzieci. Podstawą przyjęcia do opieki paliatywnej i hospicyjnej były głównie choroby nowotworowe (94,0%). Średni czas objęcia opieką wyniósł 110 dni, z tego w hospicjum: stacjonarnym 25 dni, domowym dla dorosłych 76 dni, domowym dla dzieci – 230 dni.

(akta kontroli str. 4, 54-56)

1.2. W wybranych do kontroli czterech miesiącach¹⁵ Stowarzyszenie, z wyjątkiem hospicjum domowego dla dzieci, spełniało wymagania dotyczące zatrudnienia personelu dla zakresu realizowanych świadczeń, zgodnie z załącznikiem 2 do rozporządzenia w sprawie OPH.

Świadczeń OPH udzielało ogółem:

⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ W hospicjum stacjonarnym funkcjonującym od października 1997 r.

¹⁰ W hospicjum domowym dla dorosłych od listopada 1987 r. oraz dla dzieci od października 2006 r.

¹¹ W poradni medycyny paliatywnej działającej od kwietnia 2017 r.

¹² W przypadku opieki ambulatoryjnej były one równe świadczeniom wykonanym.

¹³ Hospicjum stacjonarne dysponowało 15 łózkami w 2015 r. oraz 14 w latach 2016-2018 (I półr.).

¹⁴ Poradnia medycyny paliatywnej jest czynna trzy dni w tygodniu, tj. w poniedziałek i środę w godzinach 10-14 oraz we wtorek od godz. 14 do 18.

¹⁵ Tj. luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r., maj 2018 r.

- a) 10 lekarzy¹⁶ z zachowaniem równoważnika jednego etatu przeliczeniowego na:
 - 10 łóżek w hospicjum stacjonarnym,
 - 30 świadczeniobiorców w hospicjum domowym dla dorosłych,
 - 20 pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci, z wyjątkiem lipca 2016 r.;
- b) 31 pielęgniarek, z tego 20, spełniających wymogi załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, których czas pracy przekraczał znacznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych (w badanych czterech miesiącach, odpowiednio: 78,6%, 76,1%, 61,0%, 55,7% czasu pracy) oraz domowych dla dorosłych (w maju 2018 r. – 93,3%, w pozostałych badanych miesiącach – 100%), i dzieci (luty 2015 – 80%, lipiec 2016 – 33,3%, pozostałe dwa badane miesiące – 100%.);
- c) 5 psychologów¹⁷ z zachowaniem równoważnika 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek w hospicjum stacjonarnym, 30 świadczeniobiorców w hospicjum domowym dla dorosłych oraz 15 świadczeniobiorców w hospicjum domowym dla dzieci, z wyjątkiem lipca 2016 r.;
- d) dwie fizjoterapeutki¹⁸ z zachowaniem równoważnika 1/4 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek w hospicjum stacjonarnym.

W pozostałych zakresach udzielanych świadczeń¹⁹, we wszystkich badanych miesiącach, Stowarzyszenie osiągnęło lub przekroczyło wymagane wskaźniki zatrudnienia personelu; przykładowo w lipcu 2016 r.:

- w hospicjum stacjonarnym świadczeń 10 pacjentom²⁰ udzielali lekarze zatrudnieni na 1,5 etatu, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 1,50 na 10 świadczeniobiorców;
- w hospicjum domowym dla dorosłych świadczeń 30 pacjentom²¹ udzielały pielęgniarki zatrudnione na 3,5 etatu, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 1,75 na 15 świadczeniobiorców.

(akta kontroli str. 58-63)

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH ww. wskaźnik w hospicjum stacjonarnym i domowym dla dorosłych powinien wynieść 1,00.

Świadczeniodawca spełniał również inne – wybrane do kontroli – warunki udzielania świadczeń, tj.:

- a) dla opieki stacjonarnej – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i całodobową gotowość udzielania świadczeń przez pielęgniarkę, przez 7 dni w tygodniu;
- b) dla opieki ambulatoryjnej – poradnia czynna była trzy dni w tygodniu (poniedziałek-środa), po cztery godziny dziennie, w tym we wtorek w godzinach popołudniowych (14:00-18:00)²²; a świadczenia dla poszczególnych pacjentów odbywały się nie częściej niż 2 razy w tygodniu²³;
- c) dla opieki domowej (dla dorosłych i dzieci) – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

(akta kontroli str. 4-5, 58-72, 317)

¹⁶ Lekarze zatrudnieni (lub odbywający specjalizację), w celu udzielania świadczeń zdrowotnych – opieka paliatywna i hospicyjna. 10 lekarzy legitymowało o się dokumentem potwierdzającym ukończenie kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego bólu, objawów somatycznych i psychicznych, w tym jeden posiadał specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej, a trzech odbywało specjalizację w tej dziedzinie.

¹⁷ Posiadających tytuł zawodowy magister, otrzymany po ukończeniu studiów wyższych, na kierunku: psychologia.

¹⁸ Spełniające wymogi określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia OPH.

¹⁹ Tj. bez hospicjum domowego dla dzieci.

²⁰ Podano średniomiesięczną liczbę pacjentów.

²¹ Podano średniomiesięczną liczbę pacjentów.

²² Tj. spełniono wymóg co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym 1 dzień w godzinach popołudniowych dla całego personelu: lekarza, pielęgniarki i psychologa.

²³ W badanym okresie w ramach opieki ambulatoryjnej nie udzielano świadczeń w domu świadczeniobiorcy.

Ponad 3 letnie doświadczenie w OPH posiadało 78,6% lekarzy i 87,8% pielęgniarek. Praca w Hospicjum nie stanowiła jedynego miejsca pracy dla zatrudnionych w nim lekarzy, pielęgniarek, psychologów, i fizjoterapeutów. Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił, że przyczyną takiego stanu rzeczy są niewystarczające zarobki personelu medycznego.

