



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W WARSZAWIE

LWA.410.11.1.2024

Grzegorz Szwejer
Prezes
Global Medical Szwejer Sp. z o.o.
ul. Bobrowiecka 9
00-728 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Global Medical Szwejer Sp. z o.o., ¹ ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	1. Angelika Szlacheta, Prezes, od 4 października 2023 r. do 23 lutego 2024 r. 2. Grzegorz Szwejer, Prezes, od 24 lutego 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej ² w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. 2. Rozliczanie świadczeń OPH w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 ³ z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Marta Pietruszewska, główny specjalista kontroli państwowej ⁵ , upoważnienie do kontroli nr LWA/94/2024 z 20 czerwca 2024 r. (akta kontroli tom I str. 1)

¹ Dalej także: spółka Global Medical, Spółka.

² Dalej także: OPH.

³ Spółka Global Medical rozpoczęła realizację świadczeń z zakresu OPH od 1 lutego 2024 r., w związku z tym okres objęty kontrolą nie objął lat 2022-2023. Szczegółowe badania kontrolne dotyczą kwietnia 2024 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

⁵ Do dnia 30 czerwca 2024 r. specjalista k.p.

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁶

OCENA OGÓLNA

Realizując świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Hospicjum Stacjonarnym im. Św. Józefa z Oddziałem Medycyny Paliatywnej⁷, spółka Global Medical nie w pełni realizowała postanowienia umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁸. Spółka nie wywiązała się z obowiązku przysyłania do Funduszu bieżącej aktualizacji w zakresie zarówno personelu, jak i sprzętu, jakim dysponowano w celu udzielania świadczeń. Ponadto nie zapewniła i nie zgłosiła do OW NFZ odpowiedniej liczby etatów lekarzy oraz psychologów⁹, która wynikała z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁰.

Podczas realizacji świadczeń z zakresu OPH, Spółka zapewniła odpowiednią liczbę etatów pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także odpowiedni rodzaj i liczbę sprzętu medycznego oraz pomocniczego. Ponadto dysponowała i wykorzystywała sprzęt oraz urządzenia pozwalające na prowadzenie zajęć rehabilitacji chorych.

Pokoje, w których przebywali pacjenci, częściowo nie spełniały warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹, gdyż nie umożliwiono dostępu do łóżka pacjenta z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Powierzchnia pokoi pozwalała natomiast na wydzielenie łóżek parawanami w celu zapewnienia intymności pacjenta w czasie badań lub zabiegów pielęgnacyjnych, co było zgodne z postanowieniami ww. rozporządzenia.

Dyrektor Hospicjum oraz dyrektor do spraw medycznych nie w pełni wywiązali się z określonego w regulaminach organizacyjnych obowiązku sprawowania nadzoru nad sporządzaną dokumentacją medyczną, a w przypadku dyrektora do spraw medycznych dodatkowo, nad zespołem lekarskim oraz pielęgniarskim, przez co nie skorygowano błędów w dokumentowaniu zleconych, wydanych i podanych pacjentom dawek morfiny. Ponadto w jednej dyżurce pielęgniarskiej znajdował się lek, którego termin ważności upłynął.

Dokumenty rozliczeniowe przekazywano do OW NFZ w terminach wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Dalej także: Hospicjum.

⁸ Dalej także: OW NFZ, Fundusz.

⁹ Zgodnie z założeniami kontroli, szczegółowym sprawdzeniem objęto obsadę w kwietniu 2024 r.

¹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 262; dalej także: rozporządzenie w sprawie OPH.

¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402; dalej także: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą, świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej w obiekcie położonym przy ul. Bobrowieckiej 9 realizowały dwie spółki zarejestrowane jako podmioty lecznicze. Od 1 sierpnia 2022 r. do 31 stycznia 2024 r. świadczenia wykonywała A.S. International BHZ Sp. z o.o., oznaczona w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego¹³ nr 000000229288, a od 1 lutego 2024 r. Global Medical Szwajcar Sp. z o.o., oznaczona w księdze rejestrowej nr 000000268183.

Zgodnie z aneksami do umów¹⁴, spółka Global Medical przejęła prawa i obowiązki wynikające z umów zawartych pomiędzy OW NFZ a A.S. International BHZ Sp. z o.o. i była zobowiązana do rozliczania i wystawiania rachunków wyłącznie za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane od dnia 1 lutego 2024 r., natomiast za realizację świadczeń opieki zdrowotnej, za które nie nastąpiła jeszcze zapłata, wykonanych do 31 stycznia 2024 r., Fundusz był zobowiązany zapłacić spółce A.S. International BHZ Sp. z o.o.

(akta kontroli tom I str. 6, 199-200, 221-222, 244-245, 411)

Stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna była udzielana przez Spółkę w Hospicjum. Organizację i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych określały *regulaminy organizacyjne podmiotu leczniczego Hospicjum Stacjonarne im. Św. Józefa z Oddziałem Medycyny Paliatywnej* zatwierdzone przez Prezesa Spółki¹⁵. Ustanowienie regulaminów organizacyjnych dla podmiotu leczniczego, jakim według postanowień ww. dokumentu było Hospicjum, było niezgodne z wpisem w księdze rejestrowej, zgodnie z którym to spółka Global Medical Szwajcar była podmiotem leczniczym oraz zakładem leczniczym, natomiast Hospicjum stanowiło jej komórkę organizacyjną (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 6, 14, 28, 43, tom II str. 242-251)

Zgodnie z postanowieniami § 1 regulaminów organizacyjnych obowiązujących do 1 października 2024 r., Hospicjum działało na podstawie właściwych przepisów prawa, a w szczególności: wpisu do rejestru podmiotów leczniczych (nr księgi rejestrowej 000000229288), rozporządzenia w sprawie OPH, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷ oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁸. Postanowienia regulaminów, zgodnie z którymi Hospicjum działało na podstawie wpisu do księgi rejestrowej o nr 000000229288, pod którym zarejestrowana została spółka A.S. International, były niespójne z tymi regulaminami, według których Hospicjum podlegało bezpośrednio spółce Global Medical Szwajcar, będącej podmiotem

¹² Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹³ Dalej także: księga rejestrowa.

¹⁴ Aneksy nr: 07R-1-01802-15-01-2023-2028/A1/24 z dnia 29 stycznia 2024 r., 07R-1-01802-15-01-2022-2024/A1/24 z dnia 29 stycznia 2024 r., 07R-1-01802-15-11-2022-2024/A1/24 z dnia 29 stycznia 2024 r.

¹⁵ Regulamin z 1 lutego 2024 r., 25 kwietnia 2024 r., 1 lipca 2024 r.

¹⁶ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej także: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

¹⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm. Dalej także: ustawa o świadczeniach.

¹⁸ Dz. U. z 2024 poz. 581. Dalej także: ustawa o prawach pacjenta.

prowadzącym (§ 2 ust. 7 oraz § 3), a także z zapisami księgi rejestrowej nr 000000268183, według której podmiotem leczniczym była spółka Global Medical, a Hospicjum stanowiło jego komórkę organizacyjną (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 6, 28, 43, 411, tom II str. 242-243)

Zgodnie z regulaminami organizacyjnymi, Hospicjum było w pełni finansowane ze środków publicznych (§ 2 ust. 2), a pobyt w tej placówce w całości był refundowany ze środków NFZ (§ 12). Dyrektor Zarządzający¹⁹ był odpowiedzialny m.in. za całokształt działalności Hospicjum (§ 2 ust. 3), sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną, gospodarką lekami i sprzętem medycznym (§ 10 ust. 2 pkt 14), a także merytorycznie za opisy lekarskie, pielęgniarские, psychologiczne oraz fizjoterapeutów w dokumentacji medycznej (§ 10 ust. 2 pkt 13). Do zadań dyrektora do spraw medycznych należał nadzór nad zespołem medycznym, lekarskim, pielęgniarским, fizjoterapeutów oraz psychologów, a także nadzór nad dokumentacją medyczną i sprzętem medycznym (§ 10 ust. 3). Świadczenia gwarantowane, realizowane w warunkach stacjonarnych, obejmowały m.in. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium RP, opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej (§ 4 ust. 6 pkt a-d, f, i).

(akta kontroli tom I str. 29, 34-35, 44, 48-50)

W dniu 2 października 2024 r. Prezes Global Medical zatwierdził nowy regulamin organizacyjny Hospicjum Stacjonarnego im. Św. Józefa z Oddziałem Medycyny Paliatywnej, w którym dokonano korekty numeru księgi rejestrowej na podstawie której działa Hospicjum.

