



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR – 4101-012-04/2014

P/14/118

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/118 – Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012 – 2014.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu.

Kontroler Ryszard Puchała, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 89812 z dnia 24.07.2014 r.

[dowód: akta kontroli str.1]

Jednostka Kontrolowana OŚRODEK MEDYCZYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ - RIAD EL ZEIN w Będkowie, Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, zwany dalej „Ośrodkiem” lub „Hospicjum”.
Siedzibą podmiotu leczniczego jest Wrocław, ul. Romanowskiego 21b. numer regon 932254236.

Kierownik jednostki Kontrolowanej Riad El Zein, świadczeniodawca, właściciel i dyrektor Ośrodka, działający od 1 stycznia 2001 r., prowadzący działalność, jako osoba fizyczna, wpisany do ewidencji działalności gospodarczej pod nr. 002991/00 przez Burmistrza Gminy Trzebnica.¹

[dowód: akta kontroli str. 4-5]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie², działalność Ośrodka w zakresie wykonania zadań z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2012 – 2014 (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą ogólnej oceny były pozytywne ustalenia kontroli dotyczące w szczególności: [1] zapewnienia dostępności pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej, [2] stworzenia odpowiednich warunków udzielania świadczeń, [3] właściwego sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorym, [4] poprawnego dokonywania rozliczeń z tytułu wykonania przedmiotowych świadczeń z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (DOW NFZ).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Dostępność do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

1.1. Przedmiotem działania Ośrodka była w badanym okresie, działalność szpitali i pogotowia ratunkowego oraz wynajem i zarządzanie nieruchomościami własnymi lub dzierżawionymi. Wojewoda Dolnośląski wpisał Przedsiębiorcę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr Z-1062-20140526. W zakresie świadczeń udzielanych przez Ośrodek mieściły się m.in. usługi medyczne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

[dowód akta kontroli str. 4-5, 6-32, 33-35, 36]

W strukturze Ośrodka wyodrębniono: Hospicjum Stacjonarne - świadczące usługi medyczne w zakresie opieki stacjonarnej oraz Hospicjum Domowe - świadczące usługi medyczne w zakresie opieki domowej, a także Poradnię Medycyny

¹W dniu 2 grudnia 2011 r. wpis przeniesiono do Urzędu Miejskiego w Trzebnicy.

²Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Paliatywnej - świadcząca usługi medyczne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej realizowano w czterech lokalizacjach: w Będkowie, gdzie funkcjonowały hospicja stacjonarne i domowe oraz poradnia medycyny paliatywnej, a także w Oleśnicy, Wołowie i w Górze, gdzie prowadzono hospicja domowe.

Świadczenia zdrowotne prowadzone w warunkach stacjonarnych i domowych były dostępne całodobowo i udzielane siedem dni w tygodniu. Świadczeń ambulatoryjnych udzielano według harmonogramów, trzy dni w tygodniu po dwie i pół godziny dziennie, w tym jednego dnia w godzinach popołudniowych do godziny 18⁰⁰.

[dowód akta kontroli str. 6 -32, 37 – 48, 73]

1.2. Hospicjum Stacjonarne dysponowało 33 łóżkami. Zgodnie z zawartą przez Świadczeniodawcę umową z DOW NFZ z dnia 23 stycznia 2012 r., w okresie obowiązywania umowy³ zakontraktowano do świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej odpowiednio: 27, 31 i 32 łóżka w hospicjum stacjonarnym. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek⁴ (miejsc w hospicjum stacjonarnym) był wyższy niż zalecany przez Ministerstwo Zdrowia i wynosił: 97,5% w 2012 r., 100,0% w 2013 r. i 99,0% w I połowie 2014 r. Według Ministerstwa Zdrowia zalecany wskaźnik wynosił 80%, zaś optymalny 85%. Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że zaistniała sytuacja była wynikiem realizowanej przez Ośrodek polityki udzielania świadczeń, która uwzględnienia potrzeby pacjentów bez ograniczania dostępu do świadczeń medycznych oraz ciągłości opieki, pomimo limitowania ilości świadczeń ze strony DOW NFZ. Chęć zachowania dostępności, zasoby lokalowe, potencjał personalny pozwalał na przyjęcie pacjentów do hospicjum stacjonarnego i nie wpływał negatywnie na standard i jakość świadczonych usług.