(akta kontroli str. 58-59, 75)

Ustalono, że dla następującej części personelu czas pracy w miesiącu nie przekraczał 40 godzin:

- luty 2015

- sześć osób (pielęgniarki), na 25 zatrudnionych, w hospicjum stacjonarnym²⁴,
- dwie osoby (psycholodzy), na dziewięć zatrudnionych w hospicjum domowym dla dorosłych²⁵,

- dwie osoby (pielęgniarka i fizjoterapeuta), na pięć zatrudnionych w hospicjum domowym dla dzieci²⁶;

- lipiec 2016 r.

- trzy osoby (pielęgniarki), na 29 zatrudnionych, w hospicjum stacjonarnym²⁷,

- jedna osoba (fizjoterapeuta), na pięć zatrudnionych w hospicjum domowym dla dzieci²⁸;

- październik 2017 r.

- cztery osoby (dwoje lekarzy, jeden psycholog i fizjoterapeuta), na 27 zatrudnionych, w hospicjum stacjonarnym²⁹,

- cztery osoby (troje lekarzy i fizjoterapeuta), na 16 zatrudnionych w hospicjum domowym dla dorosłych³⁰,

- trzy osoby (dwoje lekarzy i fizjoterapeuta), na siedem zatrudnionych w hospicjum domowym dla dzieci³¹;

- cztery osoby (dwoje lekarzy i dwie pielęgniarki), na pięć zatrudnionych w poradni medycyny paliatywnej³²;

- maj 2018 r.

- sześć osób (dwoje lekarzy, trzy pielęgniarki i psycholog), na 27 zatrudnionych, w hospicjum stacjonarnym³³,

- sześć osób (troje lekarzy, pielęgniarka, psycholog i fizjoterapeuta), na 15 zatrudnionych w hospicjum domowym dla dorosłych³⁴,

- pięć osób (dwoje lekarzy, dwie pielęgniarki i fizjoterapeuta), na osiem zatrudnionych w hospicjum domowym dla dzieci³⁵;

- cztery osoby (dwoje lekarzy i dwie pielęgniarki), na pięć zatrudnionych w poradni medycyny paliatywnej³⁶.

(akta kontroli str. 56-57, 64)

Na podstawie analizowanych czterech miesięcy oraz badanej próby 40 pacjentów ustalono, że Hospicjum wykorzystywało posiadane zasoby, tj:

a) średnie, przeciętne obłożenie łóżek w hospicjum stacjonarnym wynosiło, odpowiednio: 96,7%, 99,3%, 80,0% i 91,4%³⁷;

²⁴ Troje lekarzy, 20 pielęgniarek, psycholog i fizjoterapeuta.

²⁵ Dwoje lekarzy, cztery pielęgniarki, dwóch psychologów i jeden fizjoterapeuta.

²⁶ Jeden lekarz, dwie pielęgniarki, psycholog i fizjoterapeuta.

²⁷ Troje lekarzy, 24 pielęgniarki, psycholog i fizjoterapeuta.

²⁸ Jeden lekarz, dwie pielęgniarki, jeden psycholog i fizjoterapeuta. W hospicjum domowym dla dorosłych nikt z personelu (dwoje lekarzy, cztery pielęgniarki, dwoje psychologów, jeden fizjoterapeuta), nie pracował mniej niż 40 godzin w miesiącu.

²⁹ Pięcioro lekarzy, 18 pielęgniarek, dwóch psychologów i fizjoterapeutów.

³⁰ Pięcioro lekarzy, sześć pielęgniarek, trzech psychologów i dwóch fizjoterapeutów.

³¹ Troje lekarzy, dwie pielęgniarki, psycholog i fizjoterapeuta.

³² Dwoje lekarzy, dwie pielęgniarki i psycholog.

³³ Pięcioro lekarzy, 17 pielęgniarek, dwóch psychologów i fizjoterapeutów.

³⁴ Pięcioro lekarzy, sześć pielęgniarek, dwóch psychologów i fizjoterapeutów.

³⁵ Troje lekarzy, trzy pielęgniarki, psycholog i fizjoterapeuta.

³⁶ Dwoje lekarzy, dwie pielęgniarki i psycholog.

³⁷ Tj. wskaźnik wykorzystania łóżek: 14,5; 13,9; 11,2; 12,8.

b) udostępniło sprzęt medyczny³⁸ określony w kontrakcie z MOW NFZ, taki m.in., jak: materace przeciwoleżynowe, koncentrator tlenu, inhalator, wózek inwalidzki, balkonik, pompa infuzyjna³⁹, pulsoksymetr, ssak elektryczny i kula rehabilitacyjna. Ustalono również, że w latach 2015-2018 (I półrocze) w hospicjum domowym dla dorosłych objęto opieką chorych w liczbie przewyższającej limit uzgodniony z MOW NFZ o odpowiednio: 9, 12, 12, i 16 pacjentów⁴⁰, natomiast w hospicjum domowym dla dzieci o dwoje pacjentów w maju 2018 r.⁴¹

(akta kontroli str. 57-72, 317)

W ocenie Prezesa Stowarzyszenia wykaz sprzętu medycznego i pomocniczego określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH nie wymaga zmian.

(akta kontroli str. 75)

Analizując stan zatrudnienia całego personelu medycznego w badanym okresie (ogółem 48 osób⁴²) w 15 przypadkach (31,2%)⁴³, stwierdzono, następujące rozbieżności pomiędzy rzeczywistym okresem zatrudnienia w zakresie udzielania świadczeń OPH w Stowarzyszeniu, a danymi ujętymi w załącznikach „Harmonogram-zasoby” do umów z MOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna:

1) w obowiązujących do 30 czerwca 2018 r. umowach z MOW NFZ w ww. załączniku nie był ujęty lekarz p. L. G., który udzielał świadczeń OPH⁴⁴

w Stowarzyszeniu od 18 kwietnia 2017 r. Stowarzyszenie poinformowało MOW NFZ o fakcie zatrudnienia ww. lekarza z chwilą złożenia oferty do nowej, obowiązującej od 1 lipca 2018 r., umowy z Funduszem na udzielanie świadczeń OPH⁴⁵;

2) w obowiązującej do 30 czerwca 2018 r. umowie z MOW NFZ o udzielanie świadczeń OPH, w ww. załączniku⁴⁶, ujęto psycholog p. K. P.-W., która zakończyła pracę w Hospicjum z dniem 31 grudnia 2017 r.⁴⁷

W załączniku Harmonogram-zasoby do umów z MOW NFZ obowiązujących od 1 marca do 27 grudnia 2017 r.⁴⁸, nie ujęto psycholog p. A. W., udzielającą w tym okresie świadczeń OPH⁴⁹;

3) W ww. załączniku do umów z MOW NFZ ujęte były pielęgniarki:

- p. E. P. zatrudniona do dnia 30 kwietnia 2017 r. w hospicjum stacjonarnym ujęta była w umowach obowiązujących do dnia 28 grudnia 2017 r.⁵⁰;

³⁸ Ustalono na podstawie badanej próby 40 pacjentów.

³⁹ W hospicjum domowym dla dzieci.

⁴⁰ Luty 2015 r.: limit pacjentów – 20, liczba pacjentów objętych opieką – 29; lipiec 2016 r.: limit pacjentów – 20, liczba pacjentów objętych opieką – 32; październik 2017 r.: limit pacjentów – 23, liczba pacjentów objętych opieką – 35; maj 2018 r.: limit pacjentów – 23, liczba pacjentów objętych opieką – 39.

⁴¹ W miesiącach luty 2015 r., lipiec 2016 r. oraz październik 2017 r. opieką objęto, zgodnie z limitem OW NFZ, odpowiednio: sześcioro, dziewięcioro i 10 dzieci, natomiast w maju 2018 r. – 12 dzieci, tj. dwoje ponad limit.

⁴² 10 lekarzy (bez lekarzy, których jedynym miejscem pracy w Stowarzyszeniu – zgodnie z umowami – był ZOL), 31 pielęgniarek, pięciu psychologów i dwie fizjoterapeutki.

⁴³ Jeden lekarz, 12 pielęgniarek i dwóch psychologów.

⁴⁴ Na podstawie skierowania Wojewody Mazowieckiego do odbywania specjalizacji w Stowarzyszeniu – pismo znak: WZ-I.9710.126.1.2017.AM z dnia 3 kwietnia 2017 r.

⁴⁵ Umowa nr 07R-6-00227-15-01-2018-2023/18 (07-00-01183-18-03/06) z dnia 30 czerwca 2018 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

⁴⁶ Aneks Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A10 z dnia 29 grudnia 2017 r. do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

⁴⁷ Zgłoszenie do systemu SZOI (Zintegrowany System Obsługi Informatycznej) o zakończeniu udzielania świadczeń OPH przez K. P.-W. nastąpiło w dniu 28 lutego 2018 r.;

⁴⁸ Aneks Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/16/A10 z dnia 30 grudnia 2016 r. do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/16 (07-00-01183-16-01/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna; - aneks Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A3 z dnia 11 kwietnia 2017 r. do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

⁴⁹ Niniejszą psycholog wykazano w aneksie Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A9 z dnia 28 grudnia 2017 r. (w harmonogramie-zasoby), do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna. Stowarzyszenie zgłosiło zatrudnienie A.W. do systemu SZOI w dniu 11 grudnia 2017 r.

⁵⁰ Zgodnie z:

- p. K. Ż. zatrudniona do dnia 9 listopada 2017 r. w hospicjum stacjonarnym ujęta była w umowie obowiązującej do 30 czerwca 2018 r.⁵¹, pomimo, iż w okresie obowiązywania tych umów nie były zatrudnione w Hospicjum 4) następujące pielęgniarki nie były wykazane w umowach z MOW NFZ (w harmonogramach-zasobach), pomimo, że udzielały w okresie ich obowiązywania świadczeń OPH:
- w hospicjum stacjonarnym p. I.W. zatrudniona w okresie 1 czerwiec 2007 – 31 grudzień 2016 r., K.Z. zatrudniona w okresie 1 czerwiec 2011 – 30 kwiecień 2016 r., R. C. zatrudniona w okresie 1 stycznia 2005 – 30 września 2017 r., E. P. zatrudniona w okresie od 1 października do 31 grudnia 2017 r. A. K. zatrudniona od dnia 1 sierpnia 2007 r. (do czasu zakończenia kontroli NIK), R. R. zatrudniona od dnia 1 czerwca 2007 r. (do czasu zakończenia kontroli NIK), nie były ujęte w umowach z Funduszem, które obowiązywały w badanym okresie. Zgłoszenie do systemu SZOI informacji o udzielaniu świadczeń OPH przez p. A. K. i R. R. nastąpiło w trakcie kontroli NIK, w dniu 26 października 2018 r.⁵²;
- p. J. E. (zatrudniona od 1 maja 2017 r. w hospicjum stacjonarnym), p. M. F. (zatrudniona od 1 kwietnia 2017 r. w hospicjum domowym dla dorosłych), i p. A. D. (zatrudniona od 1 października 2017 r. w poradni medycyny paliatywnej), zostały ujęte w umowie obowiązującej od 28 grudnia 2017 r.⁵³;
- p. J. O. zatrudniona od 1 maja 2016 r. w hospicjum stacjonarnym, została ujęta w umowie obowiązującej od 11 kwietnia 2017 r.⁵⁴;
- p. E. P. zatrudniona od 1 stycznia 2018 r. w hospicjum domowym dla dzieci, została ujęta w umowie obowiązującej od 1 lipca 2018 r.⁵⁵ w związku ze złożeniem oferty do niniejszej umowy.

