

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ-410-09/2009

Nr ewid. 33/2010/P/09/090/KPZ

Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych

Warszawa marzec 2010 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

Dyrektor Departamentu
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnuś

Akceptuję:
Marek Zająkała

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

dnia

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
tel./fax: (22) 444-50-00 / (22) 825 44 81
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli	6
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	12
3. Ważniejsze wyniki kontroli	14
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	14
3.1.1. Stan prawny	14
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne	18
3.2. Istotne ustalenia kontroli	19
3.2.1. W organach założycielskich	19
3.2.1.1. Kierowanie pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych	19
3.2.1.2. Ustalanie odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	29
3.2.1.3. Czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	30
3.2.1.4. Nadzór nad funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych	33
3.2.1.5. Wpływ zasad finansowania domów pomocy społecznej na kierowanie do zakładów opiekuńczo-leczniczych	34
3.2.2. W zakładach opiekuńczo-leczniczych	35
3.2.2.1. Przyjmowanie pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych	35
3.2.2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów	43
3.2.2.3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych	46
3.2.2.4. Odpłatność pacjentów za pobyt w ZOL	49
3.2.2.5. Sytuacja finansowa zakładów opiekuńczo-leczniczych	53
3.2.2.6. Warunki socjalno-bytowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych	58
3.2.2.7. Kontrole zewnętrzne w zakładach opiekuńczo-leczniczych	60
3.2.2.8. Inne nieprawidłowości	61
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli	63
4.1. Przygotowanie kontroli	63
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	63
5. Załączniki	67

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli P/09/090 było funkcjonowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych¹.

Celem badań kontrolnych była ocena działań kierowników jednostek administracji samorządowej i kierowników zakładów opiekuńczo-leczniczych podejmowanych na rzecz osób wymagających długotrwałych świadczeń zdrowotnych.

Ocenie poddana została: procedura kwalifikowania i kierowania pacjentów do ZOL, procedura przyjmowania pacjentów w ZOL, rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, w tym dokumentowania udzielonych im świadczeń zdrowotnych, finansowanie kosztów pobytu pacjentów w ZOL oraz kosztów organizacji i realizacji opieki lekarsko-pielęgniarskiej, rzetelność realizacji i rozliczania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia² na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej.

Kontrole przeprowadzono w 53 jednostkach, w tym:

- w 18 jednostkach administracji samorządowej³, będących organem założycielskim ZOL i w 2 powiatowych centrach pomocy rodzinie⁴, wydających decyzje o skierowaniu do ZOL;
- w 19 publicznych⁵ i 14 niepublicznych⁶ ZOL o profilu ogólnym.

Kontrola została podjęta przez Najwyższą Izbę Kontroli, z własnej inicjatywy.

Przyczyną jej podjęcia były sygnały jakie pojawiały się w mediach (prasa, telewizja) na temat nieprawidłowości w funkcjonowaniu zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz skargi (3), które wpłynęły do NIK (w latach 2006-2008) na działalność tych zakładów.

Badaniami kontrolnymi objęto lata 2007-2009 (I i II kwartał)⁷.

¹ Zakłady opiekuńczo-lecznicze – zwane dalej również „ZOL” lub „zakładem”.

² Narodowy Fundusz Zdrowia zwany dalej również „NFZ” lub „Funduszem”.

³ Pod względem legalności, gospodarności i rzetelności – zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK”.

⁴ Kryteria przeprowadzenia kontroli – jak w przypisie 3.

⁵ Podstawa przeprowadzenia kontroli – jak w przypisie 3.

⁶ Pod względem legalności i gospodarności – zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o NIK.

⁷ W kontroli uczestniczyło 8 delegatur (w: Białymstoku, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu) oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Kontrola przeprowadzona została w okresie od 5 maja do 15 października 2009 r.

W kontroli uczestniczyli – na wniosek NIK – kontrolerzy (lekarze) z 8 oddziałów wojewódzkich NFZ, ponieważ mają oni prawo wglądu w dokumentację medyczną pacjentów.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik Nr 1 do Informacji.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze są formą stacjonarnej opieki długoterminowej i, zgodnie z ustawą⁸, zakładami opieki zdrowotnej. Znaczna część ZOL wchodzi również w strukturę innych zakładów opieki zdrowotnej, stanowiąc np. ich odrębny obiekt, lub utworzona została na bazie zlikwidowanych oddziałów szpitalnych.