[dowód akta kontroli str. 49, 53]

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) ze świadczeń hospicjum stacjonarnego skorzystało 1 551 pacjentów. Średnio rocznie, w hospicjum stacjonarnym przebywało 311 pacjentów. W tym samym czasie pacjentów w hospicjach domowych było 1 632 osoby (546 w 2012 r., 746 w 2013 r. i 340 w I połowie 2014r.). Udzielono także 116 porad ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej (37 w 2012 r., 50 w 2013 r. i 29 w I połowie 2014 r.).

[dowód akta kontroli str. 49, 50]

1.3. Czas oczekiwania na realizację świadczenia w Hospicjum Stacjonarnym był zróżnicowany i zależny m.in. od kwalifikacji medycznej pacjenta, inny w poszczególnych miesiącach badanego okresu. Pacjent zakwalifikowany, jako tzw. „przypadek stabilny” na przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego oczekiwał przeciętnie sześć dni, a średnio w miesiącach - od dwóch do dziesięciu dni⁵. W przypadkach pilnych średni czas oczekiwania wynosił jeden dzień, przy czym, w latach 2013 - 2014, pacjent taki był przyjmowany do Hospicjum Stacjonarnego w dniu zgłoszenia.

³ Lata 2012 – 2014.

⁴ Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych liczony, jako stosunek liczby osobodni pobytu pacjentów w szpitalu do średniej liczby łóżek.

⁵ Średnia z miesiąca. W 2012 r. pacjent tzw. „przypadek stabilny” oczekiwał średnio: 10 dni w kwietniu i maju, osiem dni w czerwcu i w pozostałych miesiącach siedem dni. W 2013 r. średni czas oczekiwania nie przekraczał pięć dni (styczeń, luty marzec, grudzień), w maju i czerwcu było to dwa dni, w marcu i kwietniu trzy dni, w lutym, lipcu, sierpniu i wrześniu cztery dni. W pierwszym półroczu 2014 r. średni czas oczekiwania na przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego wynosił sześć dni.

Z ewidencji danych, statystyk dotyczących kolejek oczekujących do Hospicjum Domowego i do Poradni Medycyny Paliatywnej, za okres od stycznia 2012 r. do czerwca 2014 r. wynikało, że pacjenci w tego rodzaju świadczeniach byli objęci opieką paliatywno-hospicyjną na bieżąco.

Dane dotyczące osób oczekujących, m.in. liczba oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca, przekazywano elektronicznie do DOW NFZ. Średni rzeczywisty czas oczekiwania przeliczano zgodnie z wytycznymi w tej sprawie zawartymi w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁶.

[dowód akta kontroli – 60 – 72]

1.4. Procedura kierowania i przyjęcia pacjenta do Ośrodka (opieka stacjonarna, domowa i ambulatoryjna) wprowadzona została przez Dyrektora Ośrodka w 2008 r. Zasady prowadzenia list oczekujących pacjentów na leczenie zostały doprecyzowane pismem z dnia 15 października 2013 r. Przyjęte do stosowania w Ośrodku „Zasady Prowadzenia List Oczekujących” zawierały dodatkowe, kryterium kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. kwalifikację chorych według kategorii medycznych. Z tych też względów, poza kolejnością do hospicjum stacjonarnego przyjmowano średnio około 16,7% pacjentów⁷. Dotyczyło to osób będących wcześniej pod opieką hospicjum domowego. Dyrektor Ośrodka w złożonych wyjaśnieniach podał, że kwestia, o której mowa dotyczy w zasadzie pacjentów już objętych opieką hospicjum domowego. Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że pacjent, u którego występują objawy bezpośredniego zagrożenia życia jest zawsze przyjmowany priorytetowo do hospicjum stacjonarnego poza kolejnością. Uzasadniając motywy takiego postępowania Dyrektor Ośrodka podniósł, że pacjenci wpisani na listę oczekujących do hospicjum stacjonarnego, a przebywający w szpitalach, mają zagwarantowaną profesjonalną opiekę medyczną, natomiast pacjent będący pod opieką hospicjum domowego, ani też rodzina pacjenta, nie ma możliwości podjęcia natychmiastowych, stosownych do sytuacji, działań. W dalszej części wyjaśnień Dyrektor Ośrodka podniósł, że o ile możliwe jest, choć powinno być niedopuszczalne, odroczenie w czasie świadczeń w innych zakresach, to z pewnością nie można odmówić pomocy umierającemu, kwalifikującemu się do opieki paliatywno-hospicyjnej.