(akta kontroli str. 79-240, 266, 317)

W badanym okresie Hospicjum miało zawarte umowy z jednym podwykonawcą – Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Płocku – na badania radiologiczne, laboratoryjne i bakteriologiczne oraz na badania tomografem komputerowym i USG. Na podstawie badanej próby 40 pacjentów ustalono, że w ww. podwykonawca, na zlecenie Hospicjum, w 26 przypadkach wykonał badania laboratoryjne.

(akta kontroli str. 103, 190, 230, 247-249, 317)

1.3. Stowarzyszenie prowadziło księgę osób oczekujących na udzielenie opieki paliatywnej i hospicyjnej, dla każdego zakresu realizowanych świadczeń OPH⁵⁶. Wg niniejszych ksiąg, każde zgłoszenie chorego do Hospicjum traktowane było, jako przypadek pilny.

Wg stanu na dzień 30 czerwca na udzielenie świadczeń OPH oczekiwało w 2015 r. pięć osób (wszystkie do hospicjum domowego dla dorosłych), w 2016 r. dwie osoby

- aneksem Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A3 z dnia 11 kwietnia 2017 r. (zał. harmonogram-zasoby), do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna;

- aneksem Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A9 z dnia 28 grudnia 2017 r. (zał. harmonogram-zasoby), do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

Zgłoszenie do systemu SZOI informacji o zakończeniu udzielania świadczeń przez E.P. nastąpiło w dniu 11 grudnia 2017 r.;
⁵¹ Aneks Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A10 z dnia 29 grudnia 2017 r. do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna. Zgłoszenie do SZOI informacji o zakończeniu udzielania świadczeń OPH przez K.Ż. nastąpiło w dniu 28 lutego 2018 r.;

⁵² Nr zgłoszenia: WAP-2018-10-26-41916.

⁵³ Aneks Nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17/A9 z dnia 28 grudnia 2017 r. (zał. harmonogram-zasoby), do umowy z OW NFZ nr 07R-6-00227-15-01-2014-2018/17 (07-00-01183-17-02/06), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna. W związku ze zgłoszeniem do systemu SZOI w dniu 11 grudnia 2017 r. informacji o rozpoczęciu udzielania przez nie świadczeń OPH;

⁵⁴ W związku ze zgłoszeniem do systemu SZOI w dniu 2 lutego 2017 r. informacji o rozpoczęciu udzielania świadczeń OPH.

⁵⁵ Umowa nr 07R-6-00227-15-01-2018-2023/18 (07-00-01183-18-03/06) z dnia 30 czerwca 2018 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

⁵⁶ Cztery księgi, w tym dla hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego dla dorosłych, hospicjum domowego dla dzieci oraz do poradni medycyny paliatywnej.

(do hospicjum stacjonarnego i domowego dla dorosłych), a w latach 2017-2018 trzy osoby (do hospicjum domowego dla dorosłych).

(akta kontroli str. 57, 250)

Średnie terminy oczekiwania na udzielenie świadczenia OPH dla całego badanego okresu wynosiły osiem dni, w tym dla opieki: stacjonarnej siedem dni, domowej dla dorosłych 11 dni, a dla dzieci 13 dni. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych udzielane były w dniu zgłoszenia chorego do poradni opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 250)

Na podstawie analizy próby 48 pacjentów najdłużej oczekujących na udzielenie świadczeń OPH⁵⁷ stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą:

a) na udzielenie świadczeń w hospicjum stacjonarnym oczekiwało ogółem 37 osób, w tym 12 powyżej siedmiu dni (od 8 do 15 dni.), z uwagi na:

- brak miejsc w hospicjum (11 osób);
- hospitalizację chorego⁵⁸.

b) na udzielenie świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci oczekiwało 15 chorych, w tym sześć powyżej siedmiu dni (od 16 do 27 dni.), z uwagi na:

- hospitalizację pięciorga chorych⁵⁹;
- brak miejsc w hospicjum (1 przypadek).

c) na udzielenie świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych oczekiwało 312 chorych, w tym 204 powyżej siedmiu dni, z tego najdłuższe terminy oczekiwania 30 pacjentów wynosił od 21 do 96 dni, z uwagi na:

- przekroczenie limitu przyjęć oraz niewystarczającą liczbę personelu opieki paliatywnej dla wszystkich oczekujących (14 przypadków, okres oczekiwania: od 21 do 60 dni);
- prośby sześciu chorych o przesunięcie terminu udzielenia świadczeń OPH (okres oczekiwania: od 21 i 50 dni);
- korzystanie przez trzech pacjentów ze świadczeń OPH realizowanych w warunkach ambulatoryjnych (okres oczekiwania: 28, 29 i 96 dni);
- hospitalizację czterech pacjentów⁶⁰ (okres oczekiwania: 23, 28, 33 i 37 dni);
- hospitalizację dwóch pacjentów i ich późniejsze prośby o przesunięcie terminu udzielenia świadczeń OPH (okres oczekiwania: 33 i 67 dni);

(akta kontroli str. 57, 260-265)

Wśród badanych 36 najdłuższych przypadków oczekiwania na udzielenie świadczeń OPH w hospicjum domowym dla dorosłych i dzieci nie stwierdzono chorych zamieszkujących w znacznej odległości od siedziby Świadczeniodawcy⁶¹.

(akta kontroli str. 260-265)

W okresie objętym kontrolą miało miejsce ogółem 76 zgonów osób oczekujących na świadczenia OPH, z tego w oczekiwaniu na przyjęcie do:

- hospicjum domowego dla dorosłych 67 zgonów⁶²;
- hospicjum stacjonarnego osiem zgonów⁶³,
- hospicjum domowego dla dzieci – jeden zgon w szpitalu (w pierwszym dniu oczekiwania na OPH).

Prezes wyjaśnił, że Stowarzyszenie nie posiada wiedzy o przyczynach zgonów ww. pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń OPH w Hospicjum.

⁵⁷ Okres oczekiwania liczony od czasu ujęcia pacjenta w księdze oczekujących do daty udzielenia pierwszego świadczenia.

⁵⁸ Świadczeniobiorca został zgłoszony do hospicjum w trakcie pobytu w szpitalu.

⁵⁹ Świadczeniobiorcy zostali zgłoszeni do hospicjum w trakcie pobytu w szpitalu.

⁶⁰ Świadczeniobiorcy zostali zgłoszeni do hospicjum w trakcie pobytu w szpitalu.

⁶¹ Osoby oczekujące zamieszkiwały w powiecie płockim lub powiatach ościennych.

⁶² W tym trzy w szpitalu w okresie od piątego do 14 dnia oczekiwania; w przypadku pozostałych 64 zgonów Hospicjum nie posiada wiedzy dotyczącej miejsca i terminu zgonu chorego.

⁶³ W tym trzy w szpitalu w okresie od dnia zgłoszenia do szóstego dnia oczekiwania i pięć w domu chorego (w okresie od jednego do ośmiu dni oczekiwania).

(akta kontroli str. 78, 250)

Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił, że pacjent po przerwie w udzielaniu świadczeń OPH, np. z powodu hospitalizacji był ponownie, od razu przyjmowany do opieki paliatywnej w warunkach domowych i stacjonarnych, bez potrzeby oczekiwania w kolejce. Osoba natomiast, której udzielano opieki w warunkach domowych, a następnie wymagała świadczeń OPH w warunkach stacjonarnych, wpisywana była na pierwsze miejsce na liście oczekujących do hospicjum stacjonarnego.

(akta kontroli str. 253)

1.4. W badanym okresie nie wystąpiły przypadki odmowy udzielania świadczeń OPH przez Hospicjum.

(akta kontroli str. 57)

W kontrolowanym okresie wystąpiły trzy przypadki wypisania chorych z Hospicjum (dotyczyły opieki stacjonarnej) do innych placówek opiekuńczych. Dwie sytuacje dotyczyły pacjentów z nieaktywnym przebiegiem procesu nowotworowego, natomiast jedna osoba, z uwagi na ustabilizowaną chorobę serca, nie wymagała opieki i leczenia w hospicjum stacjonarnym.

Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił, że w Hospicjum nie zdarzyły się przypadki zaprzestania udzielania świadczeń OPH, z powodów innych niż zgon pacjenta, np. zbyt ciężkiego stanu osoby objętej tymi świadczeniami, problemów socjalnych (w przypadku opieki domowej), konfliktu z rodziną chorego, zakończenia procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, wypisu pacjenta na własne żądanie.

Prezes wyjaśnił, że pacjenci są czasowo wypisywani do szpitala celem kontynuacji leczenia.

(akta kontroli str. 57, 252)

Z badanej próby 40 pacjentów, w trakcie opieki paliatywnej i hospicyjnej zmarło 19 osób.

(akta kontroli str. 317)

1.5. W ramach organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej Stowarzyszenie stosowało – ponad obowiązujące go wymogi – dobre praktyki, mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych, takie jak np.:

- zatrudnienie na pełnym etacie pracownika socjalnego, który współpracuje z ośrodkami pomocy społecznej (przede wszystkim z MOPS w Płocku) i organizacjami pozarządowymi w celu zapewnienia pomocy w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów materialno-bytowych świadczeniobiorców;
- sprawowanie, w każdym z czterech zakresów udzielanych świadczeń, spersonalizowanej opieki nad każdym pacjentem, prowadzonej na podstawie dokumentu pn. „Indywidualny Plan Opieki” – sporządzonego przez członków Zespołu Terapeutycznego, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog – zawierającego informacje w zakresie: diagnozy stanu pacjenta, celu opieki, planu postępowania oraz oceny tego postępowania. Ww. dokument jest jednym z załączników „Historii Choroby” pacjenta;
- zatrudnienie koordynatora wolontariatu i terapeuty zajęciowego oraz kapelana hospicjum (wyznania rzymskokatolickiego), który współpracuje z duchownymi innych wyznań, w przypadku objęcia opieką pacjenta innego wyznania;
- korzystanie z wolontariatu medycznego, jako istotnej składowej zespołu opieki;
- organizowanie dla pacjentów stacjonarnych zajęć z udziałem m.in. psychologa i terapeuty zajęciowego;
- możliwość korzystania przez personel Hospicjum ze wsparcia psychologicznego udzielanego przez psychologów zatrudnionych w Stowarzyszeniu;
- opracowanie informatora dotyczącego oferowanych świadczeń gwarantowanych;
- pozyskanie środków finansowych na świadczenia OPH z innych źródeł, tj. z 1% podatku dochodowego dla organizacji pożytku publicznego, zbiórek, akcji

charytatywnych i dobrowolnych wpłat osób fizycznych; w badanym okresie niniejsze środki stanowiły około 11,3% pokrycia kosztów opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 4, 257-258)

Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił, że głównym problemem, który towarzyszył Hospicjum podczas udzielania świadczeń OPH, było ich niedofinansowanie przez NFZ w latach 2015-2017 oraz niepewność, co do finansowania zrealizowanych nadwykonań.

(akta kontroli str. 258-259)

W ocenie Stowarzyszenia, około 20% pacjentów będących pod opieką hospicjum domowego mogłoby korzystać z domowych wizyt lekarskich w ramach poradni medycyny paliatywnej.

Prezes wyjaśnił, że jego zdaniem należałoby wyłączyć pediatryczną opiekę paliatywną ze świadczeń OPH i włączyć do pediatrii leczenia, ponieważ schorzenia nowotworowe u dzieci, które wymagają leczenia paliatywnego to jedynie około 15-20% pacjentów, zatem opieka nad dzieckiem w hospicjum będzie wymagała od lekarza specjalistycznej wiedzy pediatrycznej, której zwykle lekarze medycyny paliatywnej nie posiadają lub mają w stopniu niewystarczającym.

(akta kontroli str. 259)

Prezes wyjaśnił, że Hospicjum współpracuje głównie z MOPS w Płocku w zakresie przede wszystkim kwestii związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym pacjenta oraz składaniem wniosków o przyznanie dla pacjenta dodatku pielęgnacyjnego⁶⁴.

(akta kontroli str. 253)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Stowarzyszenie w dwóch miesiącach, spośród czterech wybranych do kontroli, nie spełniało minimalnych wymagań etatowych dotyczących zatrudnienia lekarza, psychologa i fizjoterapeuty dla świadczeń realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci.

W lipcu 2016 r. dziewięciu pacjentom⁶⁵, świadczeń udzielał:

- lekarz zatrudniony na 0,36 etatu, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 0,80 na 20 świadczeniobiorców;
- psycholog zatrudniony na 0,32 etatu, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 0,43 na 12 świadczeniobiorców;
- fizjoterapeuta zatrudniony na 0,11 etatu, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 0,18 na 15 świadczeniobiorców.

W maju 2018 r. fizjoterapeuta zatrudniony na 0,16 etatu udzielał świadczeń 12 pacjentom⁶⁶, co oznaczało uzyskanie wskaźnika zatrudnienia 0,20 na 15 świadczeniobiorców.

(akta kontroli str. 58-63)

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH ww. wskaźniki zatrudnienia w hospicjum domowym dla dzieci powinny wynieść dla: lekarza – 1,00; psychologa – 0,50 i fizjoterapeuty – 0,25.

Prezes Stowarzyszenia, jako przyczynę niezachowania wymaganych wskaźników zatrudnienia wskazał na: zwiększenie przez MOW NFZ limitu przyjmowanych pacjentów w lipcu 2016 r. oraz konieczność objęcia opieką paliatywną w maju 2018 r. większej liczby dzieci w ciężkim stanie w ramach posiadanego potencjału.

⁶⁴ Pracownik socjalny Hospicjum przekazuje do komisji ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności wnioski o przyznanie ww. dodatku wraz z dokumentacją medyczną pacjentów objętych opieką stacjonarną.

⁶⁵ Podano średniomiesięczną liczbę pacjentów w miesiącu (liczba świadczeniobiorców zgodna z limitem ustalonym przez MOW NFZ).

⁶⁶ Podano średniomiesięczną liczbę pacjentów w miesiącu (liczba świadczeniobiorców zgodna z limitem ustalonym przez MOW NFZ wynosi 10 pacjentów, tj. opieką paliatywną objęto dwóch pacjentów ponad ustalony limit).

Prezes dodał, że w miesiącach późniejszych potencjał ten został uzupełniony.
(akta kontroli str. 78)

2. W przypadku 15 osób zatrudnionych w zakresie udzielania świadczeń OPH (31,2% personelu), stwierdzono rozbieżności pomiędzy rzeczywistym okresem zatrudnienia w badanym okresie, a danymi ujętymi w załącznikach „Harmonogram-zasoby” do umów z MOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

W umowach z MOW NFZ nie ujęto 12 osób personelu (lekarz, psycholog, i 10 pielęgniarek), udzielających świadczeń OPH, natomiast trzy osoby (psycholog i dwie pielęgniarki), wskazane zostały w ww. umowach, pomimo, że w okresie ich obowiązywania nie były zatrudnione w Hospicjum w zakresie opieki paliatywnej.

Szczegółowe dane w powyższym zakresie przedstawiono w części „Opis stanu faktycznego”.

Zgodnie z § 2 pkt 8 umów zawartych z MOW NFZ świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, w szczególności dotyczy to osób udzielających świadczeń i sprzętu.

W toku kontroli stwierdzono, że w badanym okresie zwłoka w aktualizowaniu danych osób udzielających świadczeń OPH wyniosła od 2 miesięcy⁶⁷ do 3 lat, 9 miesięcy i 25 dni⁶⁸.

(akta kontroli str. 79-240, 317)

Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił m.in., że wyżej „wymienione błędy w zgłoszeniach zmian zatrudnienia personelu w systemie SZOI wynikały z faktu, że nasza placówka nie posiada działu statystyki medycznej, która zajmowałaby się wyłącznie rozliczeniami z NFZ. Czynności te były przydzielone i wykonywane przez pracownika działu księgowości, kadr i płac. W celu wyeliminowania pomyłek, jakie stwierdzono podczas kontroli NIK, jesteśmy w trakcie ustaleń, co do zatrudnienia od miesiąca stycznia 2019 r. osoby odpowiedzialnej wyłącznie za rozliczenia z NFZ”.

(akta kontroli str. 244-246)

2. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Opis stanu
faktycznego

2.1. Realizację opieki paliatywnej i hospicyjnej zbadano na podstawie dokumentacji medycznej⁶⁹ losowo wybranych 40 pacjentów, którym udzielano świadczeń OPH w warunkach stacjonarnych⁷⁰, domowych⁷¹ i ambulatoryjnych⁷².

(akta kontroli str. 317)

Na podstawie badanej próby stwierdzono, że w ramach OPH zapewniono pacjentom świadczenie opieki zdrowotnej udzielane zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH oraz z umowami zawartymi z MOW NFZ (poza przypadkami opisanymi poniżej w części „Ustalone nieprawidłowości”).

Ponadto zapewniono:

- a) leczenie bólu pacjentów oraz jego monitorowanie w sposób ciągły⁷³;
- b) opiekę psychologa dla 14 pacjentów⁷⁴ posiadających stany lękowe/depresyjne, w tym 12 pacjentom hospicjum stacjonarnego, jednemu z hospicjum domowego dla

⁶⁷ Dotyczy zgłoszenia do systemu SZOI informacji o zakończeniu udzielania świadczeń przez psycholog K.P.-W.

⁶⁸ Dotyczy zgłoszenia do systemu SZOI informacji o udzielaniu świadczeń OPH przez pielęgniarkę A.K. i R.R.

⁶⁹ Historia choroby pacjenta prowadzona w formie papierowej.

⁷⁰ 13 pacjentów (osoby dorosłe, powyżej 18 roku życia).

⁷¹ 12 dorosłych z hospicjum domowym dla dorosłych oraz pięcioro dzieci z hospicjum domowego dla dzieci.

⁷² 10 pacjentów (osoby dorosłe, powyżej 18 roku życia).

⁷³ Leczenie to przeprowadzano u wszystkich 27 dorosłych pacjentów uskarżających się na ból (dziewięciu pacjentów stacjonarnych, 10 z hospicjum domowego oraz ośmiu z Poradni). U wszystkich badanych 40 pacjentów możliwość wystąpienia bólu oraz jego poziom monitorowano na bieżąco w sposób ciągły.

dorosłych oraz jednemu pacjentowi w poradni medycyny paliatywnej. Ogółem taką opiekę zaoferowano 68,0% uprawnionych pacjentów, w tym wszystkim posiadających stany lękowe/depresyjne;

c) rehabilitację: jednemu choremu z hospicjum stacjonarnego oraz dwóm pacjentom hospicjum domowego dla dzieci⁷⁵, tj. 10% uprawnionych pacjentów;

d) badania diagnostyczne 30 chorym, w tym 13 z hospicjum stacjonarnego, dziewięciu z hospicjum domowego (sześciu dorosłym i trojgu dzieciom) oraz pięciu z poradni medycyny paliatywnej⁷⁶.

e) użytkowanie sprzętu medycznego⁷⁷ 22 pacjentom, w tym 13 z hospicjum stacjonarnego⁷⁸, dziewięciu z hospicjum domowego (czterem dorosłym⁷⁹ i pięciorgu dzieciom⁸⁰).

(akta kontroli str. 317)

W hospicjach domowych dla dorosłych i dzieci porady lekarskie i wizyty pielęgniarskie odbywały się z częstotliwością określoną w rozporządzeniu OPH⁸¹, w tym u sześciu pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych (połowa badanych) oraz u pięciorga dzieci opieka paliatywna odbywała się z większą częstotliwością, tj. miały miejsce trzy-cztery porady lekarskie w miesiącu oraz trzy-cztery wizyty pielęgniarskie w tygodniu.

W hospicjum stacjonarnym⁸² udokumentowane (w historii choroby) wizyty lekarza u chorego odbywały się średnio sześć razy w tygodniu, natomiast pielęgniarki – dwa razy w ciągu dnia (dzień/noc).

Opieka psychologiczna oraz rehabilitacja odbywała się zgodnie z zaleceniami lekarskimi ujętymi w „historii choroby”, w tym w „Indywidualnym Planie Opieki”.

(akta kontroli str. 317)

2.2. Na podstawie próby dokumentacji medycznej 40 pacjentów, których objęto badaniem stwierdzono m.in., że:

a) zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji – dokumentacja indywidualna pacjenta zawierała informacje dotyczące stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w tym m.in. w zakresie monitorowania objawów somatycznych chorego i skuteczności ich leczenia⁸³;

b) w dokumentacji, prowadzonej w postaci papierowej, odnotowywano wszystkie porady, konsultacje i wizyty personelu medycznego;

c) we wszystkich przypadkach do dokumentacji załączone było skierowanie, z rozpoznaniem choroby określonej w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH, stanowiące podstawę do objęcia chorego opieką paliatywną i hospicyjną;

d) wizyty personelu medycznego w domu chorego były potwierdzone na kartach wizyt⁸⁴;

e) w przypadku 22 pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń OPH, pisemne zgody uzyskano od ich bliskich⁸⁵.

⁷⁴ Spośród analizowanych 40 pacjentów u 27 stwierdzono objawy wskazujące na potrzeby konsultacji psychologicznej, z tego 13 chorych (dziewięciu w hospicjum domowym dla dorosłych i czterech w Poradni) odmówiło spotkania z psychologiem..

⁷⁵ Rehabilitacja była dokumentowana w dokumencie pn. „Karta usprawniania chorego”.

⁷⁶ Były to najczęściej badania laboratoryjne (86,7%). Zlecenie badań diagnostycznych ujmowano w dokumencie pn. „Indywidualna karta zleceń lekarskich”.

⁷⁷ Określonego w umowach z OW NFZ.

⁷⁸ Materace przeciwoleżynowe (wszyscy pacjenci), koncentrator tlenu, inhalator, wózek inwalidzki, balkonik rehabilitacyjny

⁷⁹ Koncentrator tlenowy, inhalator, łóżko szpitalne, materac przeciwoleżynowy, balkonik rehabilitacyjny.

⁸⁰ Koncentrator tlenowy, Inhalator, pompa infuzyjna, ssak elektryczny, pulsoksymetr.

⁸¹ Porady lekarskie nie rzadziej niż dwie w miesiącu, a wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż dwie w tygodniu.

⁸² W uregulowaniach wewnętrznych nie określono częstotliwości wizyt personelu medycznego u pacjenta w hospicjum stacjonarnym.

⁸³ Na podstawie m.in. dokumentów pn.: „Uproszczona ocena stanu chorego i efektywności opieki” oraz „Karta zapobiegania i leczenia odleżyn”.

⁸⁴ W dokumencie pn. „Karta wizyt w domu chorego”, prowadzonym zgodnie z § 11 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 zarządzenia OPH nr 73 z 2013 r. oraz § 9 ust. 2 zarządzenia OPH nr 54 z 2016 r.

⁸⁵ W 11 przypadkach dzieci pacjenta, w pięciu rodzice chorych dzieci, w pozostałych sześciu – wnuczka, synowa, siostrzeniec, siostra, żona, mąż.

(akta kontroli str. tabela 5, 312-317)

2.3. Zastosowano dobre praktyki w przypadku następującej liczby pacjentów:

- dla wszystkich 40 pacjentów opracowano Indywidualny Plan Opieki;
- 13 pacjentom hospicjum stacjonarnego wsparcia udzielali wolontariusze medyczni przez łącznie 846 dni (89% dni opieki hospicyjnej nad chorymi);
- 2 pacjentom z poradni medycyny paliatywnej wypożyczono sprzęt medyczny⁸⁶.

(akta kontroli str. 317)

2.4. W wyniku przeprowadzonych oględzin budynku, w którym znajduje się hospicjum stacjonarne stwierdzono m.in., że hospicjum dysponuje ośmioma salami chorych, w tym dwie sale są jednoosobowe oraz sześć dwuosobowych. Sale są klimatyzowane i wyposażone w sprawne dzwonki służące do przywołania personelu. Sterowane za pomocą pilota łóżka szpitalne, posiadają materace przeciwoleżynowe i wysięgniki z trójkątem do podnoszenia. Sale są wyposażone w toalety, umywalki oraz meble służące do przechowywania rzeczy osobistych pacjentów. Ponadto pacjenci mają do dyspozycji m.in. kaplicę, pokój przeznaczony do rehabilitacji, dużą łazienkę wyposażoną w prysznic oraz wannę z podnośnikiem dla pacjentów leżących, a także tzw. hol – duże otwarte pomieszczenie – wyposażone w stół z krzesłami, kanapę, fotel, telewizor i biblioteczkę. W hospicjum znajduje się również klimatyzowane pomieszczenie do przechowywania ciał zmarłych. Przy budynku hospicjum, na terenie ogrodzonym, znajduje się zagospodarowany teren zielony, z którego mogą korzystać chorzy i odwiedzający. W toku oględzin stwierdzono, iż dla opieki hospicyjnej w warunkach stacjonarnych Hospicjum posiadało sprzęt medyczny i pomocniczy zadeklarowany w umowie z MOW NFZ⁸⁷.

(akta kontroli str. 274-275)

W latach 2015-2018 (I półrocze) do Stowarzyszenia nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH. Świadczenia te nie były objęte kontrolą przez MOW NFZ.

(akta kontroli str. 4, 252)

2.5. Raporty statystyczne przekazywane do MOW NFZ drogą elektroniczną, będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych, zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu, przypadających na każdego pacjenta. Na podstawie analizy danych w raportach dotyczących świadczeń udzielonych 40 pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze) stwierdzono, że dni opieki wykazywano prawidłowo, z uwzględnieniem przerw w opiece (głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców) oraz prawidłowo wykazywano jednostki rozliczeniowe.

(akta kontroli str. 276-277)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 40 chorych ustalono, że opiekę paliatywną i hospicyjną, w stosunku do ośmiu pacjentów stacjonarnych, sprawowali również lekarze, p. R. M. i W. W., którzy nie spełniali wymogu określonego w części I ust. 1 pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. Na ogółem 428 udokumentowanych wizyt lekarskich u ośmiu pacjentów stacjonarnych, w 37 przypadkach (8,6%), uczestniczyli ww. dwaj lekarze⁸⁸. Przedmiotowe wizyty, które

⁸⁶ Wózek inwalidzki, kula rehabilitacyjna.

⁸⁷ Umowa nr 07R-6-00227-15-01-2018-2023/18 (07-00-01183-18-03/06) z dnia 30 czerwca 2018 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna.

⁸⁸ 1) nr historii choroby: 169/2015 - trzy udokumentowane wizyty lekarskie u pacjenta, w tym jedna dr R. M..

2) nr historii choroby: 31/2016 - 31 udokumentowanych wizyt lekarskich u pacjenta, w tym jedna dr R. M. i jedna dr W. W.

3) nr historii choroby: 43/2018 - 51 udokumentowanych wizyt lekarskich u pacjenta, w tym pięć dr R. M.

4) nr historii choroby: 5/2017 - 135 udokumentowanych wizyt lekarskich u pacjenta, w tym osiem dr R. M. i cztery dr W. W.

5) nr historii choroby: 135/2017 - 23 udokumentowane wizyty lekarskie u pacjenta, w tym dwie dr R. M.

nie miały charakteru specjalistycznych konsultacji medycznych, obejmowały przede wszystkim ogólną ocenę stanu chorego oraz metodę i sposób opieki paliatywnej, w tym m.in. ukierunkowanej na zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym. Niniejsi lekarze zatrudnieni byli w ZOL, i nie ujmowano ich w umowach z MOW NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych – opieka paliatywna i hospicyjna.

(akta kontroli str. 267-273, 278-308)

Prezes Stowarzyszenia wyjaśnił m.in., że powodem zaistniałej sytuacji były braki kadrowe w Hospicjum. Prezes zaznaczył, iż ww. wizyty lekarskie nie przyniosły żadnej szkody pacjentom, gdyż z uwagi na specjalizacje lekarzy (kardiolog i anestezjolog), uzupełniali oni opiekę paliatywną nad chorymi.

(akta kontroli str. 311)

IV. Wnioski

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

- 1) Bieżące aktualizowanie stanu zatrudnienia personelu medycznego w umowach zawieranych z MOW NFZ.
- 2) Zapewnienie zatrudnienia personelu medycznego w hospicjum domowym dla dzieci w wymaganym wymiarze etatowym..
- 3) Kierowanie do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych wyłącznie lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje.

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 Warszawie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, grudnia 2018 r.

6) nr historii choroby: 50/2018 - 12 udokumentowanych wizyt lekarskich u pacjenta, w tym jedna dr R. M.

7) nr historii choroby: 54/2018 - 144 udokumentowane wizyty lekarskie u pacjenta, w tym dziesięć dr R. M. i trzy dr W. W.

8) nr historii choroby: 84/2018 - 29 udokumentowanych wizyt lekarskich u pacjenta, w tym jedna dr R. M.

Kontroler
Paweł Piotrowski
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie
Dyrektor

.....