



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.012.04.2018

Agnieszka Zaręba
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Sulęcinie

ul. Witosa 7
69-200 Sulęcín

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie ¹ , ul. Witosa 7, 69-200 Sulęcín (<i>Świadczeniodawca, Szpital lub SP ZOZ</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Zaręba, Dyrektor SP ZOZ od 4 grudnia 2007 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Mariusz Kniat, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LZG/100/2018 z 27 września 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-3)

¹ SP ZOZ w Sulęcinie jest samorządową osobą prawną Powiat Sulęciński.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Świadczeniodawca prawidłowo realizował zawartą z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (LOW NFZ) umowę o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH), tj. postępował zgodnie z warunkami określonymi w umowie, a także przestrzegał przepisów ogólnych. W szczególności, zapewnił personel o odpowiednich kwalifikacjach i tak zorganizował jego pracę, że możliwe było udzielanie chorym świadczeń na bieżąco⁴ i w wymaganej częstotliwości. Świadczeniodawca dysponował również wymaganym przepisami prawa i zadeklarowanym w umowie z LOW NFZ sprzętem medycznym i pomocniczym, a także bazą diagnostyczną wykorzystywaną w razie potrzeby w procesie udzielania świadczeń OPH. Podkreślenia wymaga, że – poza świadczeniami gwarantowanymi – zapewniono również szereg udogodnień podnoszących jakość życia pacjentów i ich rodzin. Za zasadne należy również uznać, zadeklarowane w toku kontroli, powszechniejsze zlecenie pacjentom hospicjum domowego świadczeń z zakresu opieki psychologicznej i rehabilitacji.

Rzetelnie prowadzono także dokumentację medyczną pacjentów⁵, która zawierała informacje o objawach somatycznych i monitorowaniu bólu. W dokumentacji tej na bieżąco odnotowywano i potwierdzano również wszystkie wizyty personelu medycznego.

W okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca objął opieką łącznie 1.125 pacjentów⁶, a za udzielone świadczenia uzyskał łącznie 5.942 tys. zł⁷, co stanowiło 98,9% kwot zakontraktowanych. Sporządzone rozliczenia przekazywane NFZ zawierały rzetelne dane o pacjentach i udzielonych im świadczeniach.

Zastrzeżenia NIK dotyczą jedynie przypadków niespełniania w lutym 2015 r. oraz w październiku 2017 r. obowiązującego wskaźnika etatu przeliczeniowego lekarzy w hospicjum stacjonarnym (Oddziale Medycyny Paliatywnej). Podkreślenia wymaga, że nieprawidłowość ta – w związku z zatrudnieniem od listopada 2018 r. dodatkowego lekarza – została wyeliminowana jeszcze w toku kontroli NIK.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

Realizacja umów o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej

1. Zorganizowanie świadczeń OPH

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital udzielał świadczeń OPH w zakresie opieki stacjonarnej (hospicjum stacjonarne) oraz hospicjum domowego dla dorosłych od 2010 roku (*Oddział Medycyny Paliatywnej z Hospicjum Domowym*), a opieki ambulatoryjnej (*Poradnia Medycyny Paliatywnej*) od 1 lipca 2017 r. W latach 2015-2018 (I półrocze) zawarto z LOW NFZ kontrakty na łączną kwotę (wraz z ugodami) 6.009 tys. zł⁸, z tego na opiekę stacjonarną 4.474 tys. zł, na opiekę w warunkach domowych 1.519 tys. zł, na opiekę w warunkach ambulatoryjnych 16 tys. zł. W tym samym okresie dodatkowe wynagrodzenie dla

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

⁴ Przeciętny okres oczekiwania na udzielenie świadczeń w ww. okresie wynosił: dla hospicjum stacjonarnego (w 2016 r. – 12 dni, w 2017 r. – 8 dni, w 2018 I poł. – 1 dzień), a dla hospicjum domowego (w 2016 r. – 8 dni, w 2017 r. – 6 dni, w 2018 I połowa – 0 dni).

⁵ Badaniem objęto dokumentację 40 pacjentów w tym: 20 objętych opieką w warunkach stacjonarnych, 10 objętych opieką w warunkach domowych oraz 10 objętych opieką ambulatoryjną.

⁶ Z tego: 666 – objętych opieką stacjonarną, 409 – objętych opieką hospicyjną domową oraz 50 – objętych opieką ambulatoryjną.

⁷ Bez dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarek otrzymanego w łącznej kwocie 297 tys. zł (w latach 2015-2018 I połowa).

⁸ Bez dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarek zakontraktowanego w łącznej kwocie 361 tys. zł (w latach 2015-2018 I połowa).

pielęgniarek wg zawartych kontraktów wynosiło 361 tys. zł. Za udzielone świadczenia w latach 2015-2018 (I połowa) uzyskano łącznie 5.942 tys. zł⁹, co stanowiło 98,9% kwot zakontraktowanych (wraz z ugodami). Otrzymane w ww. okresie w ramach kontraktów środki stanowiły 6,17% otrzymanej przez SP ZOZ ogółem z tytułu umów zawartych z LOW NFZ¹⁰. Z tytułu udzielania świadczeń OPH w ww. okresie poniesiono łączne koszty w kwocie 5.549 tys. zł, z tego na opiekę stacjonarną 4.425 tys. zł; na opiekę w warunkach domowych 1.112 tys. zł, na opiekę w warunkach ambulatoryjnych 12 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 4-22)

Łącznie w latach objętych kontrolą Świadczeniodawca objął OPH 1.125 pacjentów¹¹. W ramach stacjonarnej opieki paliatywnej dysponowano 18 łózkami¹² (zakontraktowano 13 łóżek¹³) i udzielono świadczeń 666 pacjentom. W latach 2015-2017 skala świadczeń z zakresu hospicjum domowego dla dorosłych utrzymywała się na zbliżonym poziomie: w roku 2015 – 114 pacjentów, w roku 2016 – 116 pacjentów, a w roku 2017 – 115 pacjentów. W ramach poradni medycyny paliatywnej udzielono świadczeń 50 pacjentom. U większości objętych świadczeniami OPH pacjentów (91,2%) zdiagnozowano chorobę nowotworową. Średni czas objęcia opieką wynosił: dla warunków stacjonarnych 20,6 dni, a w hospicjum domowym 26 dni.

(dowód: akta kontroli str. 20-26, 58-59)

1.2. Badanie spełniania wymagań dotyczących kwalifikacji personelu (lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz fizjoterapeutów) dla każdego zakresu świadczeń, zgodnie z załącznikiem 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁴ (dalej *rozporządzenie w sprawie OPH*), przeprowadzone na podstawie czterech wybranych miesięcy¹⁵, wykazało m.in., że świadczeń udzielało:

- od dwóch do trzech lekarzy, w tym jeden posiadał specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej, a dwóch (specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych) posiadało ukończony kurs zgodny z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczący problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych oraz posiadali uprawnienia do wypisania leków opioidowych (z uzyskaniem średniomiesięcznego wskaźnika od 0,85 do 1,25 etatu przeliczeniowego na 10 świadczeniobiorców w hospicjum stacjonarnym¹⁶ oraz od 1,57 do 2,40 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców w hospicjum domowym);
- od 12 do 14 pielęgniarek (równoważnik etatowy od 9,2 do 9,6 w przypadku hospicjum stacjonarnego oraz od 2,2 do 2,9 w przypadku hospicjum domowego), w tym dwie ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a pozostałe kurs kwalifikacyjny lub kurs specjalizacyjny w zakresie opieki paliatywnej (z uzyskaniem średniomiesięcznego wskaźnika od 1,27 do 2,27 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców w hospicjum domowym);
- trzech psychologów z uzyskaniem wskaźnika przeliczeniowego, od 0,90 do 1,23 dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz od 0,67 do 1,47 dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych;

⁹ Bez dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarek otrzymanego w łącznej kwocie 297 tys. zł (w latach 2015-2018 I połowa).

¹⁰ W latach 2014-2018 (I połowa) Szpital w ramach zawartych kontraktów otrzymał z LOW NFZ ogółem 96.457,3 tys. zł.

¹¹ Z tego: 666 – objętych opieką stacjonarną, 409 – objętych opieką hospicyjną domową oraz 50 – objętych opieką ambulatoryjną.

¹² Wg stanu na 8 listopada 2018 r.

¹³ W latach 2015-2018 (I połowa).

¹⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 742, ze zm.

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

¹⁶ W lutym 2015 r. – 0,85, w lipcu 2016 r. – 1,11, w październiku 2017 r. – 0,98, a w maju 2018 r. – 1,25.

- pięciu fizjoterapeutów z uzyskaniem wskaźnika przeliczeniowego od 0,60 do 0,69 dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz od 0,36 do 0,58 dla świadczeń udzielanych w warunkach domowych).

(dowód: akta kontroli str. 22-45, 80-85)

Z analizy ww. danych wynika, że wskaźnik etatu przeliczeniowego był niższy, niż określony w ww. załączniku nr 2 (część I ust. 1 pkt 1) do rozporządzenia w sprawie OPH w przypadku lekarzy w hospicjum stacjonarnym w dwóch badanych miesiącach, tj. w lutym 2015 (wskaźnik wynosił – 0,85) oraz w październiku 2017 r. (wskaźnik wynosił – 0,98). W pozostałym zakresie Świadczeniodawca spełniał wymagania dotyczące personelu (stanu etatowego i posiadanych kwalifikacji).

(dowód: akta kontroli str. 22-40, 80-90)

Ogółem 96% personelu Świadczeniodawcy posiadało ponad 3 letnie doświadczenie w opiece paliatywnej i hospicyjnej, z tego 66% lekarzy, 100% pielęgniarek, psychologów i fizjoterapeutów¹⁷. Praca w Szpitalu stanowiła jedyne miejsce pracy dla 100% lekarzy i fizjoterapeutów, 64% pielęgniarek, natomiast dla każdego z zatrudnionych psychologów Świadczeniodawca nie był jedynym miejscem pracy.

(dowód: akta kontroli str. 27-32)

W miesiącach objętych kontrolą¹⁸, Świadczeniodawca spełniał również inne – wybrane do kontroli – warunki udzielania świadczeń, tj.:

- dla opieki stacjonarnej – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza oraz świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu;
- dla opieki ambulatoryjnej – poradnia czynna była trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie¹⁹, w tym dwa dni w godzinach popołudniowych²⁰;
- dla opieki domowej – całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

(dowód: akta kontroli str. 14-22)

W latach 2015-2018 (I połowa) Świadczeniodawca wykonywał badania laboratoryjne, radiologiczne oraz transport sanitarny na potrzeby OPH samodzielnie (przy pomocy własnego sprzętu i personelu) – bez zlecania tych usług podwykonawcom.

(dowód: akta kontroli str. 58-59, 108-119)

Udzielając świadczeń SP ZOZ w niewielkim stopniu korzystał z niektórych pozycji sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie OPH²¹. W szczególności nie korzystano z pomp infuzyjnych (Świadczeniodawca posiada 10 pomp), a z koncentratora tlenu skorzystano w przypadku jednego pacjenta (Świadczeniodawca posiada 15 stanowisk z tlenem).

W przypadku wszystkich (20 pacjentów) objętych opieką w warunkach stacjonarnych korzystano z materacy przeciwoślizgowych (Świadczeniodawca posiada 24 materace), w przypadku dwóch pacjentów korzystano z wózków inwalidzkich (Świadczeniodawca posiada cztery wózki inwalidzkie do aktywnej rehabilitacji), a w przypadku jednego pacjenta korzystano z ssaka elektrycznego (Świadczeniodawca posiada dziewięć ssaków elektrycznych).

(dowód: akta kontroli str. 46-57, 86-90, 108-119)

¹⁷ Według stanu na maj 2018 r.

¹⁸ Luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r., maj 2018 r.

¹⁹ Poniedziałek w godzinach od 15:30 do 18:00; środa w godzinach od 10:00 do 12:30 oraz czwartek w godzinach 15:30 do 18:00.

²⁰ Tj. spełniono wymóg, co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym 1 dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18.00.

²¹ Badaniem objęto 40 pacjentów w tym: 20 objętych opieką w warunkach stacjonarnych, 10 objętych opieką w warunkach domowych oraz 10 objętych opieką ambulatoryjną.

Koordynator ds. kontraktowania świadczeń medycznych²² w SP ZOZ (dalej: Koordynator) wyjaśnił m.in., że: *Po konsultacji z Ordynator Oddziału oraz z pielęgniarką oddziałową z wykazu wymaganego sprzętu zamieszczonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej usunąłbym łaski i kule. Na pewno w oddziale są one zupełnie nieprzydatne. Pacjenci są na tyle słabi i/lub zaburzenia równowagi są na tyle nasilone, że mogą poruszać się przy pomocy chodzika, który daje większą stabilizację. W przypadku kul/łaski pacjent przewraca się wraz z nimi. Po kilku upadkach, jakie miały miejsce w pierwszych tygodniach pracy oddziału w 2010 roku, od tamtej pory kule/łaski nie były używane. Pozostały sprzęt umieszczony w wykazie jest merytorycznie uzasadniony, co potwierdza jego regularne użycie w codziennej praktyce. Wymagane minimalne ilości też wydają się odpowiednie.*

(...) Pompy infuzyjne są w oddziale używane u pacjentów np. z kardiomiopatią wymagających wlewu katecholamin, nitrogliceryny, w przypadku forsowania diurezy przy niewydolności nerek, w przypadku konieczności zastosowania sedacji. W leczeniu bólu pompy są używane w ostateczności w przypadku braku możliwości opanowania dolegliwości innymi metodami. Pacjenci w większości źle znoszą „uwiązanie „do skrzynki stojącej na szafce. Stają się mniej aktywni w obrębie łóżka, boją się pionizować. Podobnie reagują rodziny, które boją się ruszać pacjenta na stałe podłączonego do aparatury medycznej. To samo dotyczy się pomp do żywienia dojelitowego. Pacjenci, jeśli tylko ich organizm to toleruje, wolą być żywieni metodą bolusów niż wlewu ciągłego.

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

1.3. Według danych Świadczeniodawcy²³ liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń OPH w latach 2016-2018 (I połowa) wynosiła: dla hospicjum stacjonarnego (w 2016 r. – 51, w 2017 r. – 114, w 2018 I poł. – 7), a dla hospicjum domowego (w 2016 r. – 21, w 2017 r. – 12, w 2018 I połowa – 0).

(dowód: akta kontroli str. 97-100)

Koordynator wyjaśnił, że: *Jako Świadczeniodawca staramy się na bieżąco obejmować świadczeniami OPH skierowanych do nas pacjentów. Czas oczekiwania pacjentów na objęcia świadczeniami jest stosunkowo krótki, a troską Szpitala jest go jeszcze bardziej zminimalizować. Przypadki, w których zachodziła konieczność umieszczenia pacjentów na liście osób oczekujących, wynikały przede wszystkim z występujących czasowo ograniczeń finansowych (wykonanie limitu) lub braku wolnych łóżek, jednak w mojej ocenie z uwagi na krótkie okresy oczekiwania nie skutkowały negatywnie na stan zdrowia pacjentów oczekujących na objęcie świadczeniami. Poprawa tego stanu wymagałaby zwiększenia środków finansowych przeznaczanych na OPH.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

Przeciętny okres oczekiwania na udzielenie świadczeń w ww. okresie wynosił: dla hospicjum stacjonarnego (w 2016 r. – 12 dni, w 2017 r. – 8 dni, w 2018 I poł. – 1 dzień), a dla hospicjum domowego (w 2016 r. – 8 dni, w 2017 r. – 6 dni, w 2018 I połowa – 0 dni). Maksymalny czas oczekiwania w okresie objętym kontrolą wynosił 26 dni w przypadku opieki stacjonarnej oraz 49 dni w przypadku opieki domowej.

(dowód: akta kontroli str. 91-100)

Badanie okresu oczekiwania przeprowadzone na podstawie dokumentacji medycznej 46 pacjentów²⁴ wykazało m.in., że:

- w przypadku pacjentów skierowanych do opieki ambulatoryjnej czas oczekiwania od dnia zgłoszenia do objęcia opieką wahał się w przedziale od 0 do 7 dni (średnio niecałe 3 dni), przy czym żaden z badanych przypadków nie został zakwalifikowany jako pilny;
- w przypadku pacjentów skierowanych do opieki w warunkach stacjonarnych czas oczekiwania od dnia zgłoszenia do objęcia opieką wahał się w przedziale od 0 do 26 dni (średnio niecałe 4 dni), przy czym trzy z badanych przypadków zostały

²² Lekarz medycyny zajmujący się m.in. opieką nad pacjentami (wykazywany w kontrakcie) na Oddziale Medycyny Paliatywnej oraz w hospicjum domowym.

²³ Od 2016 r. Świadczeniodawca prowadził księgę osób oczekujących w systemie informatycznym.

²⁴ W tym: 23 objętych opieką w warunkach stacjonarnych, 13 objętych opieką w warunkach domowych oraz 10 objętych opieką ambulatoryjną.

zakwalifikowane jako pilne (w dwóch przypadkach pacjenci przyjęci tego samego dnia, a w jednym po dwóch dniach od zgłoszenia);

- w przypadku pacjentów skierowanych do opieki w warunkach domowych czas oczekiwania od dnia zgłoszenia do objęcia opieką wahał się w przedziale od 0 do 49 dni (średnio ok. 12 dni), przy czym trzy z badanych przypadków zostały zakwalifikowane jako pilne (w jednym przypadku pacjent został przyjęty tego samego dnia, w dwóch pozostałych odpowiednio po 30 oraz 49 dniach).

W siedmiu przypadkach okres oczekiwania na objęcie opieką wynosił powyżej siedmiu (trzy przypadki dotyczyły opieki stacjonarnej, a cztery przypadki opieki domowej). Przyczynami udzielenia pierwszego świadczenia po upływie siedmiu dni od dnia zgłoszenia były: brak wolnych łóżek, a także przekroczenie limitu kontraktu. Żaden z pacjentów, w przypadku którego czas od skierowania do pierwszego świadczenia przekraczał 30 dni (trzy przypadki) nie był objęty opieką przez inny podmiot realizujący świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w tym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 91-100)

1.4. W przypadku świadczeń OPH Szpital nie prowadzi rejestru odmów, ani żadnej innej formy dokumentacji w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 107)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśniła, że: *Jeśli pacjent kwalifikuje się do objęcia opieką paliatywną ze względu na rodzaj schorzenia nie odmawiamy udzielenia świadczenia. W zależności od stanu klinicznego chorego były przypadki zmiany formy opieki np. pacjenci w ciężkim stanie przywiezieni przez Pogotowie Ratunkowe do Poradni Medycyny Paliatywnej byli kierowani pod opiekę Hospicjum Domowego lub w trybie nagłym do Oddziału Paliatywnego. W przypadku pacjentów ze schorzeniami innymi niż nowotworowe, kwalifikującymi się do naszej opieki, przy wpisywaniu w kolejkę informujemy, że pacjenci nowotworowi mają pierwszeństwo i czas oczekiwania może się wydłużać. Pacjenci nie nowotworowi mogą być hospitalizowani w innych oddziałach (np. leczenie ciężkich odleżyn w ramach oddziału chirurgicznego), ZOL-ach lub mogą być objęci opieką długoterminową w warunkach domowych.*

W przypadku kolejki podajemy dzwoniącym numery telefonów do innych placówek stacjonarnych w Województwie Lubuskim, a w przypadku zgłoszeń do Hospicjum Domowego pacjentów z poza naszego rejonu działania, podajemy numer telefonu do zespołu paliatywnego działającego w danym powiecie. W większości zapytania o możliwość objęcia opieką są w formie telefonicznej.

(dowód: akta kontroli str. 101-106)

Badanie próby 40 pacjentów²⁵ wykazało, że w odniesieniu do 38 doszło do zakończenia udzielania świadczeń w danym rodzaju OPH (dwóch nadal kontynuuje), z następujących powodów: 22 pacjentów (55%) zmarło, ośmiu (20%) skierowano do hospicjum domowego, trzech (7,5%) nie zgłosiło się więcej do ambulatorium, trzech (7,5%) skierowano do oddziałów szpitalnych (w tym dwóch do Oddziału), a dwóch (5%) zrezygnowało z opieki.

(dowód: akta kontroli str. 108-119, 139-141)

W przypadku jednej pacjentki hospicjum domowego zastosowano opiekę wyręczającą. Ordynator Oddziału poinformowała, że *Pacjentka posiadała trójkę dzieci, ale tylko jeden syn podjął się opieki nad matką. Syn pacjentki był osobą niepracującą na stałe i opiekował się matką przez cały okres trwania choroby. Pacjentka w momencie objęcia opieką w większości funkcjonowała na zasadzie „odwróconej doby”, czyli w dzień spała, a w nocy więcej czuwała niż spała, często nawołując syna. Pomimo podjęcia próby przywrócenia prawidłowego funkcjonowania pacjentki – zalecano tak organizować dzień, aby pacjentka w ciągu dnia była bardziej aktywna – synowi zawsze było szkoda matki w ciągu dnia, gdy odsypiała noc. Pozwalał jej przesypiać większą część dnia, aby móc trochę zarobić. W związku z częstym nawoływaniem pacjentki, syn w ciągu nocy czuwał razem z nią. Bardzo zmęczony zaistniała sytuacja. Wcześniej pacjentka funkcjonowała normalnie. Na prośbę syna wystawiono skierowanie do Oddziału Medycyny Paliatywnej, aby mógł odpocząć. Podczas pobytu w oddziale stan zdrowia pacjentki pogorszył się do tego stopnia, że pacjentka nie nadawała się na dalszy wypis do domu. Pobyt zakończył się zgonem.*

(dowód: akta kontroli str. 108-119)

²⁵ W tym: 20 opieką objętych opieką w warunkach stacjonarnych, 10 objętych opieką w warunkach domowych oraz 10 objętych opieką ambulatoryjną.

1.5. W ramach organizacji OPH Świadczeniodawca poinformował o stosowaniu – ponad obowiązujące wymogi – dobrych praktyk, mających na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych, takich jak np.:

- wystąpiono i otrzymano wsparcie od fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy w postaci zakupionego sprzętu np. łóżka, szafki, fotel kąpielowy, pompy infuzyjne, ssaki itp.;
- wypełniano nieodpłatnie lub pomagano wypełniać pacjentom i ich rodzinom wnioski do ZUS, DPS, ZOL, na dodatkowe świadczenia z Opieki Społecznej;
- niemobilnym pacjentom mieszkającym na wsiach odległych od najbliższej apteki recepty realizowały pielęgniarki Hospicjum Domowego;
- pomagano w ustaleniu terminu i rejestracji na kolejne kontrole onkologiczne lub w innych poradniach specjalistycznych;
- pomagano w zakupie/wypożyczeniu z innych placówek sprzętu pomocniczego np. łóżka, materace przeciwoleżynowe, koncentratory tlenu itp.;
- kapelan jest zatrudniony przez Szpital i w Oddziale regularnie pełni posługę duchową. Pomoc duchowa była również możliwa „na wezwanie” w sytuacjach nagłych. Wizyty domowe Kapelana realizowane były po zgłoszeniu takiej potrzeby przez rodzinę lub pielęgniarkę Hospicjum Domowego bezpośrednio do kancelarii parafii;
- współpracowano również z przedstawicielami innych wyznań. Numery telefonów są dostępne zarówno dla personelu, jak i pacjentów i ich rodzin;
- potrzeby fryzjerskie były realizowane w ramach Oddziału (opiekun medyczny ma również skończoną szkołę fryzjerską) lub przez współpracującą z Oddziałem fryzjerkę;
- pacjentom, w zależności od zgłaszanych chęci, udostępniano książki (również czytane chorym przez wolontariuszy), prasę, materiały plastyczne, gry planszowe, karty, puzzle itp.;
- pacjenci wraz z opiekunami medycznymi i/lub wolontariuszami wyjeżdżali na dwór lub taras na wózkach inwalidzkich. Dla pacjentów Oddziału była udostępniona lodówka, kuchenka mikrofalowa oraz czajnik elektryczny, przy którym zawsze wystawiona jest do użytku wszystkich kawa, herbata i cukier;
- w dniu urodzin pacjenta składano mu życzenia, kupowano tort i częstowano wszystkich pacjentów Oddziału. W specjalne dni, jak np. tłusty czwartek kupowano pączki;
- organizowano wspólną Wigilię oddziałową z udziałem pacjentów i personelu;
- współpracowano z Domem Pomocy Społecznej w Tursku, którego zespół wokalny, w akompaniamencie gitary i harmonii, śpiewał dla pacjentów kolędy, a w okresie Wielkanocy i w okresie letnim inne utwory. Członkowie zespołu śpiewając odwiedzają każdą salę, wykonują na sali 2-3 utwory i wręczają drobne upominki pacjentom. W Mikołajki wolontariusz przychodził w przebraniu św. Mikołaja, odwiedzał wszystkich chorych i rozdawał czekoladki;
- w ciągu dnia zapewniono rodzinom nieograniczony dostęp do chorego, nie wyznaczano godzin odwiedzin. Pacjent może przebywać z większą grupą bliskich mu osób. Dla pacjentów dostępny jest przenośny telefon;
- w końcowym okresie życia rodzina może przebywać z chorym przez całą dobę – pacjent przewożony jest na świetlicę, członek rodziny może spać na wersalce;
- prowadzono grupę wsparcia dla osób osieroconych – spotkania cykliczne co 2 tygodnie - działalność została zakończona ze względu na nikłe zainteresowanie ze strony grupy docelowej;

- organizowano szkolenia dla personelu np. na temat opieki nad stomią, PEG-iem, wkłuciem centralnym, leczeniem odleżyn. Do prowadzenia szkoleń zapraszano specjalistów w danej dziedzinie, przedstawicieli firm produkujących sprzęt medyczny.

(dowód: akta kontroli str. 20-21, 101-106, 120-122)

Z informacji udzielonych przez kierowników ośrodków pomocy społecznej w sąsiednich gminach²⁶ wynikało, iż współpraca ze Szpitalem układała się na dobrym lub bardzo dobrym poziomie i polegała w szczególności na: potwierdzeniu przez ops-y prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w przypadku problemów socjalno-bytowych pacjentów Szpital uzgadniał z pracownikiem socjalnym zakres niezbędnej pomocy, podmioty wzajemnie współpracowały w przypadku konieczności kierowania osób objętych pomocą społeczną do objęcia świadczeniami OPH.

(dowód: akta kontroli str. 127-132)

1.6. W zakresie problemów w realizacji świadczeń Dyrektor SP ZOZ wskazała (również w oparciu o opinie Ordynator Oddziału, Koordynatora) m.in. na:

- Niedofinansowanie świadczeń opieki paliatywnej. Przy rozliczeniach hospitalizacji pacjentów powinna być możliwość dodatkowego rozliczenia procedur kosztochłonnych, np. KT z S.C. w przypadku podejrzenia zespołu kompresji rdzenia, przetoczenia preparatów krwiopochodnych. Również w poradni płatność za poradę powinna być zróżnicowana w zależności czy jest to tylko porada lekarska z wystawieniem recept, czy są wykonywane procedury zabiegowe np. opracowanie odleżyny, płukanie portu czy przetoczenie bifosfonianu generujące dodatkowe koszty. W innych poradniach specjalistycznych płatność jest zróżnicowana w zależności od wykonywanych badań dodatkowych, czy drobnych procedur zabiegowych. W 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych oszacowała wysokość stawki za osobodzień w placówce stacjonarnej (Hospicjum/Oddział Medycyny Paliatywnej) na ok. 450 zł, aby pokryć koszty leczenia i opieki nad chorymi. Oddział do połowy 2017 r. otrzymywał początkowo 210, następnie 212 zł za osobodzień. Obecnie finansowanie wzrosło do 298,9 zł za osobodzień, ale nawet teraz nie osiąga stawki wyliczonej w 2015 r. Niedofinansowanie wymusza ograniczenie kosztów funkcjonowania, głównie przez redukcję ilości personelu pracującego w Oddziale oraz powoduje brak możliwości zatrudnienia niewymaganego kontraktem z NFZ personelu np. terapeuty zajęciowego, pracownika socjalnego, koordynatora wolontariatu, fundaisera.
- W przypadku pacjentów z powolnie postępującą chorobą nowotworową, niemających właściwej opieki w miejscu zamieszkania, brak jest możliwości przekazania tych pacjentów do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego. Wg obecnych przepisów ZOL-e nie mogą przyjmować pacjentów nowotworowych. Częste problemy są z wypisaniem samotnych/bezdomnych osób z inną jednostką chorobową niż nowotwór, którzy zostali w Oddziale wyleczeni (odleżyny) lub wyrównani klinicznie (kardiomiopatie) na tyle, że nie potrzebują hospitalizacji czy intensywnego nadzoru lekarskiego (nie kwalifikują się do ZOL, bo ich stan jest zbyt dobry).
- Zniesienie limitów świadczeń w Hospicjum Domowym. Pacjenci w ciężkim stanie z nasilonymi dolegliwościami bólowymi i/lub somatycznymi, wymagający regularnych wizyt domowych lekarskich i pielęgniarских powinni być objęci opieką Hospicjum Domowego zaraz po zgłoszeniu takiej potrzeby do placówki. Hospicja nie powinny być limitowane, tylko opłacane wg realnych potrzeb w danym rejonie, tak aby mogły zatrudnić dodatkową kadrę, aby tym potrzebom sprostać. Zaawansowany proces nowotworowy często w ostatnim okresie życia i choroby przebiega w sposób bardzo dynamiczny i pacjenci umierają w kolejce w cierpieniu.
- Brak możliwości wystawienia skierowania do własnej placówki, tak jak jest to np. w oddziałach onkologicznych u pacjentów z wiadomym kolejnym terminem przyjęcia. Pacjenci wypisywani np. z powodu świąt lub regularnie przyjmowani celem nakłucia

²⁶ W Sulęcinie, Torzymiu i Ośnie Lubuskim.

odbarczającego jamy otrzewnej lub opłucnej wymagają wystawienia ponownego skierowania przez innego lekarza, co powoduje niepotrzebne obciążanie pracą lekarza rodzinnego i powoduje dodatkowe utrudnienia dla pacjenta i jego rodziny.

- Planowany wymóg zatrudnienia tylko lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej. W trakcie ostatnich trzech walnych zebrań Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, zarząd poinformował członków, iż jest w planie zmiana rozporządzenia/wymogów NFZ, co do zatrudnionej kadry medycznej. Obecnie w Opiece Paliatywno-Hospicyjnej w Polsce jest zatrudnionych wielu lekarzy, którzy posiadają tylko wymagane kursy specjalistyczne, a nie posiadają specjalizacji z medycyny paliatywnej. Często ta forma działalności zawodowej jest dodatkowym zajęciem (np. wśród anestezjologów pracujących w szpitalnych oddziałach anestezjologicznych). Wprowadzenie wymogu, iż w OPH mogą pracować tylko specjaliści medycyny paliatywnej, których w Polsce ilość jest niewystarczająca, spowoduje likwidację części podmiotów i znacznie ograniczy dostępność do OPH.
- Planowane wprowadzenie karty kwalifikacji do przyjęcia do Oddziału Medycyny Paliatywnej. W trakcie ostatnich walnych zebrań Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, zarząd poinformował również, iż są prowadzone prace nad wprowadzeniem karty kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną, która powinna być wypełniona w dotychczasowym miejscu przebywania pacjenta przez specjalistę medycyny paliatywnej, zanim zostanie wystawione skierowanie do OPH. Pacjenci do naszego oddziału kierowani są z różnych placówek zlokalizowanych na terenie całego Województwa Lubuskiego oraz z innych ościennych województw. Nie jest fizycznie możliwe, aby lekarz oddziału krążył po Polsce i dokonywał osobistej kwalifikacji pacjentów do przyjęcia do oddziału.
- Wymóg codziennego raportowania wykonanych procedur ICD 9. Do tej pory procedury wg klasyfikacji ICD 9 były raportowane na koniec pobytu pacjenta lub na koniec miesiąca, jeśli hospitalizacja przechodziła na kolejny miesiąc. W ubiegłym tygodniu zostaliśmy pisemnie poinformowani przez Lubuski Oddział NFZ o wymogu codziennego raportowania wykonywanych procedur wg klasyfikacji ICD 9, w tym również codziennego wpisania kodu badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego, opieki pielęgniarstwa, oznaczenia parametrów życiowych, wpisania kodów wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych itp. itd.. Jest to kilkanaście kodów do wpisania codziennie dla każdego pacjenta. Przy obecnej szczupłości kadr spowoduje to znaczne ograniczenie czasu poświęcanego pacjentom, nie wnosząc nic w zamian. W Oddziałach Medycyny Paliatywnej obowiązuje stała stawka dobowo niezależnie od ilości wykonanych procedur.

(dowód: akta kontroli str. 101-106)

2. Realizacja świadczeń zdrowotnych

2.1. Na podstawie próby przeprowadzonej na dokumentacji 40 pacjentów²⁷ stwierdzono m.in., że w ramach OPH wszystkim pacjentom zapewniono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki zgodnie z warunkami ich udzielania wynikającymi z zawartych umów oraz rozporządzenia w sprawie OPH, a ponadto zapewniono:

- leczenie bólu 28 pacjentom (70% ogółu pacjentów objętych badaniem, wszystkim pacjentom uskarżającym się na ból), z tego w odniesieniu do wszystkich ból monitorowano w sposób ciągły;
- opiekę psychologa 11 pacjentom Oddziału (hospicjum stacjonarne). Opieką psychologa nie objęto żadnego pacjenta hospicjum domowego, przy czym w przypadku dziewięciu (90%) z nich w zbiorczej uproszczonej ocenie stanu chorego i efektywności opieki, w obszarze psychicznym zaznaczano poszczególne elementy

²⁷ Wybranych losowo, w tym: 20 opieką objętych opieką w warunkach stacjonarnych, 10 objętych opieką w warunkach domowych oraz 10 objętych opieką ambulatoryjną.

oceny stanu chorego wskazujące m.in., na drażliwość, irytację, martwienie się, nerwowość, poczucie beznadziejności, napięcia wewnętrzne, lęk, zaburzenia świadomości i otępienie czy depresyjny nastrój.

(dowód: akta kontroli str. 108-119, 139-141)

Koordynator wyjaśnił, że: *Zlecenie na objęcia konkretnych pacjentów opieką psychologa należy do wyłącznej kompetencji lekarza prowadzącego i jest uzależnione od faktycznej potrzeby udzielenia takiej opieki. Przypadek każdego pacjenta należy oceniać indywidualnie natomiast można uznać, że w wielu przypadkach zlecenie opieki psychologicznej z uwagi na stan zdrowia pacjenta lub zdecydowaną odmowę pacjenta lub jego rodziny mogłoby być wręcz szkodliwe. Należy mieć również na uwadze, że opiekę psychologiczną zapewniają również lekarze i pielęgniarki opiekujący się danym pacjentem poprzez nawiązanie bezpośredniej relacji w ramach sprawowanej opieki. Z doświadczenia wiem, że w każdej sytuacji tego wymagającej, pacjent lub członkowie jego rodziny byli obejmowani opieką psychologiczną.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

- rehabilitację jednemu pacjentowi (2,5%), w przypadku pozostałych pacjentów brak było zleceń lekarskich na tę formę opieki.

(dowód: akta kontroli str. 108-119)

Koordynator wyjaśnił, że: *Podobnie jak przypadku zlecenie objęcia pacjenta opieką psychologa, także zlecenie rehabilitacji należy do wyłącznej kompetencji lekarza prowadzącego i jest uzależnione od faktycznej potrzeby udzielenia takiej opieki. Stan zdrowia większości pacjentów nie wymaga obejmowania ich takimi świadczeniami, a z uwagi na przede wszystkim schorzenia nowotworowe prowadzenie rehabilitacji byłoby przeciwnie skuteczne i mogłoby prowadzić do pogorszenia się zdrowia pacjenta. W przypadku naszych podopiecznych nader ważne są zabiegi zapobiegające odleżynom, które są na bieżąco wykonywane przez personel Szpitala.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

- w przypadku objętych badaniem pacjentów w ramach opieki stacjonarnej wykorzystywano sprzęt będący na wyposażeniu Oddziału, tj. m.in. materace przeciwoleżynowe, worki urostomijne, wózki inwalidzkie. W przypadku pacjentów objętych opieką domową nie udostępniono (nie wypożyczano) im sprzętu z uwagi na brak takiej potrzeby.

(dowód: akta kontroli str. 108-119)

Koordynator wyjaśnił, że: *Każdorazowo w sytuacjach, w których istnieje taka potrzeba pacjentom jest udostępniany (wypożyczany) odpowiedni sprzęt medyczny lub pomocniczy. Należy mieć jednak na uwadze, że częstokroć pacjenci lub ich rodziny we własnym zakresie zaopatrują się w odpowiedni i sprzęt i po prostu nie ma faktycznej potrzeby wypożyczania tego sprzętu od nas.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

Wizyty odbywały się z częstotliwością określoną rozporządzeniem w sprawie OPH i przeprowadzał je personel posiadający stosowne kwalifikacje, wykazany przez Świadczeniodawcę w umowie OPH jako zasoby.

(dowód: akta kontroli str. 41-45, 108-119)

Ponadto ustalono, że w roku 2017 żadnemu z pacjentów hospicjum domowego (115 pacjentów) nie zlecono wizyty psychologa lub fizjoterapeuty.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną (§ 5 pkt 6 w zw. z § 6 ww. rozporządzenia), a także rehabilitację (§ 5 pkt 7 w zw. z § 6 ww. rozporządzenia w sprawie OPH).

(dowód: akta kontroli str. 20-22, 108-119)

Koordynator wyjaśnił, że: *Jak już uprzednio wskazywałem zlecenie na objęcia konkretnych pacjentów opieką psychologa lub fizjoterapeuty należy do wyłącznej kompetencji lekarza prowadzącego i jest uzależnione od faktycznej potrzeby udzielenia takiej opieki. Należy mieć również na uwadze, że w uzasadnionych przypadkach pacjenci z hospicjum*

domowego są kierowani do opieki na Oddział i tam obejmowani również opieką psychologa i fizjoterapeuty. Mając jednak na uwadze troskę o dobro pacjenta i potrzebę zapewnienia mu wszechstronnej opieki rozważymy, oczywiście w uzasadnionych medycznie przypadkach, szersze korzystanie z tych form opieki.

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

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

- a) zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzoru dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁸ (dalej *rozporządzenie w sprawie dokumentacji*) dokumentacja zawierała informacje dotyczące stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w tym m.in. monitorowano objawy somatyczne;
- b) dokumentacja nie była prowadzona w postaci elektronicznej;
- c) we wszystkich przypadkach do dokumentacji załączone było skierowanie stanowiące podstawę objęcia opieką przez Świadczeniodawcę, zawierające rozpoznanie objęte zakresem określonym załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH;
- d) wizyty personelu medycznego w domu chorego były niezwłocznie potwierdzone na kartach wizyt;
- e) w przypadku siedmiu (17,5% analizowanych spraw) pełnoletnich, nieubezważnowolnionych pacjentów, niebędących jednocześnie zdolnymi do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia OPH, pisemne zgody uzyskano od żony (jeden przypadek), matki (jeden przypadek) i dzieci (pięć przypadków).

(dowód: akta kontroli str. 108-119, 139-141)

Stosownie do obowiązujących przepisów (art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁹) zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie OPH nie może udzielić inna osoba niż przedstawiciel ustawowy nieubezważnowolnionego pacjenta, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego opiekun faktyczny tego pacjenta.

Ze stanowiska Ministerstwa Zdrowia wynika m.in., że pojęcie „opiekuna faktycznego” zostało uregulowane w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.). Zgodnie z przywołanym przepisem opiekunem faktycznym osoby fizycznej jest osoba sprawująca bez obowiązku ustawowego stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek lub stan zdrowia opieki takiej wymaga. Jednocześnie należy podkreślić, że zapis ten wyklucza możliwość przyznania statusu opiekuna faktycznego osobie, na której ciąży ustawowy obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem. Oznacza to, że opiekunem faktycznym nie mogą być np. małżonkowie względem siebie albo dzieci względem rodziców.

(dowód: akta kontroli str. 123-126)

Koordynator wyjaśnił, że *Każdorazowo staramy się przekazywać pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym wszystkie informacje dotyczące świadczeń medycznych, które będą mu udzielane w sposób zrozumiały w celu uzyskania zgody na ich udzielenie, a w przypadku jego ubezważnowolnienia lub niepełnoletności od jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku niezdolności chorego do wyrażenia woli, zgody takie są pobierane od jego najbliższych, z reguły małżonków bądź rodziców lub dzieci. Dostrzegam niejasność przepisów w tym zakresie, natomiast w mojej ocenie trudno przyjąć za właściwą taką interpretację, zgodnie, z którą osoby niespokrewnione z pacjentem (opiekunowie faktyczni) byłiby z punktu widzenia obowiązujących przepisów traktowani lepiej niż najbliżsi krewni bądź małżonkowie. Jeśli jest taka luka w prawie to powinna być jak najszybciej skorygowana.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

²⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

²⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

2.3. W wyniku oględzin Oddziału przeprowadzonych w dniu 8 listopada 2018 r. ustalono m.in., że Oddział dysponował siedmioma salami chorych, w tym trzy sale były dwuosobowe, trzy sale trzyosobowe oraz jedna sala czterosobowa, spośród których trzy sale były z bezpośrednim dostępem do toalet i łazienek, a w każdej z sal były umywalki z dozownikiem wypełnionym środkiem dezynfekującym oraz mydłem. Na terenie Oddziału znajdowała się również kuchnia, dyżurka pielęgniarek, pokój ordynatorski, pokój wezwań, magazynek, z sejfem na leki opioidowe, a także świetlica.

Każda sala przeznaczona dla pacjentów wyposażona była w sterowane za pomocą pilota łóżka szpitalne, które posiadały materace przeciwoleżynowe i wysięgniki z trójkątem do podnoszenia, a także sprawne dzwonki służące do przywołania personelu. W każdej sali był bezpłatny telewizor oraz meble służące do przechowywania rzeczy osobistych pacjentów. Sale nie były klimatyzowane.

Z Oddziału (z pomieszczenia świetlicy) było bezpośrednie połączenie z przylegającym do budynku tarasem, przy czym przejazd wózkiem inwalidzkim z uwagi na barierę architektoniczną (wysoki próg, wąskie drzwi) był bardzo utrudniony.

Oddział posiadał również dwie osobne linie zasilania – jedną ogólną oraz drugą awaryjną, zasilaną agregatem prądotwórczym, będącym na wyposażeniu Szpitala w przypadkach przerw w dostawie prądu. Oddział wyposażony był w dźwig osobowy (windę) o wielkości umożliwiającej m.in. transport łóżka szpitalnego pomiędzy poszczególnymi kondygnacjami.

Według stanu na dzień dokonania oględzin Oddział dysponował 18 łózkami (13 zakontraktowanych) – stan pacjentów na Oddziale - 13. Oddział wyposażony był w sprzęt wymagany zgodnie z załącznikiem nr 2 do aktualnej umowy OPH nr 0415/1016/17 (aneks nr 5 z dnia 27 grudnia 2017 r.).

W celu poprawy komfortu pacjentów zasadne (również wg ordynatora Oddziału) byłoby rozważenie: zamontowania klimatyzacji na salach chorych, a także poszerzenie drzwi i likwidacja progu przy wyjściu na taras zewnętrzny.

(dowód: akta kontroli str. 58-68)

Koordynator wyjaśnił, że: *Troską kierownictwa Szpitala jest podnoszenie jakości i stanu bazy lokalowej i sprzętowej naszej placówki, w tym również Oddziału Medycyny Paliatywnej. Aktualnie Oddziałowi zapewniono odpowiednie warunki lokalowe, natomiast w najbliższym czasie rozważymy – w miarę możliwości finansowych i uzasadnionych potrzeb – zamontowania klimatyzacji lub rolet przeciwsłonecznych, a także niwelację progu utrudniającego wyjście na taras.*

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

2.4. W latach 2017-2018 (I półrocze) do Świadczeniodawcy nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń OPH.

(dowód: akta kontroli str. 133)

3. Rozliczenie się z LOW NFZ

3.1. Raporty statystyczne przekazywane przez Świadczeniodawcę do LOW NFZ drogą elektroniczną, będące podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w miesięcznych okresach sprawozdawczych zawierały m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu przypadających na każdego pacjenta. Na podstawie badania danych w raportach dotyczących świadczeń udzielonych 40 badanym pacjentom w latach 2015-2018 (I półrocze) stwierdzono, że dni opieki wykazywano prawidłowo oraz prawidłowo wykazywano jednostki rozliczeniowe.

(dowód: akta kontroli str. 108-119, 135-141)

3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) LOW NFZ nie przeprowadził kontroli Świadczeniodawcy w zakresie OPH.

(dowód: akta kontroli str. 142)

W sierpniu 2016 r. Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej przeprowadził kontrolę Świadczeniodawcy w przedmiocie personelu medycznego jednostki oraz dostępności do świadczeń medycznych (OPH). W wyniku ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości oraz nie wydano zaleceń pokontrolnych. W uwagach z kontroli wskazano jedynie, że jednostka jest w trakcie postępowania związanego z uzyskaniem akredytacji do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, a wniosek w tym zakresie zaopiniowano pozytywnie. Świadczeniodawca uzyskał przedmiotową akredytację w dniu 16 grudnia 2016 r. – wg stanu na 20 listopada 2018 r. w trakcie specjalizacji na Oddziale było trzech lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 143-146)

Ponadto w okresie objętym kontrolą Szpital był corocznie audytowany w ramach certyfikacji normy ISO 9001, w tym również w zakresie opieki paliatywnej i hospicjum domowego. W raportach z przeprowadzonych audytów³⁰ nie stwierdzono niezgodności – potwierdzono zgodność audytowanego systemu z normą ISO 9001³¹ (SP ZOZ skutecznie wdrożył system zarządzania jakością zgodnie z ww. normą i skutecznie go realizację).

(dowód: akta kontroli str. 147-171)

W latach 2015-2018 (I połowa) Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp. przeprowadzała czterokrotnie³² kontrolę Szpitala (w tym Oddziału) m.in. w zakresie epidemiologii, bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny pracy oraz zapobiegawczego nadzoru sanitarnego. W wyniku ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących funkcjonowania Oddziału w skontrolowanych obszarach.

(dowód: akta kontroli str. 172-227)

3.3. W latach 2015-2018 (I połowa) SP ZOZ nie prowadził sporu sądowego z LOW NFZ w zakresie świadczeń OPH.

(dowód: akta kontroli str. 134)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

W dwóch spośród czterech badanych miesięcy, tj. w lutym 2015 oraz w październiku 2017 r. wskaźnik etatu przeliczeniowego lekarzy w hospicjum stacjonarnym (Oddziale) był niższy, niż określony w ww. załączniku nr 2 (część I ust. 1 pkt 1) do rozporządzenia w sprawie OPH, gdyż wynosił – 0,85 w lutym 2015 r. oraz 0,98 w październiku 2017 r. Stosownie do ww. przepisu w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych wymagane jest spełnienie równoważnika 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek, podczas gdy w lutym 2015 zsumowany wymiar wszystkich etatów lekarzy zatrudnionych na Oddziale wynosił 1,36 przy średniej miesięcznej wykorzystania łóżek – 16 (wskaźnik – 0,85), a w październiku 2017 r. zatrudnienie wynosiło 1,57, a średnia miesięczna wykorzystania łóżek również 16 (wskaźnik – 0,98).

(dowód: akta kontroli str. 22-40, 80-85, 86-89)

Koordynator wyjaśnił, że Stwierdzona nieprawidłowość, polegająca na nieznacznym i czasowym niespełnianiu wymaganych wskaźników, wynikała z faktu uznania za najistotniejsze dobra pacjentów, którzy kwalifikowali się do objęcia opieką stacjonarną. Nawet w przypadku czasowego braku wymaganych etatów lekarskich pacjentom zapewniono odpowiednią opiekę. Dostrzegając jednak konieczność poprawy tej sytuacji jeszcze w toku kontroli NIK, tj. od listopada br. zatrudniliśmy dodatkowego lekarza specjalistę z dziedziny onkologii klinicznej, aktualnie w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej i aktualnie spełniamy wymagania w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 86-89)

Z dniem 1 listopada 2018 r. Świadczeniodawca zatrudnił w Oddziale lekarza specjalistę z dziedziny onkologii klinicznej, aktualnie w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej

³⁰ Raporty z dnia: 11 stycznia 2016 r. (za 2015 r.), 19 stycznia 2017 r. (za 2016 r.) oraz 18 stycznia 2018 r. (za 2017 r.).

³¹ W latach 2016-2017 – z normą ISO 9001:2008, a w roku 2018 z normą ISO 9001:2015.

³² W styczniu 2016 r., w listopadzie 2016 r., w lutym 2018 r. oraz w listopadzie 2018 r.

(planowane zakończenie specjalizacji w kwietniu 2019 r.). W związku z zatrudnieniem tego lekarza ww. wskaźnik etatu przeliczeniowego lekarzy w hospicjum stacjonarnym za listopad 2018 r. był zgodny z obowiązującym wymogami – wyniósł 1,93.

(dowód: akta kontroli str. 228-229)

IV. Wnioski

W związku z wyeliminowaniem w toku kontroli stwierdzonej nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania wniosków pokontrolnych.

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 Zielonej Górze. 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.

Zielona Góra, 20 grudnia 2018 r.

Kontroler
Mariusz Kniat
doradca prawny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

.....
podpis