[dowód akta kontroli str. 54 -55, 74 – 82]

1.5. Stosownie do miejsca świadczenia usług w Ośrodku prowadzono pięć list oczekujących pacjentów, tj., dla lecznictwa stacjonarnego funkcjonowała jedna księga obejmująca m.in. hospicjum stacjonarne. Dla lecznictwa ambulatoryjnego założono cztery księgi, odrębnie dla ambulatoriów w Będkowie, Górze, Oleśnicy i Wołowie. Listy prowadzone były przez imiennie wyznaczone osoby, według przyjętych w Ośrodku reguł. Osoby oczekujące na świadczenie wpisywano na listy codziennie, według kolejności zgłoszeń, przy czym wprowadzono zasadę kwalifikacji medycznej pacjenta z rozróżnieniem na przypadek „pilny” i przypadek „stabilny”,

⁶ j.t. Dz. U. 2013.1447.

⁷ Analizę przeprowadzono na próbie obejmującej pięć miesięcy, tj. 20% okresu kontrolowanego. Skala przyjęć pacjentów poza kolejnością do hospicjum stacjonarnego w poszczególnych miesiącach objętych próbą, wynosiła od trzech do 24% przyjętych ogółem. Ogółem poza kolejnością przyjęto 30 ze 179 pacjentów hospicjum stacjonarnego, przy czym w analizowanej próbie, pacjenci hospicjum domowego przeniesieni do hospicjum stacjonarnego w trybie nagłym stanowili 3%.

z uprzywilejowaniem w oczekiwaniu na świadczenie pacjentów zakwalifikowanych, jako „przypadek pilny”.

Księgi prowadzono poprawnie pod względem formalnym, bowiem zawierały wszystkie elementy wymienione w art. 20 ust. 2 pkt 3-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, a zakres danych, ujmowany za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, odpowiadał zakresowi wymienionemu w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Stosownie do zapisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lista oczekujących pacjentów podlegała cyklicznej, miesięcznej, ocenie w zakresie: [1] rzetelności i poprawności prowadzonej dokumentacji, [2] czasu oczekiwania osób na udzielenie świadczenia, [3] zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Każdorazowo Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością sporządzał i przedstawiał Dyrektorowi Ośrodka raport z oceny list oczekujących pacjentów na świadczenia medyczne. Dokument ten podlegał weryfikacji przez Dyrektora Ośrodka, który potwierdzał rzetelność i poprawność prowadzonych list.

[dowód akta kontroli str. 60 – 72, 54-55, 83]

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności Ośrodka Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Ośrodka Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w zakresie dostępności pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2. Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ośrodek, w związku z ogłoszeniem przez DOW NFZ we Wrocławiu konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, złożył w dniu 22 listopada 2011 r. oferty na realizację świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach Hospicjum Stacjonarnego, Hospicjum Domowego oraz Poradni Medycyny Paliatywnej. Sporządzone oferty zawierały wszystkie niezbędne dane i spełniały wymogi w zakresie warunków lokalowych, wyposażenia i kwalifikacji kadry.⁹ DOW NFZ w dniu 22 listopada 2011 r. potwierdził fakt złożenia przedmiotowych ofert.

[dowód: akta kontroli str.84-86, 305 - 307]

Umowę z DOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarł właściciel Ośrodka pan Riad El Zein w dniu 23 stycznia 2012 r. Przedmiotem umowy było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez Ośrodek świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Umowę zawarto na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r., przy czym zobowiązania DOW NFZ z tytułu realizacji umowy, tj.

⁸ Dz. U. 2008.164.1027 ze zm.

⁹ Dotyczy wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2013.1347.) oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 79/2011/DSOZ z dnia z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Biuletyn Informacji Publicznej NFZ).

kwotę zobowiązania oraz liczbę i cenę tzw. jednostek rozliczeniowych określano w rocznym planie finansowo-rzeczowym.

Ustalone w umowie stawki za świadczone usługi tzw. cena jednostki rozliczeniowej nie ulegała zmianom w analizowanym okresie.

Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej w hospicjum stacjonarnym wycenione zostały w wysokości 200,00 zł za osobodzień¹⁰, świadczenia w hospicjum domowym - 46,25 zł za osobodzień, natomiast usługi w poradni medycyny paliatywnej zostały wycenione na 36,80 zł za poradę. W okresie obowiązywania umowy z DOW NFZ o przedmiotowe świadczenia dokonano 26 jej zmian. Zmiany dotyczyły, zarówno zakresu rzeczowo finansowego, jak i zasobów pozostających w dyspozycji Świadczeniodawcy.

Zmiany harmonogramów określających niezbędne zasoby kadrowe i sprzętowe, miały natomiast charakter porządkowy i wynikały z obowiązku Świadczeniodawcy do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym. Zmiany te nie skutkowały uszczupleniem zasobów w stosunku do pierwotnie przyjętych ustaleń umownych.

Wartość zakontraktowanych usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła ogółem 14 827 634,65 zł, z tego na 2012 r. przypadało 4 627 272,15 zł, na 2013 r. - 5 375 925,85 zł i na 2014 r. - 4 824 436,65 zł.

Z umowy zawartej z DOW NFZ wynikało, że świadczenie usług w hospicjum domowym będzie wynosić: 167 673 osobodni, w hospicjum stacjonarnym - 35 343 osobodni i 113 porad udzielonych w poradni. Zauważyć należy, że pierwotnie określany rokrocznie planem rzeczowo finansowym zakres świadczeń był zwiększany: o 45% w 2012 r. i o 33% w 2013 r.¹¹ Istotnie, bo o 85% w 2012 i o 74% w 2013r., zwiększono liczbę (jednocześnie wartość umowną) świadczeń hospicjum domowego, w przypadku hospicjum stacjonarnego było to odpowiednio: o 20% i o 3%. Ponadto, zwiększono z 28 do 38 w 2012 r. i z 28 do 47 liczbę zakontraktowanych porad ambulatoryjnych.

[dowód akta kontroli str. 87 – 193]

W latach objętych kontrolą podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone przez Hospicjum Domowe oraz Poradnię były składane do DOW NFZ faktury wraz raportami statystycznymi. Kontrola rachunków za świadczone usługi wykazała, że ujmowane w nich ilości i wartości świadczeń wynikały z prowadzonej w Ośrodku ewidencji świadczeń i generowanych na jej podstawie raportów statystycznych. Ponadto dokumentacja rozliczeniowa była prowadzona poprawnie, zarówno pod względem formalnym, jak i rachunkowym. Rachunki za udzielone świadczenia medyczne zostały przedstawione do rozliczenia terminowo i zaakceptowane przez DOW NFZ.

[dowód akta kontroli str. 200 – 297]

W 2012 r. DOW NFZ rozliczył i dokonał płatności za świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w kwocie 4 614 760,35 zł, tj. rozliczono i opłacono 37 porad ambulatoryjnych, 48 819 osobodni w hospicjum domowym oraz 11 777,6¹² osobodni w hospicjum stacjonarnym. Kontrola wykazała, że liczba usług świadczonych w 2012 r., wykonanych przez Ośrodek, poświadczonych przez DOW NFZ jako wykonane, była wyższa niż przewidywały to limity określone w umowie z DOW NFZ.

¹⁰ Osobodzień – jednostka rozliczeniowa z NFZ.

¹¹ W 2014 r. nie wprowadzono zmian w planie rzeczowo finansowym umowy.

¹² Część ułamkowa w rozliczeniu spowodowana została wskutek zastosowania współczynników korygujących stawkę za świadczenie w przypadku zastosowania dodatkowych świadczeń.

W rzeczywistości świadczone usługi hospicjum domowego przez 60 407 osobodni, a hospicjum stacjonarnego przez 12 225,6 osobodni. Wartość nierozliczonych w 2012r. usług wyniosła 613 033,20 zł i dotyczyła 11 320 osobodni w hospicjum domowym oraz 447,6 osobodni w hospicjum stacjonarnym. W wyniku zawartej w dniu 20 lutego 2012 r. ugody pomiędzy Świadczeniodawcą a DOW NFZ, uwzględniono w rozliczeniach część nieopłaconych usług. Dodatkowe wynagrodzenie, wyliczone przy zastosowaniu obniżonych stawek w stosunku do umownej pierwotnej stawek za usługi, wynosiło 469 344,11 zł i było niższe od spodziewanego o 31%, tj. o 143 689,09zł.

[dowód akta kontroli str. 298 – 304]

W 2013 r., Ośrodek wystawił, a DOW NFZ zaakceptował faktury na kwotę 5 372 485,00 zł. Tymczasem DOW NFZ potwierdził wykonanie usług na kwotę ogółem 5 571 632,50 zł (w rzeczywistości udzielono 50 porad ambulatoryjnych, przez 68 562 dni świadczone opiekę w hospicjach domowych i przez 11 803 dni w hospicjum stacjonarnym). Wartość wykonanych, zaakceptowanych przez DOW NFZ i nieopłaconych usług zamknęła się kwotą 195 706,65 tys. zł.

W okresie od stycznia 2014 r. do końca czerwca 2014 r. DOW NFZ zatwierdził wykonanie usług o wartości 2 980 459,70 zł, rozliczeń i płatności dokonano na kwotę 2 391 505,05 zł. Do dnia 30 czerwca 2014 r. limity określone umową zostały przekroczone o 567 605,90 zł, tj. o 38%.¹³

[dowód: akta kontroli: str.302 - 311]

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Ośrodka podał, że podstawowym problemem w zakresie sprawowania opieki hospicyjnej i paliatywnej był brak możliwości zawarcia kontraktu z NFZ uwzględniającego potrzeby pacjentów. Mimo wykazywania przez Ośrodek w ofertach możliwości wykonania w danym roku określonej liczby świadczeń, przy uwzględnieniu wieloletniego doświadczenia, znajomości potrzeb ludności, posiadanego sprzętu specjalistycznego oraz wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, Ośrodek spotykał się z propozycjami sfinansowania świadczeń na poziomie znacznie niższym od uzasadnionych potrzeb, niepozwalających na zabezpieczenie osobom ubezpieczonym należytej dostępności do świadczeń oraz ciągłości opieki. Dyrektor Ośrodka wyjaśniał, że z wieloletniego doświadczenia zawodowego w prowadzeniu podmiotu leczniczego, jakim jest Ośrodek wynika, że zaistniała sytuacja jest wynikiem arbitralnego ograniczenia zakupu ilości świadczeń w toku negocjacji z DOW NFZ z powodu niedoszacowania potrzeb w przedmiotowym zakresie. Konsekwencją tego stanu rzeczy był fakt, że Ośrodek nie ograniczał dostępności do świadczeń medycznych, wskutek czego występowało zjawisko „nadwykonań”.

[dowód akta kontroli str. 55 – 56]

*Uwagi dotyczące
badanej działalności*

NIK zauważa, że ewidencja księgową prowadzoną w Ośrodku nie umożliwiła wyliczenia rzeczywistych kosztów świadczenia usługi medycznej. Zgodnie z przyjętą polityką rachunkowości, rachunek zysków i strat sporządzany był w tzw. wariancie porównawczym. Forma ta, wprawdzie dopuszczona prawem, była jednak uproszczeniem rachunkowości, mająca zastosowanie przede wszystkim w ewidencji zdarzeń gospodarczych w działalności jednorodnej, prowadzonej na niewielką skalę. Z udzielonych w tej sprawie wyjaśnień wynikało, że stawki za świadczone usługi kalkulowano z zastosowaniem uproszczonych metod pozaksięgowych z pominięciem, uznanych w rachunkowości, metod rachunku kosztów.

[dowód akta kontroli str. 58 – 59]

¹³ 1/12 limitu na rok pomnożona przez liczbę miesięcy,

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Ośrodka Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w zakresie rzetelności rozliczeń z DOW NFZ z tytułu wykonanych w ramach umowy świadczeń medycznych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3. Warunki udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3.1. Warunki dotyczące pomieszczeń, w których udzielano świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Hospicjum Stacjonarnym, tj. rodzaj i wielkość pomieszczeń, stopień ich przystosowania dla osób niepełnosprawnych oraz zaopatrzenie w sprzęt, były zgodne z umową (ofertą Świadczeniodawcy) oraz odpowiadały wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁴ i w załączniku nr 3 do Zarządzenie Nr 79/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Świadczeń udzielano w jedno, dwu lub trzypięt osobowych salach chorych. Wydzielono izolatkę, salę dziennego pobytu. Pomieszczenia Hospicjum dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych, sale wieloosobowe wyposażono w parawany celem zapewnienia pacjentowi intymności.

Hospicjum Stacjonarne wyposażone było (stosownie do wymagań) w niezbędną ilość sprzętu medycznego i pomocniczego, posiadającego ważne przeglądy techniczne. Na wyposażeniu Hospicjum znajdowały się m.in. łóżka szpitalne o regulowanej wysokości, materace i inny sprzęt przeciwoleżynowy, sprzęt ułatwiający pielęgnację (podnośniki, parawany, pasy ślizgowe), koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

Salę chorych wyposażono standardowo w umywalkę, dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny, podajniki rękawiczek jednorazowego użytku, kubły do segregacji odpadów (zakaźne i pozostałe), stolik i szafę ubraniową.

[dowód akta kontroli str. –312 – 324]

3.2. Wszystkie obiekty Ośrodka miały uregulowany stan prawny i były własnością Przedsiębiorcy - Riada El Zein.

Przedsiębiorca, jednocześnie właściciel obiektów budowlanych wchodzących w skład Ośrodka, dochował należytej staranności w utrzymaniu budynków i budowl. Wszystkie obiekty znajdowały się we właściwym stanie technicznym i estetycznym, cała nieruchomość była uporządkowana. Obiekty budowlane były poddawane, zgodnie z art. 62 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*¹⁵ kontrolom okresowym, tak z wymaganą częstotliwością, jak i z wymaganym zakresem. Wyniki kontroli były udokumentowane, a fakt przeprowadzenia kontroli był odnotowywany w książkach obiektu budowlanego. W ocenie, uprawnionych do wykonania kontroli budowlanej osób, obiekty Ośrodka były w dobrym stanie technicznym, a po przeprowadzeniu okresowych kontroli budynków nie formułowano zaleceń. Przeprowadzone w toku kontroli oględziny obiektów Ośrodka również nie wykazały

¹⁴ Dz. U. z 2013r. poz. 1347.

¹⁵ Dz. U. 2013.1409 ze zm.

nieprawidłowości w tym zakresie. Oględziny nie wykazały także nieprawidłowości w przedmiocie zapewnienia bezpieczeństwa na wypadek pożaru. (środki gaśnicze posiadały aktualne przeglądy techniczne - ostatni przegląd okresowy i konserwację sprzętu przeciwpożarowego przeprowadzono w dniu 18 listopada 2013 r.).

Świadczeniodawca dopełnił obowiązku wynikającego z § 11 ust 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶, tj. umieszczono na zewnątrz budynku, w którym udzielane były świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, odpowiednią tablicę informacyjną ze znakiem graficznym Narodowego Funduszu Zdrowia.

[dowód akta kontroli str. 312 – 324]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie warunki wykonywania świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej.

4. Sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorym.

4.1. W latach 2012 – 2014 (I półrocze) Ośrodek zatrudniał od pięciu do ośmiu lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej na od 3,1 do 3,45 etatu. Ponadto zatrudniano od 25 do 30 pielęgniarek (19,18 – 22,56 etatu), a także od pięciu do ośmiu osób dodatkowego personelu medycznego (psycholog, fizjoterapeuci). Stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu odpowiadały wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W analizowanym okresie nie występowały przypadki nakładania się czasu pracy personelu medycznego u różnych pracodawców. Z informacji uzyskanej z DOW NFZ wynikało, że kontrola i eliminowanie przypadków tzw. kolizji czasu pracy personelu medycznego następuje automatycznie poprzez sprawdzenia dokonywane przez system informatyczny, zarówno po stronie Świadczeniodawcy, jak i DOW NFZ.

[dowód akta kontroli str. 39-40, 49, 92-133, 147 – 189, 333 – 357, 368 – 371, 393 - 397]

Zgodnie z obowiązującą w Ośrodku procedurą trybu kierowania i przyjęcia do Ośrodka Medycyny Paliatywnej, opieką paliatywną i hospicyjną obejmowano pacjentów kwalifikowanych według wykazu schorzeń ustalonego przez Ministra Zdrowia w załączniku nr 1 do rozporządzenia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podstawę przyjęcia do Ośrodka stanowiło skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz dokumentacja potwierdzająca wskazania medyczne (karta informacyjna, wyniki badań). Ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta podejmował Dyrektor Ośrodka lub lekarz na podstawie kryteriów medycznych (przypadek pilny lub stabilny).

Hospicjum Stacjonarne, udzielało wszechstronnej, całościowej, całodobowej, siedem dni w tygodniu, opieki nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Celem opieki było zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej

¹⁶ Dz. U. 2008. 81. 484..

i hospicyjnej obejmowały również wspomaganie rodzin chorych w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia i żałoby.

[dowód akta kontroli str. 358 - 365]

Hospicjum Domowe udzielało świadczeń w zakresie opieki pielęgniarstwa, co najmniej dwa razy w tygodniu, zaś wizyty lekarskie odbywały się, co najmniej dwa razy w miesiącu. Potwierdzeniem realizacji świadczenia był podpis pacjenta na tzw. „karcie wizyt”, gdzie odnotowywano datę wizyty lekarza, pielęgniarki lub innego personelu (np. fizjoterapeuty), wykonane w trakcie wizyty czynności, podane leki itp. Dodatkowo prowadzono tzw. domową kartę leków zawierającą zalecenia lekarskie, listę przepisanych leków, a także informacje, co do sposobu realizacji leczenia i dane kontaktowe zespołu hospicjum. Badania przeprowadzone na losowo dobranej próbie 15 dokumentacji pacjentów hospicjum domowego wskazały, że porady lekarskie udzielane były w tej grupie dwa razy w miesiącu, natomiast wizyta pielęgniarki miała miejsce nie mniej niż dwa razy w tygodniu. Ponadto w dwóch przypadkach odnotowano wizyty rehabilitantów.

[dowód akta kontroli str. 366 – 367]

4.2. W latach objętych kontrolą, w Ośrodku, obowiązywała, mająca charakter informacyjno-instrukcyjny, tzw. „Karta praw i obowiązków pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych Ośrodka Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej” oraz obowiązujące uregulowania zawarte w rozdziale VIII Regulaminu organizacyjnego Ośrodka. Wymienione dokumenty obejmowały pełny katalog praw pacjentów ujęty w rozdziałach od drugiego do 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁷.

Stosownie do tych zasad pacjent miał prawo m.in. do: świadczeń zdrowotnych, informacji o swoim stanie zdrowia, zachowania tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń, wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności, (przy czym pacjent znajdujący się w stanie terminalnym miał prawo do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień), dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a także do poszanowania życia prywatnego, rodzinnego i opieki duszpasterskiej.

W przypadku nieprzestrzegania tych praw, pacjent mógł złożyć skargę do Dyrektora Ośrodka, Pełnomocnika ds. Pacjenta lub wpisania się do prowadzonej w Ośrodku Książki Skarg i Wniosków.

Z zapisów prowadzonego w Ośrodku rejestru skarg oraz zapisów Książek Skarg i Wniosków wynikało, że w latach 2012 – 2014 (I półrocze) wniesiono, za pośrednictwem poczty elektronicznej, jedną skargę dotyczącą naruszenia prawa pacjenta w zakresie przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, tj. prawa ujętego w rozdziale 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Odpowiedzi na skargę udzielono po 16 dniach od daty wpływu. Z treści skargi i udzielonej odpowiedzi wynikało, że sprawa została wyjaśniona, a skarga była niezasadna.

Informację o prawach pacjenta umieszczono w miejscach ogólnie dostępnych w formie papierowej. Informacja taka był również dostępna na stronach internetowych Ośrodka

[dowód: akta kontroli str.44 – 48]

¹⁷ Dz. U. 2012.159 ze zm.

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorymi.

5. Funkcjonowanie nadzoru i kontroli oraz załatwianie skarg i wniosków.

5.1 W latach 2012-2014 (I półrocze) Ośrodek nie był kontrolowany przez DOW NFZ w przedmiocie warunków wykonania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym odnośnie prowadzenia list oczekujących pacjentów, technicznego stanu posiadanych urządzeń (ważność atestów), prawidłowości realizacji kontraktów.

Kontrole stanu sanitarnego Ośrodka, przeprowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Trzebnicy nie wykazały nieprawidłowości.

[dowód: akta kontroli str. 3]

5.2. Ośrodek posiadał ustanowiony, udokumentowany i wdrożony System Zarządzania Jakością (SZJ), funkcjonujący według międzynarodowej normy PN-EN ISO 9001:2009. Sprawy dotyczące rozpatrywania i załatwiania skarg na działalność Ośrodka uregulowane zostały w zatwierdzonej przez Dyrektora Ośrodka, i obowiązującej od 2009r. tzw. „Księdze jakości,” stanowiącej zbiór procedur SZJ pn. „Procedura działań korygujących i zapobiegawczych”. Według przyjętych w Ośrodku rozwiązań organizacyjno-prawnych skargi można było składać ustnie za pośrednictwem lekarza, przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki koordynującej i Dyrektora Ośrodka oraz pisemnie, poprzez wpis do książki skarg i wniosków lub odrębnym pismem. Zgodnie z przyjętą procedurą każdy przypadek skargi miał być rozpatrywany indywidualnie w terminie 30 dni od daty wniesienia skargi, w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (KPA)¹⁸.

Przeprowadzone w toku kontroli oględziny wykazały, że książki skarg i wniosków (cztery szt.) umieszczono w miejscach widocznych i ogólnie dostępnych m.in. dla pacjentów hospicjum stacjonarnego.

Informacje dla pacjentów i ich rodzin dotyczące: praw pacjentów, zakresu udzielanych świadczeń, harmonogramu świadczeń, godzin rejestracji, personelu medycznego, trybu składania i rozpatrywania skarg, były upubliczniane w Ośrodku i dostępne dla każdego zainteresowanego.

Z zapisów prowadzonego w Ośrodku rejestru wniesionych skarg oraz zapisów w książkach skarg i wniosków wynikało, że w latach 2012 – 2014 (I półrocze) nie wnoszono skarg, wniosków i uwag dotyczących wykonywania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Z informacji uzyskanej z DOW NFZ wynikało, że w latach 2012 – 2014 (I pierwsze półrocze) rozpatrywano jedną skargę dotyczącą funkcjonowania Hospicjum Stacjonarnego w Będkowie. Pismem z dnia 5 sierpnia 2013 r. NFZ poinformował skarżącą, że skarga była niezasadna.

[dowód: akta kontroli str. 368 – 387, 388 - 390]

¹⁸ j.t. Dz. U.2013.267.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Wnioski
pokontrolne

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie funkcjonowanie systemu nadzoru i kontroli oraz procedury załatwiania skarg i wniosków w Ośrodku.

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

- 1. Rozważenie możliwości zmiany polityki rachunkowości tak, aby możliwe byłoby skalkulowanie kosztów poszczególnych usług medycznych świadczonych w Ośrodku, w tym w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo
zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK we Wrocławiu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego przedstawionych powyżej lub o podjętych działaniach w kierunku ich wykorzystania.

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

Wrocław, dnia 1 października 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler:
Ryszard Puchała
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Zdzisław Poręba
p.o. Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis