



LKI.430.4.2024

Nr ewid. 111/2024/P/24/062/LKI

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE DOMOWEJ OPIEKI HOSPICYJNEJ W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM

DELEGATURA NIK
W KIELCACH

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Funkcjonowanie domowej opieki hospicyjnej w województwie świętokrzyskim

Dyrektor Delegatury NIK w Kielcach

Grzegorz Walendzik

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Jacek Kozłowski

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, styczeń 2025

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA.....	11
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	12
4. WNIOSKI	16
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI.....	17
5.1. Świątokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	17
5.2. Podmioty udzielające świadczeń w hospicjach domowych i hospicjach domowych dla dzieci	35
6. ZAŁĄCZNIKI	49
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	49
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	53
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	58
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	59

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

mapa potrzeb zdrowotnych	zbiór statystyk, analiz, wniosków i rekomendacji dotyczących sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, realizowanych świadczeń, a także zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzana jest prognoza przyszłych potrzeb dla poszczególnych województw i całego kraju. Mapy te są opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z szerokim gronem interesariuszy: ekspertów medycznych, świadczeniodawców, instytucji sektora ochrony zdrowia ¹
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OPH	opieka paliatywna i hospicyjna
OW NFZ	Oddział Wojewódzki NFZ
plan transformacji	dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym (krajowy plan transformacji) i wojewódzkim (wojewódzkie plany transformacji). Pokazuje działania, które są planowane do podjęcia w systemie ochrony zdrowia. Uwzględnia rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia
ŚOW NFZ, Oddział	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ
rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ²
rozporządzenie w sprawie OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ³
rozporządzenie w sprawie świadczeń OPH	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej ⁴
świadczenie zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ⁵)
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁶
ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷
zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie OPH	zarządzenie nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna ⁸

¹ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/> (dostęp: 22.10.2024 r.).

² Dz. U. z 2024 r. poz. 798.

³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 262.

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

⁸ Biul. Inf. NFZ poz. 196, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania związane z zapewnieniem pacjentom domowej opieki hospicyjnej?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy proces udzielania świadczeń dotyczących hospicyjnej opieki domowej został zorganizowany prawidłowo?
2. Czy prawidłowo realizowano świadczenia z zakresu hospicyjnej opieki domowej?
3. Czy prawidłowo i rzetelnie rozpoznawano potrzeby, zawierano oraz rozliczano umowy, a także monitorowano realizację świadczeń obejmujących hospicja domowe?

Jednostki kontrolowane

ŚOW NFZ, pięć podmiotów leczniczych prowadzących hospicja domowe

Okres objęty kontrolą

Lata 2020–2024 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych⁹, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem).

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka paliatywna to *postępowanie, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych*. Zgodnie z literaturą przedmiotu jako opiekę paliatywną w wąskim ujęciu należy rozumieć specyficzny typ zabiegów medycznych, a także organizowanie opieki medycznej na specjalnie wydzielonych oddziałach szpitalnych lub innych oddziałach szpitalnych przez zespół opieki paliatywnej¹⁰. Opieka hospicyjna natomiast to holistyczna opieka nad chorym w terminalnej fazie choroby nowotworowej lub innych nieuleczalnych chorobach¹¹. Z powyższego wynika, że te formy opieki są ze sobą powiązane i współzależne¹². Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń OPH pojęć tych używa się zamiennie. Według § 3 ust. 1 tego rozporządzenia świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń OPH określa w § 4, że świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej;
- perinatalnej opieki paliatywnej – w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

Szczególną formą opieki nad umierającym człowiekiem jest hospicjum domowe. Opieka sprawowana w tej formie jest korzystna dla pacjenta, gwarantuje możliwość przebywania w domu wśród najbliższych i zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego. Ponadto ta forma opieki jest korzystna dla płatnika, gdyż środki wydatkowane są przede wszystkim na realizację określonych procedur medycznych oraz wspomagających i nie trzeba uwzględniać kosztów socjalno-bytowych. Znaczny ciężar organizacji tej opieki spoczywa na rodzinie (koszty socjalno-bytowe), a zadaniem pracowników i wolontariuszy hospicjów jest wspieranie rodziny pacjenta przede wszystkim w świadczeniach wymagających profesjonalnego przygotowania (koordynacja świadczeń, wykonywanie procedur medycznych). Należy jednak mieć na uwadze, że hospicjum domowe nie sprawdzi się we wszystkich przypadkach – szczególnie, gdy stan zdrowia chorych oraz zakres potrzebnych świadczeń wymusza konieczność przeniesienia ich do placówki stacjonarnej lub gdy opiekunowie z rodziny nie radzą sobie z trudami opieki.

Prognozy demograficzne oraz wzrost liczby zachorowań nowotworowych, a także przedłużająca się, obciążona chorobami starość wskazują, że zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną będzie stale rosło. Pomimo tego, liczba funkcjonujących hospicjów domowych dla dorosłych w ostatnich latach nie zwiększyła się.

⁹ 26 lipca 2024 r.

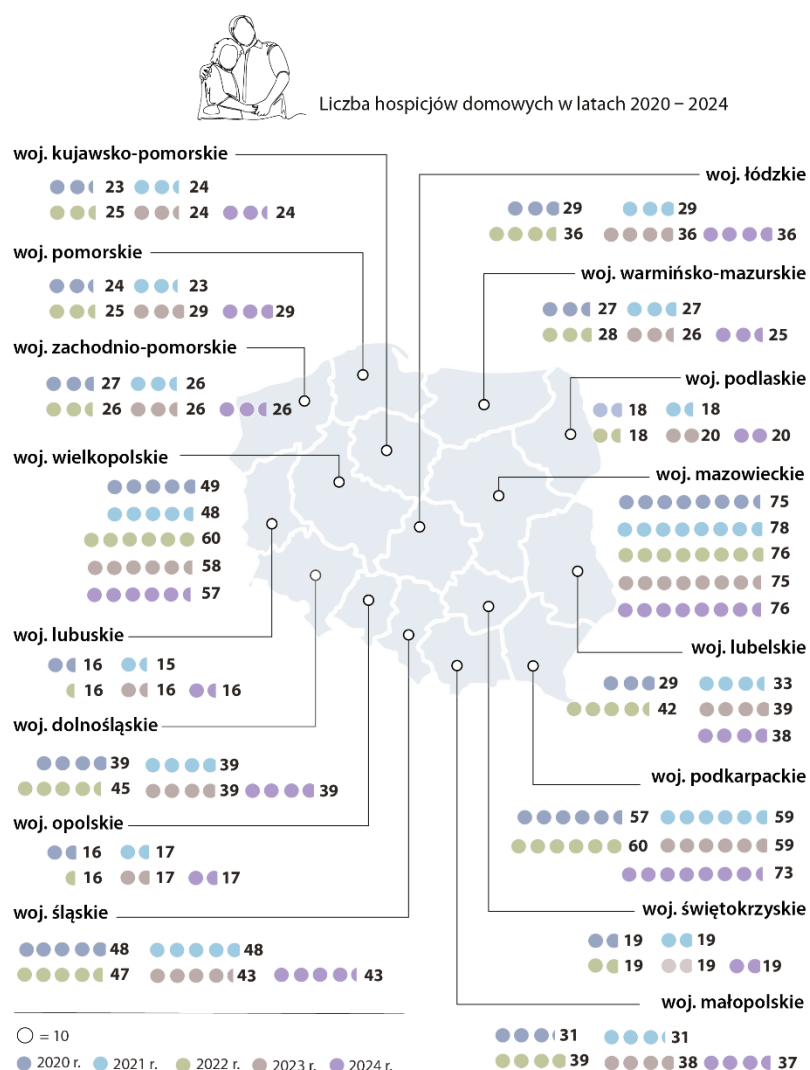
¹⁰ Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D., Krajnik M., Rogiewicz M., Opieka paliatywna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

¹¹ Górecki M., Hospicjum w służbie umierających, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2000.

¹² Iwański R., Sielicka E., Jarzębińska A. Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2018.

Infografika nr 1

Liczba hospicjów domowych dla dorosłych w latach 2020–2024



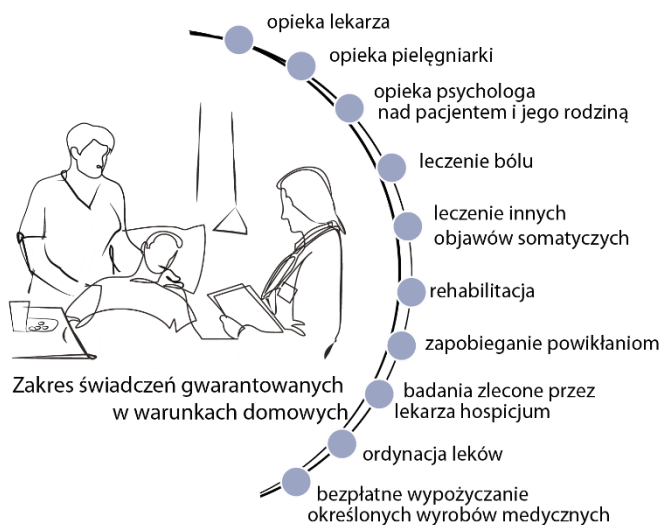
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

W hospicjach domowych dla osób dorosłych, zgodnie z wytycznymi ustawodawcy, zapewnia się m.in.: całodobowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej (udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę), ustalany indywidualnie (zgodnie z potrzebami) dostęp do fizjoterapeuty i psychologa oraz udzielanie wszelkich niezbędnych informacji w zakresie zaleceń pielęgnacyjnych i leczniczych¹³.

¹³ Ibidem.

Infografika nr 2

Zakres świadczeń gwarantowanych w warunkach domowych



Źródło: opracowanie własne NIK.

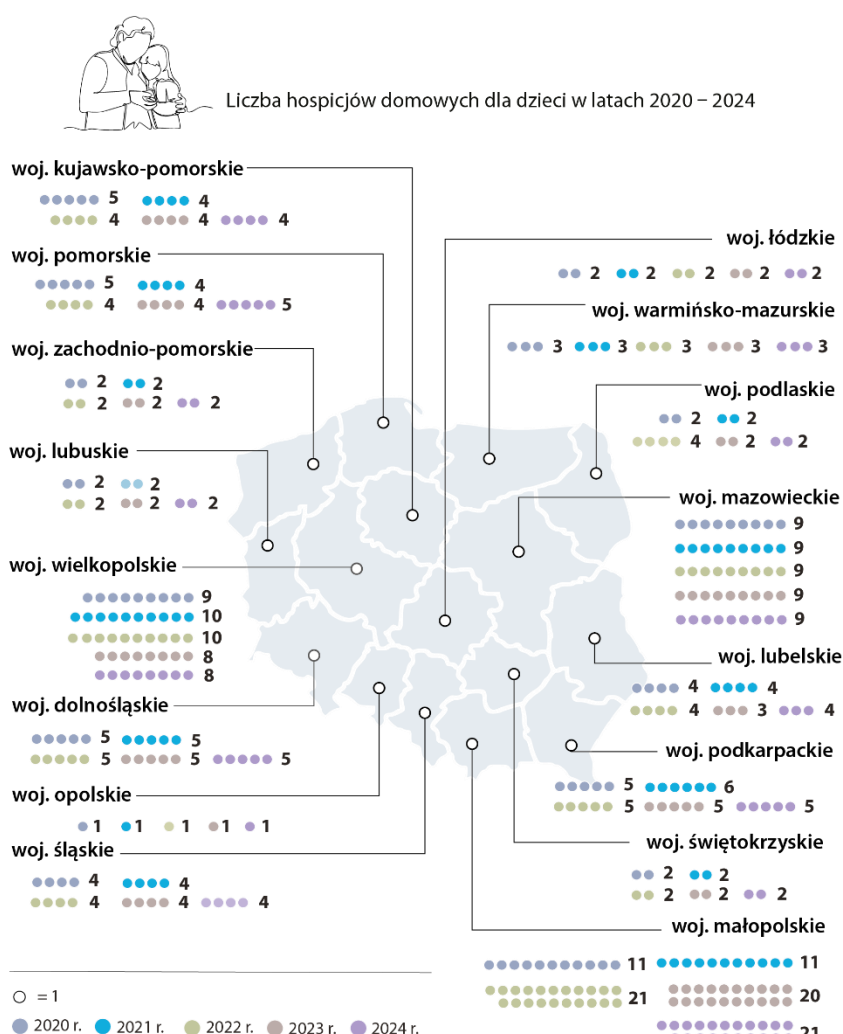
Opieka paliatywna nad dziećmi jest stosunkowo nową dziedziną pediatrii w Polsce. Należy podkreślić, że opieka nad śmiertelnie chorymi dziećmi różni się od opieki nad dorosłymi. Wynika to m.in. z czasu trwania opieki paliatywnej (u dzieci – nawet do wielu lat), stosunkowo niewielkiej liczby umierających dzieci w porównaniu z liczbą umierających dorosłych objętych opieką paliatywną, obowiązku realizacji edukacji, większego zakresu chorób dzieci kwalifikujących do objęcia OPH i większego odsetka rozpoznań innych niż nowotworowe, potrzeby przebywania i tworzenia więzi z rodzicami¹⁴.

Liczbę hospicjów domowych dla dzieci przedstawiono na poniższej infografice.

¹⁴ Panas A., Łukaszek B., *Dziecko w opiece paliatywnej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.

Infografika nr 3

Liczba hospicjów domowych dla dzieci w latach 2020–2024



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

Kolejną formą opieki hospicyjnej, która może się odbywać w warunkach domowych, jest perinatalna opieka paliatywna. Opieka ta polega na zapewnieniu wszechstronnego wsparcia rodzicom dzieci w okresie płodowym i noworodków z wadami letalnymi oraz opieki nad noworodkami z tymi wadami. Opieka ta ma poprawić jakość życia osób otoczonych tą formą pomocy i jednocześnie zapewnić dzieciom ochronę przed uporczywą i daremną terapią. Obejmuje leczenie objawowe u dziecka oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe, a także wsparcie rodziców w żałobie. Ta forma opieki jest kierowana do rodziców dzieci z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu¹⁵.

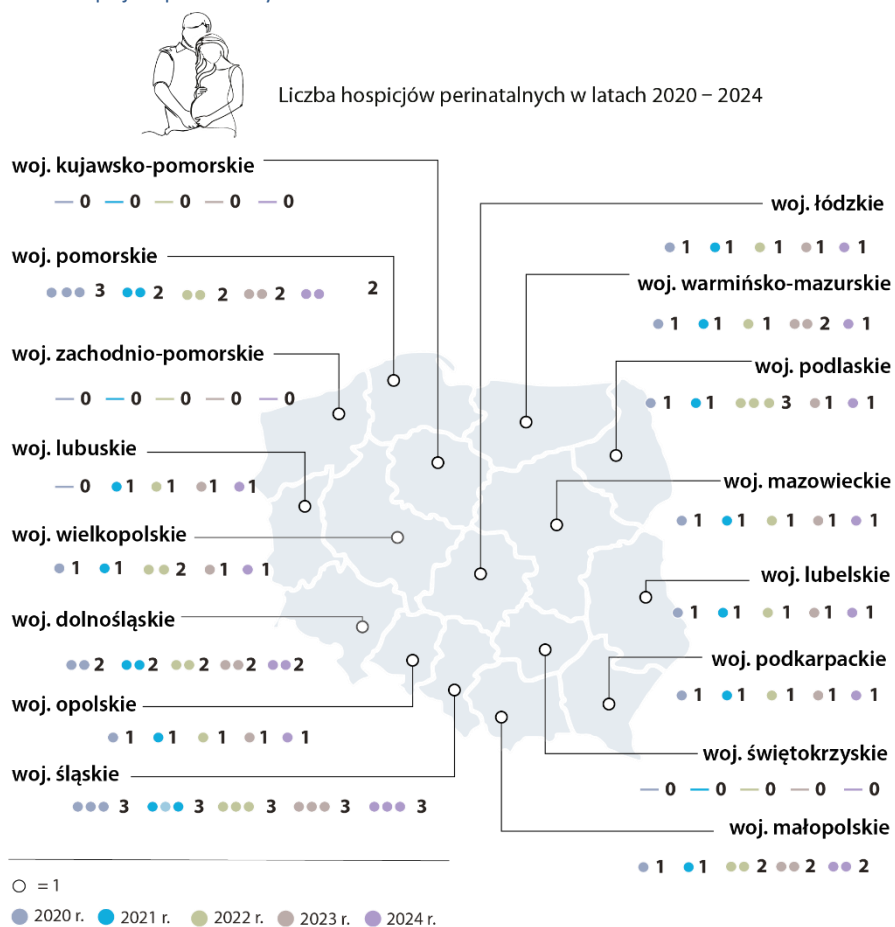
Na potrzebę zapewnienia dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej NIK zwracała uwagę już w 2019 r.¹⁶ Nadal w niektórych województwach nie działa ani jeden podmiot oferujący taką formę wsparcia.

¹⁵ Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J. *Propozycja programu ochrony życia w przypadku rozpoznania wady letalnej w badaniach prenatalnych*, <https://perinatalne.pl/pl/a/propozycja-programu-ochrony-zycia>, dostęp: 13.02.2024 r.

¹⁶ Informacja o wynikach kontroli P/18/063/LBY Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Infografika nr 4

Liczba hospicjów perinatalnych w latach 2020–2024



w perspektywie ostatnich 10 lat. Według prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego do 2060 r. w populacji województwa świętokrzyskiego wystąpi znaczny wzrost osób w wieku „poprodukcyjnym”. Do końca horyzontu prognozy (2060) w województwie świętokrzyskim spodziewany jest przyrost osób w wieku „poprodukcyjnym” o 13 pkt proc., natomiast w Polsce o 12 pkt proc. W oparciu o prognozy, udział osób w wieku 60 lat i więcej w województwie świętokrzyskim w 2060 r. osiągnie 42 % i będzie wyższy o 4 pkt proc. w odniesieniu do prognozowanej średniej dla kraju (38 %)¹⁸.

Zgodnie z *Podsumowaniem mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa świętokrzyskiego*¹⁹ w zakresie 30 grup chorób, prognoza liczby potrzebnych miejsc paliatywno-hospicyjnych w hospicjach w 2020 r. wynosiła 3613 (ogółem) w tym 123 miejsc stacjonarnych i 3490 miejsc domowych.

W kolejnej edycji mapy potrzeb zdrowotnych, ustalonej na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.²⁰ jako rekomendowane kierunki działań w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, wskazano m.in.:

- zapewnienie wszystkim chorym w stanie terminalnym odpowiedniej opieki w ramach systemu ochrony zdrowia. Podkreślono przy tym, że z uwagi na komfort pacjenta wskazane jest przeniesienie ciężkości z oddziałów szpitalnych w stronę świadczeń udzielanych w warunkach pozainstytucjonalnych;
- wyrównanie różnic w dostępie do świadczeń OPH pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi;
- zwiększenie dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych, np. poprzez włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń gwarantowanych;
- dążenie do zapewnienia opieki w warunkach domowych w każdym powiecie;
- zwiększenie dostępności do perinatalnej opieki paliatywnej dla wymagających takiej formy opieki rodzin z dziećmi.

W *Wojewódzkim Planie Transformacji dla województwa świętokrzyskiego na lata 2022–2026*²¹ wskazano, że jednym z priorytetowych obszarów działania wymagających wyzwań organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z tym dokumentem w województwie świętokrzyskim zapotrzebowanie na medycynę paliatywną wskazuje stałą tendencję wzrostową, co jest wynikiem zmian demograficznych i epidemiologicznych. Zabezpieczenie kadry medycznej w ośrodkach medycyny paliatywno-hospicyjnej jest aktualnie niewystarczające, a kadra medyczna w województwie jest jedną z najstarszych w Polsce (mediana wieku wynosi 55 lat).

¹⁸ Prognoza ludności na lata 2023-2060, analizy statystyczne GUS.

¹⁹

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3k9XA9qEAXXVRPEDHTvdDvgOFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbasiw.mz.gov.pl%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2019%2F06%2Fpodsumowanie_mpz_13.pdf&usg=AOvVaw1DjOdoZM34yptDRH0Yc_pT&opi=89978449, dostęp: 16.02.2024 r.

²⁰ Dokument ustalony obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 69).

²¹ Dokument ustalony na podstawie art. 95c ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Został przyjęty obwieszczeniem Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa świętokrzyskiego na lata 2022–2026 (Dz. Urz. Woj. Św. poz. 4764).

2. OCENA OGÓLNA

Ograniczona dostępność
do hospicyjnej opieki
domowej w województwie
świętokrzyskim

Nie wszystkim pacjentom z województwa świętokrzyskiego, którzy potrzebowali domowej opieki hospicyjnej, umożliwiono dostęp do tych świadczeń. W województwie nie zapewniono dostępu do perinatalnej opieki hospicyjnej, a w niektórych powiatach – dostępu potrzebującym dzieciom do hospicjów domowych. Ograniczenie dostępności hospicyjnej opieki domowej dla dorosłych i dzieci było spowodowane także nieprzestrzeganiem przez cztery z pięciu (80 %) objętych kontrolą świadczeniodawców opieki paliatywno-hospicyjnej zasad przyjmowania pacjentów do hospicjów domowych i brakiem nadzoru ŚOW NFZ nad tym procesem, co naruszało konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Objęte kontrolą hospicja domowe na ogół prawidłowo sprawowały opiekę nad pacjentami i spełniały niezbędne warunki dla jej realizacji.

Pomimo że w województwie świętokrzyskim nie funkcjonowało hospicjum perinatalne, ŚOW NFZ w latach 2022–2024 (I kwartał) nie podejmował działań w celu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej, w szczególności nie ogłoszono żadnego postępowania na udzielanie tych świadczeń. W okresie objętym kontrolą nie zawierano nowych umów na świadczenia hospicyjnej opieki domowej, co wynikało z przedłużania – zgodnie z obowiązującymi przepisami – dotychczasowych umów ze względu na stan epidemii COVID-19.

W ŚOW NFZ na bieżąco monitorowano i rozliczano realizację umów z podmiotami prowadzącymi hospicja domowe. W Oddziale corocznie sporządzano plany zakupu świadczeń, uwzględniając świadczenia z zakresu hospicyjnej opieki domowej. Analizowano także liczbę oczekujących na udzielenie tych świadczeń, jednak dane te nie mogły stanowić wiarygodnego wyznacznika, ponieważ nierzetelnie weryfikowano listy oczekujących, które były nieprawidłowo sporządzane przez świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe. Brak rzetelnych danych dotyczących liczby pacjentów potrzebujących opieki oraz czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia powodował, że ŚOW NFZ nie miał pełnych danych do zdiagnozowania rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia opieki hospicyjnej oraz do rzetelnego planowania ich zakupu. Ustalenie przez Oddział obszaru kontraktowania dla świadczeń w zakresie hospicjum domowego dla dzieci na województwo nie zabezpieczało dostępności tych świadczeń na obszarze niektórych powiatów, o czym świadczy fakt, że na terenie czterech powiatów opieką hospicjum domowego nie było objęte żadne dziecko.

W skontrolowanych podmiotach leczniczych prawidłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń dotyczących hospicyjnej opieki domowej. Świadczeniodawcy na ogół zapewniali opiekę w zakresie wymaganym rozporządzeniem w sprawie OPH. W szczególności zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, przestrzegano częstotliwości wizyt lekarzy (przynajmniej dwa razy w miesiącu) i pielęgniarek (przynajmniej dwa razy w tygodniu). Zapewniono także opiekę psychologów i rehabilitację, jednak skala korzystania z tej formy pomocy była niewielka. W jednym z hospicjów domowych dla dorosłych nie zapewniono opieki psychologa dla ośmiu pacjentów, pomimo wpisów w dokumentacji pielęgniarskiej, wskazujących na potrzebę takiego wsparcia.

W czterech z pięciu skontrolowanych podmiotów prowadzących hospicja domowe nie przestrzegano zasad związanych z przyjmowaniem pacjentów. W trzech z nich faktyczne przyjęcia do hospicjów odbywały się na podstawie nieformalnych notatek, nie zaś na podstawie harmonogramów przyjęć. Taki sposób postępowania może sprzyjać nieprzestrzeganiu przez podmioty kolejności przyjmowania pacjentów do hospicjum domowego.

Podstawową barierę w rozwoju domowej opieki hospicyjnej w województwie świętokrzyskim stanowiła niewystarczająca liczba wykwalifikowanego personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Przeprowadzona w trakcie kontroli analiza dotycząca łącznego czasu pracy wybranego personelu hospicjów domowych wykazywanego w umowach z NFZ, w skrajnych przypadkach przekraczającego 150 godzin tygodniowo, świadczy o braku rzetelności wykazywanych i zgłaszanych do ŚOW danych.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Nierównomierne rozmieszczenie hospicjów domowych w województwie świętokrzyskim	Na terenie województwa świętokrzyskiego w latach 2020-2024 (I kwartał) świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych udzielało 10 świadczeniodawców, którzy prowadzili łącznie 19 hospicjów domowych. Hospicja te były zlokalizowane we wszystkich powiatach województwa, za wyjątkiem powiatu opatowskiego – dla mieszkańców tego powiatu opiekę realizowały hospicja z sąsiednich powiatów. Najwięcej z nich (cztery) znajdowało się w Kielcach. Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci były udzielane przez dwa podmioty mające siedziby w powiecie ostrowieckim i staszowskim. W województwie świętokrzyskim nie funkcjonowało hospicjum perinatalne. [str. 17–19]
Niezawieranie nowych umów i sporządzanie planów zakupu świadczeń w oparciu o nierzetelne dane	W okresie objętym kontrolą nie zawierano nowych umów na świadczenia hospicyjnej opieki domowej, co wynikało – zgodnie z obowiązującymi przepisami – z przedłużania dotychczasowych umów ze względu na stan epidemii COVID-19. W ŚOW NFZ corocznie sporządzano plany zakupu świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna uwzględniając świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych i w hospicjum domowym dla dzieci. Podczas sporządzania planów zakupów świadczeń analizowano wiele wskaźników i danych, w tym dane pochodzące z map potrzeb zdrowotnych, wojewódzkiego planu transformacji oraz uwagi konsultantów wojewódzkich. Wykorzystywane podczas opracowywania planów zakupu świadczeń dane dotyczące czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w hospicjach domowych nie były rzetelne. Wynikało to z tego, że w Oddziale nierzetelnie weryfikowano listy oczekujących przekazywane przez świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe. [str. 25–28]
Prawidłowe monitorowanie i rozliczanie realizacji świadczeń	W Oddziale na bieżąco monitorowano i rozliczano realizację umów z podmiotami prowadzącymi hospicja domowe. Monitorowanie realizacji świadczeń dotyczących hospicjów domowych polegało na comiesięcznym sporządzaniu zestawień z realizacji tych świadczeń, które następnie były analizowane przez pracowników Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Umożliwiało to ocenę dynamiki realizacji świadczeń i podejmowanie decyzji o ewentualnym aneksowaniu umów [str. 34–35]
Nierówny dostęp do domowej opieki hospicyjnej dla dzieci	W przypadku hospicjów domowych dla dorosłych obszarem kontraktowania były powiaty lub grupy powiatów (ostrowiecki i opatowski), zaś w przypadku hospicjów domowych dla dzieci – województwo. NIK zwraca uwagę, że sposób ustalenia obszarów kontraktowania dla świadczeń w zakresie hospicjum domowego dla dzieci (województwo) nie zabezpieczał ich dostępności na obszarze całego województwa świętokrzyskiego. Biorąc pod uwagę położenie powiatów: jędrzejowskiego, kazimierskiego, koneckiego i włoszczowskiego oraz znaczną odległość od miejsc lokalizacji funkcjonujących hospicjów domowych dla dzieci (tj. powiat ostrowiecki i staszowski), pacjenci z tych powiatów mogli mieć utrudnioną możliwość skorzystania z tej formy opieki. Na problem nierównomiernego dostępu do hospicyjnej opieki domowej dla dzieci wielokrotnie zwracał uwagę konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej. W Wojewódzkim Planie Transformacji zarekomendowano zwiększenie dostępności oraz zabezpieczenie tych świadczeń na obszarze całego województwa. [str. 18–21]
Brak hospicjum perinatalnego	W województwie świętokrzyskim nie funkcjonowało hospicjum perinatalne. W latach 2022–2024 (I kwartał) ŚOW NFZ nie podejmował wystarczających działań w celu zapewnienia dostępu do świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej na terenie województwa świętokrzyskiego, w szczególności w tym okresie nie ogłaszano postępowań na udzielanie tych świadczeń. Ostatnie postępowanie konkursowe dotyczące perinatalnej opieki paliatywnej zostało przeprowadzone w 2021 r. i zakończyło się jego unieważnieniem w dniu

15 czerwca 2021 r. z powodu niezłożenia żadnej oferty. Na potrzebę zapewnienia perinatalnej opieki paliatywnej wskazywano w *Wojewódzkim Planie Transformacji dla województwa świętokrzyskiego* oraz kilkakrotnie w pismach kierowanych do Oddziału przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie opieki paliatywnej. Według danych ŚOW NFZ, w latach 2020–2023 corocznie od czterech do sześciu mieszkańców województwa świętokrzyskiego korzystało ze świadczeń hospicjów perinatalnych znajdujących się w innych województwach. Zdaniem NIK, nieskuteczna próba zawarcia umowy w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej nie mogła być przyczyną zaniechania ogłaszania kolejnych postępowań konkursowych, szczególnie w sytuacji, gdy na terenie województwa świętokrzyskiego nie funkcjonował żaden podmiot zapewniający pacjentom dostęp do tego typu świadczeń. Dopiero ogłoszenie postępowania pozwoliłoby na obiektywną weryfikację hipotezy o gotowości i zainteresowaniu podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Niewykluczone bowiem, że przystąpiłby do niego nieznanemu Oddziałowi oferent, np. spoza terenu województwa. Zauważyć należy, że do realizacji świadczeń uprawniony jest nie tylko świadczeniodawca posiadający doświadczenie w OPH, lecz również świadczeniodawca współpracujący z takim ośrodkiem. [str. 21–23]

**Zbyt długi czas
pracy personelu
medycznego wykazywany
w umowach z NFZ**

W Oddziale na bieżąco monitorowano realizację umów przez podmioty prowadzące hospicja domowe, weryfikowano także zgłaszane przez świadczeniodawców zmiany dotyczące personelu i sprzętu. Przeprowadzona przez NIK analiza dotycząca łącznego czasu pracy wybranego personelu hospicjów domowych²², tj. 20 lekarzy, 22 pielęgniarek, 10 fizjoterapeutów, 10 psychologów według harmonogramów NFZ²³ wykazała, że w przypadku: 17 z 20 lekarzy, 14 z 22 pielęgniarek, sześciu z 10 fizjoterapeutów, pięciu z 10 psychologów, czas pracy wykazywany w umowach z NFZ przekraczał 50 godzin tygodniowo. Z analizowanej próby 12 osób było wykazywanych w łącznym wymiarze ponad 90 godzin tygodniowo, w skrajnych przypadkach – 101, 136, 137, 157 godzin tygodniowo. Problem ten był sygnalizowany przez Oddział do Centrali NFZ. NIK wskazała na konieczność podejmowania kolejnych prób zmiany wewnętrznych regulacji NFZ mających na celu ograniczenie zbyt długiego deklarowanego czasu udzielania świadczeń przez personel. Nie można bowiem uznać, że deklarowanie czasu pracy w wymiarze ponad dwóch etatów, w niektórych przypadkach nawet powyżej 150 godzin tygodniowo (co oznacza pozostawianie przez 11 godzin w tygodniu bez pracy) jest stanem rzeczywistym lub prawidłowym. Przypadki takie budzą wątpliwości co do jakości otrzymywanych świadczeń przez pacjentów. Należy zwrócić uwagę, że długi czas pracy może stanowić zagrożenie nie tylko dla pacjentów, ale i samego personelu. Wątpliwa pozostaje także faktyczna całodobowa dostępność personelu dla pacjentów hospicjów domowych. [str. 28–33]

**Na ogół prawidłowa,
zgodna z wymogami,
organizacja procesu
udzielania świadczeń**

W objętych kontrolą hospicjach domowych dla dorosłych i hospicjach domowych dla dzieci na ogół prawidłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń. W czterech z pięciu podmiotów (80 %) personel udzielający świadczeń spełniał warunki co do liczby i wykształcenia, określone w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. W jednym podmiocie (20 %) stwierdzono nieprawidłowość związaną z niezapewnieniem lekarzy w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie pacjentów znajdujących się pod opieką hospicjum²⁴. Wszystkie skontrolowane hospicja dysponowały niezbędnym sprzętem medycznym i pomocniczym, który bezpłatnie udostępniało pacjentom. Pacjenci hospicjów mieli zapewniony całodobowy dostęp do świadczeń, które udzielane były zarówno w dni powszednie jak i dni wolne od pracy. [str. 37–39]

²² Dobór losowy na podstawie danych wykazanych w załącznikach do umów podmiotów leczniczych prowadzących hospicja domowe dla dorosłych i dla dzieci z ŚOW NFZ Harmonogram-zasoby.

²³ Stan na dzień 31 marca 2024 r.

²⁴ W pięciu z dziewięciu miesięcy objętych szczegółową analizą zatrudnienia.

Ograniczenie dostępności do hospicyjnej opieki domowej	W czterech z pięciu (80 %) skontrolowanych podmiotów prowadzących hospicja domowe stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia list oczekujących na objęcie opieką oraz harmonogramów przyjęć do hospicjów domowych. W trzech z nich (60 %) faktyczne przyjęcia do hospicjów odbywały się na podstawie nieformalnych notatek, nie zaś na podstawie prowadzonych w systemach informatycznych harmonogramów przyjęć. W konsekwencji, podmioty przekazywały do NFZ nieprawidłowe dane o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami nie było również możliwe ustalenie faktycznej liczby pacjentów oczekujących na objęcie opieką hospicjów oraz liczby osób zmarłych przed objęciem tą opieką, a także czy podmioty przestrzegały kolejności przyjmowania pacjentów do hospicjum domowego. Świadczyło to o ograniczeniu dostępności do hospicyjnej opieki domowej dla dorosłych i dzieci. Tym samym w skontrolowanych podmiotach nie zagwarantowano przestrzegania konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). [str. 39–41]
Prawidłowe prowadzenie, w większości jednostek, dokumentacji medycznej pacjentów hospicjów domowych	Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów hospicjów domowych odzwierciedlał rodzaj i zakres udzielonej im pomocy. W jednej z pięciu (20 %) skontrolowanych jednostek stwierdzono naruszenie określonych w przepisach prawnych wymogów dotyczących wypełniania kart wizyt domowych. [str. 41]
Zachowana częstotliwość wizyt lekarzy i pielęgniarek	We wszystkich skontrolowanych hospicjach zachowywano wymaganą rozporządzeniem w sprawie OPH minimalną częstotliwość wizyt lekarskich (przynajmniej dwa razy w miesiącu) i pielęgniarskich (przynajmniej dwa razy w tygodniu). Świadczenia pacjentom udzielane były zarówno w dni powszednie jak i dni wolne od pracy (soboty, niedziele, święta). Wizyty lekarskie i pielęgniarskie odbywały się również w godzinach wieczornych i nocnych. [str. 41–42]
Niewielka skala pomocy psychologa	W skontrolowanych hospicjach domowych opieką psychologa objęto średnio 7 % dorosłych pacjentów i 44 % dzieci lub ich rodziny. W trzech hospicjach domowych dla dorosłych (60 %) z pomocy psychologa nie skorzystał żaden pacjent, w jednym (20 %) – tylko jeden pacjent spośród 30 pacjentów. W jednym z hospicjów domowych dla dorosłych nie zapewniono opieki psychologa dla ośmiu pacjentów, pomimo wpisów w dokumentacji pielęgniarskiej, wskazujących na potrzebę takiego wsparcia. Zdaniem NIK uzasadnione jest rozważenie dokonywania przez psychologów zatrudnionych w hospicjach domowych cyklicznych ocen potrzeb wszystkich pacjentów. Wskazane jest również podjęcie większych starań, by pacjenci i ich rodziny chcieli z takiej pomocy skorzystać. [str. 42–43]
Niewielka skala rehabilitacji	W skontrolowanych hospicjach domowych niewielka liczba pacjentów korzystała z rehabilitacji, co wynikało z braku odpowiednich zaleceń lekarskich. W dwóch (40 %) skontrolowanych hospicjach domowych dla dorosłych taką formą pomocy nie objęto żadnego pacjenta, zaś w trzech (60 %) – od dwóch do sześciu pacjentów. Częściej z rehabilitacji korzystały dzieci leczone w hospicjach domowych. Stwierdzono przypadek, w którym nie zapewniono rehabilitacji dla jednego dziecka, pomimo zalecenia takiej formy pomocy przez lekarza. [str. 44–45]
Dodatkowe formy pomocy nie we wszystkich hospicjach domowych	Cztery (80 %) skontrolowane hospicja w ramach sprawowanej opieki, z własnej inicjatywy oferowały pacjentom dodatkową pomoc, która wykraczała poza wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie OPH. Skala i zakres tej pomocy była zróżnicowana i zależna od potrzeb pacjentów oraz możliwości finansowych i organizacyjnych podmiotów prowadzących hospicja domowe. Najczęściej pomoc dotyczyła zakupu dodatkowego sprzętu medycznego dla pacjentów. Tylko w jednym (20 %) z hospicjów oferowano pomoc pracownika socjalnego i w jednym (20 %) prowadzono grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin. [str. 45–47]

**Problemy i bariery
w rozwoju hospicyjnej
opieki domowej**

W ŚOW NFZ oraz w podmiotach prowadzących hospicja domowe jako główny problem i bariery w rozwoju domowej opieki hospicyjnej na obszarze województwa wskazywano dostępność personelu medycznego. Pozostałe zidentyfikowane problemy i bariery dotyczyły niskiej wyceny świadczeń przez NFZ, która nie uwzględnia odległości ani czasu, jaki należy pokonać celem dojazdu do pacjenta, brak współpracy z placówkami POZ²⁵, konieczność stałego monitoringu innego rodzaju świadczeń, z których korzysta pacjent mogących powodować koincydencje w sprawozdawczości. [str. 35, 47–48]

²⁵ Placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

4. WNIOSKI

Mając na uwadze wyniki kontroli wskazujące na potrzebę zwiększenia dostępności świadczeń domowej opieki hospicyjnej, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie działań mających na celu:

- Prezes NFZ**
- 1) zapewnienie narzędzi informatycznych w celu rzetelnej weryfikacji przez OW NFZ list oczekujących pacjentów, przekazywanych przez świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe;
 - 2) zapewnienie opracowywania planów zakupu świadczeń domowej opieki hospicyjnej na podstawie rzetelnych i aktualnych danych dotyczących liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia i czasu oczekiwania;
 - 3) wprowadzenie w NFZ wewnętrznych regulacji w celu monitorowania rzeczywistego czasu pracy i ograniczenia zbyt długiego deklarowanego czasu udzielania świadczeń przez personel zatrudniony w hospicjach.

- Dyrektor ŚOW NFZ**
- 1) zapewnienie w województwie świętokrzyskim perinatalnej opieki hospicyjnej, dostępności do hospicjów domowych dla dzieci we wszystkich powiatach województwa świętokrzyskiego oraz poprawę dostępności do świadczeń domowej opieki hospicyjnej dla dorosłych;
 - 2) zwiększenie nadzoru nad poprawnością danych przekazywanych przez świadczeniodawców, w szczególności dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczeń domowej opieki hospicyjnej oraz czasu oczekiwania.

- Kierujący podmiotami leczniczymi prowadzącymi hospicja domowe**
- Podjęcie działań mających na celu dokonywanie przez psychologów zatrudnionych w hospicjach domowych cyklicznych ocen potrzeb psychologicznych pacjentów i – w oparciu o ich wyniki – udzielanie wsparcia psychologicznego, gdy pacjenci tego potrzebują.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W latach 2020-2024 ŚOW NFZ nie zawierał nowych umów na świadczenia związane z domową opieką hospicyjną, co wynikało przede wszystkim z przedłużania dotychczasowych umów ze względu na stan epidemii COVID-19. Działania Oddziału nie zapewniły dostępu do perinatalnej opieki hospicyjnej. Pacjenci z zachodnich powiatów województwa mieli ograniczony dostęp do hospicjów domowych dla dzieci. W Oddziale corocznie sporządzano plany zakupu świadczeń, uwzględniając w nich świadczenia w hospicjum domowym i świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci. Nie w pełni rzetelnie weryfikowano listy oczekujących przekazywane przez świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe, bowiem na listach tych corocznie byli wykazywani ci sami pacjenci jako osoby oczekujące na objęcie opieką hospicjów domowych, z których większość już nie żyła. W Oddziale prawidłowo weryfikowano, czy podmioty terminowo przekazywały wymagane informacje, weryfikowano i wyjaśniano przypadki wykazywania przez świadczeniodawców dłuższego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie pilnym względem stabilnego, a także w przypadkach budzących wątpliwości co do liczby osób oczekujących na objęcie domową opieką hospicyjną, podejmowano działania mające na celu wyjaśnienie takich sytuacji. W Oddziale na bieżąco monitorowano realizację umów przez podmioty prowadzące hospicja domowe.

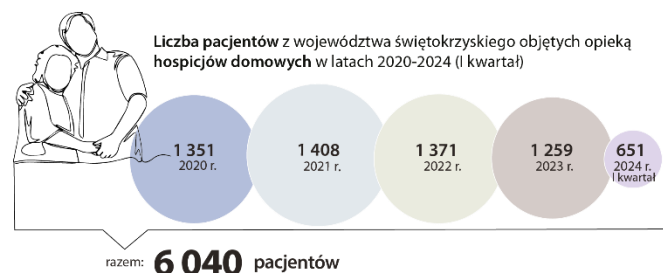
Hospicja domowe dla dorosłych w województwie świętokrzyskim

W latach 2020-2024 (I kwartał) na terenie województwa świętokrzyskiego funkcjonowało 19 hospicjów domowych dla dorosłych, które były prowadzone przez 10 świadczeniodawców. Najwięcej hospicjów domowych zlokalizowanych²⁶ było w Kielcach – cztery, po dwa w powiecie kieleckim, ostrowieckim, sandomierskim, po jednym w powiecie buskim, jędrzejowskim, kazimierskim, koneckim, pińczowskim, skarżyskim, starachowickim, staszowskim i włoszczowskim.

Opieką hospicjów domowych dla dorosłych w województwie świętokrzyskim obejmowano następującą liczbę pacjentów: 1351 w 2020 r.; 1408 w 2021 r.; 1371 w 2022 r.; 1259 w 2023 r.; 651 w 2024 (I kwartał).

Infografika nr 5

Liczba pacjentów hospicjów domowych dla dorosłych w województwie świętokrzyskim w latach 2020-2024 (I kwartał)



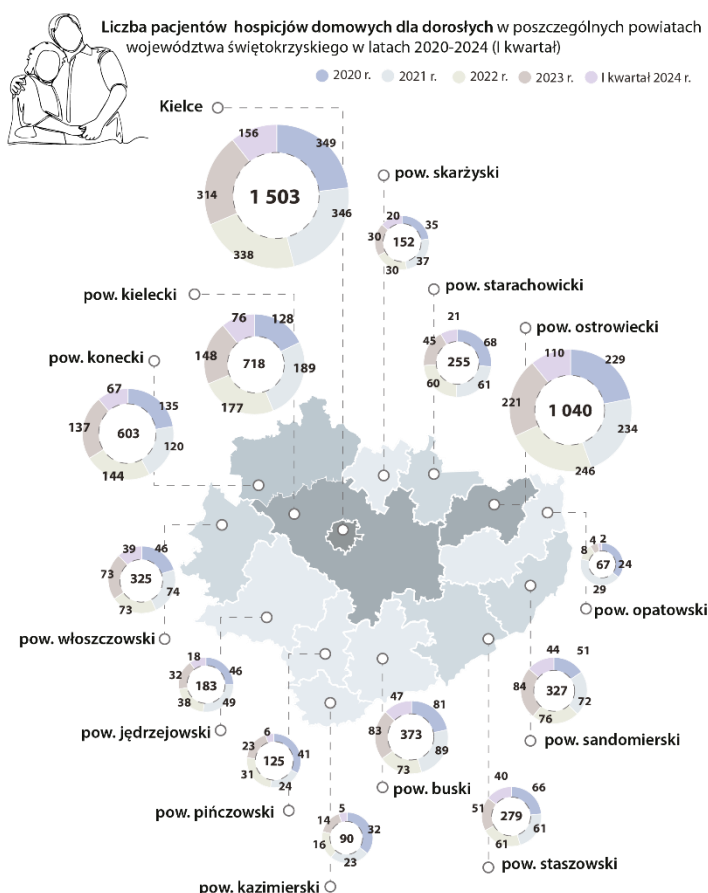
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania pacjentów objętych opieką hospicjów domowych w latach 2020-2024 (I kwartał) największą liczbę stanowili pacjenci z Kielc – 1503 (24,32 %), następnie z powiatu ostrowieckiego – 1040 (16,83 %), powiatu kieleckiego – 718 (11,62 %), powiatu koneckiego – 603 (9,76 %). Najmniejszą grupę stanowili pacjenci z powiatu opatowskiego – 67 osób (1,08 %).

²⁶ Wskazanie miejsca udzielania świadczeń wg umowy z NFZ.

Infografika nr 6

Liczba pacjentów hospicjów domowych dla dorosłych poszczególnych powiatów województwa świętokrzyskiego w latach 2020–2024 (I kwartał)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

W przypadku hospicjów domowych dla dorosłych obszarem kontraktowania były powiaty lub grupy powiatów (ostrowiecki i opatowski). W ŚOW NFZ zidentyfikowano potrzebę poprawy dostępności hospicyjnej opieki domowej w powiecie opatowskim, gdyż w planach zakupu świadczeń na 2022 r. i 2023 r. założono powstanie hospicjum domowego na terenie tego powiatu. Ze względu na epidemię COVID-19 i przedłużanie dotychczasowych umów nie zawarto umowy ze świadczeniodawcami z powiatu opatowskiego. Również w *Wojewódzkim Planie Transformacji dla województwa świętokrzyskiego* wskazano na potrzebę utworzenia, na bazie hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego w Opatowie.

Przykład

Zastępca dyrektora ds. medycznych ŚOW NFZ wyjaśniła: (...) Pacjenci powiatu opatowskiego mogą korzystać ze świadczeń opieki hospicyjnej w warunkach domowych realizowanych przez podmioty posiadające umowy z Oddziałem. Charakter świadczeń przewiduje dojazd do domu pacjenta niezależnie od miejsca, siedziby podmiotu realizującego. Świadczenia były i są w tym czasie finansowane w ramach umów zawartych przez Oddział z poszczególnymi świadczeniodawcami. (...) Aktualne umowy na realizację świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wygasają 31 grudnia 2024 r. – planując i kolejno przeprowadzając postępowania o zawarcie nowych umów Oddział uwzględni zakładaną w latach ubiegłych próbę poprawy dostępności w zakresie hospicjów domowych w ramach dostępnych środków finansowych.

Hospicja domowe dla dzieci w województwie świętokrzyskim

Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci były udzielane przez dwa podmioty mające siedziby w powiecie ostrowieckim i staszowskim.

W przypadku hospicjów domowych dla dzieci obszarem kontraktowania było województwo.

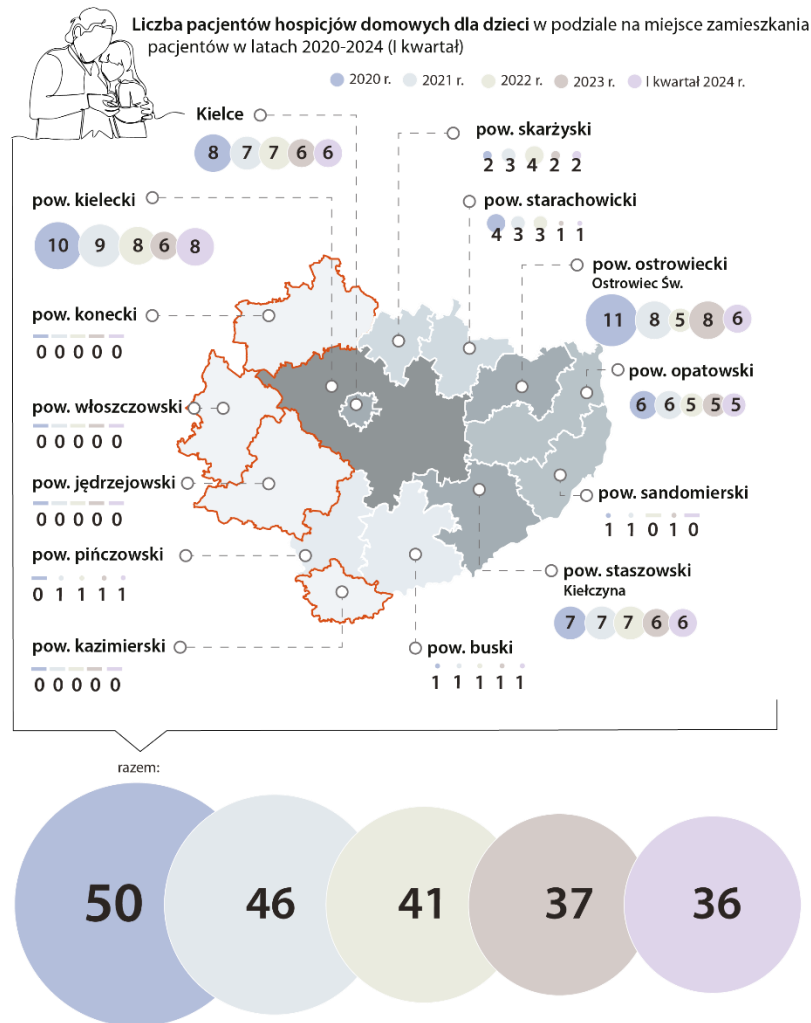
Z opieki hospicjów domowych dla dzieci skorzystało: 50 pacjentów w 2020 r.; 46 w 2021 r., 41 w 2022 r., 37 w 2023 r. oraz 36 w 2024 r. (I kwartał).

Pacjenci hospicjów domowych dla dzieci byli mieszkańcami następujących powiatów:

- w 2020 r.: ostrowieckiego (11 osób), kieleckiego (10), miasta Kielce (8), staszowskiego (7), opatowskiego (6), starachowickiego (4), skarżyskiego (2), buskiego i sandomierskiego (po jednej osobie);
- w 2021 r.: kieleckiego (9 osób), ostrowieckiego (8), miasta Kielce i powiatu staszowskiego (po siedem osób), opatowskiego (6), skarżyskiego i starachowickiego (po trzy osoby), buskiego, pińczowskiego i sandomierskiego (po jednej osobie);
- w 2022 r.: kieleckiego (8 osób), miasta Kielce i powiatu staszowskiego (po siedem osób), opatowskiego i ostrowieckiego (po pięć osób), skarżyskiego (4), starachowickiego (3), buskiego i pińczowskiego (po jednej osobie);
- w 2023 r.: ostrowieckiego (8 osób), kieleckiego, miasta Kielce i staszowskiego (po sześć osób), opatowskiego (5), skarżyskiego (2), buskiego, pińczowskiego, sandomierskiego i starachowickiego (po jednej osobie);
- w I kwartale 2024 r.: kieleckiego (8), miasta Kielce, ostrowieckiego i staszowskiego (po 6 osób), opatowskiego (5), skarżyskiego (2), buskiego, pińczowskiego i starachowickiego (po 1 osobie).

Infografika nr 7

Liczba pacjentów hospicjów domowych dla dzieci w podziale na miejsce zamieszkania pacjentów w latach 2020–2024 (I kwartał)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

**Niewystarczająca
dostępność do hospicjów
domowych dla dzieci
w województwie
świętokrzyskim**

W latach 2020–2024 (I kwartał) świadczeniodawcy z województwa świętokrzyskiego nie zapewnili domowej OPH dla dzieci z powiatów: jędrzejowskiego, kazimierskiego, koneckiego i włoszczowskiego.

W Oddziale zidentyfikowano potrzebę poprawy dostępności do świadczeń hospicjum domowego dla dzieci. W planie zakupu świadczeń na 2022 r. założono próbę zwiększenia dostępności o jedno nowe miejsce, zakładając jednocześnie zwiększenie finansowania tego zakresu świadczeń.

Z danych ŚOW dotyczących korzystania z opieki hospicjów domowych dla dzieci prowadzonych przez podmioty działające poza województwem świętokrzyskim wynika, że pomocą taką było objęte jedno dziecko z powiatu kazimierskiego. Wartość świadczeń domowej OPH dla dzieci udzielonych pacjentom z województwa świętokrzyskiego w innych województwach w 2020 r. wyniosła 32 905 zł, w 2021 r. – 26 701 zł, w 2022 r. – 2607 zł.

W ocenie NIK, sposób ustalenia obszarów kontraktowania dla świadczeń w zakresie hospicjum domowego dla dzieci (województwo) nie zabezpieczał ich dostępności na obszarze całego województwa świętokrzyskiego. Biorąc pod uwagę położenie tych powiatów oraz znaczną odległość od miejsc lokalizacji dotychczasowych hospicjów domowych dla dzieci, zdaniem NIK, pacjenci z tych obszarów nie mieli faktycznej możliwości skorzystania z tej formy opieki.

Brak hospicjum perinatalnego w województwie świętokrzyskim

Przykład

Na problem nierównomiernego dostępu do hospicyjnej opieki domowej dla dzieci zwrócono uwagę w *Wojewódzkim Planie Transformacji* rekomendując zwiększenie dostępności oraz zabezpieczenie tych świadczeń na terenie całego województwa. Potrzeba poprawy dostępności do opieki hospicyjnej dla dzieci (zarówno w formie stacjonarnej jak i domowej) była wielokrotnie zgłaszana przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W województwie świętokrzyskim nie funkcjonowało hospicjum perinatalne. W okresie objętym kontrolą w ŚOW NFZ przeprowadzono dwa postępowania mające na celu wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu hospicjum perinatalnego. Oba postępowania²⁷ były przeprowadzone w 2021 r. i zakończyły się ich unieważnieniem. Po przeprowadzeniu postępowania konkursowego dotyczącego perinatalnej opieki paliatywnej, zakończonego unieważnieniem w dniu 15 czerwca 2021 r. z powodu niezłożenia żadnej oferty, Oddział nie ogłaszał kolejnych postępowań konkursowych w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Na potrzebę zapewnienia perinatalnej opieki paliatywnej wskazywano w *Wojewódzkim Planie Transformacji* oraz kilkakrotnie w pismach kierowanych do Oddziału przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie opieki paliatywnej.

Przykład

W przekazywanych w latach 2021–2023 opiniach do planu zakupu świadczeń oraz w raportach rocznych z działalności konsultanta wojewódzkiego, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej wskazywała na potrzebę zakontraktowania świadczeń z zakresu hospicjum perinatalnego. Zdaniem konsultanta wskazane jest, by taki ośrodek powstał przy ośrodku diagnostyki perinatalnej.

Przyczyną nieogłaszania kolejnych postępowań konkursowych o zawarcie umów w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej, według zastępcy dyrektora ds. medycznych Oddziału, były *nieskuteczne próby zawarcia umów w okresie poprzedzającym (brak zainteresowania zawarciem umowy podmiotów z terenu województwa świętokrzyskiego, brak ofert lub oferta niespełniająca warunków wymaganych i brak kolejnych)*. W ocenie NIK, nieskuteczna próba zawarcia umowy w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej nie może być przyczyną zaniechania ogłaszania kolejnych postępowań konkursowych, szczególnie w sytuacji, gdy na terenie województwa świętokrzyskiego nie funkcjonuje żaden podmiot zapewniający pacjentom dostęp do tego typu świadczeń. Zdaniem NIK, dopiero ogłoszenie postępowania pozwoliłoby na obiektywną weryfikację hipotezy o gotowości i zainteresowaniu podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Niewykluczone bowiem, że przystąpiłby do niego nieznany Oddziałowi oferent, np. spoza terenu województwa. Zauważyć należy, że do realizacji świadczeń uprawniony jest nie tylko świadczeniodawca posiadający doświadczenie w OPH, lecz również świadczeniodawca współpracujący z takim ośrodkiem.

Zapotrzebowanie na opiekę hospicjów perinatalnych

Z danych ŚOW NFZ wynika, że pacjenci z terenu województwa świętokrzyskiego korzystali ze świadczeń hospicjum perinatalnego w innym województwie. W latach 2020–2022 po sześćcioro mieszkańców świętokrzyskiego korzystało z opieki hospicjów perinatalnych w innych województwach, a w 2023 r. – czworo. Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z województwa świętokrzyskiego w innych województwach z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej wynosiła: 5803 zł w 2020 r., 4352 zł w 2021 r., 7828 zł w 2022 r., 7236 zł w 2023 r.

²⁷ Postępowanie nr 13-21-000117/OPH/15/1/15.2181.028.02/01 oraz postępowanie nr 13-21-000096/OPH/15/1/15.2181.028.02/01

Zastępca dyrektora ds. medycznych ŚOW NFZ wyjaśniła: *Można uznać, że pacjenci którzy potencjalnie mogliby korzystać ze świadczeń w ramach zakresu perinatalnej opieki paliatywnej korzystają z nich w ramach leczenia szpitalnego, w szczególności w ramach zakresu położnictwa i ginekologii, a kolejno kierowani są do innych form opieki(...). Dzieci mogą być obejmowane opieką leczenia szpitalnego w zakresie neonatologii w okresie poporodowym, a kolejno przez hospicja domowe dla dzieci.*

Szacunkowe zapotrzebowanie na opiekę hospicjum perinatalnego w województwie świętokrzyskim przedstawia się następująco:

- według zastępcy dyrektora ds. medycznych ŚOW NFZ: *Na podstawie danych statystycznych otrzymanych od świętokrzyskich świadczeniodawców hospicjów domowych dla dzieci, w latach 2020-2024 obejmowali oni opieką pacjentów o rozpoznaniach z grupy P00-P96 Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz Q00-Q99 Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe. W roku 2020 było to 19 dzieci, 2021 r. – 16, 2022 r. – 16, 2023 r. – 15, 2024 r. (I kwartał) – 15, w tym pacjenci pierwszorazowi stanowili w 2020 r. – ośmioro dzieci, 2021 r. – troje, 2022 r. – pięcioro, 2023 r. – troje, 2024 r. (I kw.) – dwoje;*
- według konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii: *W Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego można szacować, że dwoje-troje noworodków rocznie kwalifikowałoby się do opieki hospicjum perinatalnego. Natomiast biorąc pod uwagę roczną liczbę porodów w regionie, która w 2024 r. szacowana jest na ok. 7500-8000 porodów należy sądzić, że około trzech-sześciu ciężarnych a potem noworodków w roku mogłoby wymagać opieki takiego hospicjum;*
- według konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii: *Liczbę potencjalnych dzieci wymagających opieki w hospicjum perinatalnym szacuję na podstawie liczby porodów oraz statystycznej częstości występowania ciężkich wad wrodzonych. Szacunkowo jest to między osiem a 10 przypadków rocznie;*
- według Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka Szpitala Specjalistycznego w Kielcach: *Od 2020 r. w lecznicy urodziło się 23 dzieci z ciężkimi czy letalnymi wadami rozwojowymi. W 2020 r. trójka pacjentów (z rozpoznaniem wielowadzie, agenezja nerek, zespół Patau), w 2021 r. – pięcioro (wielowadzie, agenezja nerek, zespół Downa, wodogłowie), w 2022 r. – aż dziesięcioro (zespół Downa, zespół Edwardsa, agenezja nerek, artogrypoza), w 2023 r. – troje (wielowadzie), w 2024 r. – czworo (wielowadzie, zespół Edwardsa, zespół Downa).*

Potrzebę funkcjonowania w województwie świętokrzyskim hospicjum perinatalnego podkreślali w wyjaśnieniach przekazanych NIK konsultanci wojewódzcy i kierujący placówkami medycznymi:

- konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wyjaśniła: *W raporcie rocznym z działalności konsultanta za rok 2022 wykazywałam potrzebę funkcjonowania w naszym województwie hospicjum perinatalnego. Prowadziłam rozmowy ze świadczeniodawcami z naszego województwa. Niestety niska wycena świadczenia zniechęcała podmioty do wystąpienia z ofertą do NFZ;*
- konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej wyjaśniła: *Od początku pracy jako konsultant wojewódzki i jeszcze przed objęciem tej funkcji w listopadzie 2020 r. zwracano uwagę na potrzebę stworzenia hospicjum perinatalnego i próbowano zdiagnozować przyczyny braku takiej placówki w województwie. Jest to jedno z najważniejszych zadań od początku mojej kadencji. Prowadzono liczne rozmowy edukujące, uświadamiające z pracownikami medycznymi i kierownikami ośrodków paliatywnych i dziecięcych w środowisku na temat potrzeby stworzenia takiej placówki (...), poszukiwano pracowników chcących zajmować się tym obszarem. (...) W wyniku kilku lat prowadzonych działań znacznie wzrosła świadomość potrzeby istnienia takiej placówki w województwie. Zdaniem konsultant, trudności w utworzeniu hospicjum perinatalnego wynikają z wymagań*

dotyczących kwalifikacji lekarza specjalisty (co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną). Konsultant wyjaśniła również: *Ośrodki perinatalnej opieki paliatywnej znajdują się poza granicami województwa, aby uzyskać wymagane kwalifikacje personel musi wyjechać co wiąże się często z utratą zarobków, potrzebą zamieszkania w innym miejscu, rozłąką z rodziną. Kolejnym problemem jest również niedostateczne finansowanie tej formy opieki i konieczność współdziałania z fundacjami i stowarzyszeniami celem zapewnienia prawidłowego funkcjonowania tych placówek. Większość istniejących hospicjów perinatalnych w Polsce nadal, pomimo finansowania z NFZ, współpracuje z fundacjami. Placówki zajmujące się diagnostyką prenatalną na terenie naszego województwa po zdiagnozowaniu wady letalnej lub ciężkiego uszkodzenia płodu kierują pacjentki na konsultacje do poradni genetycznych i psychologicznych, nieliczne również oferują wsparcie fundacji zajmujących się dziećmi nieuleczalnie chorymi. Część rodzin kierowana jest do ośrodków perinatalnych w Łodzi (ok. 140 km), Krakowie (ok. 114 km) lub Warszawie (189 km) celem dalszej diagnostyki prenatalnej ze względu na większe doświadczenie, lepsze zaplecze diagnostyczne i prawidłowe zabezpieczenie dalszej opieki nad dziećmi wymagającymi specjalistycznej opieki w ośrodkach kardiologii oraz ośrodkach neurochirurgii dziecięcej, których brak jest na terenie naszego województwa;*

- Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka Szpitala Specjalistycznego w Kielcach wyjaśnił: *Brak opieki hospicyjnej wiąże się z wieloma problemami zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak i personelu medycznego. Rodzice nie są przygotowani na urodzenie się ciężko czy śmiertelnie chorego dziecka. Podejmują bardzo trudne decyzje dotyczące dalszej opieki nad dzieckiem, jak zrzeczenie się praw rodzicielskich, pozostawienie dziecka w szpitalu, często na wiele miesięcy, przekazanie dziecka do hospicjum odległego o kilkaset kilometrów od miejsca zamieszkania. Nie ma możliwości zapewnienia kontaktu czy opieki psychologicznej dla rodzeństwa. Długotrwały pobyt dziecka w szpitalu stanowi dla niego duże zagrożenie ze strony epidemiologicznej, odbiera możliwość wspólnego przeżycia przedwcześnie gasnącego życia i właściwego przejścia procesu żałoby.*

W odpowiedzi²⁸ dotyczącej realizacji wniosków pokontrolnych zawartych w wystąpieniu NIK po niniejszej kontroli, Dyrektor Oddziału poinformowała, że jeden ze świadczeniodawców z terenu województwa świętokrzyskiego zgłosił gotowość do udzielania świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Dyrektor wyjaśniła, że Oddział jest w trakcie przygotowania ogłoszenia postępowania konkursowego dotyczącego takich świadczeń.

Niewielka liczba personelu udzielającego świadczeń w hospicjach domowych

W ramach umów podpisanych z Oddziałem, w województwie świętokrzyskim świadczeń w hospicjach domowych dla dorosłych w latach 2020–2024 (I kwartał) udzielało odpowiednio 60, 61, 59, 55, 52 lekarzy. Spośród nich, 10 w latach 2020–2023 miało specjalizację z medycyny paliatywnej, natomiast w 2024 r. (I kwartał) – dziewięciu. W latach 2020–2022 trzech lekarzy pracujących w hospicjach domowych na terenie województwa świętokrzyskiego było w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej, a w latach 2023–2024 (I kwartał) – pięciu.

Liczba deklarowanego personelu pielęgniarskiego w okresie objętym kontrolą wynosiła od 86 do 88 osób w poszczególnych latach. Świadczeń w hospicjach domowych dla dorosłych w latach 2020, 2023 i 2024 (I kwartał) udzielało 14 pielęgniarek mających specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz 15 w latach 2021–2022.

²⁸ Pismo nr NFZ13-WSOZ-DLZ.0913.1.1.2024 z dnia 9 sierpnia 2024 r.

Według deklarowanego przez świadczeniodawców potencjału w hospicjach domowych dla dorosłych pracowało w latach 2020-2024 od 23 do 24 psychologów i od 28 do 36 fizjoterapeutów.

Liczba lekarzy udzielających świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci w poszczególnych latach 2020-2023 wynosiła od ośmiu do 10. Lekarze najczęściej mieli specjalizacje w dziedzinie pediatrii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub medycyny paliatywnej.

W ramach hospicjów domowych dla dzieci w województwie świętokrzyskim świadczeń udzielało w poszczególnych latach objętych kontrolą od 11 do 13 pielęgniarek. Najczęściej miały one specjalizację pielęgniarstwa pediatrycznego, następnie – opieki paliatywnej i opieki długoterminowej.

W hospicjach domowych dla dzieci zatrudniano od sześciu do siedmiu psychologów oraz od dziewięciu do 12 fizjoterapeutów.

Istotną, zidentyfikowaną w Oddziale, barierą w rozwoju opieki hospicyjnej na terenie województwa była dostępność personelu medycznego, zwłaszcza ograniczona liczba lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek tej specjalności.

Również Wojewoda Świętokrzyski, Prezes NFZ, konsultant krajowy i wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz w dziedzinie pielęgniarstwa medycyny paliatywnej zwracali uwagę na problem niewystarczającej liczby personelu pracującego w hospicjach domowych.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej²⁹ zwrócił uwagę, że oprócz niewystarczającej liczby specjalistów (pielęgniarek i lekarzy) istotny jest również ich wiek. Wg danych z 2024 r. 11,3 % ogółu pielęgniarek mających specjalizację pielęgniarstwa opieki paliatywnej jest w wieku emerytalnym, a za kolejne pięć lat wiek emerytalny osiągnie 19,1 % ogółu pracujących specjalistek. W przypadku lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej średni wiek wynosi 54 lata. 19 % pracujących lekarzy jest w wieku emerytalnym, a za pięć lat wiek ten osiągnie 16,2 % ogółu pracujących lekarzy specjalistów.

Według konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej w województwie świętokrzyskim nie ma możliwości konkurencyjności na rynku pracy o pracowników medycznych. Zdaniem konsultanta, *warunki pracy są trudne, natomiast zarobki znacznie niższe za ten sam czas pracy niż w innych specjalizacjach. Ze względu na niskie zarobki praca w hospicjum domowym nie jest głównym miejscem pracy dla większości pracowników. Kolejnym problemem jest brak możliwości szkolenia specjalizacyjnego w całości w województwie świętokrzyskim.*

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa medycyny paliatywnej wskazała: *W województwie świętokrzyskim brakuje lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej i pielęgniarek specjalistek opieki paliatywnej. W ostatnich latach obserwuje się odpływ kadr medycznych do dziedzin medycyny lepiej opłacanych przez NFZ, które mogą zaoferować konkurencyjne zarobki. Zaleca się, aby w każdej placówce opieki paliatywnej pracował specjalista medycyny paliatywnej, a wśród personelu pielęgniarstwa 25 % czasu pracy pielęgniarek wykonywały specjalistki opieki paliatywnej. Taka sytuacja kadrowa powoduje słabe rozwijanie opieki domowej. Problemem jest struktura wiekowa widoczna w grupie pielęgniarek i położnych. Średnia wieku pielęgniarek uprawnionych do pracy w zawodzie to 45-54 lata, najmniej liczną grupę stanowią pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat. Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej.*

Również według Prezesa NFZ podstawową barierą w rozwoju opieki hospicyjnej jest malejąca dostępność personelu medycznego. Prezes wyjaśnił³⁰:

²⁹ Informacje przekazane pismem z dnia 15 października 2024 r. (na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o NIK).

³⁰ Pismo nr NFZ-BNQ.0911.10.2024 z dnia 11 września 2024 r.

W województwie jest ograniczona liczba lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej i nie obserwuje się istotnego wzrostu ich liczby w zawartych umowach na przestrzeni lat 2020-2024. Powyższe zauważa się także wobec liczby pielęgniarek tej specjalności. W ramach umów opieki paliatywnej i hospicyjnej identyfikuje się lekarzy oraz pozostały personel pracujący u więcej niż jednego świadczeniodawcy.

Według Wojewody Świętokrzyskiego główną barierą w rozwoju domowej opieki hospicyjnej są braki kadrowe, które ograniczają dostęp pacjentów do świadczeń. Podmioty lecznicze prowadzące hospicja mają trudność z pozyskaniem wykwalifikowanego personelu medycznego do pracy, jednakże zmiany w finansowaniu opieki hospicyjnej odzwierciedlające dokonujący się wzrost kosztów, w tym kosztów płacowych osób wykonujących tę ważną pracę, mogłyby spowodować wzrost zatrudnienia.

W latach 2020–2024 (I kwartał) w województwie świętokrzyskim zmarło łącznie 3250 pacjentów hospicjów domowych dla dorosłych oraz 26 pacjentów hospicjów domowych dla dzieci.

**Uwzględnianie domowej
opieki hospicyjnej
w planach zakupu
świadczeń**

W ŚOW NFZ sporządzano plany zakupu świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na poszczególne lata objęte kontrolą, w podziale na: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne; świadczenia w hospicjum domowym; świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci; porada w poradni medycyny paliatywnej. Plan zakupu świadczeń na 2020 r. nie obejmował zakupu świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, został on zaplanowany po raz pierwszy na 2021 r.

W planach uwzględniano m.in. wyniki analiz dotyczące szacowania środków i liczby pacjentów wymagających opieki hospicyjnej, poziom kontraktów pierwotnych i aktualnych oraz ich wykonanie, migracje pacjentów z terenu województwa świętokrzyskiego do innych województw, kolejki oczekujących, dane z: Krajowego Rejestru Nowotworów, Map Potrzeb Zdrowotnych, wytyczne z centrali NFZ.

**Sporządzanie planów
zakupu świadczeń
w oparciu o wyniki analiz**

Na potrzeby sporządzania planów zakupu świadczeń dokonywano analiz wskaźników dostępności świadczeń w hospicjum domowym i hospicjum domowym dla dzieci odnosząc wartości tych wskaźników dla województwa świętokrzyskiego do wskaźników dostępności dla Polski. Do obliczania wskaźników dostępności wykorzystywano ogólnodostępne dane z Map Potrzeb Zdrowotnych oraz dane własne Oddziału wyrażone jako liczba jednostek rozliczeniowych w stosunku do populacji, standaryzowane na 10 tys. mieszkańców.

Corocznie głównym założeniem planu zakupu świadczeń było zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń.

**Brak rzetelnych danych
o czasie oczekiwania
na świadczenia ze względu
na COVID-19**

Według danych Oddziału pacjenci hospicjum domowego dla dzieci nie oczekiwali na przyjęcie. Natomiast średni czas oczekiwania do hospicjum domowego dla dorosłych wynosił:

- dla przypadków pilnych: 50 dni na koniec 2020 r., osiem dni na koniec 2021 r., trzy dni na koniec 2022 r., na koniec 2023 r. pacjenci nie oczekiwali na przyjęcie, cztery dni na koniec pierwszego kwartału 2024 r.;
- dla przypadków stabilnych: 10 dni na koniec 2020 r., siedem dni na koniec 2021 r., 10 dni na koniec 2022 r., 34 dni na koniec 2023 r., 18 dni na koniec pierwszego kwartału 2024 r.

Należy zauważyć, że w związku ze stanem epidemii, po dodaniu przez art. 15 pkt 4 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19³¹ art. 7b pkt 1 do ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi

³¹ Dz. U. poz. 567, ze zm.

sytuacji kryzysowych³², świadczeniodawcy zostali zwolnieni na okres 180 dni, tj. do 5 września 2020 r. z codziennego przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania co miesiąc oddziałom wojewódzkim NFZ sprawozdań z zakresu list oczekujących.

Przeprowadzona podczas kontroli NIK analiza list oczekujących za grudzień 2020 r., 2021 r., 2022 r., 2023 r. i marzec 2024 r. przekazanych przez pięć podmiotów prowadzących hospicja domowe wykazała, że:

- w Oddziale weryfikowano, czy podmioty terminowo przekazywały wymagane informacje;
- w przypadkach budzących wątpliwości co do liczby osób oczekujących na objęcie opieką hospicjum domowego lub czasu oczekiwania (np. stale zwiększająca się liczba osób oczekujących przy zerowym czasie oczekiwania) w Oddziale podejmowano działania mające na celu wyjaśnienie takich sytuacji, w wyniku których świadczeniodawcy składali korekty danych;
- weryfikowano i wyjaśniano przypadki wykazywania przez świadczeniodawców dłuższego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie pilnym względem stabilnego. Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Oddziału wyjaśnił: (...) *pragniemy zwrócić uwagę, iż były to sytuacje jednostkowe i były korygowane w następnych okresach w sytuacji, gdy liczba dni odbiegała wyraźnie od normy. Niemniej jednak, sytuacja taka jest możliwa – przy założeniu, że pojedynczy pacjenci z kategorii pilnej na własną prośbę z jakiegoś powodu przekładają termin (jak np. w okresie pandemii SARS-CoV-2 z obawy przed zakażeniem ze strony personelu, które mogłoby być śmiertelne dla osłabionej osoby) lub też, gdy osób ze skierowaniami pilnymi jest zdecydowanie więcej od osób kategorii stabilnej.*

Nierzetelna weryfikacja list oczekujących na opiekę hospicjów domowych

W wyniku kontroli NIK stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą weryfikacji list oczekujących przekazywanych przez świadczeniodawców. Listy oczekujących nie były bowiem weryfikowane z uwzględnieniem danych osób w nich wykazanych. Listy te były nieprawidłowo prowadzone przez świadczeniodawców, ponieważ wykazywano w nich corocznie jako osoby oczekujące na objęcie opieką hospicjów domowych tych samych pacjentów, z których większość już nie żyła. Sytuacje takie wystąpiły w trzech z pięciu podmiotów (60 %), których listy oczekujących za grudzień 2020 r., 2021 r., 2022 r., 2023 r. i marzec 2024 r. objęto analizą. W poszczególnych podmiotach dotyczyło to następującej liczby pacjentów:

- a) Mammografia Sp. z o.o. – podmiot prowadzący hospicjum domowe dla dorosłych w Strawczynie:
 - 29 osób wykazywano jako oczekujące na objęcie opieką przez co najmniej trzy kolejne lata, (tj. na listach za grudzień lat 2020, 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r.), a 28 z nich na dzień 31 marca 2024 r. było osobami nieżyjącymi;
 - 18 osób wykazywano jako oczekujące na objęcie opieką przez co najmniej dwa kolejne lata (tj. na listach za grudzień lat 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r.), wszystkie te osoby na dzień 31 marca 2024 r. były osobami nieżyjącymi;
 - jeden pacjent został wykazany jako osoba oczekująca na objęcie opieką przez dwa kolejne lata (tj. na listach za grudzień 2020 r., 2021 r. i 2022 r.);
- b) NZOZ Asmedica – podmiot prowadzący hospicjum domowe dla dorosłych oraz hospicjum domowe dla dzieci:
 - 19 pacjentów wykazywano jako oczekujących na objęcie opieką hospicjum domowego dla dorosłych przez co najmniej trzy kolejne lata, (tj. na listach za grudzień lat 2020, 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r.), wszyscy ci pacjenci na dzień 31 marca 2024 r. były osobami nieżyjącymi;
 - dwóch pacjentów wykazywano jako oczekujących na objęcie opieką hospicjum domowego dla dzieci przez co najmniej trzy kolejne lata (tj. na listach za grudzień lat 2020, 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r.);

³² Dz. U. z 2024 r. poz. 340, ze zm.

- jeden pacjent został wykazany jako oczekujący na objęcie opieką hospicjum domowego dla dzieci przez co najmniej dwa kolejne lata (tj. na listach za grudzień lat 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r.);
- c) Centrum Medyczne Opiekun – podmiot prowadzący hospicjum domowe dla dorosłych w Sandomierzu:
 - jeden pacjent został wykazany jako oczekujący na objęcie opieką hospicjum domowego przez co najmniej dwa kolejne lata (tj. na listach za grudzień lat 2020, 2021, 2022 r.), na 31 marca 2024 r. była to osoba nieżyjąca;
 - jeden pacjent został wykazany jako osoba oczekująca na objęcie opieką hospicjum domowego przez co najmniej jeden rok (tj. na listach za grudzień 2021 r. i 2022 r.), na dzień 31 marca 2024 r. była to osoba nieżyjąca.

NIK podkreśla, że listy oczekujących na objęcie opieką hospicjum stanowią istotne źródło informacji dla Oddziału, ale przede wszystkim dla pacjentów. Informacje o liczbie osób oczekujących na przyjęcie do danego hospicjum są publikowane na stronach internetowych NFZ i mogą wpływać na wybór świadczeniodawcy przez pacjentów, a zwłaszcza pacjentów potrzebujących opieki hospicjów domowych, dla których kryterium czasu oczekiwania jest niezwykle ważne. Dla ŚOW NFZ rzetelne dane o liczbie pacjentów potrzebujących opieki i czasie oczekiwania na nią powinny stanowić wyznacznik do prawidłowego diagnozowania rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia w danej części województwa, a następnie do planowania zakupu tych świadczeń. W związku z tym NIK wskazała na potrzebę zwiększenia nadzoru nad danymi przekazywanymi przez świadczeniodawców.

**Współpraca
z konsultantami
wojewódzkimi podczas
opracowywania planów
zakupu świadczeń**

Podczas opracowania planów zakupu świadczeń na lata 2022-2024 w ŚOW NFZ występowano do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie opieki paliatywnej oraz do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej o opinię dotyczącą zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W przekazywanych odpowiedziach konsultant wojewódzki w dziedzinie opieki paliatywnej zwracała uwagę na niewystarczający rozwój opieki hospicjów domowych i opieki ambulatoryjnej w poradniach medycyny paliatywnej. Zdaniem konsultanta, *zbyt wygórowane zapotrzebowanie na miejsca stacjonarne w województwie jest spowodowane brakiem rozwinięcia podstawowych form opieki jakim jest opieka hospicjum domowego i opieka ambulatoryjna w poradni*. Konsultant podkreślała, że: *hospicja domowe stanowią podstawową formę opieki nad pacjentem w jego własnym środowisku*. Zdaniem konsultanta: *Ta forma opieki jest opieką podstawową, najtańszą i najbardziej przyjazną chorym. Usługi takie powinny być preferowane i ich powinno być najwięcej. W województwie jest wiele miejsc, gdzie opieka paliatywna w miejscu zamieszkania chorych nie dociera lub ze względu na duże zapotrzebowanie i zbyt małą liczbę zespołów czas oczekiwania na objęcie opieką jest tak długi, iż chorzy nie dożywają do pierwszej wizyty*. W opiniach konsultant wskazywała także na potrzebę utworzenia w województwie hospicjum perinatalnego.

Podczas opracowania planów zakupu świadczeń na 2022 r. i 2023 r. na stronie internetowej Oddziału opublikowano komunikaty o możliwości zgłaszania opinii na temat dostępności świadczeń gwarantowanych, które były skierowane przede wszystkim do jednostek samorządu terytorialnego, organizacji świadczeniodawców i ubezpieczonych. Dyrektor wyjaśniła: *Nie otrzymano jednakże zwrotnie opinii ze wskazówkami dotyczącymi bezpośrednio planowania zakupu świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej od ww. podmiotów. Niezależnie od powyższych dedykowanych komunikatów, co do zasady, rozpatrzeniu poddaje się każde pismo, które wpłynie do Oddziału, także z zakresu planowania świadczeń OPH. Tego typu pism jednakże w kontrolowanym okresie dla OPH od ww. jednostek nie było*.

**Współpraca z Wojewodą
podczas opracowywania
planów zakupu świadczeń**

W ramach współpracy z Wojewodą Świętokrzyskim podczas planowania zakupu świadczeń na lata 2020–2021 uwzględniano rekomendacje zawarte w Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2019–2021. W procesie opracowania tych Priorytetów brał udział przedstawiciel ŚOW NFZ – kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń. W planie zakupu świadczeń na 2022 r. nie uwzględniano rekomendacji Wojewody Świętokrzyskiego, gdyż, jak wyjaśniła Dyrektor, zostały one opublikowane 31 grudnia 2021 r., tj. już po skonstruowaniu planu zakupu.

Rekomendacje zawarte w Wojewódzkim Planie Transformacji były analizowane w Oddziale podczas planowania zakupu świadczeń na rok 2023 i 2024. Ponadto w pracach powołanej do opracowania projektu WPT oraz jego monitorowania i aktualizacji Rady do Spraw Potrzeb Zdrowotnych uczestniczyli trzej przedstawiciele ŚOW NFZ.

**Nie przeprowadzano
postępowań
konkursowych
dotyczących domowej
opieki hospicyjnej**

W okresie objętym kontrolą w ŚOW NFZ nie przeprowadzano postępowań konkursowych dotyczących świadczeń hospicyjnej opieki domowej dla dorosłych i dla dzieci. W 2021 r. przeprowadzono dwa postępowania mające na celu wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu hospicjum perinatalnego. Oba postępowania zakończyły się unieważnieniem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku pierwszego postępowania³³ jedyna złożona oferta nie spełniała wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, natomiast w przypadku drugiego postępowania³⁴ – nie wpłynęła żadna oferta.

Obowiązujące w okresie objętym kontrolą umowy wieloletnie na świadczenia z zakresu hospicjum domowe/hospicjum domowe dla dzieci zostały zawarte przez ŚOW NFZ na okres pięciu lat (do 30 czerwca 2022 r.). Umowy te, na podstawie art. 18 ust. 2³⁵ ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz zgodnie z wytycznymi Zastępcy Prezesa ds. medycznych NFZ³⁶ zostały przedłużone do 31 grudnia 2024 r.

**Prawidłowa weryfikacja
w Oddziale zmian
do umów zgłaszanych
przez świadczeniodawców**

Przeprowadzona podczas kontroli analiza aneksów dotyczących pięciu świadczeniodawców, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, NZOZ „Medyk”, NSZOZ GOMED-OSTROWIEC, Mammografia Sp. z o.o., NZOZ „Nowe Życie”³⁷ wykazała, że zgłaszane przez świadczeniodawców zmiany dotyczące potencjału (m.in. wymaganego personelu i sprzętu)³⁸ weryfikowano w Oddziale poprzez porównanie liczby poszczególnych sprzętów oraz liczby personelu medycznego i jego dostępności godzinowej do liczby pacjentów obejmowanych opieką w danym okresie.

**Długi deklarowany czas
pracy personelu
medycznego pracującego
w hospicjach domowych**

Podczas kontroli w ŚOW NFZ, NIK dokonała, na podstawie harmonogramów stanowiących załączniki do umów zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a Oddziałem, zestawienia łącznego czasu pracy wybranego personelu hospicjów domowych³⁹, tj. 20 lekarzy, 22 pielęgniarek, 10 fizjoterapeutów, 10 psychologów (stan na dzień 31 marca 2024 r.). Na tej podstawie ustalono, że:

³³ Nr 13-21-000096/OPH/15/1/15.2181.028.02/01.

³⁴ Nr 13-21-000117/OPH/15/1/15.2181.028.02/01.

³⁵ Zgodnie z tym przepisem, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogły być przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań.

³⁶ Pismo Zastępcy Prezesa ds. medycznych NFZ z 2 marca 2022 r. do Oddziałów Wojewódzkich NFZ, nr sprawy: DSOZ-WSOZ.401.3.2022.72353.KAKL

³⁷ Wyboru próby dokonano w sposób losowy.

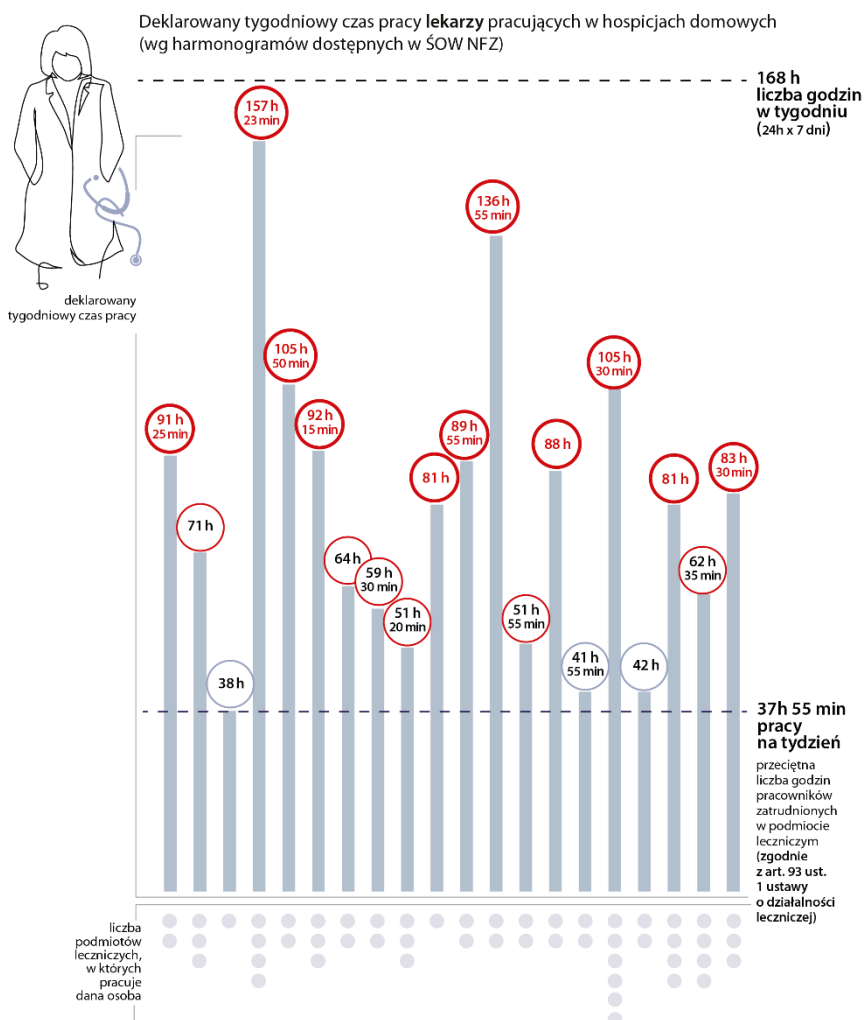
³⁸ Poprzez portal wymiany danych – system zarządzania obiegiem informacji (SZOI).

³⁹ Dobór losowy na podstawie danych wykazanych w załącznikach do umów podmiotów leczniczych prowadzących hospicja domowe dla dorosłych i dla dzieci z ŚOW NFZ Harmonogram-zasoby.

- 18 z 20 lekarzy wskazanych w harmonogramach hospicjów domowych znajdowało się również w harmonogramach innych podmiotów (od jednego do trzech) mających umowy z ŚOW NFZ;
- łączny czas pracy poszczególnych lekarzy w tych podmiotach wg harmonogramów dostępnych w Oddziale przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 8

Deklarowany tygodniowy czas pracy lekarzy pracujących w hospicjach domowych



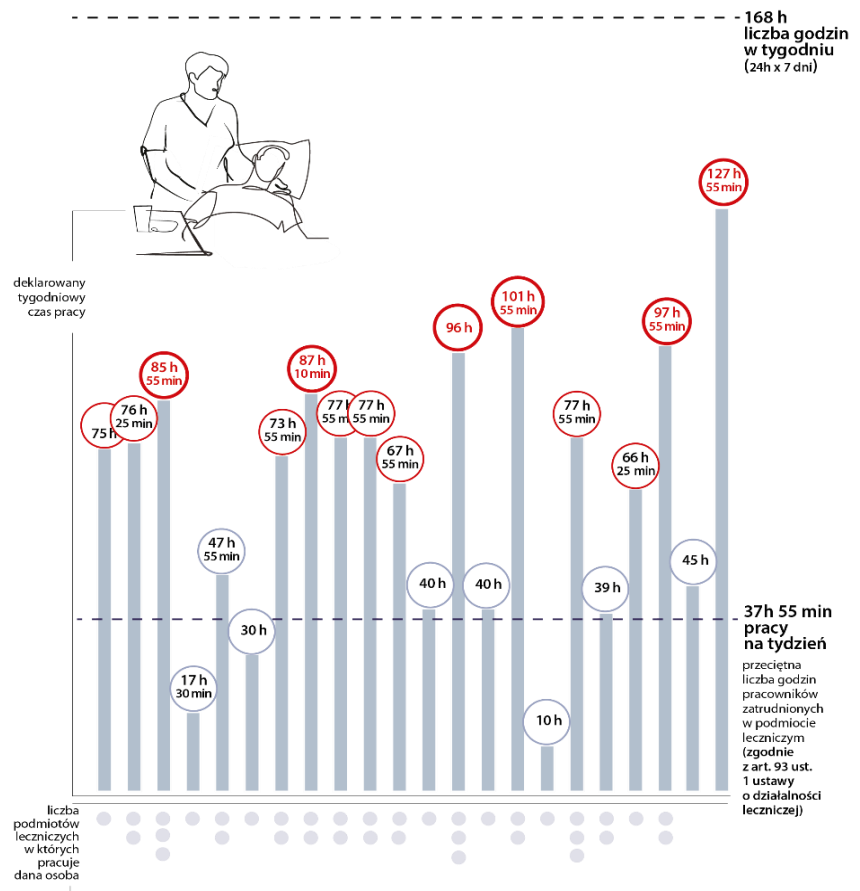
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

- 14 z 22 pielęgniarek wskazanych w harmonogramach hospicjów domowych znajdowało się również w harmonogramach innych podmiotów (od jednego do trzech) mających umowy z ŚOW NFZ;
- łączny czas pracy poszczególnych pielęgniarek w tych podmiotach wg harmonogramów dostępnych w Oddziale przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 9

Deklarowany tygodniowy czas pracy pielęgniarek pracujących w hospicjach domowych

Deklarowany tygodniowy czas pracy **pielęgniarek** pracujących w hospicjach domowych
(wg harmonogramów dostępnych w SOW NFZ)



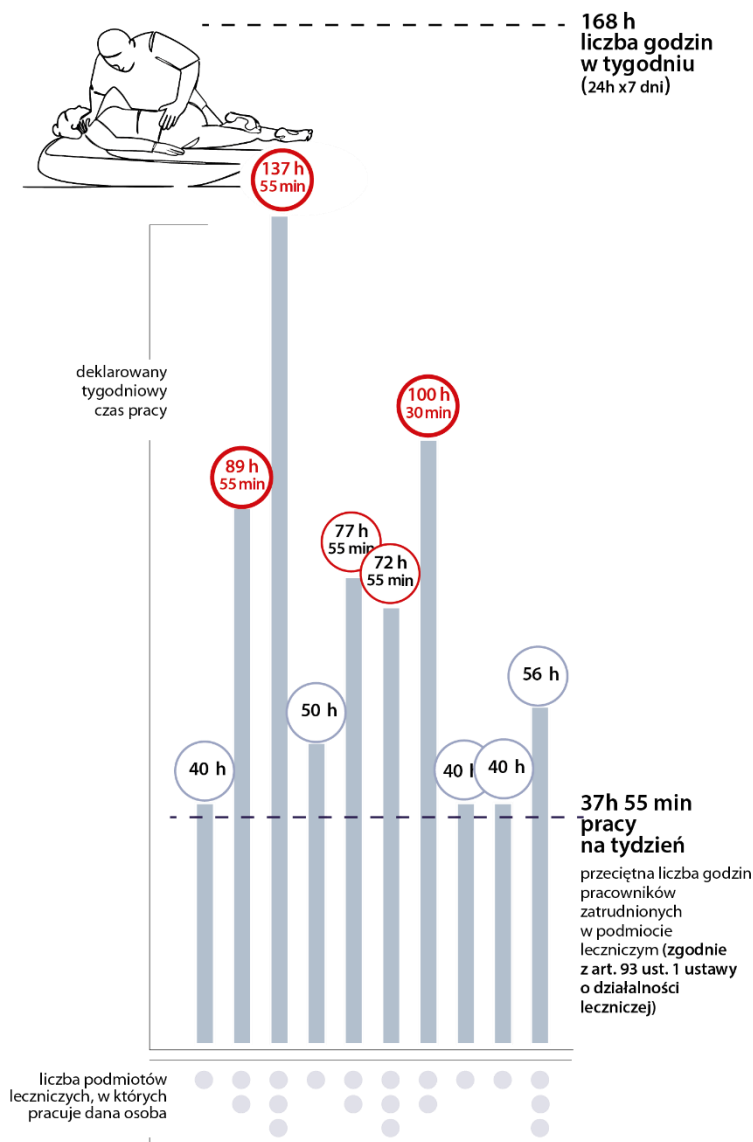
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

- sześciu z 10 fizjoterapeutów wskazanych w harmonogramach hospicjów domowych znajdowało się również w harmonogramach innych podmiotów (od jednego do dwóch) mających umowy z SOW NFZ;
- łączny czas pracy poszczególnych fizjoterapeutów w tych podmiotach wg harmonogramów dostępnych w Oddziale przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 10

Deklarowany tygodniowy czas pracy fizjoterapeutów pracujących w hospicjach domowych

Deklarowany tygodniowy czas pracy **fizjoterapeutów** pracujących w hospicjach domowych (wg harmonogramów dostępnych w ŚOW NFZ)

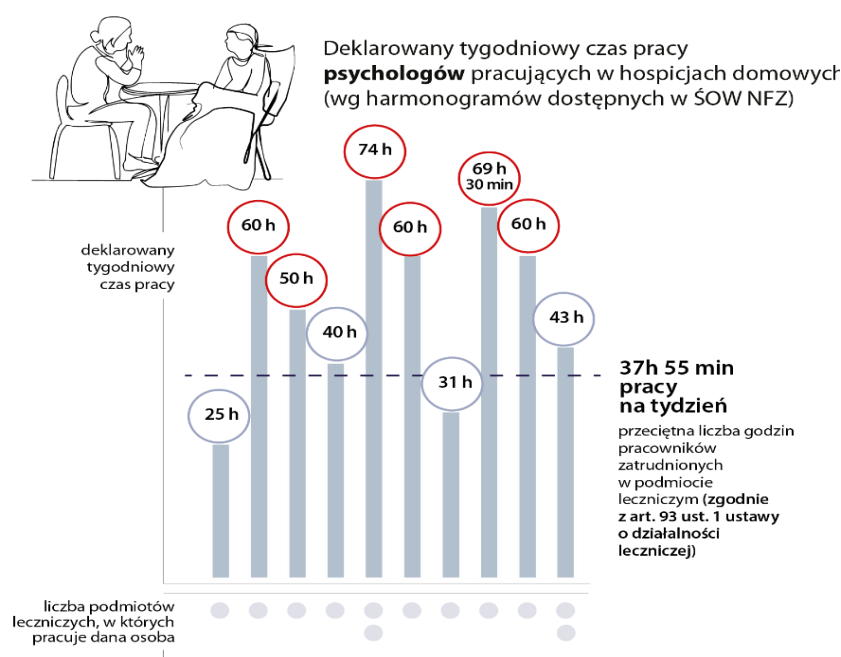


Źródło: opracowanie własne NIK.

- dwóch z 10 psychologów wskazanych w harmonogramach hospicjów domowych znajdowało się również w harmonogramach innego podmiotu mającego umowy z ŚOW NFZ;
- łączny czas pracy poszczególnych psychologów w tych podmiotach wg harmonogramów dostępnych w Oddziale przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 11

Deklarowany tygodniowy czas pracy psychologów pracujących w hospicjach domowych



Źródło: opracowanie własne NIK.

W przypadku: 17 z 20 lekarzy, 14 z 22 pielęgniarek, sześciu z 10 fizjoterapeutów, pięciu z 10 psychologów, czas pracy wykazywany w umowach z NFZ przekraczał 50 godzin tygodniowo.

Dyrektor wyjaśniła: Oddział okresowo dokonuje sprawdzeń łącznego czasu pracy personelu medycznego. Powyższe realizowane jest jednakże w sposób nieusystematyzowany, w ostatnich latach często jako składowa procesu kontraktowania świadczeń, tj. element weryfikacji potencjału oferentów, w zależności od zawartości ofert, wyniku ich analizy merytorycznej i decyzji komisji konkursowych. Należy jednak dodać, że komisje konkursowe nie mają do dyspozycji dedykowanego narzędzia elektronicznego/systemowego weryfikującego powyższe, a opracowują takie dane ręcznie agregując/sumując informacje o potencjale wykonawczych ofert i umów w plikach Excel. (...). Oddział nie posiada umocowania prawnego, brak regulacji prawnych, do kwestionowania zatrudnienia personelu w sytuacji stwierdzenia konkretnego, znaczącego łącznego czasu pracy (np. ponad konkretny wymiar czasu pracy/liczbę etatów). (...) Niemniej, Oddział rozpoczął w roku bieżącym analizę i próbę wyjaśniania łącznych 'nierealnych' czasów pracy personelu medycznego agregując dane w sposób wychodzący od konkretnych numerów PESEL, przypisując im czas pracy ze wszystkich umów zawartych z Oddziałem, we wszystkich zakresach przez wszystkich świadczeniodawców wg stanu na miesiąc czerwiec, z dnia 20.06.2024 r. analiza jest prowadzona 'ręcznie' poprzez agregację danych w plikach Excel. Należy mieć na uwadze, że czas pracy jest daną zmienną, świadczeniodawcy mają prawo każdego dnia zgłosić zmianę harmonogramu czasu pracy personelu, co utrudnia weryfikację. Planowane jest wezwanie do wyjaśnień poszczególnych świadczeniodawców – proces w trakcie. Systemy informatyczne NFZ nie posiadają funkcjonalności badania czasu pracy na bieżąco, tj. w momencie dokonywania przez świadczeniodawców zmian/zgłoszeń potencjału do ofert/umów, np. nie blokują zgłaszania dodatkowego czasu pracy pomimo istotnego zsumowania godzin już funkcjonujących dla danej osoby w umowie/ach, ani nawet nie ostrzegają o osiągnięciu jakiegoś konkretnego łącznego wymiaru godzin, tak świadczeniodawców jak i pracowników OW NFZ. Każdorazowa ocena, każdej zmiany do umowy zgłoszonej przez każdego kolejnego świadczeniodawcę wymaga

'ręcznego', odrębnego agregowania i analizy danych przez pracownika OW NFZ na dany dzień w zakresie łącznego czasu pracy osób występujących w potencjale, co z uwzględnieniem skali zgłoszeń w harmonogramach pracy wpływających do OW NFZ ze strony świadczeniodawców staje się zadaniem trudnym do realizacji bez dedykowanych narzędzi informatycznych wspierających taką pracę i regulacji prawnych. Oddział zgłaszał uwagi w zakresie weryfikacji potencjału Centrali NFZ na spotkaniach, wideokonferencjach czy pisemnie, np. z dnia 21.10.2019 r. (...). W roku bieżącym Centrala NFZ rozpoczęła weryfikację czasów pracy, w tym w ujęciu ogólnopolskim/międzyoddziałowym dla rodzaju rehabilitacja lecznicza. Niemniej weryfikacje nadal opierać się muszą w istotnej części o zbieranie oświadczeń papierowych co do czasu pracy personelu, są czasochłonne i muszą uwzględniać brak regulacji prawnych do kwestionowania przez Fundusz pracy na więcej niż 1 etacie.

NIK wskazuje na konieczność podejmowania kolejnych prób zmiany wewnętrznych regulacji NFZ mających na celu ograniczenie zbyt długiego deklarowanego czasu udzielania świadczeń przez personel. Nie można bowiem uznać, że deklarowanie czasu pracy w wymiarze ponad dwóch etatów, w niektórych przypadkach nawet powyżej 157 godzin tygodniowo (co pozostawia w tygodniu 11 godzin bez pracy) jest stanem rzeczywistym lub prawidłowym. Przypadki takie budzą wątpliwości co do jakości otrzymywanych świadczeń przez pacjentów. Należy zwrócić uwagę, że długi czas pracy może stanowić zagrożenie nie tylko dla pacjentów, ale i samego personelu. Wątpliwa pozostaje także faktyczna całodobowa dostępność personelu dla pacjentów hospicjów domowych.

ŚOW NFZ podpisał kontrakty dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego/ hospicjum domowego dla dzieci:

- w 2020 r. na łączną kwotę 4485 tys. zł, z tego kwotę 3987,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 497,8 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2021 r. na łączną kwotę 4971,6 tys. zł, z tego 423,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 548,4 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2022 r. na łączną kwotę 4984,7 tys. zł, z tego 4435,6 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 549,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2023 r. na łączną kwotę 7249,1 tys. zł, z tego 6435,9 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 813,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2024 r. na łączną kwotę 17 512,1 tys. zł, z tego 15 472,7 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 2039,4 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci.
- Łączna kwota wypłacona przez Oddział świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w ramach hospicjum domowego/ hospicjum domowego dla dzieci:
- w 2020 r. wyniosła 9473,2 tys. zł, z tego kwota 8405,7 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 1067,6 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2021 r. wyniosła 10 188,7 tys. zł, z tego 9086,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 1102,5 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2022 r. wyniosła 12 163,1 tys. zł, z tego 10 938,8 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum

- domowego oraz 1224,3 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci;
- w 2023 r. wyniosła 16 543 tys. zł, z tego 14 706,8 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 1836,2 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci,
- w 2024 r. (I kwartał) wyniosła 4453,7 tys. zł, z tego 3954 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego oraz 499,7 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci.

Zwiększenia kwot przeznaczonych na finansowanie świadczeń z zakresu hospicyjnej opieki domowej dla dorosłych i dla dzieci wynikały m.in. ze zmian ceny bazowej punktu (zalecanej taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) oraz uwzględnienia współczynnika korygującego koszty świadczeń przeznaczonego na wzrost wynagrodzeń personelu.

**Bieżące monitorowanie
i rozliczanie
realizacji świadczeń
przez hospicja domowe**

Do rozliczania i monitorowania umów z podmiotami prowadzącymi hospicja domowe w Oddziale stosowano przede wszystkim system informatyczny NFZ KS-SIKCH. Do współpracy ze świadczeniodawcami wykorzystywano System Zarządzania Obiegiem Dokumentacji SZOI oraz System *eSEN* (elektroniczny System Ewidencji Nieobecności) umożliwiający zgłoszenie nieobecności personelu medycznego, która nie powoduje powstania przerwy w udzielaniu świadczeń. Nie stosowano narzędzi informatycznych do współpracy z wojewodą, konsultantami wojewódzkimi i jednostkami samorządu terytorialnego.

Monitorowanie realizacji świadczeń dotyczących hospicjów domowych polegało na comiesięcznym sporządzaniu zestawień z realizacji tych świadczeń, które następnie były analizowane przez pracowników Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Umożliwiało to na ocenę dynamiki realizacji świadczeń i podejmowanie decyzji o ewentualnym aneksowaniu umów. Najwięcej problemów zdiagnozowanych podczas monitorowania w Oddziale w latach 2020-2024 (I kwartał) umów z zakresu hospicjów domowych dotyczyło: (1) mniejszej niż wymagana liczby wizyt pielęgniarek w tygodniu kalendarzowym, (2) niewykazywaniu w deklarowanym potencjale osoby wykonującej świadczenie, (3) niezgodności ceny jednostkowej z aktualnym planem umowy.

W latach 2020–2024 ŚOW NFZ nie uzyskał przychodów (należności) z tytułu kar umownych wynikających z realizacji umów na udzielanie świadczeń z zakresu opieki hospicyjnej i paliatywnej w hospicjach domowych/hospicjach domowych dla dzieci.

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły trzy skargi na działalność hospicjów domowych. Skarga złożona w 2020 r. dotyczyła opieki pielęgniarki w ramach hospicjum domowego i po otrzymaniu wyjaśnień od świadczeniodawcy została uznana za niezasadną. Dwie skargi złożone w 2023 r. dotyczyły opieki sprawowanej przez hospicjum domowe nad jedną pacjentką. Jedna z nich nie była rozpatrywana z uwagi na nieuzupełnienie przez skarżącego danych osobowych. Kolejna skarga dotyczyła opieki sprawowanej przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym. Skargi były rozpatrywane przez Oddział zgodnie z wewnętrznymi regulacjami⁴⁰. Zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła, że w związku z uznaniem skarg na nieuzasadnione w Oddziale nie podejmowano działań wobec placówek, których dotyczyły skargi.

W latach 2020–2024 (I kwartał) Oddział nie był kontrolowany przez podmioty zewnętrzne w zakresie dotyczącym opieki hospicyjnej, w tym domowej opieki hospicyjnej. Kontrole i audyty wewnętrzne prowadzone w ŚOW NFZ również nie dotyczyły tej problematyki.

⁴⁰ Zarządzenie Nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (Biul. Inf. NFZ z 2015 r. poz. 33, ze zm.).

**Problemy i bariery
w rozwoju domowej opieki
hospicyjnej
w województwie**

ŚOW NFZ w okresie objętym kontrolą monitorował oraz oceniał jakość i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W ocenie Zastępcy Dyrektora ds. medycznych jedną z barier w rozwoju opieki hospicyjnej na terenie województwa był poziom finansowania zakresów umów objętych w badanym okresie limitem finansowym, co wynikało bezpośrednio z warunków zawierania i realizacji umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej określonych w aktualnych na dany czas zarządzeniach Prezesa NFZ. Od 1 stycznia 2021 r. sytuacja ta uległa zmianie i świadczenia udzielane świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, były finansowane przez Fundusz odpowiednio do wykonania⁴¹. Ponadto od 1 kwietnia 2024 r. zniesiono limity wobec wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej⁴².

Kolejną istotną barierą w rozwoju opieki hospicyjnej na terenie województwa była dostępność personelu medycznego. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wskazała na ograniczoną liczbę lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek tej specjalności.

Ponadto wpływ na rozwój opieki hospicyjnej, rozumianej jako obejmowanie opieką możliwie największej liczby potrzebujących pacjentów, mają także świadczeniodawcy. Jak wskazała Zastępca Dyrektora ds. medycznych analizy wskazują na obejmowanie istotnej grupy pacjentów opieką długookresową, przekraczającą nawet rok i więcej lat. Uwzględniając ograniczone zasoby wykonawcze świadczeniodawców oraz w latach minionych limity określone w umowach, zasadne wydaje się kwalifikowanie pacjentów w najcięższych stanach klinicznych, w tym w stanie terminalnym, z przekierowaniem pacjentów w stanie ustabilizowanym do innych form opieki typu lekarz i pielęgniarka POZ, pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, rehabilitacja, poradnia medycyny paliatywnej i inne w zależności od stanu klinicznego i potrzeb zdrowotnych.

5.2. Podmioty udzielające świadczeń w hospicjach domowych i hospicjach domowych dla dzieci

W skontrolowanych hospicjach domowych na ogół prawidłowo realizowano świadczenia określone w rozporządzeniu w sprawie OPH. Podmioty prowadzące hospicja domowe prawidłowo zorganizowały opiekę nad pacjentami, w szczególności zapewniono całonocowy dostęp do opieki lekarza i pielęgniarki, wykwalifikowany personel medyczny niezbędny sprzęt medyczny. Zachowywano wymaganą rozporządzeniem w sprawie OPH minimalną częstotliwość wizyt lekarskich (przynajmniej dwa razy w miesiącu) i pielęgniarskich (przynajmniej dwa razy w tygodniu). Niewielka była skala korzystania przez pacjentów z pomocy psychologów i rehabilitantów. W czterech z pięciu skontrolowanych podmiotów prowadzących hospicja domowe stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia list oczekujących na objęcie opieką oraz harmonogramów przyjęć do hospicjów domowych.

⁴¹ Na mocy zarządzenia Nr 1/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2021 r. zmieniającego zarządzenie Nr 74/2018/DSOZ z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

⁴² Na mocy zarządzenia Nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. zmieniającego zarządzenie Nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

**Charakterystyka
podmiotów
objętych kontrolą**

Kontrolą NIK objęto pięć podmiotów leczniczych prowadzących hospicja domowe. Dwa z nich oprócz hospicjów domowych dla dorosłych prowadziły także hospicja domowe dla dzieci. W podmiotach, które prowadziły hospicja domowe w kilku lokalizacjach kontrolę prowadzono w odniesieniu do jednej lokalizacji. Mając na uwadze powyższe założenia kontrolą objęto:

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ASMEDICA⁴³ – podmiot prowadzący Hospicjum domowe Bogoria oraz Hospicjum domowe dla dzieci Kielczyna;
- Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Sp. z o.o. Sp. j.⁴⁴ – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Godowie i Hospicjum domowe dla dzieci w Ostrowcu Św.;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NOWE ŻYCIE" – I. Ogonek, Z. Ogonek Sp. j.⁴⁵ – podmiot prowadzący Hospicjum domowe we Włoszczowie;
- Centrum Medyczne OPIEKUN Sp. z o.o.⁴⁶ – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Sandomierzu;
- MAMMOGRAFIA Sp. z o.o. – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Strawczynie.

Cztery z pięciu podmiotów leczniczych⁴⁷ (80 %), w których prowadzono kontrole NIK udzielały również innych świadczeń (np. przychodnie POZ, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne). Trzy z nich prowadziły hospicja domowe w innych lokalizacjach, a jeden – hospicjum stacjonarne dla dorosłych, np.:

- NSZOZ GOMED-OSTROWIEC – poza Hospicjum domowym w Godowie prowadził hospicja domowe w: Busku-Zdroju, Ostrowcu Św., Kielcach oraz hospicjum stacjonarne dla dorosłych w Godowie;
- CM OPIEKUN – poza Hospicjum domowym Sandomierz prowadził Hospicjum domowe Ostrowiec;
- MAMMOGRAFIA Sp. z o.o. – poza Hospicjum domowym w Strawczynie prowadziła hospicja domowe w: Jędrzejowie, Kielcach, Końskich, Strawczynie.

Skontrolowane hospicja domowe dla dorosłych obejmowały opieką łącznie następującą liczbę pacjentów:

- w 2020 r. – 302 osób, co stanowiło 22 % wszystkich pacjentów hospicjów domowych w województwie świętokrzyskim;
- w 2021 r. – 299 osób, co stanowiło 21 % wszystkich pacjentów hospicjów domowych w województwie świętokrzyskim;
- w 2022 r. – 298 osób, co stanowiło 22 % wszystkich pacjentów hospicjów domowych w województwie świętokrzyskim;
- w 2023 r. – 254 osób, co stanowiło 20 % wszystkich pacjentów hospicjów domowych w województwie świętokrzyskim.

Objęte kontrolą hospicja domowe dla dzieci to jedyne hospicja domowe dla dzieci funkcjonujące w województwie świętokrzyskim. Zdecydowana większość dzieci pozostawała pod opieką hospicjum domowego prowadzonego przez NSZOZ GOMED-OSTROWIEC (tj. 42 w 2020 r., 42 w 2021 r., 37 w 2022 r., 34 w 2023 r.), zaś opieką Hospicjum domowego dla dzieci Kielczyna objęte było corocznie czworo dzieci.

Spośród pacjentów skontrolowanych hospicjów domowych dla dorosłych najliczniejszą grupę w latach 2020-2023 stanowiły osoby w wieku 71–80 lat (95 w 2020 r., 94 w 2021 r., 111 w 2022 r., 93 w 2023 r.), następnie osoby w wieku 61–70 lat (odpowiednio: 92, 87, 65, 62). Czas objęcia pacjentów opieką hospicjum domowego najczęściej wynosił od jednego do sześciu miesięcy.

⁴³ Dalej także: NZOZ ASMEDICA.

⁴⁴ Dalej także: NSZOZ GOMED-OSTROWIEC.

⁴⁵ Dalej: NZOZ NOWE ŻYCIE.

⁴⁶ Dalej: CM OPIEKUN.

⁴⁷ NZOZ NOWE ŻYCIE, CM OPIEKUN, MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., NSZOZ GOMED-OSTROWIEC.

Finansowanie hospicjów domowych ze środków NFZ

Najliczniejszą grupę pacjentów hospicjów domowych dla dzieci stanowiły dzieci w przedziale wiekowym od pierwszego do piątego roku życia. Najczęściej czas objęcia ich opieką hospicjum przekraczał dwa lata.

Działalność skontrolowanych hospicjów była finansowana ze środków NFZ. Nie korzystano z finansowego wsparcia pochodzącego z innych źródeł, jak np. zbiórki publiczne czy odpisy podatkowe. W opinii kierujących dwoma podmiotami objętymi kontrolą, środki finansowe z NFZ pokrywały koszty działania hospicjów, w opinii jednego kierującego – tylko podstawowe koszty, a w opinii dwóch – środki te nie były wystarczające.

Przykłady

Kierownik **NZOZ ASMEDICA** wyjaśniła: *przez cały okres funkcjonowania NZOZ, w tym także w latach 2020-2024 (I kw.), ASMEDICA nie korzystała z żadnych środków finansowych pochodzących z innego źródła niż NFZ. Całość środków finansowych pochodziła z kontraktów zawieranych w kolejnych latach z NFZ. Środki uzyskane z kontraktu z NFZ w pełni pokrywały koszty opieki hospicyjnej.*

Prezes **NSZOZ GOMED-OSTROWIEC** wyjaśnił, że środki przekazywane z NFZ pozwalały na pokrycie w 100 % podstawowych kosztów funkcjonowania hospicyjnej opieki domowej obejmującej m.in. koszty osobowe, infrastrukturę, procedury medyczne, koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych, ale w minimalnym zakresie. Jego zdaniem, wycena świadczeń przez NFZ jest jednak zbyt niska, gdyż nie pozwala na planowanie inwestycji i zakupów mających na celu poprawę jakości świadczeń. Prezes wskazał na *ograniczone możliwości odpowiedniego wynagradzania personelu. Pracownicy otrzymują minimalne wynagrodzenia zgodnie z ustawą, natomiast praca w domowej opiece hospicyjnej jest bardzo trudna, niejednokrotnie frustrująca i wymagająca dużego poświęcenia (...). Aktualnie posiadany sprzęt (w liczbie przekraczającej niezbędne wymogi) jest cały czas w obiegu i wymaga wymiany na nowszy (...). Dodatkowo jako świadczeniodawca realizujący opiekę w hospicjum domowym dla dzieci i wraz ze zwiększoną zgłaszalnością do opieki coraz młodszych dzieci przedwcześnie urodzonych, widzimy potrzebę zwiększenia nakładów na pozyskanie dodatkowego sprzętu - najlepiej przenośnego, który zapewni dodatkowy komfort opieki. Według wyjaśnień Prezesa, bez wzrostu kosztów realizowanych świadczeń i bez dodatkowych źródeł finansowania hospicjum nie jest w stanie dokonywać nakładu na tego typu inwestycje. Prezes odnosząc się do potrzeb Hospicjum wskazał: Aktualnie jako świadczeniodawca w związku z pojawiającymi się nowymi rozwiązaniami telemedycznymi widzimy duży potencjał i konieczność wdrożenia i dostosowania systemu medycznego do pojawiających się rozwiązań telemedycznych np.: mierzenia parametrów pacjenta na odległość (telemonitoring), telekonsultacje i teleporady, elektroniczna karta potwierdzeń wizyt. Niestety mając wyłącznie środki z Narodowego Funduszu Zdrowia hospicjum nie jesteśmy w stanie sobie na to pozwolić.*

Prezes spółki prowadzącej **Hospicjum domowe w Strawczyni** wyjaśniła: *Środki przekazywane przez NFZ nie były i nie są wystarczające na pokrycie wszystkich kosztów hospicyjnej opieki domowej. W szczególności wycena proponowana przez NFZ nie zapewnia jednostkom prowadzącym hospicja domowe na utrzymanie tempa wzrostu płac w sektorze ochrony zdrowia, co skutkuje spadkiem zainteresowania pracą w hospicjach lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów i migracją tych osób do innych, lepiej płatnych miejsc w szpitalach, czy przychodniach.*

Na ogół odpowiednia liczba wykwalifikowanego personelu

W skontrolowanych podmiotach na ogół spełniano wymogi co do liczby i wykształcenia określone w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH dotyczące zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek, osób prowadzących fizjoterapię i psychologa.

Nieprawidłowości związane z zasobami kadrowymi stwierdzono w dwóch hospicjach domowych.

Przykład

W **Hospicjum domowym Sandomierz** stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezapewnieniu w pięciu miesiącach (styczeń 2020 r., sierpień 2020 r., sierpień 2021 r., styczeń 2022 r. oraz sierpień 2022 r.) z dziewięciu miesięcy objętych szczegółową analizą⁴⁸, zatrudnienia w Hospicjum lekarzy w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie pacjentów znajdujących się pod opieką Hospicjum. Zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie OPH (część II ust. 1 *Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych* załącznika nr 2), świadczeniodawca winien zapewnić dostęp do lekarzy specjalistów, określonych w tym przepisie, w liczbie jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców. W miesiącach tych w Hospicjum zatrudnionych było dwóch lekarzy, dla których deklarowana w załączniku nr 2 do umowy z NFZ *Harmonogram zasoby* tygodniowa dostępność wynosiła 20 godzin co stanowiło równoważnik 0,532 etatu i pozwalało na objęcie opieką lekarską 16 pacjentów. Tymczasem w ww. miesiącach liczba pacjentów Hospicjum wynosiła w:

- styczniu 2020 r. od 17 do 19 (średnio 18);
- sierpniu 2020 r. od 17 do 20 (średnio 18,5);
- sierpniu 2021 r. od 17 do 18 (średnio 17,5);
- styczniu 2022 r. od 16 do 18 (średnio 17);
- sierpniu 2022 r. od 21 do 22 (średnio 21,5).

W **Hospicjum domowym w Strawczynie** nie zgłoszono do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy w stosunku do 11 osób (sześciu lekarzy, czterech pielęgniarek oraz jednego fizjoterapeuty), z którymi zakończono współpracę. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych nie zostały one dokonane, co oznacza, że według stanu na 26 lipca 2024 r. opóźnienie wynosiło od 208 do 938 dni. Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, zgodnie z którym świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z przyjętym harmonogramem, a zmiany w harmonogramie dotyczące tych osób, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

**Dla większości personelu
praca w hospicjum
domowym nie była
jedynym miejscem pracy**

Dla 45 z 55 (82 %) osób udzielających świadczeń w hospicjach domowych⁴⁹, podmioty objęte kontrolą nie były jedynym miejscem pracy. Personel medyczny sprawujący opiekę w skontrolowanych hospicjach zatrudniony był nie tylko w tych podmiotach, lecz również w innych jednostkach świadczących usługi medyczne na podstawie umów o pracę, zlecenia lub umowach kontraktowych. Podejmowanie dodatkowej pracy uzasadniono przede wszystkim niewystarczającym wynagrodzeniem. Wskazywano również chęć niesienia potrzeby chorym, podnoszenie swoich kwalifikacji oraz duże zapotrzebowanie na usługi z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny paliatywnej.

**Organizowanie szkoleń
i grup wsparcia dla
personelu**

W czterech⁵⁰ z pięciu (80 %) skontrolowanych podmiotów pracownicy udzielający świadczeń w hospicjach domowych w latach 2020–2024 (I kwartał) podnosili swoje kompetencje poprzez udział w kursach i szkoleniach dotyczących opieki nad pacjentami hospicjów.

W jednej jednostce⁵¹ organizowano wewnętrzne spotkania (grupy wsparcia) dla personelu, a w kolejnej⁵² – pracownicy mieli zapewnione wsparcie psychologa.

⁴⁸ Styczeń 2020 r., sierpień 2020 r., styczeń 2021 r., sierpień 2021 r., styczeń 2022 r., sierpień 2022 r., styczeń 2023 r., sierpień 2023 r. oraz styczeń 2024 r.

⁴⁹ Analizę zatrudnienia przeprowadzono na próbie. Wyjaśnień udzielało łącznie 55 osób świadczących pracę w hospicjach na różnych stanowiskach (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie).

⁵⁰ NSZOZ GOMED-OSTROWIEC, MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., CM OPIEKUN, NZOZ ASMEDICA.

⁵¹ NZOZ ASMEDICA.

⁵² NSZOZ GOMED-OSTROWIEC.

Wypożyczenie hospicjów domowych w niezbędny sprzęt medyczny

Podmioty lecznicze objęte kontrolą NIK dysponowały sprzętem określonym w ust. 3 II części załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH (m.in. koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie oraz nesesery pielęgniarstwa wyposażone zgodnie z wymogami załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH). Sprzęt ten był wskazany zgodnie ze stanem faktycznym w załącznikach do umowy ze ŚOW NFZ.

Nieterminowe dokonywanie przeglądów sprzętu w jednym hospicjum domowym

W jednym z hospicjów⁵³ nie zapewniono terminowego przeglądu technicznego/serwisu 21 sztuk sprzętu medycznego, tj. sześciu koncentratorów tlenu, siedmiu ssaków medycznych, trzech glukometrów, dwóch pomp infuzyjnych, dwóch inhalatorów oraz aparatu rentgenowskiego. W każdym przypadku sprzęt został poddany tym czynnościom z 11-dniowym opóźnieniem niż wskazano to w zaleceniach producenta. Stanowiło to naruszenie art. 63 ust.1 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁵⁴, zgodnie z którym wyrób medyczny⁵⁵ powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu.

Nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących i harmonogramów przyjęć

W kontrolowanych podmiotach nie wdrożono sformalizowanych procedur postępowania dotyczących przyjmowania i rejestrowania pacjentów do hospicjów domowych. Przyjmowanie zgłoszeń do tych hospicjów odbywało się na podstawie zgłoszenia osobistego lub telefonicznego pacjenta lub jego rodziny. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Realizacja tej zasady w publicznym systemie opieki zdrowotnej opiera na zasadzie zapewnienia równego dostępu wszystkim uprawnionym podmiotom do świadczeń zdrowotnych. Zapewnieniu tej zasady mają służyć nałożone na świadczeniodawców obowiązki związane z prowadzeniem list oczekujących i harmonogramów przyjęć. Jednak w czterech⁵⁶ z pięciu kontrolowanych podmiotów stwierdzono nieprawidłowości w tym obszarze.

Przykłady

W NSZOZ GOMED-OSTROWIEC nieprawidłowo prowadzono harmonogramy przyjęć do Hospicjum domowego dla dzieci oraz harmonogramy przyjęć i list oczekujących na objęcie opieką Hospicjum domowego w Godowie, gdyż:

- w harmonogramach przyjęć do Hospicjum domowego dla dzieci za grudzień 2020, 2021, 2022, 2023 i marzec 2024 r. wykazano łącznie ośmioro pacjentów, którym przypisano kategorię błęd, w harmonogramach przyjęć do Hospicjum w Godowie dotyczyło to 27 pacjentów;
- w przypadku Hospicjum domowego w Godowie oprócz list oczekujących prowadzonych w systemie informatycznym prowadzono w formie papierowej *Rejestr harmonogramu zgłoszeń i przyjęć*. Wpisów w *Rejestrze* dokonywała osoba koordynująca przyjęcie do tego Hospicjum. Dane z *Rejestru* nie były spójne z danymi zawartymi w systemie informatycznym, np.:

⁵³ Hospicjum domowe we Włoszczowie.

⁵⁴ Dz. U. poz. 974, ze zm.

⁵⁵ Wyrób medyczny - narzędzie, aparat, urządzenie, oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł przewidziany przez producenta do stosowania - pojedynczo lub łącznie - u ludzi do co najmniej jednego z następujących szczególnych zastosowań medycznych: diagnozowanie, profilaktyka, monitorowanie, przewidywanie, prognozowanie, leczenie lub łagodzenie choroby, diagnozowanie, monitorowanie, leczenie, łagodzenie lub kompensowanie urazu lub niepełnosprawności, badanie, zastępowanie lub modyfikowanie budowy anatomicznej lub procesu lub stanu fizjologicznego lub chorobowego, - dostarczanie informacji poprzez badanie in vitro próbek pobranych z organizmu ludzkiego, w tym pobranych od dawców narządów, krwi i tkanek.

⁵⁶ NSZOZ GOMED-OSTROWIEC, MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., CM OPIEKUN, NZOZ ASMEDICA.

- w grudniu 2023 r. wg *Rejestru* do Hospicjum zgłosiło się siedmiu pacjentów, z których dwóch oczekiwało na przyjęcie, a na listach oczekujących w systemie informatycznym, które były przekazywane do NFZ nie wykazywano żadnych pacjentów;
- w marcu 2024 r. wg *Rejestru* do Hospicjum domowego w Godowie zgłoszono dziewięciu pacjentów, z których troje oczekiwało na przyjęcie, natomiast w systemie informatycznym: brak tych nazwisk, do NFZ przekazano listę, że nikt nie oczekuje na przyjęcie, a w przypadku jednej osoby widnieje adnotacja, że nastąpił jej zgon przed przyjęciem do Hospicjum.

W **NZOZ ASMEDICA** nieprawidłowo prowadzono listy oczekujących oraz harmonogramy przyjęć do hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci. Wpisani na listę oczekujących pacjenci hospicjum dla dorosłych nie mieli udzielonych świadczeń, a jedynie przepisywani byli w listach na kolejne lata i wykazywani do NFZ jako osoby oczekujące na udzielenie świadczenia. Według stanu na dzień 31 marca 2024 r. dotyczyło to 45 pacjentów dorosłych i sześciorga dzieci – jedno dziecko zostało objęte opieką 1 marca 2021 r., ale dalej widniało na liście. Wszyscy pacjenci oczekujący do objęcia opieką w hospicjum domowym dla dorosłych i dwóch w hospicjum dla dzieci nie wywiązali się z obowiązku dostarczenia oryginału skierowania, a pomimo to NZOZ nie skreślił ich z listy oczekujących i przez cały okres objęty kontrolą przekazywał błędne dane do NFZ. Pacjenci ci byli wykazywani także w harmonogramach przyjęć do hospicjum dla dorosłych i dla dzieci, ale do 31 marca 2024 r. żaden z nich nie został objęty taką opieką w wyznaczonych terminach, pomimo że czas oczekiwania wynosił od 74 dni do 1551 dni dla dorosłych oraz od 100 do 1551 dla dzieci. Faktyczne przyjmowanie pacjentów do hospicjów domowych odbywało się na podstawie prowadzonego przez Kierownika szpitala, nie zaś na podstawie harmonogramów przyjęć.

W **Hospicjum w Sandomierzu** w sprawozdaniach dotyczących liczby pacjentów oczekujących na objęcie opieką w Hospicjum przekazanych do ŚOW NFZ za grudzień 2020 r., 2021 r. i 2022 r., ujęto pacjentów, którzy zmarli. W sprawozdaniu za grudzień 2020 r., 2021 r., 2022 r. wykazano pacjenta o nr PESEL zaczynającym się od 2901, w sprawozdaniu za grudzień 2021 r. i grudzień 2022 r. pacjenta o nr PESEL zaczynającym się od 3301, natomiast w sprawozdaniu za grudzień 2020 r. pacjenta o nr PESEL zaczynającym się od 8409.

W **MAMMOGRAFIA Sp. z o.o.** nieprawidłowo prowadzono cztery listy oczekujących na udzielenie świadczenia, tj. na koniec 2021 r., 2022 r., 2023 r. oraz I kwartału 2024 r. Znajdowali się na nich pacjenci, którzy nie dostarczyli oryginałów skierowań do objęcia opieką. Wpisy dotyczące pacjentów nie były weryfikowane i nie wykreślano z list osób oczekujących, w wyniku czego przekazywano nieprawidłowe dane do Funduszu. Według stanu na dzień 31 marca 2024 r. dotyczyło to 46 osób. Ponadto w Spółce nie prowadzono harmonogramów przyjęć do hospicjum. Przyjęcia do hospicjum odbywały się nieprawidłowo, gdyż zamiast na podstawie harmonogramu, powiązanego z listami oczekujących, pacjenci przyjmowani byli na podstawie odrębnych notatek sporządzanych przez Prezesa.

**Przyjęcia
do hospicjów
domowych
na podstawie
nieformalnych
notatek**

Należy podkreślić, że w trzech podmiotach leczniczych⁵⁷ (60 %) faktyczne przyjęcia do hospicjów odbywały się na podstawie nieformalnych notatek, nie zaś na podstawie prowadzonych w systemach informatycznych harmonogramów przyjęć. Było to niezgodne z art. 19a ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, który stanowi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. NIK wskazała, że w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami związanymi ze sporządzaniem list oczekujących, nie było możliwe ustalenie faktycznej liczby pacjentów oczekujących na objęcie opieką hospicjów oraz liczby osób zmarłych przez objęcie tą opieką, a także przestrzeganie przez podmioty kolejności przyjmowania pacjentów do hospicjum domowego. Należy również zauważyć,

⁵⁷ NSZOZ GOMED-OSTROWIEC, MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., NZOZ ASMEDICA.

**Dokumentacja medyczna
pacjentów prowadzona
w sposób prawidłowy**

że w wyniku powyższego podmioty przekazywały nieprawidłowe dane o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania do NFZ.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów hospicjów domowych odzwierciedlał rodzaj i zakres udzielonej im pomocy. W jednej z pięciu skontrolowanych jednostek stwierdzono naruszenie określonych w przepisach prawnych wymogów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej niektórych pacjentów.

Przykład

W **NZOZ ASMEDICA** w 15 przypadkach⁵⁸, personel lekarski i pielęgniarski nieprawidłowo wypełnił karty wizyt w domu chorego (cztery karty lekarskie i 11 pielęgniarskich). W 15 kartach wizyt domowych u sześciu pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych widniało 28 podpisów pacjentów (bądź opiekunów), pomimo tego, że wizyty we wskazanym terminie nie odbyły się. Podpisy nie potwierdzały zrealizowanej wizyty. Zgodnie z § 11 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie OPH, w ramach wizyty personelu medycznego, w zakresach świadczeń: świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, personel medyczny hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo obowiązany do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 3 do ww. zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty. NIK zwróciła uwagę, że na personelu medycznym spoczywa obowiązek prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, a realizując świadczenia w domu chorego i mając świadomość niejednokrotnie ciężkiego stanu ich zdrowia, dokumentacja medyczna nie powinna budzić żadnych wątpliwości. Podpis pacjenta lub opiekuna zawsze powinien być potwierdzeniem zrealizowanej wizyty, natomiast podpisy *in blanco* mogą budzić wątpliwości co do każdorazowego przedstawiania kart wizyt po zrealizowaniu świadczenia.

**Zapewnienie
całodobowego
dostępu do świadczeń**

Kontrolowane podmioty zapewniły pacjentom hospicjów domowych całodobowy dostęp do świadczeń. Pacjentom hospicjów lub ich rodzinom, przekazywano, najczęściej w formie specjalnie przygotowanych ulotek-informatorów, informację o numerach telefonów personelu – lekarza i pielęgniarki. W próbie dokumentacji medycznej poddanej analizie stwierdzono, że świadczenia pacjentom udzielane były zarówno w dni powszednie jak i dni wolne od pracy (soboty, niedziele, święta). Wizyty lekarskie i pielęgniarskie odbywały się również w godzinach wieczornych jak i nocnych.

Przykłady

Z analizy dokumentacji objętej próbą kontrolną⁵⁹ w **NZOZ ASMEDICA** wynikało, że pacjenci korzystali z wizyt wieczornych i nocnych⁶⁰. W okresie objętym kontrolą zrealizowano: 599 wizyt pielęgniarek (od godziny 20.00 (pomiędzy 20.00 a 21.00 – 243, pomiędzy 21.00 a 22.00 – 291, pomiędzy 22.00 a 23.00 – 63 i od 23.00 – dwie), 169 wizyt lekarzy (161, sześć i jedna (nie było wizyt od godziny 23.00)), dziewięć wizyt psychologa (sześć w godzinach pomiędzy 20.00 a 21.00 i trzy pomiędzy 21.00 a 22.00) oraz sześć wizyt fizjoterapeuty – wszystkie pomiędzy 20.00 a 21.00. W pozostałych przypadkach wizyty zespołu hospicjum odbywały się w terminach i godzinach wynikających z planu leczenia dogodnego dla pacjentów. Kierownik NZOZ monitorowała na bieżąco dostępność całodobową personelu medycznego podczas wizyt kontrolno-monitorujących w domach pacjentów. W trakcie wizyt przypominała o takiej możliwości.

W **Hospicjum domowym we Włoszczowie** na podstawie kart wizyt próby 30 pacjentów w latach 2020-2024 (do końca maja) ustalono, że wizyty personelu

⁵⁸ Dotyczyło sześciu pacjentów z próby 35 osób (30 dorosłych i pięcioro dzieci) objętych opieką hospicyjną w okresie objętym kontrolą.

⁵⁹ Dokumentacja 30 pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych i pięciu pacjentów hospicjum domowego dla dzieci (byli to wszyscy pacjenci, którym udzielono świadczeń w tym okresie). W przypadku hospicjum domowego dla dorosłych wyboru próby dokonano w sposób celowy, z uwzględnieniem długości obejmowania opieki (ponad trzy miesiące).

⁶⁰ Przeanalizowano wizyty rozpoczynające się od godziny 20.00 do 6.00 rano.

medycznego miały miejsce także w dni wolne od pracy oraz w godzinach wieczornych i nocnych. W analizowanej próbie stwierdzono następujące przypadki:

- pięć wizyt (w tym dwie z 562 lekarskich i trzy z 2629 pielęgniarskich) miało miejsce w godzinach wieczornych lub nocnych (18.00-6.00);
- 24,6 % wszystkich wizyt lekarskich i 17 % pielęgniarskich odbyło się w soboty, niedziele i święta.

We wszystkich skontrolowanych hospicjach zachowywano wymaganą rozporządzeniem w sprawie OPH minimalną częstotliwość wizyt lekarskich (przynajmniej dwa razy w miesiącu) i pielęgniarskich (przynajmniej dwa razy w tygodniu). W poddanej analizie dokumentacji medycznej odnotowywano także przypadki częstszych wizyt lekarskich i pielęgniarskich, zwłaszcza w ostatnich dniach życia lub w przypadku pogorszenia stanu pacjenta.

Niewielka liczba pacjentów korzystających z pomocy psychologów

Analiza dokumentacji medycznej 150 pacjentów hospicjów domowych dla dorosłych i 25 pacjentów hospicjów domowych dla dzieci wykazała, że opieką psychologa objęto średnio 7 % dorosłych pacjentów i 44 % dzieci lub ich rodziny. W trzech hospicjach domowych dla dorosłych pomocą psychologa nie był objęty żaden pacjent, w jednym – tylko jeden spośród 30. Najwięcej pacjentów skorzystało z pomocy psychologa w NZOZ ASMEDICA – 10 spośród 30 pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych oraz wszystkie dzieci lub ich rodziny.

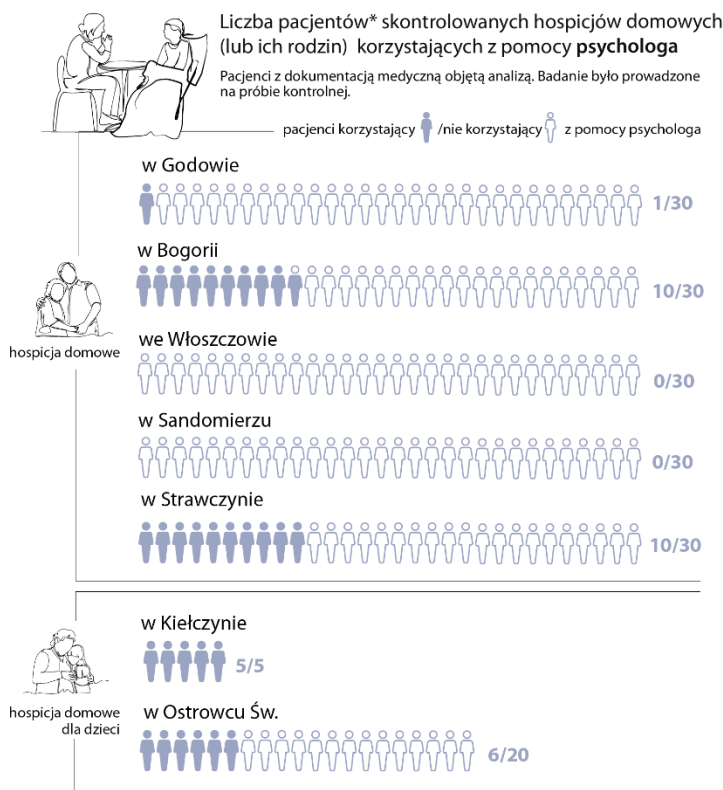
Przykłady

W Hospicjum domowym w Strawczynie żadnemu z 30 świadczeniobiorców nie zlecono opieki psychologicznej. Nie stwierdzono w badanej dokumentacji wpisów lekarzy i pielęgniarek, z których wynikałaby konieczność zapewnienia takiej opieki. Prezes wyjaśniła, że pacjenci hospicjum domowego nie byli objęci opieką psychologa, ponieważ lekarze prowadzący oraz pielęgniarki nie wskazali takiej potrzeby, poprzez wpis do dokumentacji medycznej.

W Hospicjum domowym w Sandomierzu odnośnie nieobejmowania pacjentów z próby wsparciem psychologicznym psycholog wyjaśnił: *Każdorazowa wizyta w domu pacjenta objętego opieką Hospicjum, jest poprzedzana ankietą i jasno wyrażoną wolą chorego. Po stronie pacjenta najważniejsze w kwestii gotowości do terapii są otwartość na wejście w relację terapeutyczną oraz na potencjalną zmianę. Sytuacja choroby jest sytuacją jednostkową, wymykającą się wszelkim statystykom (za często/ za rzadko). Jeśli pacjent podejmuje się jej za namową innych osób, pod czyjąś presją lub wbrew własnej woli automatycznie pojawia się opór, czyli niemożność do zaangażowania się w terapię, przejawiająca się na różne sposoby. Dlatego, w mojej ocenie, tak ważne jest swobodne i niewymuszone podejmowanie decyzji przez osoby zainteresowane. Ponadto, każdorazowo na podjęcie decyzji ma wpływ szereg innych czynników od socjalnych po schematy myślowe.*

Infografika nr 12

Liczba pacjentów hospicjów domowych (lub ich rodzin) korzystających z pomocy psychologa



Źródło: opracowanie własne NIK.

W przypadku Hospicjum domowego w Godowie i we Włoszczowie w dokumentacji medycznej niektórych pacjentów odnotowywano obserwacje dotyczące ich samopoczucia.

Przykłady

W Hospicjum domowym we Włoszczowie w dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej⁶¹ w 15 przypadkach (na 19) odnotowano stan psychiczny pacjentów np.: *martwienie się, depresyjny nastrój, drażliwość, irytacja, poczucie beznadziejności*. W czterech przypadkach przepisano leki antydepresyjne i przeciwłękowe. Odnośnie niekorzystania z pomocy psychologicznej Dyrektor wyjaśnił: *Pielęgniarki zatrudnione w naszym Hospicjum Domowym podczas wielu lat z pacjentami onkologicznymi nabyły dużego doświadczenia w zakresie wsparcia emocjonalnego i poniekąd psychologicznego dla pacjentów paliatywnych oraz ich rodzin. Chorzy często zrywają się z odwiedzającymi ich pielęgniarkami, ufają im i traktują je niemalże jak rodzinę, przez co dużo łatwiej rozmawiać im na trudne tematy właśnie z nimi. Pacjenci często traktują psychologa jako kolejną obcą osobę (...). Ponadto w środowisku osób starszych, szczególnie z małych miejscowości, będących nierzadko naszymi podopiecznymi nadal funkcjonuje przekonanie, że z opieki psychologa korzystają jedynie osoby z chorobami bądź zaburzeniami psychicznymi. Jednocześnie w małych miejscowościach część osób korzysta ze wsparcia duchowego zapewnionego przez księży ze swoich parafii. (...) Rodziny często nie są zainteresowane wizytami psychologa.*

W Hospicjum domowym Bogoria, jak wynikało z kart wykonanych procedur medycznych, w trakcie wizyt domowych, wsparcia psychologicznego (zarówno rodzinie chorego jak i samych pacjentów) udzielały także pielęgniarki w trakcie

⁶¹ Wersja elektroniczna dokumentacji, nie zawierała „zakładek”/formularzy odnoszących się do oceny stanu psychicznego pacjenta.

wizyt pielęgniarskich. Jednak szczegółowa analiza dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej wykazała, że nie we wszystkich przypadkach, w których konieczne było wsparcie psychologa, porada taka się odbyła. Z indywidualnej dokumentacji ośmiu pacjentów wynikało, że konieczna jest wizyta psychologa, ale jej nie zapewniono.

Przykład

W **Hospicjum domowym Bogoria** nie zapewniono wsparcia psychologicznego dla ośmiu pacjentów, pomimo wpisów w dokumentacji pielęgniarskiej, wskazujących na potrzebę takiego wsparcia. Jak wynikało z diagnozy pielęgniarskiej pacjentów, w ośmiu przypadkach występowały problemy w postaci zmienności nastrojów u chorych. W planach opieki pielęgniarki zapisywały m.in. konieczność konsultacji psychologicznej. Zgodnie z § 6 rozporządzenia w sprawie OPH, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują (...) m.in. opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną.

Kierownik wyjaśniła, że: (...) wszystkie zlecenia w tym zlecenie na wizytę psychologa należą do decyzji lekarza. Po wizytach pielęgniarki odbywały się wizyty lekarskie, gdzie w przypadku przytoczonych sytuacji nie zostało wystawione zlecenie na konsultację psychologiczną. Taka sytuacja może być uwarunkowana decyzją lekarza, który badał pacjenta osobiście, widział go i rozmawiał z nim lub błędnym przepływem informacji, w tej sytuacji pomiędzy lekarzem a pielęgniarką czyli zaburzoną komunikacją. NZOZ ASMEDICA zobowiązuje się do podjęcia wszelkich możliwych kroków by wyeliminować takie sytuacje.

NIK nie zgodziła się z taką argumentacją, ponieważ pielęgniarki najczęściej odwiedzają pacjentów i są osobami, które najszybciej mogą zareagować w przypadku wystąpienia potrzeby dodatkowej opieki i wsparcia pacjenta.

Zdaniem NIK, uzasadnione jest dokonywanie przez psychologów zatrudnionych w hospicjach domowych cyklicznych ocen wszystkich pacjentów. Wskazane jest również podjęcie większych starań, by pacjenci i ich rodziny chcieli z takiej pomocy skorzystać.

Zapewnienie rehabilitacji dla pacjentów

W skontrolowanych hospicjach domowych niewielka liczba pacjentów korzystała z rehabilitacji. W dwóch hospicjach domowych dla dorosłych⁶² taką formą wsparcia nie był objęty żaden pacjent (z próby 30, których dokumentacja medyczna podlegała analizie NIK). W pozostałych trzech hospicjach domowych dla dorosłych z rehabilitacji korzystało od czterech do sześciu pacjentów. Częściej z rehabilitacji korzystały dzieci leczone w hospicjach domowych. W Hospicjum domowym dla dzieci w Ostrowcu Św. rehabilitowano 11 z 20 dzieci (55 %), a w Hospicjum domowym dla dzieci w Kielczynie – pięcioro dzieci (wszystkie, których dokumentacja medyczna była analizowana). Jednak w tym podmiocie wystąpiły problemy z zapewnieniem rehabilitacji dla jednego dziecka.

Przykład

W **Hospicjum domowym dla dzieci w Kielczynie** w okresie od stycznia 2020 r. do kwietnia 2023 r., nie zapewniono rehabilitacji jednego dziecka. Szczegółowa analiza dokumentacji pacjenta wykazała, że przez ponad trzy lata, pomimo wskazań medycznych nie realizowano rehabilitacji w domu pacjenta. Rehabilitację zapewniono dopiero od maja 2023 r. Do 31 marca 2024 r. wykonano 28 wizyt fizjoterapeuty. Stanowiło to naruszenie § 6 rozporządzenia w sprawie OPH, zgodnie z którym świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują (...) m.in. rehabilitację.

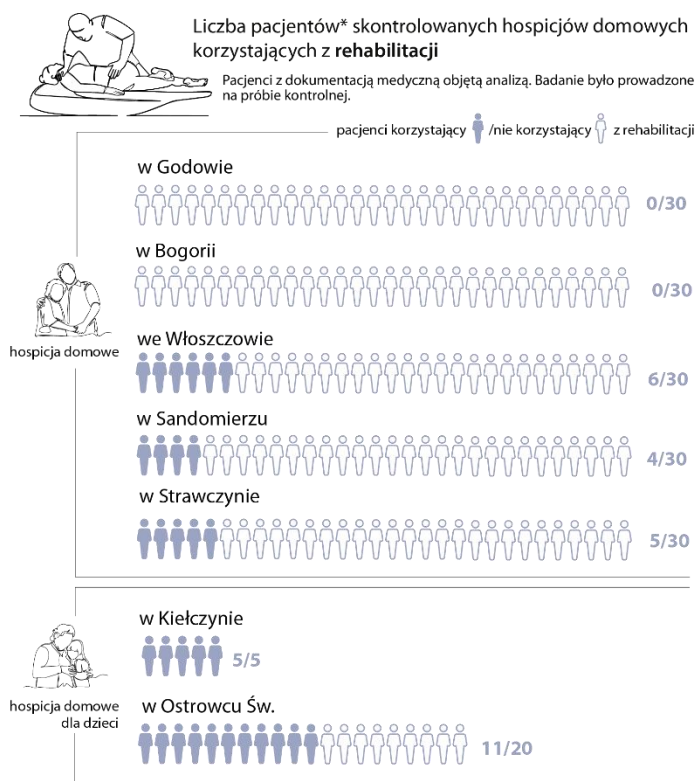
Kierownik wyjaśniła, że pacjentka przebywała w hospicjum domowym dla dzieci od 2017 r. i do stycznia 2020 r. miała zapewnioną fizjoterapię, opiekę lekarską, pielęgniarską i psychologiczną. Sytuacja związana z ww. pacjentem, który nie miał prowadzonej ciągłej fizjoterapii przez naszą placówkę wynikała ze względów kadrowych. Fizjoterapeuta, który realizował świadczenia z powodów osobistych nie mógł dalej dojeżdżać do pacjentki. Nasza placówka starała się pozyskać innego fizjoterapeutę, lecz

⁶² Hospicjum domowe w Godowie, Hospicjum domowe Bogoria.

bezskutecznie. Dopiero od maja 2023 r. udało się skierować masażystę do pacjentki, który do dnia dzisiejszego realizuje świadczenia fizjoterapeutyczne dla naszego pacjenta i dojeżdża do dziecka.

Infografika nr 13

Liczba pacjentów hospicjów domowych korzystających z rehabilitacji



Źródło: opracowanie własne NIK.

Zróżnicowane formy i skala dodatkowego wsparcia dla pacjentów

W czterech z pięciu podmiotów leczniczych prowadzących hospicja domowe oferowano pacjentom dodatkową pomoc (niewymaganą rozporządzeniem w sprawie OPH). Skala i zakres tej pomocy była zróżnicowana i zależne od potrzeb pacjentów oraz możliwości finansowych i organizacyjnych podmiotów prowadzących hospicja domowe.

W jednym z hospicjów domowych⁶³ pacjenci mieli możliwość korzystania z pomocy pracownika socjalnego, który służył pomocą i wsparciem podczas załatwiania formalności urzędowych związanych m.in. z możliwością uzyskania świadczeń z ZUS, świadczeń wypłacanych przez ośrodek pomocy społecznej. Ponadto pracownik socjalny pośredniczył i pomagał w kontaktach pacjentów i ich rodzin z takimi instytucjami jak sąd, powiatowe centrum pomocy rodzinie czy powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. W Hospicjum domowym w Kielczynie współpracowano z Ośrodkami Pomocy Społecznej w Staszowie, Bogorii, Połańcu między innymi w celu zorganizowania opieki wytchnieniowej dla pacjentów hospicyjnych (dzieci i dorosłych).

W podmiocie leczniczym prowadzącym Hospicjum domowe w Godowie i Hospicjum domowe dla dzieci w Ostrowcu Św. zatrudniony był ksiądz kapłan wyznania rzymskokatolickiego, którego zadaniem była posługa religijna na rzecz chorych objętych opieką paliatywno-hospicyjną. Kapłan obejmował swoją

⁶³ NSZOZ GOMED-OSTROWIEC.

opieką głównie chorych na oddziale stacjonarnym, a w przypadku zaistnienia takiej potrzeby również chorych w opiece domowej.

W trzech skontrolowanych jednostkach oferowano dla pacjentów dodatkowy sprzęt medyczny.

Przykład

W **NSZOZ GOMED-OSTROWIEC** nawiązano współpracę z Fundacją Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, od której bezpłatnie otrzymało sprzęt niewymagany przepisami NFZ, tj. sprzęt przenośny, zasilany akumulatorowo (koncentratory tlenu, ssaki). Prezes wyjaśnił: *Nasi pacjenci hospicjum często mieszkają na terenach wiejskich, gdzie dochodzi do awarii w dostawie energii elektrycznych. W przypadku pacjentów tlenozależnych, lub tych którzy korzystają z ssaka elektrycznego, jest to bardzo duży problem (...). Sprzęt ten bezpłatnie wypożyczamy pacjentom pozostającym pod opieką hospicjum domowego. Pacjentom oraz ich rodzinom/opiekunom sprzęt ten daje poczucie bezpieczeństwa, jest często wykorzystywany podczas podróży samochodem na liczne konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne, czy nawet podczas zwykłego spaceru matki z chorym dzieckiem.*

Hospicjum nawiązało również współpracę z Fundacją Dajmy Nadzieję, która dla wcześniaków sfinansowała zakup monitora funkcji życiowych z opaskami neonatologicznymi. Według wyjaśnień Prezesa sfinansowany przez Fundację sprzęt *nie jest wymagany przez NFZ, jednak lata doświadczeń pokazały, że tylko takie urządzenie jest w stanie monitorować funkcje życiowe dziecka z bardzo niską masą urodzeniową w warunkach domowych. Standardowe opaski były za duże – nie spełniały swoich podstawowych funkcji.* Ponadto, według wyjaśnień Prezesa, opiekunowie dzieci, które trafiają pod opiekę Hospicjum mogą nawiązać formalną współpracę z Fundacją ks. Czesława Wali „Wyprzedzić swój czas”, która finansuje dla nich zakup sprzętu medycznego, np. łóżka rehabilitacyjne, inhalatory lub inny sprzęt medyczny, jeśli ze wskazań medycznych wynika, że dziecko takiego sprzętu wymaga. Fundacja dofinansowuje zakup rurek tracheostomijnych, pampersów, leków, środków pielęgnacyjnych, opatrunkowych, finansuje koszty badań, dojazdu na konsultacje do lekarza specjalisty, szpitala. Dodatkowo po podpisaniu stosownego porozumienia z Fundacją, rodziny mogą korzystać z numeru KRS Fundacji i zbierać środki z 1,5 % podatku z przeznaczeniem na indywidualne potrzeby danego dziecka.

W **Hospicjum domowym we Włoszczowie** poprzez współpracę z Włoszczowskim Stowarzyszeniem Opieki Paliatywnej umożliwiano wypożyczanie m.in. łóżek elektrycznych i podnośników.

W **NZOZ ASMEDICA** na prośbę rodziców chorego dziecka korzystającego z koncentratora tlenu zakupiono generator prądotwórczy; zakupiono specjalny wózek rehabilitacyjny, który został zrobiony na zamówienie specjalnie na potrzeby zdrowotne dziecka. Ponadto pacjentom zapewniono drobny sprzęt medyczny i nierefundowane lekarstwa (rurki, cewniki, wkłady do ssaków, myjki, woda destylowana, czy też nierefundowane plastry przeciwbólowe i materiały opatrunkowe). Zakupy odbyły się sześciokrotnie dla dwójki dzieci z hospicjum. Hospicjum przekazywało także na rzecz dzieci z hospicjum domowego środki w ramach 1 % podatku w rozliczeniach rocznych. Sytuacja taka miała miejsce trzykrotnie w latach 2021 – 2023. W ramach wsparcia rodzin, trzykrotnie zwracano się do ośrodków pomocy społecznej o objęcie szczególną opieką dzieci i ich rodzin, a także zapewnienie rodzicom opieki wytchnieniowej.

Grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin w żałobie były prowadzone w NZOZ ASMEDICA. W pozostałych podmiotach niestosowanie takiej formy pomocy tłumaczono niewystarczającymi funduszami.

Infografika nr 14

Przykłady dobrych praktyk w skontrolowanych hospicjach domowych



Źródło: opracowanie własne NIK.

Problemy dotyczące prowadzenia hospicjów domowych

Według osób prowadzących hospicja domowe, podmioty udzielające świadczeń z zakresu hospicyjnej opieki domowej borykają się w swojej działalności z licznymi problemami i barierami. Najistotniejszym z nich jest problem z zatrudnieniem nowych pracowników, a w szczególności lekarzy oraz rezygnacja personelu z pracy w opiece paliatywno-hospicyjnej. Przyczyną takiego stanu jest:

- obowiązek ciągłej gotowości do udzielania świadczeń medycznych, który nie daje wystarczającego wytchnienia od pracy;
- zbyt niskie wynagrodzenie za pracę, które nie jest dość konkurencyjne w porównaniu z pracą w szpitalu, co powoduje, że praca w hospicjum domowym bywa zwykle dodatkowym miejscem zatrudnienia;
- trudne warunki pracy dla personelu. Praca w środowisku pacjenta bywa obciążona bardzo trudnymi, często nieprzewidywalnymi sytuacjami. Pracownicy hospicjum domowego niekiedy doświadczają agresji słownej, pracują w środowiskach dysfunkcyjnych (choroba alkoholowa, konflikty rodzinne, niepełnosprawności, ubóstwo). Ponadto zdarzają się pacjenci samotni, pozbawieni opieki osób innych, którzy liczą na opiekę wyręczającą. Mają miejsce sytuacje gdzie higiena środowiska pacjenta jest na bardzo niskim poziomie oraz brak współpracy z pacjentem lub jego rodziną;
- duże obciążenie psychiczne personelu związane ze specyfiką pracy w hospicjum domowym. Personel hospicjum towarzyszy choremu i jego rodzinie w najtrudniejszym dla nich czasie, który zwykle kończy się zgonem pacjenta. Ciągłe obcowanie ze śmiercią nie pozostaje emocjonalnie obojętne dla pracowników.

Jako bariery w rozwoju domowej opieki hospicyjnej wskazywano także:

- brak możliwości wypisywania bezpłatnych recept z tytułu posiadanych uprawnień „s” i „dz”. Zarówno lekarze jak i pielęgniarki pracujący w domowej opiece hospicyjnej nie zostali ujęci w ustawie o świadczeniach zdrowotnych jako osoby uprawnione do wystawiania takich recept, pomimo że to personel hospicjum domowego ma najczęstszy kontakt z pacjentem⁶⁴;
- brak współpracy z placówkami POZ, które po skierowaniu pacjenta do domowej opieki hospicyjnej całość opieki cedują na świadczeniodawców OPH;
- konieczność stałego monitoringu innego rodzaju świadczeń, z których korzysta pacjent, a które mogą powodować koincydencje w sprawozdawczości. Pacjenci i ich rodziny/opiekunowie szukają różnych form pomocy i nie zawsze są świadomi zasad finansowania świadczeń zdrowotnych, a czasami świadomie wprowadzają personel w błąd twierdząc,

⁶⁴ Zmiana ustawy o świadczeniach zdrowotnych jest w trakcie prac legislacyjnych; nr z Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów – UD 75.

że z danych świadczeń korzystają prywatnie – dotyczy to najczęściej koincydencji z fizjoterapią domową;

- karta wizyt w domu chorego nie odzwierciedla faktycznego czasu, jaki należy poświęcić na realizację świadczenia. Rubryka „czas trwania wizyty od... do...” – nie uwzględnia bowiem czasu dojazdu, czasu licznych rozmów telefonicznych czy chociażby czasu na wypełnienie dokumentacji;
- sytuacje przenoszenia niezadowolonych pacjentów na personel hospicjum z wcześniejszej opieki medycznej, a także oczekiwania rodzin pacjentów, którzy oczekują od personelu medycznego, że wyręczą ich w czynnościach dnia codziennego;
- brak zasięgu internetowego w wielu miejscach co uniemożliwia wystawianie recept.

Problemy w opiece domowej wg personelu

W ocenie personelu medycznego zajmującego się pacjentami hospicjów domowych do najczęstszych problemów w sprawowaniu tej opieki należy:

- nadmierna liczba dokumentacji i konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, która zajmuje dużo więcej czasu niż w wersji papierowej;
- brak zasięgu internetowego w miejscu zamieszkania pacjentów, co uniemożliwia pracę w programie medycznym w trakcie wizyty w domu u pacjenta;
- duże obciążenie psychiczne oraz wypalenie zawodowe w związku ze świadczeniem opieki w hospicjum domowym. Jedną z przyczyn jest ciągłe uczestniczenie w procesie „odchodzenia” pacjentów terminalnych, w tym również dzieci, z którymi często nawiązuje się bliska więź. Ponadto praca w hospicjum domowym wymaga pełnego zaangażowania i dyspozycyjności. Dotyczy to nie tylko wizyt domowych, ale również całodobowego dostępu do kontaktu telefonicznego, co wywołuje stan ciągłej gotowości dezorganizując życie prywatne personelu. Dojazd do pacjentów również często wiąże się ze stresem ze względu na duże odległości, złe warunki pogodowe i inne utrudnienia drogowe uniemożliwiają objęcie opieką większej liczby pacjentów.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania związane z zapewnieniem pacjentom domowej opieki hospicyjnej?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: 1. Czy proces udzielania świadczeń dotyczących hospicyjnej opieki domowej został zorganizowany prawidłowo? 2. Czy prawidłowo realizowano świadczenia z zakresu hospicyjnej opieki domowej? 3. Czy prawidłowo i rzetelnie rozpoznawano potrzeby, zawierano oraz rozliczano umowy, a także monitorowano realizację świadczeń obejmujących hospicja domowe?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto ŚOW NFZ oraz pięć podmiotów leczniczych, tj.: NZOZ ASMEDICA – podmiot prowadzący Hospicjum domowe Bogoria oraz Hospicjum domowe dla dzieci Kiełczyzna; NSZOZ GOMED-OSTROWIEC Sp. z o.o. Sp. j. – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Godowie i Hospicjum domowe dla dzieci w Ostrowcu Św.; NZOZ "NOWE ŻYCIE" – I. Ogonek, Z. Ogonek Sp. j. – podmiot prowadzący Hospicjum domowe we Włoszczowie; CM OPIEKUN Sp. z o.o. – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Sandomierzu; MAMMOGRAFIA Sp. z o.o. – podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Strawczynie.
Kryteria kontroli	Kontrolę w ŚOW NFZ przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności i rzetelności, w podmiotach leczniczych – na podstawie art. 2 ust. 3 oraz art. 5 ust. 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryterium legalności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020–2024 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem).
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 oraz pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięgano informacji: – od Ministra Zdrowia, – konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej, – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii, – Centrali NFZ, – wojewody świętokrzyskiego, – Naczelnej Rady Lekarskiej.
Pozostałe informacje	Kontrola P/24/062 <i>Funkcjonowanie domowej opieki hospicyjnej w województwie świętokrzyskim</i> została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, była ona realizowana w okresie od 26 kwietnia 2024 r. do 29 lipca 2024 r. Kierownicy skontrolowanych jednostek nie zgłosili zastrzeżeń do przekazanych wystąpień pokontrolnych.
Stan realizacji wniosków pokontrolnych	W wyniku kontroli skierowano sześć wystąpień pokontrolnych, w których sformułowano 13 wniosków – 11 z nich zrealizowano, a dwa pozostają niezrealizowane.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Kielcach	Narodowy Fundusz Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce	Marta Pietrasiak
2.		Aneta Maj Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ASMEDICA Kiełczyna-Gościniec 38, 28-100 Kiełczyna (podmiot prowadzący Hospicjum domowe Bogoria oraz Hospicjum domowe dla dzieci Kiełczyna)	Aneta Maj
3.		Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Sp. z o.o. Sp. j. ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Godowie i Hospicjum domowe dla dzieci Ostrowiec)	Piotr Raban
4.		NZOZ "NOWE ŻYCIE" – I. Ogonek, Z.Ogonek Sp. j. ul. Mleczarska 11, 29-100 Włoszczowa (podmiot prowadzący Hospicjum domowe we Włoszczowie)	Zdzisław Ogonek
5.		Centrum Medyczne OPIEKUN Sp. z o.o., ul. Juliusza Słowackiego 60, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Sandomierzu)	Maria Tomaszewska- Ligenza
6.		MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., ul. Ignacego Paderewskiego 48/15A, 25-502 Kielce (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Strawczynie)	Katarzyna Gola

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	ŚOW NFZ	w formie opisowej	– Corocznie sporządzano plany zakupu świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w podziale na: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne; świadczenia w hospicjum domowym; świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci; porada w poradni medycyny paliatywnej; – prawidłowo weryfikowano, czy podmioty terminowo przekazywały wymagane informacje, weryfikowano i wyjaśniano przypadki wykazywania przez świadczeniodawców dłuższego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie pilnym względem stabilnego, a także w przypadkach budzących wątpliwości co do liczby osób oczekujących na objęcie domową opieką hospicyjną, podejmowano działania mające na celu wyjaśnienie takich sytuacji; – na bieżąco monitorowano realizację umów przez podmioty prowadzące hospicja domowe.	– nie zapewniono perinatalnej opieki hospicyjnej, a dostęp do hospicjów domowych dla dzieci był ograniczony dla mieszkańców niektórych powiatów; – nierzetelnie weryfikowano listy oczekujących przekazywane przez świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe, bowiem na listach tych były wykazywane corocznie jako osoby oczekujące na objęcie opieką hospicjów domowych ci sami pacjenci, z których większość już nie żyła; – nie podejmowano działań mających na celu aktualizację danych o hospicjach domowych dla dorosłych w województwie świętokrzyskim dostępnych w internetowym <i>Informatorze o terminach leczenia</i> opublikowanym na stronie internetowej NFZ, w efekcie czego w Informatorze tym, stanowiącym oficjalne źródło informacji o terminach leczenia, oprócz funkcjonujących hospicjów domowych znajdowało się pięć podmiotów, które nie udzielają od kilku lat takich świadczeń.
2.	Aneta Maj Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ASMEDICA (podmiot prowadzący Hospicjum domowe Bogoria oraz Hospicjum domowe dla dzieci Kielczyzna)	w formie opisowej	– Prawidłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń, zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością; spełniano wymagania dotyczące zapewnienia badań diagnostycznych oraz udostępnienia sprzętu medycznego; dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo, czytelnie i przejrzysto; pacjentom i ich rodzinom zapewniano dodatkowe wsparcie i opiekę mającą wpływ na poprawę jakości ich życia głównie w postaci pomocy finansowej.	– Nie zapewniono wsparcia psychologa dla ośmiu pacjentów; nie zapewniono fizjoterapii dla jednego pacjenta, pomimo wpisów w dokumentacji medycznej wskazujących na takie potrzeby; – w 15 przypadkach, personel lekarski i pielęgniarski nieprawidłowo wypełnił karty wizyt w domu chorego (cztery karty lekarskie i 11 pielęgniarskich); nieprawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia i harmonogramy przyjęć do hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci; przyjęcia do hospicjum odbywały się nieprawidłowo, gdyż zamiast na podstawie harmonogramu, powiązanego z listami, pacjenci przyjmowani byli na podstawie nieformalnego wpisu w zeszycie prowadzonym przez Kierownika.
3.	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Sp. z o.o. Sp. j. (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Godowie i Hospicjum domowe dla dzieci Ostrowiec)	w formie opisowej	– Prawidłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń, zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością; spełniano wymagania dotyczące udostępnienia sprzętu medycznego; dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo; pacjentom i ich rodzinom zapewniano dodatkowe wsparcie i opiekę mającą wpływ na poprawę jakości ich życia.	– Nieprawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia i harmonogramy przyjęć do hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci; przyjęcia do hospicjum odbywały się nieprawidłowo, gdyż zamiast na podstawie harmonogramu, powiązanego z listami, pacjenci przyjmowani byli na podstawie nieformalnych notatek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
4.	NZOZ "NOWE ŻYCIE" – I. Ogonek, Z. Ogonek Sp. j. (podmiot prowadzący Hospicjum domowe we Włoszczowie)	w formie opisowej	– Prawdłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń, zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością; pacjenci do hospicjum domowego przyjmowani byli na bieżąco.	– W przypadku 21 sztuk sprzętu medycznego ⁶⁵ w 2024 r. nie przeprowadzono przeglądów/serwisów w wymaganym przez producenta terminie.
5.	Centrum Medyczne OPIEKUN Sp. z o.o., (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Sandomierzu)	w formie opisowej	– Prawdłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń, zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością; spełniano wymagania dotyczące udostępnienia sprzętu medycznego; dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo;	– Nie zapewniono w pięciu z dziewięciu miesięcy objętych szczegółową analizą zatrudnienia lekarzy w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie pacjentów znajdujących się pod opieką Hospicjum; – w sprawozdaniach dotyczących liczby pacjentów oczekujących na objęcie opieką w Hospicjum przekazanych do ŚOW NFZ za grudzień 2020, 2021 i 2022 r., nieprawidłowo wykazywano pacjentów, ponieważ ujęto w nich pacjentów, którzy zmarli.
6.	MAMMOGRAFIA Sp. z o.o., (podmiot prowadzący Hospicjum domowe w Strawczynie)	w formie opisowej	– Prawdłowo zorganizowano proces udzielania świadczeń, zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń, wizyty lekarzy i pielęgniarek odbywały się z wymaganą częstotliwością; spełniano wymagania dotyczące udostępnienia sprzętu medycznego; dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była prawidłowo.	– Nieprawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia, w wyniku czego przekazywano nieprawidłowe dane do NFZ; nie prowadzono harmonogramów przyjęć do hospicjum; przyjęcia do hospicjum odbywały na podstawie odrębnych notatek sporządzanych przez Prezesa; – w stosunku do 11 osób nie zgłoszono do NFZ zmian w potencjale wykonawczym stanowiącym załącznik do zawartej z Funduszem umowy.

*pozytywna / negatywna / w formie opisowej

⁶⁵ Sześciu koncentratorów tlenu, siedmiu ssaków medycznych, trzech glukometrów dwóch pomp infuzyjnych, dwóch inhalatorów oraz aparatu rentgenowskiego.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Prawo do ochrony zdrowia	Prawo do ochrony zdrowia, stanowiące jedno z podstawowych praw człowieka, zostało w polskim porządku prawnym zagwarantowane konstytucyjnie. Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Realizacji tego prawa służy, wynikający z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, obowiązek zapewnienia obywatelom (niezależnie od ich sytuacji materialnej) przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
Zasady wykonywania działalności leczniczej	Zasady wykonywania działalności leczniczej oraz funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą określono w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców⁶⁶ we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, które mają w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub połączoną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁶⁷, instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁶⁸, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań dotyczących ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, mające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.
Finasowanie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH	Podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Do zakresu działania Funduszu należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej niezbędna dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W dniu 1 września 2020 r. weszły w życie przepisy centralizujące działalność Funduszu. Dotyczy to np. sporządzania planu zakupu świadczeń, przeprowadzania postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz monitorowania realizacji umów i celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Do 31 sierpnia 2020 r. wymienione zadania należały do kompetencji dyrektorów OW NFZ. Od 1 września 2020 r. dyrektorzy OW NFZ monitorują realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w zakresie udzielonego pełnomocnictwa wykonują zadania związane z zawieraniem i rozliczaniem tych umów. Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a OW NFZ.

⁶⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 236.

⁶⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.

⁶⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 534.

Od 1 kwietnia 2024 r. zarządzeniem Prezesa NFZ nr 41/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadzono nielimitowane finansowanie świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym oraz poradni medycyny paliatywnej. Rozliczanie świadczeń wykonanych ponad kwotę umowy nastąpi na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie.

**Opieka paliatywna
i hospicyjna
wg rozporządzenia
w sprawie OPH**

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie w sprawie OPH. Rozporządzenie to definiuje świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych (§ 3 ust. 1). Rozporządzenie określa także perinatalną opiekę paliatywną, która polega na zapewnieniu wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej oraz opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (§ 2 pkt 3).

**Formy sprawowania
opieki paliatywnej
i hospicyjnej**

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie OPH, świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej;
- perinatalnej opieki paliatywnej - w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

**Zakres świadczeń
w warunkach domowych**

Zgodnie z § 6 rozporządzenia w sprawie OPH, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia, o których mowa w § 5 pkt 1, 2 i 4-8 (leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; leczenie innych objawów somatycznych; opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; rehabilitację; zapobieganie powikłaniom) oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia.

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo dla dzieci do 18. roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych (§ 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie OPH).

**Warunki realizacji
świadczeń OPH**

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są: (1) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; (2) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie, a w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej – ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego,

porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, określone w szczególności jednostkami chorobowymi, o których mowa w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia (§ 9).

**Jednostki chorobowe
kwalifikujące do
świadczeń OPH**

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH świadczenia gwarantowane z zakresu OPH osobom dorosłym udziela się w przypadku, gdy chorują one na jedną z ośmiu wymienionych jednostek chorobowych (nowotwory, chorobę wywołaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, stwardnienie rozsiane (od 1 lipca 2018 r.), kardiomiopatię, niewydolność oddechową, owrzodzenia odleżynowe.

W odniesieniu do dzieci do leczenia kwalifikuje łącznie 65 jednostek chorobowych, w tym m.in. całościowe zaburzenia rozwojowe, nowotwory złośliwe, nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych, choroby metaboliczne, układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, mózgowie porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne, schyłkowa niewydolność nerek, niewydolność serca, następstwa urazów głowy, uszkodzenie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym, wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa, aberracje chromosomowe, następstwa zatrucia lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi.

Do leczenia perinatalnego kwalifikują natomiast wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe.

**Wymagania
dotyczące lekarzy**

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH. Reguluje on np. minimalne wymogi odnośnie personelu. W warunkach domowych wymagane jest, aby świadczeń osobom dorosłym udzielał lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie tej specjalizacji, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. W przypadku dzieci, świadczeń w opiece domowej może udzielać lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych lub kursu z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. Przepisy różnicują maksymalne obciążenie personelu lekarskiego: w warunkach domowych dla dorosłych istnieje konieczność zapewnienia równoważnika jednego etatu przeliczeniowego lekarza na 30 świadczeniobiorców, a w przypadku dzieci – na 20 świadczeniobiorców.

W warunkach opieki perinatalnej wymagane jest zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub perinatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, posiadający udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w opiece paliatywnej oraz co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną.

Wymagania dotyczące pielęgniarek

W odniesieniu do pielęgniarek udzielających świadczeń w hospicjach domowych dla dorosłych, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH, wymagane jest by miały one specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo były w trakcie tej specjalizacji, lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo były w trakcie tego kursu, lub ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo były w trakcie tego kursu. W przypadku opieki nad dziećmi w warunkach domowych pielęgniarka może też ukończyć specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyć specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej. Opiekę mogą sprawować także pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i są w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej.

Przepisy różnicują maksymalne obciążenie personelu pielęgniarskiego: w warunkach domowych dla dorosłych pielęgniarki z ww. kwalifikacjami powinny stanowić co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy oraz równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców; natomiast w warunkach domowych dla dzieci – co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy oraz równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców.

Ponadto rozporządzenie w sprawie OPH określa obowiązek świadczeniodawców zapewnienia dostępu do psychologa, fizjoterapeuty, wyznaczając minimalne kwalifikacje oraz obciążenie pracą.

Wymagania dotyczące sprzętu medycznego

Świadczeniodawcy prowadzący hospicja domowe mają obowiązek zapewnić sprzęt medyczny i pomocniczy. Wymagania dotyczące sprzętu medycznego i pomocniczego zostały wskazane w ust. 3 II części załącznika 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH. Podmiot realizujący świadczenia w warunkach domowych powinien mieć następujący sprzęt medyczny i pomocniczy: (1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców; (2) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców; (3) inhalatory; (4) glukometry; (5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego; (6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 świadczeniobiorców; (7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie; (8) neseser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w: (a) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku: do wykonania iniekcji (igły, strzykawki, wenflony, zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających), do przetaczania płynów (aparat do kroplowych wlewów dożylnych, zestaw gazików, plastry, stazę), do wykonania opatrunków: (serwety, pakiety opatrunkowe, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miskę nerkową, pakiet ochronny przed zakażeniem: maseczki, rękawice, fartuch), sprzęt do płukania pęcherza moczowego lub przetoki (strzykawkę jednorazowego użytku 50 ml, strzykawkę specjalistyczną 50/60 K z końcówką cewnikową), (sprzęt do karmienia przez zgłębnik: sondę żołądkową, strzykawkę jednorazowego użytku 20 ml), (b) zestaw przeciwwstrząsowy: leki, rurkę ustno-gardłową, maseczkę do reanimacji z filtrem,

(c) sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi, (d) testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu, (e) pakiet do mycia i odkażania rąk.

**Częstotliwość
udzielania świadczeń**

W załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH uregulowano minimalną częstotliwość udzielania świadczeń w warunkach domowych, tj.:

- całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę;
- porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w miesiącu;
- wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w tygodniu;
- pozostały personel – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623)
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia