



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.006.01.2023

Halina Smolińska
Prezes Zarządu
Niepublicznego Zespołu Zakładów Opieki
Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o.
ul. Kozińskiego 9, 05-120 Legionowo

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor sp. z o.o. ul. Kozińskiego 9, 05-120 Legionowo ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Halina Smolińska, Prezes Zarządu NZ ZOZ Wigor sp. z o.o. od 10 lipca 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej² 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 2020-2024 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Wojciech Nędzi, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/102/2024 z 14 sierpnia 2024 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej także: Spółka, NZ ZOZ Wigor sp. z o.o.

² Dalej także: OPH.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Spółka wywiązywała się z realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w formie hospicjum stacjonarnego określonych w umowach zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵, udzielając świadczeń w odpowiednim wymiarze oraz spełniając wymagania dotyczące liczby i kwalifikacji personelu. W hospicjum dysponowano wymaganym sprzętem medycznym i pomocniczym, który był w pełni wykorzystywany. W stosunku do podopiecznych podejmowano działania mające na celu poprawę jakości ich życia poprzez zapobieganie i uśmierzanie objawów somatycznych, w tym bólu, a także łagodzenie dolegliwości psychicznych, duchowych i socjalnych poprzez indywidualny dostęp do wsparcia psychologicznego. Udzielając świadczeń nie spełniono wymaganego przepisami warunku dostępności do łóżka pacjenta z trzech stron. Leki opiodowe w dyżurkach pielęgniarskich były przechowywane w sposób niespełniający obowiązujących przepisów. Ponadto w jednej z dyżurek przechowywany był lek z przekroczonym terminem ważności.

Środki finansowe otrzymywane z NFZ z tytułu realizacji zadań z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w pełni pokrywały koszty jej świadczenia. Ich realizację rozliczano zgodnie z zasadami określonymi w umowach zawartych z OW NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z Księgą Rejestrową nr 000000007530, Spółka udziela świadczeń w zakresie opieki paliatywnej w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych od 9 sierpnia 2021 r. Od kwietnia 2024 r. rozszerzono jego działalność o drugą lokalizację.

W latach 2022 – 2024 obowiązywały cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna, zawarte pomiędzy Spółką a Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmujące swoim zakresem świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym:

- umowa nr 07-06-06554-21-09/06 (07R-1-01781-15-01-2021-2023) z 2 października 2021 r., zawarta na okres od 1 października 2021 r. do 30 czerwca 2023 r., której okres obowiązywania przedłużono do 30 czerwca 2025 r.⁷;
- umowa nr 07-06-06554-22-11/06 (07R-1-01781-15-01-2022-2023) z 26 lipca 2022 r., zawarta na okres od 1 sierpnia 2022 do 30 czerwca 2023 r., której okres obowiązywania przedłużono do 30 czerwca 2025 r.⁸;
- umowa nr 07-06-06554-22-14/06 (07R-1-01781-15-11-2022-2023), zawarta na okres od 1 grudnia 2022 r. do 30 czerwca 2023 r., której okres obowiązywania przedłużono do 30 czerwca 2025 r.⁹;

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

⁵ Dalej także: OW NFZ. Fundusz.

⁶ 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.

⁷ Aneks nr 07R-1-01781-15-01-2021-2023/A5/23 z 31 maja 2023 r.

⁸ Aneks nr 07R-1-01781-15-01-2022-2023/A5/23 z 31 maja 2023 r.

⁹ Aneks nr 07R-1-01781-15-11-2022-2023/A5/23 z 31 maja 2023 r.

- umowa nr 07R-1-01781-15-01-2024-2028 (070606554240614) z 1 kwietnia 2024 r., (dalej: umowa czwarta) zawarta na okres od 1 kwietnia 2024 r. do 31 maja 2028 r.

Trzy pierwsze z ww. umów dotyczyły opieki świadczonej w hospicjum stacjonarnym przy ul. Kozińskiego 13a w Legionowie, natomiast czwarta – oddziału hospicjum stacjonarnego przy ul. Kozińskiego 9 w Legionowie.

(akta kontroli str. 22-41, 178-746)

W latach objętych kontrolą, opieką hospicyjną objęto łącznie 1074 pacjentów¹⁰ i z roku na rok ich liczba rosła¹¹. Spośród łącznej liczby pacjentów, u 685 z nich (64%), rozpoznano chorobę nowotworową. Średni czas objęcia opieką wyniósł: w 2022 r. – 40 dni, w 2023 r. – 50 dni, w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 42 dni.

W hospicjum sukcesywnie zwiększano liczbę łóżek. Według stanu na koniec marca i czerwca 2022 r., hospicjum dysponowało 35 łóżkami. Od września 2022 r. do końca września 2023 r. liczba łóżek wzrosła do 60, by z końcem roku wynieść 75. Na dzień 30 kwietnia 2024 r. hospicjum dysponowało 90 łóżkami.

Liczba pacjentów wynosiła wg stanu na koniec:

- marca, czerwca, września i grudnia 2022 r. – odpowiednio 31, 34, 45 i 60,
- marca, czerwca, września i grudnia 2023 r. – odpowiednio 58, 55, 59 i 65,
- kwietnia 2024 r. – 77.

(akta kontroli str. 45-47, 80, 948)

W wyniku przeprowadzonych w dniu 26 września 2024 r. oględzin ustalono, że w obu budynkach hospicjum znajdowało się 36 pokoi łóżkowych, w których przebywało 96 pacjentów¹². Żaden z pokoi nie znajdował się poniżej poziomu gruntu.

W budynku przy ul. Kozińskiego 13a pokoje pacjentów zlokalizowano na parterze, piętrze i poddaszu, na poddaszu znajdował się pokój lekarski, na piętrze dyżurka pielęgniarska, na parterze kuchnia, recepcja, pomieszczenie gospodarcze i salon. W piwnicy znajdowały się szatnie dla pracowników, pomieszczenia socjalne i gospodarcze, kotłownia, schowek, a także sala do rehabilitacji i pomieszczenie pro morte. W budynku funkcjonowała sprawna winda, umożliwiająca dotarcie do wszystkich kondygnacji. Bezpośrednio z budynku znajdowało się wyjście na podwórko, na którym znajdował się stół z krzesłami do dyspozycji pacjentów.

W budynku przy ul. Kozińskiego 9, oprócz pokoi, na parterze zlokalizowano kuchnię, chłodnię, dyżurkę pielęgniarską, recepcję, pralnię, jadalnię, a także pomieszczenia gospodarcze i świetlicę. Bezpośrednio z budynku znajdowało się wyjście na taras i podwórko, gdzie znajdowały się ławki, drabinki do ćwiczeń, a także stoliki z krzesłami. W piwnicy znajdowały się dwa gabinety lekarskie, dwa gabinety rehabilitacji, gabinet psychologa, pomieszczenie magazynowe dla terapii zajęciowej, pomieszczenie pro morte, szatnia dla pracowników, pomieszczenie socjalne, kotłownia, magazyn i łazienki. W budynku funkcjonowały dwie windy umożliwiające dotarcie do wszystkich kondygnacji – jedna osobowa, jedna osobowo-techniczna. W momencie oględzin windy były sprawne.

Ustawienie łóżek w pokojach w obu budynkach umożliwiało dostęp do nich z dwóch stron (dłuższej i krótszej), a w niektórych przypadkach tylko z jednej – dłuższej. Odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoi pozwalała na ich ruch na łóżkach, jednak w części pokoi wymagałoby

¹⁰ Dane za 2024 r. wg stanu na 30 września.

¹¹ W 2022 r. wyniosła 335 pacjentów, w 2023 r. – 419, a w 2024 r. – 320.

¹² W budynku przy ul. Kozińskiego 13a znajdowały się 24 pokoje łóżkowe (jeden jednoosobowy, jeden dwuosobowy, 18 trzyosobowych, dwa czteroosobowe, dwa pięcioosobowe), a w budynku przy ul. Kozińskiego 9 było 12 pokoi (pięć dwuosobowych i siedem trzyosobowych).

to przesunięcia mebli, np. regału, szafki lub drugiego łóżka, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W budynku przy ul. Kozińskiego 13a szerokość drzwi do pokoi wynosiła 100 cm, a dla 23 z 24 pokoi istniała możliwość otwarcia drugiego skrzydła pozwalającego na uzyskanie otworu o szerokości 120 cm, umożliwiającego wyprowadzenie łóżka. W drugim budynku, przy ul. Kozińskiego 9, szerokość drzwi do pokoi wynosiła 90 cm i uniemożliwiała ruch pacjentów na łóżkach.

Prezes Spółki wyjaśniła, że w hospicjum nie odbywa się taki ruch pacjentów, lecz w razie potrzeby na wózkach inwalidzkich i noszach transportowych, a w przypadku sytuacji kryzysowej, pacjenta nie przenosi się wraz z łóżkiem, tylko korzysta się z noszy transportowych, wind lub schodolazu.

W budynku przy ul. Kozińskiego 13a, na 11 pokoi poddanych oględzinom, w dziewięciu z nich nie zainstalowano rolet przeciwsłonecznych umożliwiających zasłonięcie okna w przypadku nadmiernego nasłwetlenia, natomiast w budynku przy ul. Kozińskiego 9, każdy z 12 pokoi łózkowych był w wyposażony w rolety.

W pokojach wieloosobowych nie było parawanów umożliwiających wydzielenie poszczególnych łózek.

W łózkach pacjentów nieporuszających się samodzielnie znajdowały się materace przeciwodłęzynowe, przy czym w niektórych było wyłączone zasilanie.

Prezes Spółki wyjaśniła, iż usytuowanie budynków nie powoduje nadmiernego nasłwetlenia pokoi, w związku z czym nie ma potrzeby by w każdym z pomieszczeń były one instalowane, a już zainstalowane montowano na prośby pacjentów dotyczące względów estetycznych.

Prezes wyjaśniła również, że na wyposażeniu hospicjum są parawany mobilne, które są stosowane w razie potrzeby, zwłaszcza w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Ponadto wyjaśniła, że każdy z pacjentów zagrożony powstaniem odleżyn, poddawany jest profilaktyce przeciwodłęzynowej, na którą składają się m.in. materace przeciwodłęzynowe. Jednak część pacjentów nie życzy sobie realizacji wszystkich elementów tej profilaktyki w sposób ciągły, a stwierdzony fakt braku pracy niektórych pompek materaców przeciwodłęzynowych wynikał z okresowych indywidualnych decyzji i preferencji pacjentów.

(akta kontroli str. 80-82, 102-103, 948, 763-765)

Na podstawie szczegółowego badania dokumentacji medycznej wybranych losowo pacjentów hospicjum¹³ stwierdzono, że:

- najdłuższy pobyt w hospicjum trwał 990, a najkrótszy dwa dni;
- dwóch pacjentów nie było zdolnych do udzielenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia – w obu przypadkach decyzję o przyjęciu podjęły dzieci pacjentów;
- żaden z pacjentów nie został przyjęty do hospicjum z konkretnymi zaleceniami lekarskimi co do dalszego prowadzenia czynności medycznych dotyczących opieki psychologicznej czy rehabilitacji;
- u pięciu pacjentów pierwsza wizyta psychologa odbyła się jeszcze w dniu przyjęcia do hospicjum, u 16 dzień po przyjęciu, u dwóch – trzy dni, a u kolejnych dwóch później niż trzy dni od przyjęcia;
- u dwóch pacjentów pierwsza wizyta rehabilitanta odbyła się już w dniu przyjęcia do hospicjum, u 15 w dniu następnym, u dwóch – dwa, a u trzech trzy dni od rozpoczęcia pobytu, u kolejnych dwóch później niż trzy dni od przyjęcia¹⁴;
- u wszystkich pacjentów wizyty rehabilitanta odbywały się codziennie, od poniedziałku do piątku;

¹³ Wybrano dokumentację 10 pacjentów przebywających w hospicjum w kwietniu 2022 r., 10 - w kwietniu 2023 r. oraz 5 - w kwietniu 2024 r.

¹⁴ Jeden z wybranych do badania pacjentów zmarł 2 dni po przyjęciu do hospicjum - przed wizytą rehabilitanta.

- ośmiu pacjentom zlecano i przeprowadzano badania diagnostyczne, obejmujące m.in. wskaźnik INR, poziom białka CRP, lipidogram, poziom elektrolitów, morfologię, badanie moczu;
- podczas wizyty lekarskiej każdorazowo określano nasilenie bólu u pacjenta wg skali NRS – 11 pacjentów uskarżało się na doskwierający ból, każdy z nich otrzymywał leki uśmierzające;
- siedmiu pacjentów otrzymywało opioidy, w tym czterech morfinę.

(akta kontroli str. 122-123)

2. Na podstawie analizy dokumentacji świadczeń udzielanych w hospicjum w wybranych do kontroli trzech miesiącach¹⁵ stwierdzono, że udzielało ich:

- od ośmiu do 12 lekarzy, (trzech specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej i trzech specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej¹⁶), zaś równoważnik etatu wynosił od 4,5 do 8,24¹⁷;
- od siedmiu do 21 pielęgniarek, (od pięciu do 10 specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz od dwóch do czterech posiadających specjalizację w innej dziedzinie lub kurs specjalistyczny), zaś równoważnik etatu wynosił od 6,08 do 19,12;
- od jednego do trzech psychologów, zaś równoważnik etatu wynosił od 1 do 3,36¹⁸;
- od jednego do czterech fizjoterapeutów, zaś równoważnik etatu wynosił od 1 do 2,24¹⁹;
- od dwóch do trzech opiekunów medycznych.

Personel spełniał wymagania dla tej formy OPH, określone w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej²⁰.

Wszyscy lekarze posiadali uprawnienia do wypisywania recept na leki opioidowe.

Zmiany związane z rotacją personelu były we właściwy sposób zgłaszane do OW NFZ, co miało miejsce łącznie 63-krotnie w odniesieniu do obowiązujących czterech umów na świadczenia OPH.

(akta kontroli str. 46-47, 178-746, 767-773)

3. Spółka posiadała sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany dla prowadzonej formy OPH, określony w załączniku nr 2 rozporządzenia w sprawie OPH w liczbie przekraczającej wymaganą umowami zawartymi z OW NFZ. W posiadaniu hospicjum znajdowało się: 36 koncentratorów tlenu, 23 ssaki elektryczne, 17 inhalatorów, osiem pomp infuzyjnych, osiem glukometrów, dwa aparaty EKG, osiem wózków inwalidzkich, osiem aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, trzy zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, a także: chodziki, balkoniki, laski i kule rehabilitacyjne oraz sprzęt ułatwiający pielęgnację.

W wyniku oględzin dwóch dyżurek pielęgniarzkich stwierdzono, że w jednej z nich leki opioidowe znajdowały się w otwartej szafce (posiadającej zamknięcie na klucz), zaś w drugiej dyżurce leki te przechowywano w zamkniętej szafce, w której znajdowała się otwarta kasetka (posiadająca zamknięcie na klucz). Leki opioidowe znajdowały się zarówno w kasetce, jak i na niej, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

¹⁵ Tj. kwietnia 2022 r., kwietnia 2023 r. i kwietnia 2024 r.

¹⁶ Jeden z lekarzy był trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej.

¹⁷ Z zachowaniem wskaźnika 1 etatu na 10 łóżek.

¹⁸ Z zachowaniem wskaźnika ½ etatu na 20 łóżek.

¹⁹ Z zachowaniem wskaźnika ¼ etatu na 10 łóżek.

²⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 262; dalej: rozporządzenie w sprawie OPH.

Na próbie losowo wybranych 11 leków przechowywanych w dyżurkach pielęgniarskich stwierdzono przekroczenie terminu ważności jednego z nich, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 102-103, 164-177)

4. Na podstawie przeprowadzonych badań dokumentacji dotyczącej zapewnienia udzielania świadczeń OPH w wymaganym wymiarze w wybranych miesiącach²¹ stwierdzono, że pacjentom zapewniono przez 7 dni w tygodniu, całodobowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarkę obecną w hospicjum.

Jednocześnie całodobowa obecność lekarza w hospicjum była zapewniona jedynie przez cztery dni kwietnia 2022 r. i 10 dni kwietnia 2023 r. W kwietniu 2024 r. całodobową obecność lekarza zapewniono w jednym z budynków (Kozietulskiego 13a) przez 12 dni, natomiast w drugim (Kozietulskiego 9), lekarz nie pełnił całodobowego dyżuru ani razu.

Prezes wyjaśniła, że Spółka zapewnia całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do lekarza poprzez zapewnienie udzielania świadczeń na wezwanie. Lekarzem zabezpieczającym interwencje na wezwanie był lekarz R.S., a obowiązujące przepisy nie obligują hospicjum do zapewnienia całodobowych medycznych dyżurów lekarskich.

(akta kontroli str. 47, 80-82, 123-163)

5. W odniesieniu do pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w kwietniu (w latach 2022-2024) obłożenie łóżek wynosiło odpowiednio 91%, 100% i 86%. W tym okresie Spółka wykorzystywała cały sprzęt zgłoszony do umów z OW NFZ, co było bezpośrednio związane ze stanem pacjentów objętych opieką w hospicjum.

Prezes Spółki wyjaśniła, iż w jej ocenie sprzętem niewykorzystywanym, a wymaganym rozporządzeniem w sprawie OPH są zwykłe łóżka szpitalne, które nie mają zastosowania w hospicjum stacjonarnym, gdzie sprawdzają się elektryczne, łamane łóżka szpitalne.

Jednocześnie Prezes nie wskazała innego sprzętu medycznego i pomocniczego, który powinien znaleźć się w katalogu załącznika 2 rozporządzenia OPH.

(akta kontroli str. 46, 80, 112)

6. W Spółce nie prowadzono listy osób oczekujących na otrzymanie świadczeń OPH. Wszyscy pacjenci zgłaszający się do hospicjum z kompletem dokumentów kwalifikującym do skorzystania ze świadczeń OPH przyjmowani byli na bieżąco.

(akta kontroli str. 50)

7. Szczegółowe badanie dokumentacji pacjentów objętych świadczeniami OPH w kwietniu, w latach 2022-2024, wykazało, że:

- lekarze każdorazowo podczas wizyty określali nasilenie bólu u pacjenta wg skali NRS;
- na podstawie decyzji lekarza, a także w przypadku uskarżania się pacjenta na doskwierający ból, przepisywano leki przeciwbólowe;
- pacjentom podawano leki przeciwbólowe w postaci paracetamolu, ibuprofenu, tramadolu wraz paracetamolem, buprenorfiny (plastrów), tramalu, morfiny w formie tabletek lub zastrzyków, oksykodonu;
- morfinę otrzymywało 36% pacjentów obecnych w hospicjum w kwietniu 2022 r., 14% pacjentów w kwietniu 2023 r. i 12% w kwietniu 2024 r.;
- spośród pacjentów przebywających w hospicjum, morfinę podawano pacjentom z nowotworami, w tym złośliwymi, z przewlekłą niewydolnością oddechową, kardiomiopatią, owrzodzeniem odleżynowym, kardiomiopatią alkoholową, płasawicą czy białaczką limfocytową;

²¹ Kwiecień 2022 r., kwiecień 2023 r. oraz kwiecień 2024 r.

- nie odnotowano podawania pacjentom Pavulonu.

(akta kontroli str. 121-122a)

8. W okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2022-2024 nie wystąpiły przypadki odmowy udzielania świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 50)

9. W okresie objętym kontrolą odnotowano:

- w 2022 r. – 235 zgonów;
- w 2023 r. – 307 zgonów;
- w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 102 zgony.

W hospicjum stosowano procedury opracowane przez zatrudnionych psychologów, określające sposób postępowania z chorym umierającym, metody wsparcia rodziny i bliskich pacjenta, znajdujących się w trudnej sytuacji psychicznej, a także procedurę wsparcia rodziny znajdującej się w żałobie. Chorym umierającym zapewniano możliwość kontaktu i obecności rodziny i bliskich w razie potrzeby i woli samego chorego, a także możliwość skorzystania z obecności duchownego z pobliskiej parafii na życzenie chorego lub rodziny.

Zgodnie z przyjętymi w hospicjum zasadami postępowania, praca terapeutyczna psychologa miała charakter terapii kryzysowej, a czas jej trwania był indywidualnie dostosowywany do potrzeb chorego i jego rodziny. Tego rodzaju praca była prowadzona stale u wszystkich pacjentów placówki, niezależnie od ich stanu. Funkcjonujące procedury zakładały wsparcie emocjonalne pacjentów, otwarte i szczerze rozmowy z pacjentem i jego rodziną na temat jego stanu i oczekiwań pozwalające lepiej zrozumieć i zaakceptować zaistniałą sytuację, a także łagodzenie bólu i innych objawów poprzez zapewnienie komfortu fizycznego i psychicznego pacjentowi.

Spółka opracowała i wdrożyła procedurę postępowania w sytuacji agonii pacjenta, wg której:

- stan agonalny stwierdza lekarz,
- zawiadamia rodzinę o stanie pacjenta, udzielając stosownego wsparcia i szczegółowych odpowiedzi na zasygnalizowane wątpliwości czy pytania,
- wdrażane jest postępowanie mające na celu złagodzenie objawów pacjenta poprzez (w zależności od stanu) podawanie leków anksjolitycznych, przeciwbólowych oraz tlenu,
- monitoruje się stan pacjenta podejmując doraźne działania w razie zmiany stanu pacjenta,
- umożliwia się skorzystanie ze wsparcia psychologicznego, gdy pacjent jest przytomny,
- w razie wyrażenia woli przez chorego lub jego rodzinę umożliwia się skorzystanie z opieki duszpasterskiej,
- podejmowane są działania zapewniające intymność umierającemu i jego rodzinie (odgrodzenie parawanem),
- zapewnione są czynności pielęgnarskie, tj. mycie, przewijanie, pojenie – jeśli tego wymaga ich stan,
- lekarz stwierdza zgon pacjenta, o czym powiadamia rodzinę.

W Spółce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku zgonu, wg której:

- po stwierdzeniu zgonu lekarz stwierdza jego przyczynę i wystawia kartę zgonu,
- lekarz lub Dyrektor powiadamia osobę wskazaną w historii choroby, instytucję lub przedstawiciela ustawowego o śmierci podopiecznego, odnotowując ten fakt w historii choroby,
- personel wykonuje toaletę pośmiertną,

- personel sprawdza i zabezpiecza przedmioty wartościowe i inne rzeczy osobiste,
- z ciała zmarłego usuwa się dreny i inny sprzęt medyczny oraz opatrunki,
- pielęgniarka oznakowuje zwłoki danymi pacjenta oraz datą i godziną zgonu,
- zwłoki przewożone są do pomieszczenia pro morte,
- wydawanie zwłok odbywa się nie wcześniej, niż po 2 godzinach od czasu zgonu,
- zwłoki są wydawane po wskazaniu przez rodzinę zakładu pogrzebowego zajmującego się pochówkiem,
- po przewiezieniu zwłok do pomieszczenia przejściowego i wydaniu zwłok pracownikom zakładu pogrzebowego, personel jest odpowiedzialny za dezynfekcję wózka i windy.

(akta kontroli str. 59, 61-74)

10. Prezes Spółki wyjaśniła, że w zależności od podstawowego parametru stanu klinicznego pacjenta, jakim jest obecność i zakres jego świadomości, działania nakierunkowane na poprawę jakości życia są zróżnicowane. Do podstawowych działań podejmowanych przez pracowników hospicjum należą czynności polegające na zapobieganiu i uśmierzaniu bólu (między innymi leczenie przeciwbólowe zgodnie z założeniami drabiny analgetycznej WHO), zapobieganie i uśmierzanie innych objawów somatycznych, w zależności od indywidualnego stanu klinicznego pacjenta (przykładowo leczenie przeciwoleżynowe, tlenoterapia, leczenie przeciwobrzękowe, drobne zabiegi chirurgiczne jak opracowywanie ran i odleżyn, punkcje otrzewnowe i opłucnowe, żywienie dojelitowe i pozajelitowe).

Opieka nad pacjentami bez zaburzeń świadomości ma na celu uśmierzanie lub łagodzenie dolegliwości oraz cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, poprzez różnorodne aktywności z zakresu usprawniania funkcjonalnego – ćwiczenia kinezy i fizykoterapii. Każdy pacjent ma dostęp do indywidualnego, dostosowanego do sytuacji zdrowotnej i życiowej wsparcia psychologicznego, a także zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej.

Ustalane indywidualne plany opieki mają formę zleceń lekarskich oraz pielęgniarskich, dostosowanych do specyficznego stanu klinicznego, funkcjonalnego, psychicznego i socjalnego pacjenta. Aktywności z zakresu fizjoterapii, psychologii oraz pomocy socjalnej są planowane w porozumieniu z rodziną pacjentów.

Udzielane w hospicjum świadczenia zdrowotne są zbieżne z wytycznymi oraz zaleceniami określonymi przez Radę Europy w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

(akta kontroli str. 112-113)

11. Prezes Spółki nie wskazała problemów, które by znacząco utrudniały realizację świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(akta kontroli str. 80-82)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. We wszystkich 36 pokojach pacjentów, ustawienie łóżek umożliwiało dostęp do nich z dwóch stron – dłuższej i krótszej, a w niektórych przypadkach tylko z jednej – dłuższej.

Zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²², łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Prezes Spółki wyjaśniła, że wszystkie łóżka pacjentów są regulowane elektrycznie i wyposażone w kółka, a ustawione w sposób jaki jest najwygodniejszy dla aktualnie korzystających z nich pacjentów. W przypadkach, gdy zachodzi konieczność dostępu do łóżka pacjenta w sposób bardziej dowolny, łóżko dzięki obecności kółek jest wysuwane w obrębie pokoju w zależności od potrzeby – w tym zapewniając dostęp z trzech stron. W dotychczasowej praktyce udzielania świadczeń, pracownicy hospicjum nie napotkali problemów wynikających z braku dostępu do pacjenta leżącego w swoim łóżku.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że zapewnienie dostępności do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych stanowi wymóg określony w przepisach. Ponadto umeblowanie w pokojach pacjentów nie pozwalało na bezproblemowe przestawienie łóżka.

(akta kontroli str. 102-103, 112-114, 763-765)

2. Leki opioidowe przechowywane były w dyżurkach pielęgniarskich w sposób niewłaściwy.

Leki opioidowe w jednej dyżurce znajdowały się w otwartej szafce (posiadającej zamknięcie na klucz), poukładane na półkach, a w drugiej dyżurce leki te przechowywano w zamkniętej szafce, w której znajdowała się otwarta nieprzymocowana kasetka, posiadająca zamknięcie na klucz. Leki opioidowe znajdowały się zarówno w kasetce, jak i na niej, ponieważ ich ilość nie pozwalała na umieszczenie wszystkich wewnątrz kasetki.

Zgodnie z § 2 ust. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje²³, środki odurzające grup I-N i II-N, substancje psychotropowe grupy II-P oraz preparaty zawierające te środki lub substancje należy przechowywać w odpowiednio zabezpieczonych pomieszczeniach, w zamkniętych metalowych szafach lub kasetach przymocowanych w sposób trwały do ścian lub podłóg pomieszczenia, w miejscu niedostępnym dla pacjentów, w sposób zabezpieczający je przed kradzieżą, podmianą oraz zniszczeniem.

Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki²⁴, wydanego na podstawie art. 95 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne²⁵, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, surowce farmaceutyczne i wyroby medyczne przechowuje się (...), w sposób gwarantujący zachowanie ustalonych dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, surowca farmaceutycznego lub wyrobu medycznego wymagań jakościowych i bezpieczeństwo przechowywania.

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezes Spółki, obowiązki wynikające z przywołanych przepisów są realizowane przez Dział Farmacji NZ ZOZ Wigor sp. z o.o. Leki znajdujące się w dyżurkach pielęgniarskich znajdowały się w podręcznych apteczkach oddziałowych. Dyżurki są pomieszczeniami, do których osoby

²² Dz. U. z 2022 r. poz. 402; dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 373, ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 154.

²⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 686; dalej: ustawa Prawo farmaceutyczne.

nieuprawnione, w tym pacjenci, nie mają dostępu. Ponadto są one stale objęte monitoringiem audiowizualnym. Szafy, w których znajdują się leki są zamykane na klucz, a personel korzystający z dyżurek ma obowiązek zamykać całe pomieszczenie w przypadku pozostawienia go bez obecności innego pracownika. Dodatkowo personel pielęgniarski obowiązany jest przy zdawaniu dyżuru monitorować stan leków narkotycznych i psychotropowych. Kierownik Działu Farmacji, zgodnie z obowiązującą w Spółce procedurą, w okolicach ostatniego dnia roboczego miesiąca przeprowadza kontrolę prawidłowego przechowywania leków w oddziałach, zazwyczaj w formie obchodu.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wyjaśnień Prezes. Dyżurka pielęgniarska w budynku przy ul. Kozietulskiego 9, która poddawana była oględzinom, jest pomieszczeniem wydzielonym z części korytarza jedynie ladą, do której wchodzi się poprzez niskie drzwi wahadłowe niewyposażone w zamknięcie.

(akta kontroli str. 82-86, 102-103, 112-114, 763-765)

3. W jednej z dyżurek pielęgniarskich znajdował się lek, którego termin ważności upłynął.

Podczas oględzin dyżurek pielęgniarskich dokonano weryfikacji terminów losowo wybranych 11 leków. Dla jednego z nich, stwierdzono upływ terminu ważności w sierpniu 2024 r.

Zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne, zakazany jest obrót, a także stosowanie produktów leczniczych nieodpowiadających ustalonym wymaganiom jakościowym oraz produktami leczniczymi, w odniesieniu do których upłynął termin ważności.

Prezes Spółki wyjaśniła, że przedmiotowy lek należał do pacjentki przyjętej do hospicjum dzień wcześniej. Ponadto, pacjentka nie używała tego leku w ostatnim czasie, a także żaden z pacjentów nie miał zleconego leku o tej nazwie i dawce. Leki w szafach są sprawdzane przez magistra farmacji ostatniego dnia miesiąca oraz każdorazowo przez personel rozkładający leki.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wyjaśnień p. Prezes, ponieważ kontrola terminu ważności posiadanych leków czy wyrobów medycznych ma kluczowe znaczenie dla zdrowia pacjentów. Ponadto, wyjaśnienia wskazujące na to, że lek należał do pacjentki, która została przyjęta do hospicjum dzień wcześniej, oznacza że personel umieścił w szafce lek, którego termin ważności już upłynął, bez jego weryfikacji.

Nieprawidłowość usunięto w toku kontroli, poprzez wyłączenie z użytkowania przeterminowanego leku.

(akta kontroli str. 82-86, 102-103, 112-114, 763-765)

OCENA CZĄSTKOWA

W zakresie realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w ramach umów zawartych z OW NFZ, kontrolowana Spółka spełniła wymagania dotyczące personelu zapewniając udzielanie świadczeń w wymaganym wymiarze. W hospicjum zabezpieczono odpowiednią ilość sprzętu medycznego i pomocniczego niezbędnego do realizowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, który był w pełni wykorzystywany. Wszystkich pacjentów spełniających formalne wymagania przyjmowano pod opiekę na bieżąco. W stosunku do podopiecznych podejmowano działania mające na celu poprawę ich jakości życia, a wśród nich czynności polegające na zapobieganiu i uśmierzaniu bólu i innych objawów somatycznych, a także opiekę psychologiczną, duchową czy socjalną. Plany opieki, w formie zleceń lekarskich i pielęgniarskich, dostosowywano do stanu klinicznego, funkcjonalnego i psychicznego pacjenta. Podczas udzielania świadczeń, nie spełniono wymagań dotyczących dostępu do łóżka pacjenta z trzech stron, określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, a leki

opiodowe w dyżurkach pielęgniarskich przechowywano niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Ponadto w jednej z dyżurek znajdował się lek z przekroczonym terminem ważności.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Kwoty zawartych kontraktów z OW NFZ w poszczególnych latach objętych kontrolą, wyniosły odpowiednio:

- w 2022 r. – 5327,7 tys. zł, zaś koszty udzielania świadczeń 5289,4 tys. zł;
- w 2023 r. – 11 844,2 tys. zł, a koszty udzielania świadczeń 11 287,5 tys. zł;
- w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 4213,0 tys. zł, zaś koszty udzielania świadczeń 5159,2 tys. zł.

Kwoty nadwykonań w kolejnych latach objętych kontrolą wyniosły odpowiednio: 608,8 tys. zł, 844,2 tys. zł, 1027,9 tys. zł.

W 2022 r. i 2023 r. OW NFZ uregulował wszystkie koszty wynikające z zawartych umów, wraz z nadwykonaniami. W 2024 r. (do 30 kwietnia) kwota niezapłaconych kosztów świadczeń wyniosła 1027,9 tys. zł i w całości dotyczyła nadwykonań. Spółka wykorzystała własne środki w kwocie 946,3 tys. zł na pokrycie kosztów świadczeń w 2024 r.

Nie pozyskiwano środków finansowych na działalność w zakresie udzielania świadczeń OPH z innych źródeł.

Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zwrócono się do Dyrektora OW NFZ o informację na temat rozliczeń Spółki z Funduszem. Z przekazanej informacji wynika, że według stanu na 30 kwietnia 2024 r., w umowach dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych przez Spółkę od 2022 r., ze względu na narastający sposób rozliczeń nie występują nadwykonania, ponieważ na ten dzień nie była przekazana jeszcze sprawozdawczość za kwiecień 2024 r. Natomiast wg stanu na dzień 30 kwietnia 2024 r. biorąc od uwagę jedynie okres styczeń-marzec 2024 r., kwota nadwykonań wynosiła 733 481,77 zł.

Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że po zmianie planu finansowego dokonanej 26 września br. przez Prezesa NFZ, przeprowadzono proces sfinansowania nadwykonań w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna za okres kwiecień-czerwiec br. w zakresach nielimitowanych. W dniu 1 października br. zwiększono kwotę zobowiązania w umowach Spółki w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z tytułu nadwykonań, zrealizowanych w okresie kwiecień-czerwiec 2024 r. Kwota zwiększenia za kwiecień 2024 r. wyniosła łącznie 232 535,57 zł.

Przekazanie środków finansowych nastąpiło w dniach 7-8 października 2024 r., po otrzymaniu rachunków od świadczeniodawcy.

Prezes Spółki wyjaśniła, iż wg stanu na dzień 18 października 2024 r. OW NFZ z nadwykonań na kwotę 1027,9 tys. zł (nadwykonania do 30 kwietnia br.) wypłacił Spółce kwotę 232,5 tys. zł. Środki zostały zaksięgowane na koncie Spółki w dniu 7 października 2024 r.

Jednocześnie Prezes wyjaśniła, iż Spółka nie ubiegała się o zapłatę tzw. nadwykonań, ponieważ NFZ przysłał do Spółki pismo informujące o zasadach renegotjacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i umów o realizację programów pilotażowych za I półrocze 2024 r. W piśmie tym, OW NFZ przekazał również informację, że w przypadku zmiany możliwości finansowych Oddziału umożliwiających dokonanie rozliczenia nadwykonań w zakresach świadczeń nieopisanych w ww. piśmie, w tym nielimitowanych, świadczeniodawcy zostaną poinformowani o tym fakcie niezwłocznie odrębnym komunikatem. Dodano również, że niniejsze pismo stanowi odpowiedź na wszystkie wnioski, które wpłynęły lub

wpłyną do Oddziału dotyczące zmian w umowach i sfinansowania nadwykonań za I półrocze 2024 r.

Prezes wskazała, że praktyka informowania o trudnościach z zapłatą za wykonanie świadczeń, ma miejsce regularnie od wielu lat, co potwierdzają pisma NFZ z lat poprzednich, dotyczące innego zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

(akta kontroli str. 55-60, 93-95, 114, 117-120)

2. Spółka przekazywała do OW NFZ dokumenty rozliczeniowe dotyczące świadczeń z zakresu OPH, zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶. Część dokumentów rozliczeniowych została przesłana do OW NFZ po 10 dniu miesiąca następującym po okresie objętym rozliczeniem.

Prezes Spółki wyjaśniła, że wynikało to z problemów technicznych systemu informatycznego SZOI, a także iż część raportów statystycznych dotyczyła korekty wcześniej już przesłanych danych, które wymagały uzupełnienia.

Jednocześnie Spółka nie była w stanie przedłożyć potwierdzeń przelewów otrzymanych w związku z płatnościami przez OW NFZ rozliczeń wynikających z obowiązujących umów. Prezes wyjaśniła, że przekazanie potwierdzeń przelewów dokonanych nie jest możliwe z uwagi na sposób rozliczeń i płatności umów z OW NFZ, ponieważ NFZ dokonuje przelewów transzami za pakiety wystawionych rachunków oraz korekt do poprzednio wystawionych rachunków, bez rozdzielania na zakresy świadczeń. Z tego powodu otrzymywane przez Spółkę płatności dotyczą wszystkich zawartych z NFZ umów, nie tylko umów OPH. Dodatkowo w tytułach przelewów często nie mieszczą się wszystkie numery rachunków i korekt, których dotyczy dany przelew.

(akta kontroli str. 55-60, 75-76)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia terminowość rozliczania świadczeń OPH w ramach umów zawartych z OW NFZ.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Ustawienie łóżek pacjentów w pokojach w taki sposób, aby możliwy był dostęp do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
2. Dostosowanie miejsc i sposobu przechowywania leków opioidowych do wymogów określonych w obowiązujących przepisach.

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

²⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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
Wojciech Nędzi
specjalista kontroli państwowej

-//-

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

z up.

p.o. wicedyrektora

Urszula Klimska

-//-

.....
podpis