Zadaniem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i **kontynuacją leczenia** osób, które przebyły „ostrą fazę leczenia szpitalnego”, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i **nie wymagają już dalszej hospitalizacji**. Jednak ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności, brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarzkiej i wg. międzynarodowej skali Barthel⁹ uzyskali do 40 punktów (stan „średnio ciężki” i „bardzo ciężki”).

Do zakładów opiekuńczo-leczniczych nie mogą trafiać osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa.

Podstawowy pakiet świadczeń udzielanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych obejmuje: świadczenia lekarskie i pielęgniarzkie, rehabilitację - zgodnie z zaleceniem lekarza, badania i terapię psychologiczną, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zabezpieczenie w leki i wyroby medyczne - zlecone przez lekarza, zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, zapewnienie zleconych badań, edukację i poradnictwo zdrowotne, zapewnienie zleconego transportu, zabezpieczenie w środki pomocnicze oraz wyroby medyczne.

⁸ Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) – zwana dalej „ustawą o zoż” (art. 2 ust.1 pkt 1).

⁹ Ocena zdolności pacjenta do samoopieki, a tym samym kwalifikująca go do udzielania świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (i pielęgnacyjno-opiekuńczym); wzór karty kwalifikacyjnej stanowi załącznik Nr 2 do Informacji.

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła działania związane z kwalifikowaniem i kierowaniem pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych, skutkiem czego było m.in. to, że jedni przebywali w tych zakładach przez wiele miesięcy, a nawet lat – mimo, że ich stan zdrowia tego nie wymagał, a innych wielomiesięczne oczekiwanie na miejsce w ZOL zmuszało do zapewnienia sobie innego rodzaju opieki. Stwierdzone nieprawidłowości były następstwem nie przestrzegania obowiązujących w tym zakresie przepisów, jak również braku nadzoru nad funkcjonowaniem tych zakładów ze strony ich organów założycielskich¹⁰.

Negatywnie oceniono również nieprzestrzeganie obowiązujących procedur przy przyjmowania pacjentów, nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej¹¹, zawyżanie odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL¹², oraz niezapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych. Zakłady nierzetelnie rozliczały z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o finansowanie świadczeń opieki długoterminowej uzyskując tym samym środki m.in. za świadczenia, których faktycznie nie wykonały.

Odpowiedzialność za stwierdzone nieprawidłowości ponoszą bezpośrednio organy założycielskie tych zakładów oraz kierownicy/dyrektorzy ZOL.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Żaden ze skontrolowanych organów kierujących pacjentów do ZOL nie przestrzegał trybu postępowania przy wydawaniu decyzji w tym

¹⁰ „Organ założycielski” – zwany dalej również „organem kierującym” lub „urzędem”.

¹¹ „Nierzetelność” w tych przypadkach jest rozumiana jako niespełnienie wymagań określonych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego (m.in. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania – Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.). Ustalenia w wyniku których stwierdzono „nierzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej”, a w konsekwencji „nierzetelność rozliczenia umów z NFZ” dotyczy zarówno publicznych jak i niepublicznych ZOL i są następstwem kontroli NFZ w tym zakresie.

¹² Dotyczy 8 ZOL spośród 33 objętych indywidualną kontrolą (24,2%).

zakresie (ale skala i rodzaj tych nieprawidłowości były różne w odniesieniu do każdego z nich). Stwierdzono, że decyzje wydawane były na podstawie niekompletnych i/lub nieaktualnych dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o skierowanie do ZOL (w 8 urzędach). Lekarze wyznaczeni do opiniowania powyższych wniosków nie przestrzegali 14-dniowego terminu do sporządzenia tych opinii oraz nie przekazywali ich niezwłocznie do organu kierującego (szczególnie gdy lekarze ci byli pracownikami ZOL). Niejednokrotnie opinia sporządzana była nierzetelnie lub nie było jej wcale (w 14 urzędach). (str. 19-27, 35-38)

2.2.2. Większość organów kierujących (13 spośród 18 objętych kontrolą – tj. 72,2%) nie sprawowała nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, w tym m.in. nad dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zapewnieniem odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom w ZOL. (str. 33-34, 60)

2.2.3. Wydawanie decyzji przedłużających pobyt pacjentów w ZOL (24,4%), jak również decyzji wydawanych na pobyt stały (30%) nie było – jak wynika z ustaleń kontroli (co najmniej 19,8% badanej dokumentacji medycznej) – uzasadnione stanem zdrowia pacjentów. Efektem było „blokowanie” przyjmowania do ZOL kolejnych osób, a rotacja następowała najczęściej w związku ze zgonem pacjenta przebywającego w ZOL, albo rezygnacją z dalszego pobytu. Następstwem było wydłużanie się czasu oczekiwania na miejsce w ZOL (nawet do 10-12 miesięcy).

Nadmienić należy, że dla większości pacjentów (70%) decyzja przedłużająca ich dotychczasowy pobyt w ZOL była kolejną z rzędu (nawet ósmą), co sprawiało, że niektórzy z nich przebywali w ZOL nieprzerwanie nawet kilka lat (3-10 lat).

Stan ten przeczy idei funkcjonowania ZOL, które z założenia winny przede wszystkim sprawować opiekę lekarsko-pielęgniarską nad pacjentami do czasu poprawy ich stanu zdrowia, po czym winni oni wracać do rodziny lub być kierowani do domów pomocy społecznej.

Wyniki kontroli nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, czy nowe zasady finansowania pobytu w domach pomocy społecznej mają wpływ na zwiększenie zapotrzebowania na miejsca w ZOL.

Tryb postępowania wobec osób kierowanych do ZOL przebiegał wg zasad określonych w rozporządzeniu w sprawie ZOL i tym samym nie pozwalał na identyfikację osób, które faktycznie winny być umieszczone w domach pomocy społecznej. (str. 20-23, 26, 31, 34-35, 39-40)

2.2.4. We wszystkich ZOL wyniki kontroli wskazały na występowanie szeregu nieprawidłowości przy przyjmowaniu pacjentów.

Pacjenci przyjmowani byli:

- przed wydaniem im decyzji kierującej lub w ogóle bez skierowania (w co najmniej 10 ZOL – tj. 30% badanych),
- mimo wydanej im decyzji odmownej (w nielicznych przypadkach w 3 ZOL – 9,1% badanych),
- z chorobą nowotworową, co kwalifikowało ich do opieki paliatywnej lub hospicyjnej (w 4 ZOL – 12% badanych),
- sklasyfikowani w zakresie samoobsługi powyżej 40 punktów w skali Barthel¹³ (w 6 ZOL – 18,2% badanych).

W 11 ZOL spośród 33 objętych jednostkową kontrolą (tj. 33,3%) nie było list osób oczekujących na miejsce, a w pozostałych prowadzone były nierzetelnie i nie dawały przejrzystego obrazu dostępności do świadczeń zdrowotnych. Sprzyjało to przyjmowaniu do ZOL pacjentów poza kolejnością (przynajmniej w 15 ZOL spośród 22, w których były listy oczekujących – 68,2%); nie dotyczyło to przypadków określonych w rozporządzeniu w sprawie ZOL, tj. przypadków nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta.

W publicznych ZOL okres oczekiwania na miejsce wynosił od kilku dni (10-14 dni) do nawet 10-12 miesięcy, a w niepublicznych – do 3 miesięcy. (str. 35-43)

2.2.5. Zakłady opiekuńczo-lecznicze – w okresie od 1 stycznia 2007 r. do 31 lipca 2008 r. – nie przestrzegały obowiązku uzyskiwania zgody NFZ na przedłużanie pobytu pacjentów w ZOL ponad termin określony w decyzji, a po

¹³ Ocena zdolności pacjenta do samoopieki, a tym samym kwalifikująca go do udzielania świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (i pielęgnacyjno-opiekuńczym).

Wprowadzenie zmodyfikowanej skali Bartel, wg której NFZ finansuje świadczenia udzielane pacjentom którzy uzyskali od 0 do 40 pkt, ma na celu zapewnienie jak największej liczbie ubezpieczonych dostępności do świadczeń opieki długoterminowej oraz wyeliminowanie przypadków pozostawiania w ZOL osób, które nie wymagają tych świadczeń i powinny być wypisane do domu bądź skierowane do domu pomocy społecznej.

tym okresie – gdy decyzja o przedłużeniu należała do organu kierującego¹⁴ – nie przestrzegały obowiązku aby w każdym przypadku przedłużenie pobytu w ZOL było uzasadnione względami medycznymi, potwierdzonymi w dokumentacji medycznej pacjentów. (str. 39-41)

2.2.6. Dokumentacja medyczna pacjentów ZOL prowadzona była nierzetelnie, co może wskazywać na nierzetelne udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁵.

Dokonywano w niej m.in. wpisów o przeprowadzonych kolejnych świadczeniach zdrowotnych u pacjentów, którzy faktycznie przebywali w tym czasie poza ZOL (w szpitalu lub sanatorium). Stwierdzono brak spójności pomiędzy dokumentacją lekarską a pielęgniarzką (dotyczącą tego samego pacjenta). O „rzetelności” prowadzenia dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej świadczą również m.in. wpisy dotyczące „aktualnej” oceny stanu zdrowia pacjenta, który już nie żył lub pacjenta przed jego przyjęciem do ZOL, czy też wpis o zgonie pacjenta, który po 5 miesiącach został ponownie przyjęty do tego samego ZOL.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej stwierdzono we wszystkich ZOL objętych indywidualną kontrolą (33), od pojedynczych przypadków do nawet całej dokumentacji. (str. 40, 43-58, 61)

2.2.7. Zakłady opiekuńczo-lecznicze nierzetelnie rozliczały się z NFZ z wykonanych świadczeń zdrowotnych¹⁶.

W rozliczeniach wykazywano m.in. udzielanie świadczeń pacjentom, którzy faktycznie w tym czasie byli poza ZOL (w szpitalu, na przepustce, zostali już wypisani lub jeszcze nie przyjęci).

Kontrolerzy NFZ zakwestionowali również rozliczenia dotyczące pacjentów, którzy nie spełniali wymogów uzasadniających ich pobyt w ZOL.

Niektóre ZOL (6 spośród 33, tj. 18,2%) nie przestrzegały obowiązku bieżącego informowania NFZ o zmianie stanu zatrudnienia pracowników lub podawali ten stan

¹⁴ W przypadku publicznych ZOL; w niepublicznych – decyzję o przedłużeniu pobytu pacjentów podejmował dyrektor/kierownik ZOL.

¹⁵ Dokumentacja medyczna pacjentów ZOL badana była przez kontrolerów NFZ uczestniczących w kontroli NIK.

niezgodny ze stanem faktycznym (z reguły większy); w efekcie otrzymywali z NFZ nienależne środki z tego tytułu.

Z tytułu nierzetelnie realizowanych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ZOL zostały zobowiązane do zwrotu nienależnie otrzymanych środków – łącznie w kwocie 1.502,3 tys. zł oraz naliczono im kary umowne z tego tytułu – łącznie w kwocie 405,9 tys. zł. (str. 46-49)

2.2.8. Odpłatność pacjentów z tytułu pobytu w ZOL (koszty wyżywienia i zakwaterowania) wynosiła 70% ich miesięcznego dochodu. Jeśli jednak środki przekazywane były bezpośrednio z ZUS/KRUS to stanowiły jedynie 65% ich miesięcznego świadczenia¹⁷ i w tych przypadkach pacjent dopłacał różnicę (pomiędzy kwotą wyliczoną przez ZOL, tj. 70% ich miesięcznego dochodu, a kwotą przekazywaną przez ZUS/KRUS, tj. 65% miesięcznego świadczenia). Sprzyjał temu brak spójności pomiędzy przepisami regulującymi tę kwestię.

Dyrektorzy niektórych ZOL (8, tj. 24,2% badanych) nie przestrzegali zasad ustalania odpłatności podanych w rozporządzeniu w sprawie ZOL i określali tę wysokość wg własnego uznania; również i w tych przypadkach pacjent był zobowiązany do pokrycia różnicy w odpłatności.