(akta kontroli tom II str. 258-259)

Od 1 lutego do 30 kwietnia 2024 r. opieką paliatywną i hospicyjną objętych było 387 pacjentów, w tym 161 chorych onkologicznie (42%). Średni czas objęcia opieką wynosił 25 dni.

Według stanu na 30 kwietnia 2024 r., Hospicjum dysponowało w sumie 78 salami, w tym 72 dwuosobowymi i sześcioma jednoosobowymi. Z dostępnych 150 łóżek zajętych było 137²⁰.

(akta kontroli tom I str. 58, 60)

Hospicjum zlokalizowane jest w budynku wielopiętrowym i zajmuje dzierżawione przez Spółkę trzy piętra oraz parter. Dla pacjentów, na parterze, przeznaczonych jest dziewięć sal, w tym sześć jednoosobowych i trzy dwuosobowe²¹. Na każdym z pięter znajdują się 23 sale dwuosobowe. Ponadto na każdym poziomie (oddziale) znajduje się dyżurka pielęgniarska (łącznie cztery). Z poziomu terenu istnieje możliwość wyjścia (wyjazdu wózką) na taras. Na pierwszym piętrze wyodrębniono pomieszczenie pro morte. Na drugim piętrze znajduje się sala rehabilitacyjna wraz z gabinetami fizjoterapeutów, a także sala do terapii zajęciowej.

Oględziny²² 13 pokoi pacjentów, w tym trzech jednoosobowych i 10 dwuosobowych wykazały, że w żadnym z nich nie zapewniono dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co było niezgodne z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

¹⁹ Dalej: Dyrektor Hospicjum.

²⁰ Od 1 do 30 kwietnia 2024 r. opieką paliatywną i hospicyjną objęto łącznie 220 pacjentów.

²¹ Dodatkowo na parterze znajduje się osiem izolatek.

²² Oględziny odbyły się 25 września 2024 r.

Odstęp między łózkami umożliwiał swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju pozwalała na wyprowadzenie łóżka, stosownie do wymogów określonych w § 19 i § 20 ww. rozporządzenia. Szerokość drzwi w świetle ościeżnicy, w salach chorych wynosiła 78 cm (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 65-165)

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie OPH, świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców, a także opieka ukierunkowana na poprawę jakości życia. Ma ona na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, a zatem nie jest prowadzona żadna diagnostyka przyczynowa oraz przeprowadzanie zabiegów wymagających transferu chorych na łóżku poza pokój pacjentów. Jeśli zaszłaby jednak jakaś inna nagła potrzeba, wówczas pacjent jest przenoszony za pomocą mobilnych noszy, które są na wyposażeniu karetki²³.

(akta kontroli tom II str. 238)

Pokoje objęte oględzinami nie znajdowały się poniżej terenu urządzonego przy budynku, co było zgodne z § 14 ust. 4 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

W budynku dostępne były trzy działające w dniu oględzin windy: dwie osobowe (ogólnodostępne) i jedna, przeznaczona m.in. do transportu zwłok.

Zgodnie z § 35 ww. rozporządzenia, w przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.

W sześciu z objętych oględzinami pokojach nie zainstalowano żadnego urządzenia przeciwsłonecznego. Ponadto w jednym pokoju, w którym były dwie wnęki okienne urządzenia przeciwsłonecznego nie zainstalowano w jednej z nich (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 65-69)

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że cztery pokoje usytuowane były od strony północnej, gdzie słońce w ciągu dnia nie operuje dlatego nie było potrzeby instalowania urządzeń przeciwsłonecznych, a w kolejnych dwóch pokojach znajdowały się zasłony okienne, które całkowicie zabezpieczają przed nasłonecznieniem pokoju.

(akta kontroli tom II str. 238)

W pokojach dwuosobowych istniała możliwość wydzielenia łóżek parawanami w celu zapewnienia intymności pacjenta w czasie badań lub zabiegów pielęgnacyjnych.

(akta kontroli tom I str. 65-69)

Analiza dokumentacji 15 pacjentów, którzy w kwietniu 2024 r. zostali objęci opieką hospicyjną, wykazała, że:

- 10 pacjentów samodzielnie wyraziło zgodę na udzielenie świadczeń medycznych, a w przypadku pięciu taką zgodę wyraziła najbliższa rodzina pacjenta (m.in. syn, mąż, wnuk);
- ośmiu pacjentów, na dzień przeprowadzenia badania kontrolnego, tj. 28 czerwca 2024 r., nadal przebywało w Hospicjum, pięciu zmarło²⁴, dwóch pacjentów opuściło Hospicjum na własne żądanie²⁵;
- sześciu pacjentów otrzymało wsparcie psychologiczne w formie rozmowy z psychologiem. W żadnym z objętych sprawdzeniem przypadków lekarz nie wystawiał zleceń w sprawie odbycia konsultacji, a do rozmów z pacjentami dochodziło po zgłoszeniu takiej potrzeby przez pielęgniarki bądź pacjentów;

²³ Dwie sztuki.

²⁴ Pacjenci przebywali w Hospicjum od jednego do 41 dni.

²⁵ Pacjenci opuścili Hospicjum po 83 i 112 dniach pobytu.

- 14 pacjentów, zgodnie z wpisami w systemie Eurosoft, było objętych codziennymi ćwiczeniami ogólnousprawniającymi, w przypadku jednego pacjenta, który zmarł następnego dnia po przyjęciu do Hospicjum, nie wykonywano żadnych usług z zakresu rehabilitacji. Żaden pacjent nie posiadał indywidualnego zlecenia wystawionego przez lekarza o konieczności objęcia rehabilitacją;
- jednemu pacjentowi, który został przyjęty do Hospicjum w marcu 2024 r., zlecono w kwietniu wykonanie badań diagnostycznych (badanie krwi), a w odniesieniu do 14 pacjentów, od czasu ich przyjęcia do placówki, nie zlecano badań diagnostycznych (trzech z nich przyjęto w lutym, siedmiu w marcu, czterech w kwietniu 2024 r.);
- dziewięciu pacjentów korzystało z wózków lub balkoników udostępnionych przez Hospicjum;
- sześciu pacjentów otrzymywało leki należące do grupy opioidów. Nie prowadzono dokumentacji, w której monitorowano stopień natężenia bólu i skuteczność jego leczenia.

(akta kontroli tom I str. 63-64)

Z wyjaśnień Prezesa wynika, że zarówno pacjenci, jak i ich rodziny, mieli zapewnioną pomoc psychologiczną. W trakcie konsultacji pacjentów, o ile stan ich świadomości na to pozwalał, lekarz oceniał, czy pacjent potrzebuje skorzystać z opieki psychologa. Niezależnie od dokonywanej własnej oceny co do konieczności skierowania pacjenta lub jego rodziny do psychologa, lekarz pytał pacjentów oraz rodzinę, czy wyrażają potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej. Każdy pacjent i członkowie jego rodziny mieli możliwość skorzystania z opieki psychologa w każdym czasie i nie było konieczne, aby lekarz wydawał zlecenie na jego udzielenie. W przypadku dziewięciu pacjentów, w ocenie lekarza, nie było wskazań na przeprowadzenie konsultacji. Świadczenia w zakresie rehabilitacji były udzielane przez fizjoterapeutów, którzy kwalifikowali pacjentów do określonych zabiegów. Fizjoterapeuci, posiadający odpowiednie kwalifikacje, decydowali o rodzajach zabiegów, jakimi mieli być poddani pacjenci. U każdego pacjenta codziennie wykonywane były czynności fizjoterapeutyczne. W zakresie rehabilitacji, zlecenia lekarskie nie były wystawiane, bowiem każdy pacjent Hospicjum miał ją zapewnioną. Prezes stwierdził, że chorzy zostali skierowani do Hospicjum przez lekarzy ze szpitali, byli zdiagnozowani, posiadali zalecenia zarówno w zakresie podawania leków, jak i opieki. Lekarze w Hospicjum zlecali wykonanie badań diagnostycznych²⁶ w miarę potrzeb, w sytuacjach w których wynikało to ze zmieniającego się stanu zdrowia pacjentów. Stan pacjentów był oceniany podczas codziennego obchodu przez lekarza, który decydował o konieczności wykonania badań.

(akta kontroli tom II str. 143-144)

1.2. Zgodnie z informacjami przekazanymi OW NFZ przez Spółkę, w ramach świadczenia opieki zdrowotnej w kwietniu 2024 r. dostępnych było ośmiu lekarzy, w tym czterech posiadających specjalizację z medycyny paliatywnej oraz czterech legitymujących się ukończeniem kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych²⁷. Z ośmiu lekarzy zgłoszonych do OW NFZ, tylko czterech było ujętych w grafiku pracy za ten miesiąc (lekarze ci ukończyli kurs zgodny z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej).

(akta kontroli tom I str. 172-179, 186)

²⁶ Podstawowe badania diagnostyczne przeprowadzane przy łóżku pacjenta, m.in. badanie krwi.

²⁷ Dwóch lekarzy, którzy ukończyli kurs posiadało specjalizację z rehabilitacji medycznej, jeden lekarz był specjalistą chorób wewnętrznych, a jeden był w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej.

W odniesieniu do lekarzy, wymogi zawarte w części I *Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych*²⁸ ust. 1 pkt 1 załącznika nr 2 *Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*²⁹ do rozporządzenia w sprawie OPH określają, że równoważnik jednego etatu przeliczeniowego przypada na 10 łóżek. Biorąc pod uwagę rzeczywistą liczbę pacjentów, która w kwietniu 2024 r. przebywała w Hospicjum, tj. od 131 do 140, zarówno liczba godzin dostępności lekarzy, która została zgłoszona do OW NFZ, jak i liczba godzin przez którą lekarze byli dostępni dla pacjentów w zakresie udzielania świadczeń z zakresu OPH, była niewystarczająca (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 179, 184, 186-187)

Do udzielania świadczeń z zakresu OPH, w kwietniu 2024 r. zgłoszono do OW NFZ 14 pielęgniarek, spośród których trzy posiadały specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej, trzy były w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, jedna miała ukończony kurs opieki paliatywnej, natomiast siedem nie posiadało specjalizacji ani nie ukończyło kursu w tym zakresie. Spośród 14 pielęgniarek, które w kwietniu 2024 r. zostały zgłoszone do OW NFZ, jako osoby, które realizowały świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, osiem świadczyło pracę w tym miesiącu, a pozostałe sześć, ujęte w grafiku za ten miesiąc, nie zostało zgłoszonych do OW NFZ (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Z 14 pielęgniarek, które realizowały w kwietniu 2024 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (ujęte w grafiku), sześć było w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej i hospicyjnej, a jedna posiadała ukończony kurs opieki paliatywnej.

(akta kontroli tom I str. 172, 180, 196-197, tom II str. 145, 147, 155-159)

W kwietniu 2024 r. pielęgniarki łącznie przepracowały 930 godzin tygodniowo, z czego 399 godzin, tj. 43% godzin, przepracowały pielęgniarki, które były w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa OPH, bądź posiadały ukończony kurs opieki paliatywnej, co było zgodne z wymogami określonymi w części I ust. 1 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, tj. że 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy miały udzielać pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo były w jej trakcie lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo były w trakcie tego kursu bądź ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo były w trakcie tego kursu.

(akta kontroli tom I str. 180, 184, 197)

W kwietniu 2024 r. zgłoszonych do świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej było trzech psychologów oraz trzech fizjoterapeutów. Dwóch z trzech zgłoszonych psychologów posiadało specjalizację z psychologii klinicznej, wszyscy fizjoterapeuci posiadali tytuł magistra fizjoterapii.

Z grafików za kwiecień 2024 r. wynikało, że świadczeń z zakresu OPH udzielało czterech psychologów, w tym jeden, którego dostępność nie została zgłoszona do OW NFZ, co było niezgodne z postanowieniami umów zawartych z Funduszem. Dodatkowo, zważywszy na faktyczną liczbę pacjentów w kwietniu 2024 r., tj. od 131 do 140, zarówno liczba etatów psychologów zgłoszona do OW NFZ, jak i liczba godzin przez którą psychologowie udzielali świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, była niewystarczająca (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

²⁸ Dalej także: część I.

²⁹ Dalej także: załącznik nr 2.

(akta kontroli tom I str. 172, 181, 184, 189-190)

W kwietniu 2024 r., według grafika, świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielało trzech fizjoterapeutów. Ponadto pracę świadczyła jedna fizjoterapeutka, której nie ujęto w grafiku, a jej dostępność nie została zgłoszona do OW NFZ, co było niezgodne z warunkami umów zawartych z Funduszem (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 172, 184, 192-193)

Z wyjaśnień Prezesa wynika, że nieujęcie fizjoterapeutki w grafiku pracy za kwiecień 2024 r. było spowodowane nierzetelnym prowadzeniem tego dokumentu.

(akta kontroli tom II str. 177)

W kwietniu 2024 r. łączna tygodniowa liczba godzin przepracowanych przez fizjoterapeutów wyniosła 140, a wskaźnik liczby etatów wyniósł 3,7, co było zgodne z wymogami określonymi w części I ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, tj. że na 10 łóżek przypada równoważnik $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego.

(akta kontroli tom I str. 184, 192-193, tom II str. 179-225, 314-315)

1.3. W kwietniu 2024 r. do realizacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej było dostępnych m.in. 150 łóżek szpitalnych o regulowanej wysokości, wyposażonych w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem oraz 150 materaców przeciwoleżynowych, 48 koncentratorów tlenu, 31 ssaków elektrycznych, 10 pomp infuzyjnych. Ponadto do dyspozycji pozostawało: 70 sztuk innego sprzętu przeciwoleżynowego³⁰, trzy inhalatory, 11 aparatów do pomiaru ciśnienia, 30 balkoników, 50 wózków inwalidzkich, 22 chodziki, 42 kule, 21 lasek, dwa zestawy do udzielania pierwszej pomocy i jeden defibrylator AED, jeden aparat do EKG.

Liczba dostępnych koncentratorów tlenu, ssaków elektrycznych, pomp infuzyjnych była zgodna z wymaganiami określonymi w części I ust. 2 pkt 5 i 6 oraz pkt 11 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, zgodnie z którymi jeden koncentrator przypada na każde rozpoczęte trzy łóżka, jeden ssak elektryczny przypada na każde rozpoczęte pięć łóżek, a jedna pompa infuzyjna na każde rozpoczęte 15 łóżek.

(akta kontroli tom I str. 348-349)

Oględziny czterech dyżurek pielęgniarskich wykazały, że w trzech z nich znajdowały się leki będące w terminie ważności. W czwartej dyżurce, na trzecim piętrze, znajdowało się jedno opakowanie leku Biofuroksym, którego termin ważności upłynął (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 69, 131)

1.4. Zgodnie z umowami zawieranymi przez spółkę Global Medical z lekarzami oraz pielęgniarkami świadczącymi usługi medyczne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, osoby te były zobowiązane m.in. do świadczenia usług pacjentom Hospicjum, co nie wykluczało możliwości świadczenia usług w trybie teleporady, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Lekarze i pielęgniarki byli zobowiązani do udzielania świadczeń w wymiarze minimum 50 godzin miesięcznie, w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń uzgodnionym ze zleceniodawcą, zgodnie z wymogami stawianymi w tym zakresie przez OW NFZ.

(akta kontroli tom II str. 4-10)

Zgodnie z zakresami obowiązków, stanowiącymi załączniki do umów zlecenia o świadczenie usług medycznych, do obowiązków lekarzy należało m.in. przyjmowanie pacjentów do oddziału hospicjum stacjonarnego z oddziałem medycyny paliatywnej, przeprowadzanie badania podmiotowego oraz przedmiotowego, wywiadu epidemiologicznego, zlecenie i prowadzenie indywidualnej

³⁰ M.in. poduszki, podpórki, wałki.

karty zleceń leków oraz zalecenia pozafarmakologiczne, wydawanie zleceń lekarskich, wydawanie skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, prowadzenie dokumentacji medycznej, pełnienie dyżurów medycznych.

Z przedstawionego do kontroli grafiku lekarzy za kwiecień 2024 r. wynika, że świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w tym miesiącu udzielało czterech lekarzy. Badanie dostępności lekarzy dla pacjentów Hospicjum wykazało, że lekarze ci nie pełnili stacjonarnie dyżurów nocnych, natomiast dwóch z nich było dostępnych telefonicznie, w trakcie dyżuru trwającego 24 godziny. Podczas pełnionych stacjonarnie dyżurów dziennych, w Hospicjum przebywało od jednego do czterech lekarzy, przy czym:

- 11 dyżurów było pełnionych przez trzech lekarzy, a czas trwania dyżuru lekarza wynosił od 2 do 8 godzin;
- 16 dyżurów było pełnionych przez dwóch lekarzy, a czas trwania dyżuru lekarza wynosił od 2 do 10 godzin;
- na dwóch dyżurach pozostawał jeden lekarz, a czas przez który był dostępny wynosił 12 godzin;
- na jednym dyżurze pozostawało czterech lekarzy, a czas trwania dyżuru lekarza wynosił od 2 do 4 godzin.

W związku z nieprowadzeniem godzinowego grafiku czasu pracy lekarzy nie było można stwierdzić, w jakich godzinach lekarze byli dostępni dla pacjentów, a także, czy godziny ich dostępności nie pokrywały się.

(akta kontroli tom I str. 179, tom II str. 1-2, 14)

Z wyjaśnień Prezesa wynika, że w grafiku pracy nie wskazywano przedziału godzinowego pracy lekarzy, a jedynie liczbę godzin, co wynikało z przyjętej praktyki, natomiast w trakcie kontroli podjęta została decyzja o wprowadzeniu elektronicznego systemu rejestracji czasu pracy pracowników, który zapewni rzetelny monitoring czasu pracy, wraz z konkretnymi przedziałami godzinowymi.

(akta kontroli tom II str. 176)

Z grafiku pielęgniarek za kwiecień 2024 r. wynika, że w tym miesiącu dyżury pełniło 14 pielęgniarek. Dyżury były pełnione od godziny 7:00 do 19:00, a także całodobowo. Na każdym z 30 dyżurów pozostawało siedem pielęgniarek, z czego każdorazowo trzy pełniły dyżur od godziny 7:00 do 19:00, a cztery pozostawały na oddziale przez całą dobę.

Dodatkowo dyżury pełnili opiekunowie medyczni, którzy przebywali w Hospicjum w godzinach: od 7:00 do 19:00, od 19:00 do 7:00 oraz całodobowo. Z grafiku opiekunów medycznych za kwiecień 2024 r. wynika, że ich dostępność dla pacjentów przedstawiała się następująco:

- na ośmiu dyżurach całodobowo dostępnych było siedmiu opiekunów, z czego na siedmiu dyżurach dodatkowo było trzech opiekunów – od godziny 7:00 do 19:00³¹;
- na 13 dyżurach całodobowo dostępnych było sześciu opiekunów, w tym na 12 dyżurach, dodatkowo czterech opiekunów – od godziny 7:00 do 19:00³²;
- na ośmiu dyżurach całodobowo dostępnych było pięciu opiekunów, dodatkowo pięciu – od godziny 7:00 do 19:00, a dwóch – od godziny 19:00 do 7:00;
- na jednym dyżurze całodobowo dostępnych było czterech opiekunów, dodatkowo sześciu – od godziny 7:00 do 19:00, dwóch – od godziny 19:00 do 7:00.

³¹ Na jednym dyżurze pozostawało dwóch opiekunów od godziny 7:00 do 19:00, a siedmiu całodobowo.

³² Na jednym dyżurze pozostawało sześciu opiekunów całodobowo, jeden opiekun od godziny 7:00 do 19:00 i jeden opiekun od godziny 19:00 do 7:00.

(akta kontroli tom I str. 180, 183, tom II str. 1-3)

1.5. Od 1 do 30 kwietnia 2024 r. opieką paliatywną i hospicyjną objęto łącznie 220 pacjentów. Z dostępnego sprzętu medycznego i pomocniczego, najczęściej pacjentów skorzystało z materaców przeciwoleżynowych, sprzętu przeciwoleżynowego, a także aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (100%). Koncentraty tlenu wykorzystano w opiece nad 145 pacjentami (66%), sprzęt ułatwiający pielęgnację (np. pasy ślizgowe, podnośniki) w przypadku 130 osób (59%), ssak elektryczny wykorzystano w opiece nad 120 osobami (54 %), z inhalatorów skorzystało 8 pacjentów (4%), z pomp infuzyjnych - 40 pacjentów (18%), z aparatów EKG - 30 pacjentów (14%), z wózków inwalidzkich - 120 pacjentów (54%), z kul - 80 pacjentów (36%), z balkoników - 60 pacjentów (7%), z chodzików - 30 pacjentów (14%), z lasek - 15 pacjentów (7%).

(akta kontroli tom II str. 15)

Prezes Spółki wyjaśnił, że w codziennej pracy wykorzystywany był również sprzęt rehabilitacyjny, który nie był wymagany przez rozporządzenie w sprawie OPH. W pracy wykorzystywano m.in. rotor kończyn górnych i dolnych (czterech pacjentów), komorę hiperbaryczną (jeden pacjent), krioterapię miejscową (dwóch pacjentów), uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego – ugui (czterech pacjentów).

(akta kontroli tom II str. 84)

1.6. Według stanu na 30 kwietnia 2024 r. pacjenci byli przyjmowani do Hospicjum na bieżąco. Od 1 lutego, tj. od momentu realizacji przez Spółkę umów z OW NFZ na świadczenie usług z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, żaden pacjent nie oczekiwał w kolejce na udzielenie świadczeń. Spółka nie prowadziła też listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Prezes Spółki wyjaśnił, że nie prowadzono listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń, ponieważ pacjenci przyjmowani byli na bieżąco. Dysponując 150 wolnymi łózkami z pełnym wyposażeniem, istniała możliwość przyjmowania potrzebujących pacjentów z dnia na dzień.

(akta kontroli tom II str. 19, 89)

1.7. W Hospicjum prowadzono książkę kontroli środków odurzających i środków psychotropowych³³. Pielęgniarki odnotowywały w niej nazwiska pacjentów, na rzecz których wydawano z dyżurki pielęgniarskiej morfinę. Zgodnie z zapisami w książce kontroli oraz w indywidualnych kartach zleceń lekarskich³⁴, w kwietniu 2024 r. morfinę przyjmowało 24 pacjentów, co stanowiło 11% wszystkich pacjentów Hospicjum, których w ww. okresie objęto opieką paliatywną i hospicyjną. W książce, oprócz ampulek morfiny, pielęgniarki nie odnotowywały wydania na rzecz pacjentów innych leków opioidowych bądź psychotropowych, w tym m.in. plastrów zawierających fentanyl oraz morfiny w formie tabletek. Leki z tych kategorii były ujmowane w indywidualnych kartach zleceń lekarskich wraz z pozostałymi lekami podawanymi pacjentom.

(akta kontroli tom II str. 21-22, 24-31)

Prezes wyjaśnił, że w książce kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych w kwietniu 2024 r. pielęgniarki dokonywały jedynie wpisu dotyczącego morfiny w ampulkach z uwagi na to, że tego leku było najczęściej zlecanego przez lekarzy i podawanego przez pielęgniarki. Morfina w tabletkach była zlecona tylko jednemu pacjentowi i nie było to odnotowywane w książce, bowiem wszystkie pielęgniarki wiedziały dla którego konkretnie pacjenta morfina w tabletkach była przeznaczona. W przypadku zlecanych przez lekarzy plastrów, w tym zawierających fentanyl, plastry te były podawane pacjentom co trzy dni. Pielęgniarki

³³ Dalej także: książka kontroli.

³⁴ Dalej także: IKZL.

na podstawie indywidualnych kart zleceń lekarskich miały rozeznanie, że częstotliwość ich podawania jest mniejsza niż ampulek morfiny, którą podaje się codziennie lub nawet kilka razy dziennie, dlatego nie odnotowywały tego faktu w ww. książce.

(akta kontroli tom II str. 122-123)

Z zapisów dokonanych w kwietniu 2024 r. w książce kontroli wynika, że informacje w niej zawarte, co do wydanych dawek morfiny, nie odpowiadały zleceniom wydanych przez lekarzy w indywidualnych kartach zleceń lekarskich. Ponadto w IKZL nie odnotowywano wszystkich zmian w dawkowaniu morfiny, które były dokonywane w trakcie codziennych obchodów i zlecane przez lekarzy. I tak:

- pielęgniarki pełniące dyżury nie odnotowywały w książce kontroli, codziennie wydanych na rzecz pacjentów ampulek morfiny;
- wpisy dokonywane przez pielęgniarki w książce kontroli, w zakresie wydanych na rzecz pacjentów dawek morfiny, nie odpowiadały dawkom zleconym przez lekarzy w IKZL;
- w IKZL pielęgniarki potwierdzały podawanie pacjentom dawek morfiny zgodnych ze zleceniami lekarskimi w nich zawartymi, pomimo że wpisy w książce kontroli nie potwierdzały wydania takich dawek morfiny;
- w IKZL nie aktualizowano zleceń lekarskich w zakresie dawkowania morfiny, które lekarz zlecał podczas obchodów lekarskich.

(akta kontroli tom II str. 21-22)

Jak wynika z wyjaśnień Prezesa, rozbieżności pomiędzy zapisami zawartymi w książce kontroli a dawkami morfiny ujętymi w IKZL wynikały z braku aktualizacji IKZL przez lekarza, który w trakcie obchodu zmieniał dawki morfiny, czego nie czynił w IKZL. Lekarz, po uzyskaniu informacji zwrotnej od pacjenta, każdorazowo dokonywał modyfikacji dawek morfiny. Książka kontroli nie odzwierciedlała dawkowania ujętego w IKZL, bowiem IKZL nie zawierały zleceń wydanych w formie ustnej przez lekarza podczas obchodów. Natomiast pielęgniarki rutynowo potwierdzały w IKZL podanie ujętych tam dawek morfiny, w rzeczywistości jednak podawały dawki, które były zlecone przez lekarza podczas codziennego obchodu.

(akta kontroli tom II str. 123)

Zgodnie z obowiązującym w kwietniu 2024 r. regulaminem organizacyjnym, do obowiązków Dyrektora Hospicjum oraz dyrektora do spraw medycznych należał nadzór nad dokumentacją medyczną, a dodatkowo, dyrektor do spraw medycznych był odpowiedzialny za nadzór nad zespołem medycznym, lekarskim, pielęgniarskim. Z ustaleń kontroli wynika, że oboje nie sprawowali należytego nadzoru nad dokumentacją sporządzaną przez lekarzy i pielęgniarki (o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 34-35, 49-50)

Spośród osób, którym według zapisów w książce kontroli oraz IKZL podawano w kwietniu 2024 r. morfinę, u 16 osób rozpoznano nowotwór złośliwy, u trzech niewydolność oddechową, u dwóch owrzodzenie odleżynowe, jedna przebywała w Hospicjum z powodu następstw chorób ośrodkowego układu nerwowego, jedna – stwardnienia rozsianego, jedna – kardiomiopatii. Nie odnotowano podania leku Pavulon.

(akta kontroli tom II str. 21)

1.8. Od 1 lutego do 30 kwietnia 2024 r. nie wystąpiły przypadki odmów udzielenia pacjentom świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Prezes wyjaśnił, że brak odmów wynikał z faktu, że pacjenci kierowani do Hospicjum musieli posiadać e-skierowanie z prawidłowym rozpoznaniem lekarskim. Na etapie kontaktu lekarza kierującego z izbą przyjęć Hospicjum weryfikowana była

poprawność skierowania. W tym okresie nie zdarzyło się, aby skierowanie było wystawione w sposób uniemożliwiający przyjęcie do Hospicjum.

(akta kontroli tom II str. 32, 89-90)

1.9. W Hospicjum obowiązują procedury postępowania w przypadku agonii pacjenta³⁵ oraz w przypadku zgonu pacjenta³⁶.

W przypadku agonii pacjenta procedura obejmuje postępowanie z chorym umierającym oraz ocenę jego stanu. W myśl jej postanowień, w czasie agonii należy m.in.: zrezygnować z niepotrzebnych i uciążliwych dla chorego czynności pielęgnacyjnych, zachowując przede wszystkim atmosferę ciszy i spokoju w otoczeniu chorego (pkt 3); przy senności i splątaniu pozwolić choremu spać, wykazać się cierpliwością i zrozumieniem (pkt 4); przy zmianach w oddychaniu, zapewnić ułożenie chorego w pozycji na wznak z uniesionym wezgłowiem łóżka, przewietrzenie pomieszczenia, włączenie wentylatora lub zastosowanie tlenoterapii, jeśli chory korzystał z koncentratora tlenu (pkt 6), a w przypadku braku poprawy, duszność pacjenta można zminimalizować poprzez podanie (drogą podskórną) leków zleconych przez lekarza (pkt 7). Zgodnie z procedurą, przy problemie z przyjmowaniem posiłków i płynów, jeżeli chory nie chce jeść, nie należy go karmić na siłę. Ważne jest pojenie chorego lub zwilżanie ust (pkt 10), zaś w przypadku bólu związanego ze zmianami w obrębie jamy ustnej (zmiany na śluzówkach, owrzodzenia, nadkażenia grzybicze), należało przeprowadzić delikatną toaletę jamy ustnej, często zwilżać usta chorego oraz podawać zimne płyny (pkt 12).

Przy ocenie stanu zdrowia pacjenta, wskazano m.in. na potrzebę: uwzględnienia somatycznych, psychologicznych i duchowych potrzeb uznanych za ważne dla chorego (pkt 2), zapewnienie godności w rozumieniu umierającego chorego i jego bliskich (pkt 4), wykonywanie jedynie tych badań, które mogły być pomocne w ustaleniu odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu chorego, uznając za nieuzasadnione i zbędne przeprowadzanie innych badań diagnostycznych (pkt 6), wsparcia psychologicznego chorego i jego bliskich (pkt 7).

Procedura nie określała zasad postępowania ze współlokatorami umierającego pacjenta, w tym ich ochroną przed traumą związaną z umieraniem. Nie uregulowano w niej również kwestii związanych z powiadomieniem rodziny lub innych bliskich osób umierającej osoby o agonii pacjenta oraz możliwości towarzyszenia najbliższych w umieraniu chorego.

(akta kontroli tom II str. 41-42)

Prezes wyjaśnił, że pobyt w ostatnich chwilach pacjenta z osobą najbliższą nie był w żaden sposób limitowany. Na życzenie, rodziny i najbliżsi mieli możliwość pozostać z pacjentem do samego końca. W przypadku, gdy personel pielęgniarstwa bądź lekarski zauważył, że pacjent był w agonii, lekarz informował telefonicznie rodzinę pacjenta o tym fakcie. Podczas takiej rozmowy informował także rodzinę o możliwości przyjazdu do Hospicjum i pożegnania się z najbliższym, bądź towarzyszenia mu do końca. W przypadku stwierdzenia agonii pacjenta, aby chronić jego współlokatora przed traumą, personel oddzielał od siebie pacjentów parawanami. W procedurze agonii nie zawarto postanowień dotyczących postępowania ze współlokatorami umierającego pacjenta, gdyż sposób postępowania w takich przypadkach był praktykowany od lat i nie uznano za konieczne, aby opisać to w przyjętej procedurze.

(akta kontroli tom II str. 142-143)

Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta określa postępowanie pielęgniarstwa w takich przypadkach oraz obowiązki pracowników firmy przewożącej zwłoki do chłodni. Po stwierdzonej przez lekarza zgonie pacjenta, pielęgniarstwo jest

³⁵ Procedura nr 22 z 1 lutego 2024 r.

³⁶ Procedura nr 21 z 1 lutego 2024 r.

zobowiązana m.in. do odnotowania daty oraz godziny zgonu w systemie informatycznym oraz w wykazie raportów pielęgniarских i historii pielęgnowania. Ciało zmarłego poddawane jest toalecie pośmiertnej oraz oznakowane poprzez dwa identyfikatory zawierające imię i nazwisko zmarłego, numer PESEL, a w przypadku jego braku, serię i numer dokumentu tożsamości, datę i godzinę zgonu. Ciało zmarłego, po przeprowadzonej toalecie pośmiertnej, do czasu wywiezienia z Hospicjum, jest umieszczane w pomieszczeniu pro morte. Wydanie zwłok z Hospicjum nie może nastąpić wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu stwierdzenia zgonu pacjenta. Nikt spośród pracowników Hospicjum nie ma prawa powiadamiania o zgonie jakichkolwiek podmiotów zajmujących się pochówkiem i sugerowania rodzinie osoby zmarłej firm pogrzebowych. Pracownikom zakazano także działania w tym zakresie na zlecenie rodziny zmarłego. Zwłoki w chłodni są przechowywane na koszt Hospicjum do 72 godzin. Pracownicy firmy przewożącej zwłoki do chłodni, zgodnie z zapisami procedury, są zobowiązani m.in. do posiadania specjalnych worków do przewozu zwłok, zabezpieczenia zwłok na czas przewozu oraz zapewnienia poszanowania godności osoby zmarłej w czasie przewozu.

(akta kontroli tom II str. 36-40)

Od 1 lutego do 30 kwietnia 2024 r. zmarło łącznie 215 pacjentów: 74 w lutym, 76 w marcu i 65 w kwietniu.

(akta kontroli tom II str. 34-35)

1.10. W Hospicjum nie opracowywano indywidualnych planów opieki dla pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną.

Z wyjaśnień Prezesa wynika, że nieopracowywanie takich planów wynikało z faktu, że pacjenci przyjmowani są do Hospicjum po zakończeniu procesu leczenia i poddawani jedynie leczeniu objawowemu, co wynika ze stanu chorobowego i dokumentacji medycznej. Hospicjum kontynuuje zalecenia zawarte w dokumentacji medycznej wystawionej przez podmiot kierujący. Stan pacjentów jest dynamiczny, często zdarza się, że pogarsza się z godziny na godzinę. Personel medyczny, w zależności od dynamiki rozwoju stanu chorobowego pacjenta, podejmuje decyzję co do podaży leków bądź opieki na bieżąco.

(akta kontroli tom II str. 84)

Działania podejmowane w celu osiągnięcia najwyższej jakości życia pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną obejmują m.in. wstępne konsultacje fizjoterapeutyczne w formie indywidualnych planów usprawniania ruchowego mających na celu utrzymanie możliwie jak najwyższego poziomu jakości życia pacjentów. Po przyjęciu pacjenta na oddział oraz zapoznaniu się z dokumentacją medyczną pacjenta i jego zbadaniu, fizjoterapeuta planuje proces fizjoterapii, dostosowując go do możliwości zdrowotnych. Pacjenci uczestniczą w terapii zajęciowej, a w razie konieczności do ich dyspozycji pozostaje psycholog. W zakresie opieki duszpasterskiej Hospicjum współpracuje m.in. z przedstawicielami cerkwi prawosławnej oraz z księdzem z parafii rzymsko-katolickiej.

Prezes wyjaśnił, że w Hospicjum każdy przyjęty pacjent zachowuje prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, a chory i jego rodzina do wyczerpującej i zrozumiałej informacji na temat swojego stanu zdrowia. Przy przyjęciu pacjent, bądź upoważniona przez niego osoba, świadomie podejmuje zgodę na udzielanie świadczeń przez Hospicjum. Pacjenci mają także możliwość zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lekarza prowadzącego. Każdy pacjent lub osoba przez niego upoważniona ma możliwość zapoznać się ze swoją dokumentacją. Pacjent bądź jego rodzina ma też możliwość złożenia skarg, wniosków, bądź innych spostrzeżeń poprzez dokonanie wpisu w książce skarg i wniosków, która znajduje się w dyżurce pielęgniarской, bądź osobiście u dyrektora Hospicjum w specjalnie do tego

wyznaczone dni. Przy Hospicjum funkcjonuje także pełnomocnik rzecznika praw pacjenta, do którego rodziny i pacjenci mają możliwość udać się osobiście.

(akta kontroli tom II str. 152-153)

1.11. Prezes Spółki wyjaśnił, że nie występowały problemy w realizacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli tom II str. 85)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Prezes Global Medical Szwajcarii zatwierdził regulaminy organizacyjne *podmiotu leczniczego Hospicjum Stacjonarne im. św. Józefa z Oddziałem Medycyny Paliatywnej*³⁷, co było niezgodne z wpisem nr 000000268183 księgi rejestrowej, zgodnie z którym podmiotem leczniczym oraz jednym z zakładów leczniczych była spółka Global Medical Szwajcarii, natomiast Hospicjum było komórką organizacyjną.

(akta kontroli tom I str. 6, 28, 38, 43, 53)

Prezes wyjaśnił, że zatwierdzenie regulaminów nastąpiło przez nieuwagę, a błąd został naprawiony.

(akta kontroli tom II str. 258)

2. Postanowienia § 1 ust. 1 regulaminów organizacyjnych, zgodnie z którymi Hospicjum działało na podstawie wpisu do księgi rejestrowej nr 000000229288, pod którą zarejestrowana była spółka A.S. International, były niezgodne z § 2 ust. 7 oraz § 3 ww. regulaminów, zgodnie z którymi Hospicjum podlegało bezpośrednio spółce Global Medical Szwajcarii, będącej podmiotem prowadzącym.

(akta kontroli tom I str. 28-29, 411)

Prezes wyjaśnił, że Hospicjum działało na podstawie rejestru podmiotów leczniczych o numerze 000000268183 należącym do podmiotu leczniczego Global Medical Szwajcarii. Zapis, z którego wynika, że Hospicjum działało na podstawie księgi rejestrowej o numerze 000000229288, był błędny i wynikał z omyłki pisarskiej. Błąd ten został naprawiony.

(akta kontroli tom I str. 58-59)

Z uwagi na aktualizację, w powyższym zakresie, regulaminu organizacyjnego Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

3. Pokoje objęte oględzinami, w których przebywali pacjenci, nie spełniały wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, w następującym zakresie:
 - we wszystkich 13 pokojach objętych oględzinami, nie zapewniono dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co było niezgodne z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia;
 - w jednym z 13 pokoi, we wnęce okiennej, nie zainstalowano urządzenia przeciwsłonecznego, co było niezgodne z § 35 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym w przypadku nadmiernego nasłonecznienia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że w każdym pokoju przeznaczonym dla pacjentów Hospicjum jest zapewniony dostęp do łóżka chorego z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, poprzez zwolnienie blokady z kółek, w które jest zaopatrzone każde łóżko (mobilne) i łatwe przesunięcie łóżka z dostępem do

³⁷ Regulamin z 1 lutego 2024 r.; 25 kwietnia 2024 r.; 1 lipca 2024 r.

każdej strony, zaś brak urządzenia przeciwsłonecznego wynikał z faktu, że było ono w naprawie.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że przepisy rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia jednoznacznie wskazują, że dostęp do łóżek chorych ma być zapewniony z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Wymogi rozporządzenia nie dopuszczają możliwości, aby łóżka z jednej z dłuższych stron były dosunięte do ściany, a dopiero zwolnienie z blokady kółek pozwalało na dostęp do pacjenta z trzech stron.

W trakcie kontroli NIK zainstalowano brakującą roletę przeciwsłoneczną, w związku z czym odstąpiono od formułowania wniosku pokontrolnego w tej sprawie.

(akta kontroli tom II str. 237-238, 324, 326)

Ponadto w trakcie oględzin stwierdzono, że szerokość drzwi w salach chorych poddanych oględzinom w świetle ościeżnicy wynosiła 78 cm, a tym samym nie pozwalała na ruch pacjentów na łóżku na zewnątrz tych pomieszczeń.

(akta kontroli tom I str. 65-165)

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie OPH, świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjne to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców, a także opieka ukierunkowana na poprawę jakości życia. Ma ona na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, a zatem nie jest prowadzona żadna diagnostyka przyczynowa oraz przeprowadzanie zabiegów wymagających transferu chorych na łóżku poza pokój pacjentów. Jeśli zaszłaby jednak jakaś inna nagła potrzeba, wówczas pacjent jest przenoszony za pomocą mobilnych noszy, które są na wyposażeniu karetki (dwie sztuki).

(akta kontroli tom II str. 238)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że Hospicjum funkcjonuje w budynku, który zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie³⁸, jest budynkiem użyteczności publicznej. Zgodnie z § 3 pkt 6 przez budynek użyteczności publicznej należy rozumieć budynek przeznaczony na potrzeby m.in. opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej oraz inny budynek przeznaczony do wykonywania podobnych funkcji. W myśl § 75 ust. 2 ww. rozporządzenia, w budynku użyteczności publicznej drzwi wewnętrzne powinny mieć co najmniej szerokość 0,9 m i wysokość 2 m w świetle ościeżnicy. Tym samym, drzwi w pokojach pacjentów nie spełniały warunków, o których mowa w przywołanym wyżej przepisie.

(akta kontroli tom I str. 65-165)

4. W jednej z dyżurek pielęgniarskich znajdowało się opakowanie leku Biofuroksym, którego termin ważności upłynął, natomiast zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne³⁹, zakazany jest obrót, a także stosowanie produktów leczniczych nieodpowiadających ustalonym wymaganiom jakościowym oraz produktami leczniczymi, w odniesieniu do których upłynął termin ważności.

(akta kontroli tom I str. 69, 131)

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że lek znalazł się w dyżurce w wyniku przeoczenia pielęgniarki i nie został podany żadnemu pacjentowi.

³⁸ Dz.U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm. Dalej także: rozporządzenie w sprawie warunków technicznych.

³⁹ Dz.U. z 2024 r. poz. 686.

5. Hospicjum nie wywiązywało się z obowiązku przekazywania do OW NFZ aktualizacji dotyczących zarówno personelu, który w kwietniu 2024 r. realizował świadczenia z zakresu OPH, jak i sprzętu, jakim dysponowano w celu realizacji świadczeń. Naruszało to zarówno postanowienia § 2 pkt 2 oraz pkt 9 umów zawartych z OW NFZ, jak również wymogi § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Zgodnie z postanowieniami umów świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-zasoby”, a świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt. Natomiast zgodnie z wymogami ww. rozporządzenia zmiany w zasobach wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. I tak:

- ze zgłoszonych ośmiu lekarzy, świadczeń w zakresie OPH, udzielało czterech lekarzy (w formie dyżuru stacjonarnego bądź telefonicznego);
- ze zgłoszonych 14 pielęgniarek, świadczeń nie udzielało sześć, które wykazano do OW NFZ, a kolejne sześć, które świadczyły pracę w kwietniu 2024 r., nie zostało zgłoszonych do Funduszu;
- nie zgłoszono jednej fizjoterapeutki, która udzielała świadczeń w zakresie OPH;
- nie zgłoszono jednej psycholog, która w kwietniu 2024 r. udzielała świadczeń pacjentom Hospicjum;
- nie zgłoszono części sprzętu, którym dysponowano w celu realizacji świadczeń tj. z dostępnych 150 łóżek zgłoszono 134; z dostępnych 48 koncentratorów tlenu do NFZ zgłoszono 46; z dostępnych 42 kul zgłoszono pięć; z dostępnych 21 łasek zgłoszono cztery; z dostępnych 30 balkoników zgłoszono sześć; z dostępnych 22 chodzików zgłoszono sześć; z dostępnych 50 wózków zgłoszono osiem.

(akta kontroli tom I str. 172, 186-187, 189-197, 209, 234, 260, 349)

Prezes wyjaśnił, że z uwagi na znaczną rotację personelu i obciążenie placówki pracą z dużą liczbą pacjentów „Harmonogram-zasoby” nie był aktualizowany na bieżąco. W związku ze zidentyfikowaniem w toku niniejszej kontroli rozbieżności aktualnie prowadzone są prace nad zaktualizowaniem „Harmonogramu-zasoby”.

(akta kontroli tom I str. 145-151)

6. W kwietniu 2024 r.⁴⁰, mając na względzie liczbę pacjentów, która przebywała w Hospicjum tj. od 131 do 140 osób, nie zapewniono oraz nie zgłoszono do Funduszu odpowiedniej liczby etatów lekarzy i psychologów, którzy w tym miesiącu mieli realizować świadczenia z zakresu OPH. Powyższe było niezgodne z wymogami określonymi w części I ust. 1 pkt 1 i 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. I tak:

⁴⁰ Do wyliczeń przyjęto cztery pełne tygodnie kwietnia (tj. od 1 kwietnia – poniedziałku, do 28 kwietnia – niedzieli). Wyliczenia nie obejmują dwóch ostatnich dni kwietnia 29 i 30 kwietnia tj. poniedziałku i wtorku, które rozpoczynały pierwszy tydzień maja.

- do Funduszu zgłoszono ośmiu lekarzy⁴¹, których dostępność określono łącznie na 410 godzin tygodniowo (10,9 etatów). Z grafiku lekarzy za kwiecień 2024 r. wynikało, że czterech lekarzy⁴² było dostępnych łącznie przez 408 godzin tygodniowo⁴³ (85 godzin pełnionego dyżuru stacjonarnego w Hospicjum i 323 godziny dostępności pod telefonem). Natomiast zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH, na 10 łóżek przypadał równoważnik jednego etatu przeliczeniowego, zatem biorąc pod uwagę faktyczną maksymalną liczbę pacjentów przebywających w Hospicjum, dostępność lekarzy powinna tygodniowo łącznie wynieść 532 godziny (14,2 etatów), a w miesiącu 2128 godzin⁴⁴;
- do OW NFZ zgłoszono trzech psychologów, których dostępność określono łącznie na 92 godziny tygodniowo (2,5 etatu). Z grafiku za kwiecień 2024 r. wynika, że czterech psychologów było dostępnych łącznie przez 40 godzin tygodniowo (1,06 etatu). Zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH, na 20 łóżek przypada równoważnik ½ etatu przeliczeniowego, zatem biorąc pod uwagę faktyczną maksymalną liczbę pacjentów przebywających w Hospicjum, dostępność psychologów powinna tygodniowo wynieść łącznie 133 godziny (3,5 etatu), a miesięcznie – 532 godziny⁴⁵.

(akta kontroli tom I str. 184, 186-187, 189-190)

Z wyjaśnień Prezesa wynika, że nie zapewniono odpowiedniej liczby psychologów z uwagi na braki kadrowe i trudną sytuację na rynku pracy, jednak każdy pacjent objęty w tym okresie opieką paliatywną i hospicyjną, który wymagał pomocy lub konsultacji psychologa, miał ją zapewnioną przez psychologów, którzy świadczyli usługi w tym miesiącu. We wrześniu łączna liczba godzin pracy psychologów wyniosła 574, co przełożyło się na 3,58 etatów. Natomiast zbyt mała łączna liczba godzin dostępności lekarzy zgłoszona do NFZ była spowodowana brakiem wystarczających wytycznych w zakresie przeliczania liczby godzin personelu w stosunku do udzielanych nadwykonów.

Ponadto Prezes wyjaśnił, że biorąc pod uwagę rzeczywistą liczbę pacjentów, która przebywała w Hospicjum, zapewniono odpowiednią liczbę etatów lekarzy, którzy byli dostępni, aby świadczyć usługi w zakresie OPH. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH, Hospicjum zobowiązane było zapewnić całodobowy, przez 7 dni w tygodniu, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, co nie oznacza jednak całodobowej konieczności fizycznej obecności lekarza na miejscu. Czterech lekarzy świadczyło pracę stacjonarnie, w wymiarze tygodniowym 85 godzin, ci sami lekarze byli dostępni pod telefonem w wymiarze tygodniowym 323 godzin, a dodatkowo czterech specjalistów medycyny paliatywnej, wykazanych do OW NFZ, było dostępnych w gotowości do świadczenia usług z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej, w łącznej liczbie godzin 314. Łącznie w miesiącu dało to 2888 godzin dostępności lekarzy do świadczenia usług z zakresu OPH, a wymagana liczba godzin dla 140 pacjentów, która przebywała w Hospicjum w kwietniu 2024 r., to 2128 godzin.

(akta kontroli tom II str. 313-316)

⁴¹ Czterech lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej oraz czterech lekarzy z ukończonym kursem zgodnym z programem specjalizacji z medycyny paliatywnej.

⁴² W grafiku ujęto tylko lekarzy z ukończonym kursem zgodnym z programem specjalizacji z medycyny paliatywnej.

⁴³ 1632 godziny dostępności w miesiącu (10,86 etatów).

⁴⁴ Przy minimalnej liczbie pacjentów, którzy w kwietniu przebywali w Hospicjum tj. 131, wymagana liczba etatów wynosiła 13,1, a tygodniowa liczba godzin dostępności 497,8 (miesięcznie 1991 godzin dostępności).

⁴⁵ Przy minimalnej liczbie pacjentów, którzy w kwietniu przebywali w Hospicjum tj. 131, wymagana liczba etatów wynosiła 3,28, a tygodniowa liczba godzin dostępności 124,45 (miesięcznie 498 godzin dostępności).

Dyrektor do spraw medycznych wyjaśnił, że lekarze specjaliści medycyny paliatywnej nie świadczyli w kwietniu 2024 r. pracy w formie stacjonarnej, bądź w formie dyżuru pod telefonem, byli oni w gotowości do świadczenia usług. W lipcu i wrześniu 2024 r. zatrudniono dodatkowo lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, którzy świadczyli usługi z zakresu OPH w formie dyżurów pod telefonem, zapewniając w ten sposób gotowość do udzielania świadczeń. We wrześniu 2024 r. łączna liczba godzin lekarzy, którzy świadczyli usługi z zakresu OPH, wyniosła 2694, co w przeliczeniu dało 16,83 etatów miesięcznie, a dla maksymalnej liczby 150 pacjentów wymagane jest 15 etatów.

(akta kontroli tom II str. 320)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że lekarze medycyny paliatywnej, którzy zostali zgłoszeni do OW NFZ jako osoby dostępne do udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie pełnili w kwietniu 2024 r. dyżuru w żadnej formie, ani w sposób stacjonarny, ani w formie dyżuru telefonicznego. Postanowienia rozporządzenia w sprawie OPH stanowią wprost o całodobowym dostępie przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, a nie o „gotowości do świadczenia usług” w zakresie medycyny paliatywnej. O zbyt małej liczbie etatów lekarzy świadczą również same wyjaśnienia Prezesa, który potwierdził, że do OW NFZ zgłoszono zbyt małą, łączną liczbę godzin dostępności lekarzy.

Ponadto z informacji OW NFZ przekazanych kontrolerowi NIK wynika, że w przypadku przyjęcia pod opiekę jednocześnie większej liczby osób skutkującego realizacją świadczeń ponad plan określony w umowie, świadczeniodawca zobowiązany był do dostosowania potencjału wykonawczego wskazanego w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-zasoby”, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń wskazanymi w rozporządzeniu w sprawie OPH, proporcjonalnie do liczby przyjętych pacjentów. Aktualizacji zgłoszonego do realizacji umów personelu i/lub sprzętu należało dokonać, w myśl § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, zgodnie z którym zmiany w zasobach wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Z uwagi na zatrudnienie dodatkowej liczby lekarzy oraz zapewnienie wymaganej liczby etatów psychologów Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego w powyższej sprawie.

(akta kontroli tom II str. 229-231)

7. Dyrektor Hospicjum oraz dyrektor do spraw medycznych nie sprawowali należytego nadzoru nad dokumentacją medyczną, a w przypadku dyrektora do spraw medycznych, także nad zespołem lekarskim oraz pielęgniarskim, co skutkowało nieskorygowaniem błędów w dokumentowaniu zleconych, wydanych i podanych pacjentom dawek morfiny. Pełnienie nadzoru nad dokumentami medycznymi wynikało z zapisów regulaminu organizacyjnego, tj. § 10 ust. 2 pkt 14 (w przypadku Dyrektora Hospicjum) oraz § 10 ust. 3 pkt 1 i 2 (w przypadku dyrektora do spraw medycznych).

(akta kontroli tom I str. 34-35, 49-50, tom II str. 22)

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że z uwagi na dużą rotację pacjentów, kontrolę dokumentacji medycznej wykonywała wyrywkowo.

(akta kontroli tom II str. 237-238)

Dyrektor do spraw medycznych wyjaśnił, że w nadzorze położył nacisk na kontrolę w zakresie weryfikacji potrzeb pacjentów i ich rodzin. Nadzór nad

dokumentacją medyczną oraz zespołem lekarskim został przysłonięty przez nadzór nad jakością opieki bezpośrednio nad pacjentem. Personel Hospicjum znał pacjentów, którym była podawana morfina i w tym przypadku zgubna okazała się rutyna i brak rzetelności prowadzenia odpowiedniej aktualizacji. Obecnie jedna osoba została upoważniona do prowadzenia książki kontroli środków odurzających i psychotropowych. Dyrektor wyjaśnił ponadto, że wprowadził cotygodniowe odprawy z całym personelem, podczas których zwraca uwagę m.in. na prowadzenie dokumentacji medycznej i książki kontroli środków odurzających i psychotropowych.

(akta kontroli tom II str. 319-320)

OCENA CZĄSTKOWA

Przy udzielaniu, w kwietniu 2024 r. świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zapewniono odpowiednią liczbę pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także właściwy rodzaj i liczbę sprzętu medycznego i pomocniczego wykorzystywanego w OPH. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. niespełnienia, w kwietniu 2024 r., wymogów co do odpowiedniej liczby etatów lekarzy i psychologów udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, a także nieprzesyłania do NFZ aktualizacji dotyczącej zarówno personelu jak i sprzętu jakim dysponowano w celu realizacji świadczeń. Ponadto w pokojach pacjentów nie zapewniono, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Szerokość drzwi w salach chorych nie była z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie warunków technicznych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Od 1 lutego do 30 kwietnia 2024 r. wartość umowy z NFZ na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła 2674,9 tys. zł. Z tej kwoty Spółka przekazała do Funduszu rozliczenia świadczeń na łączną kwotę 2666,5 tys. zł. Do 30 kwietnia 2024 r. Fundusz dokonał zapłaty za udzielone świadczenia w wysokości 1755,0 tys. zł (66%).

Prezes wyjaśnił, że pozostała kwota, tj. 911,5 tys. zł za świadczenia wykonane w kwietniu została zapłacona przez NFZ w maju 2024 r. Jednocześnie według stanu na 30 kwietnia 2024 r., wartość zrealizowanych od 1 lutego 2024 r. nadwykonań wyniosła 4213,8 tys. zł i nie zostały one uregulowane przez Fundusz.

(akta kontroli tom II str. 44-45, 164)

Z informacji uzyskanych z OW NFZ wynika, że Fundusz nie przekazał Spółce środków finansowych za nadwykonania zrealizowane w 2024 r. z powodu ich deficytu w planie finansowym na 2024 r. Po zmianie tego planu dokonanej 26 września 2024 r. powstały warunki umożliwiające przeprowadzenie sfinansowania nadwykonań za kwiecień–czerwiec br.⁴⁶, i po dokonaniu stosownych analiz podjęta zostanie decyzja o wysokości nadwykonań podlegających finansowaniu.

(akta kontroli tom II str. 228-230)

Od 1 lutego do 30 kwietnia 2024 r. koszty udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosły ogółem 5362,0 tys. zł. Na 30 kwietnia 2024 r. NFZ przekazał Spółce 1755,0 tys. zł, a pozostała kwota w wysokości 3607,0 tys. zł została pokryta ze środków własnych.

Prezes wyjaśnił, że nie pozyskano środków finansowych na działalność Hospicjum z innych źródeł niż NFZ. Poczyniono kroki, aby pozyskać środki z innych źródeł umieszczając na stronie internetowej Hospicjum informację o możliwości

⁴⁶ Od kwietnia 2024 r. zniesiono limity na świadczenia OPH.

dokonywania wpłat na rzecz Hospicjum, jednak nie uzyskano z tego tytułu żadnych wpłat.

(akta kontroli tom II str. 45, 315)

2.2. Za okres od lutego do kwietnia 2024 r. spółka Global Medical złożyła do NFZ łącznie 34 dokumenty rozliczeniowe. I tak: za luty i marzec złożono po 13 dokumentów, a za kwiecień złożono osiem dokumentów rozliczeniowych. Zgodnie z wymogiem § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Liczba dokumentów rozliczeniowych, które zostały przesłane do Funduszu w terminie wynikającym z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, kształtowała się następująco:

- za luty i marzec z 26 dokumentów rozliczeniowych 16 z nich, na łączną kwotę 1744,2 tys. zł (859,0 tys. zł za luty i 885,2 tys. zł za marzec), przesłano do Funduszu do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. Po tym terminie złożono, w każdym miesiącu po pięć dokumentów⁴⁷, w tym po trzy korekty;
- za kwiecień wszystkie osiem dokumentów rozliczeniowych, na łączną kwotę 934,5 tys. zł, złożono do 10 maja.

(akta kontroli tom II str. 233)

Prezes wyjaśnił, że zgodnie z § 23 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym (tzw. „dokumenty rozliczeniowe”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Natomiast zgodnie z § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia, rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu. Zatem świadczeniodawca do 10. dnia miesiąca powinien przedstawić Funduszowi pierwsze dokumenty rozliczeniowe (rachunek i raport statystyczny) za miesiąc poprzedni. Natomiast ma możliwość korygowania raportów statystycznych 40 dni po zakończeniu okresu rozliczeniowego (okres rozliczeniowy w umowie z NFZ to rok kalendarzowy). W związku z powyższym 9 lutego każdego roku upływa termin, w którym świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego za świadczenia udzielone w okresie styczeń – grudzień roku poprzedniego, natomiast 15 lutego każdego roku upływa ostateczny termin rozliczenia wykonania umowy za okres styczeń – grudzień roku poprzedniego. Dokumenty rozliczeniowe zostały wystawione zgodnie z zasadami NFZ, po korekcie raportów statystycznych.

(akta kontroli str. 259-260)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumenty rozliczeniowe przekazywano do OW NFZ, w terminach, które wynikały z obowiązujących w tym zakresie przepisów.

⁴⁷ Za luty dokumenty o numerach: NFZ/10/2024; NFZ/02/2024/K; NFZ/01/2024/K; NFZ/04/2024/K/G; NFZ/09/2024. Za marzec dokumenty o numerach: NFZ/19/2024/G; NFZ/03/2024/K/G; NFZ/08/2024/K/G; NFZ/20/2024/G; NFZ/05/2024/K/G.

IV. Wnioski

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

- | | |
|---------|--|
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none">1. Bieżące zgłaszanie do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zmian w zakresie personelu udzielającego świadczeń z zakresu OPH, a także sprzętu służącego do realizacji świadczeń.2. Zapewnienie, w pokojach pacjentów, dostępu do łóżek z trzech stron.3. Podjęcie działań w celu dostosowania szerokości drzwi w pokojach pacjentów do wymagań określonych w przepisach powszechnie obowiązujących.4. Prowadzenie bieżącego nadzoru nad personelem lekarskim oraz pielęgniarstwowym w zakresie prowadzonej przez ten personel dokumentacji medycznej. |
|---------|--|

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
wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 14 listopada 2024 r.

Kontroler
Marta Pietruszewska
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

Z up.

p.o. wicedyrektora
Urszula Klimska

-//-

-//-

.....
podpis

.....
podpis