Niektóre ZOL (5 – tj. 15,2% badanych) nie przestrzegały obowiązku obniżania miesięcznej opłaty za pobyt w ZOL odpowiednio o liczbę dni nieobecności pacjenta (szpital, przepustka, ...) zatrzymując sobie tym samym nienależne środki. (str. 49-53)

2.2.9. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu ZOL są następstwem nie przestrzegania (przez ZOL i ich organy założycielskie) przepisów rozporządzenia w sprawie ZOL¹⁸ oraz nie uregulowania w nim jednoznacznie wielu

¹⁶ Prawidłowość rozliczeń wykonanych świadczeń zdrowotnych w porównaniu z dokumentacją medyczną pacjentów badana była przez kontrolerów NFZ.

¹⁷ Por. art. 34a ust. 1 i 2 ustawy o zoz, art. 8 ust. 3 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 ze zm.) i art. 139 ust. 1 pkt 10 oraz art. 140 ust. 4 pkt 3 ustawy z 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.).

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166 poz. 1265), zwane dalej również „rozporządzeniem w sprawie ZOL”.

Z dniem 10 listopada 1999 r. utworzone zostało Ministerstwo Zdrowia, rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. (Dz. U. Nr 91, poz. 1018); dla uproszczenia było Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia będą zwane dalej w sposób jednolity „Ministerstwem Zdrowia”.

kwestii. W efekcie sposób wykonania poszczególnych zadań zależał od podmiotu, który je realizował. (str. 20-30, 35-41, 49-52)

2.2.10. Sytuacja finansowa zakładów opiekuńczo-leczniczych, jako efekt realizacji świadczeń opieki długoterminowej, finansowanych ze środków NFZ, była zróżnicowana w okresie objętym kontrolą. W niektórych zakładach środki z NFZ (ok. 75% przychodów) i odpłatność pacjentów z tytułu ich pobytu w ZOL (25% przychodów), były wystarczające dla zabezpieczenia potrzeb opiekuńczo-leczniczych i bytowych pacjentów, a nawet nie wykorzystywano ich w całości osiągając „zysk”¹⁹ z tego tytułu (publiczne od 6,7 tys. zł do 1.105 tys. zł w skali roku, a niepubliczne od 24,6 tys. zł do 1.739,5 tys. zł), a inne – „stratę” (publiczne od 3,5 tys. zł do 1.124,3 tys. zł, a niepubliczne od 13,4 tys. zł do 579,2 tys. zł). W ocenie NIK znaczny „zysk” osiągany przez ZOL może wskazywać na nieuzasadnione przedłużanie pobytu pacjentów, którzy nie wymagają takiego zakresu świadczeń jaki opłaca NFZ i których im się faktycznie nie udziela. (str. 53-58)

2.2.11. Żaden ZOL nie spełniał wymagań dotyczących warunków socjalno-bytowych; m.in. w każdym z nich od 30 do 88% sal chorych nie spełniało normy powierzchniowej, przypadającej na 1 łóżko (minimum 6 m²), a odstępy między sąsiednimi łózkami były również mniejsze od wymaganych (0,7 m), co uniemożliwiało swobodne korzystanie ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego. W niektórych ZOL pomieszczenia były maksymalnie wykorzystane na sale chorych tak, że nie było nawet gabinetów do rehabilitacji, terapii, gabinetu lekarskiego. Ponadto, w niektórych ZOL pomieszczenia higieniczno-sanitarne były zbiorowe dla wszystkich pacjentów ZOL, wspólne dla kobiet i mężczyzn. (str. 58-60)

¹⁹ Pod pojęciem „zysk” (lub „strata”) należy rozumieć niewykorzystane (lub ich niedobór) środki z NFZ (z tytułu finansowania świadczeń zdrowotnych) i odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL.

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

2.3.1. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL skierowanie osoby do publicznego ZOL jest decyzją administracyjną. Winna ona wiązać zarówno organ kierujący, jej adresatów, jak i podmiot finansujący ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej (NFZ).

Rozporządzenie w sprawie ZOL nie reguluje jednoznacznie wielu kwestii związanych z kierowaniem pacjentów do ZOL oraz funkcjonowaniem tych zakładów, co miało m.in. wpływ na powstanie nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli²⁰.

2.3.2. Publiczne zakłady opiekuńczo-lecznicze²¹ są jedynym rodzajem zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku których – o skierowaniu i leczeniu – decydują **organy administracji samorządowej**.

Jednocześnie organy te – mimo iż powinny – to jednak nie sprawują nadzoru nad dostępnością do leczenia w tych zakładach i poziomem udzielanych tam świadczeń zdrowotnych.

2.3.3. Uwagi przedstawione w p. 2.3.1. i 2.3.2. powodują konieczność **skierowania wniosku pod adresem Ministra Zdrowia** o dokonanie w porozumieniu z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia analizy stanu istniejącego i na tej podstawie opracowanie odpowiednich rozstrzygnięć, przyjmując następujące wariantowe możliwości rozwiązań:

²⁰ W rozporządzeniu nie sprecyzowano np.:

- kto ma ustalać czas pobytu pacjenta w ZOL - lekarz wyznaczony do opiniowania wniosku o skierowanie pacjenta do ZOL, czy organ kierujący wydający decyzję (§ 3 ust. 1 stanowi „skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego **wyda się** na pobyt stały albo na czas określony ...”);
- jaki powinien być tryb przedłużenia pobytu pacjenta w ZOL
- kto ustala wysokość miesięcznej odpłatności pacjenta (kwotę) za pobyt w ZOL - kierownik organu kierującego w dniu wydania decyzji czy kierownik ZOL w dniu przyjęcia pacjenta (§ 6 ust. 1 stanowi, że „miesięczna opłata za pobyt ... **jest ustalana** ...”, a § 6 ust. 2 stanowi, że „opłatę **ustala się** ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w ZOL ...”);
- nie podano instrumentów pozwalających na wyegzekwowanie obowiązku przekazywania informacji o zmianie dochodu osoby przebywającej w ZOL lub osób obowiązanych do ponoszenia tych opłat, lub/i występowanie w ich imieniu do organu emerytalno-rentowego lub zakładu pracy o przedstawienie aktualnej wysokości dochodu.
- nie określono sposobu wyznaczenia (doboru) lekarza opiniującego wnioski o skierowanie do ZOL w powiązaniu z miejscem jego zatrudnienia; w ocenie NIK winno być ono niezależne od ZOL, do którego kierowani są pacjenci z danego terenu (§ 2 ust. 1 stanowi „wnioski ... **składa się lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący** ...”).

²¹ Także zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

- **pozostawienie obecnie obowiązującej procedury kierowania pacjentów do ZOL ale jednocześnie zmianę rozporządzenia w sprawie ZOL**, doprecyzowując w nim: kto ma określać czas pobytu pacjenta w ZOL i jaki powinien być tryb przedłużania ich pobytu, kto winien ustalać wysokość miesięcznej kwoty odpłatności pacjenta, w jaki sposób egzekwować informacje o zmianie dochodu osoby przebywającej w ZOL (lub zobowiązanej do ponoszenia opłat), sposób doboru lekarza opiniującego wnioski o skierowanie pacjenta do ZOL, uwzględniając jego miejsce zatrudnienia;
- **opracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych o charakterze organizacyjnym**, zapewniających ubezpieczonym większy dostęp do świadczeń zdrowotnych w ZOL, uwzględniając ich faktyczne potrzeby zdrowotne i racjonalne wykorzystanie środków finansowych na realizację świadczeń opiekuńczo-leczniczych (wykorzystując do tego celu m.in. wyniki niniejszej kontroli)²².

²² Alternatywnie należałoby rozważyć czy zadania kwalifikowania i kierowania pacjentów do ZOL nie powierzyć Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń, m.in. określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³. Świadczeniobiorcy zapewnia się, i finansuje ze środków publicznych, m.in. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze²⁴. Są one finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczegóły dotyczące kontraktowania i realizacji tych świadczeń, w danym roku²⁵, określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w zarządzeniu wydanym w powyższej sprawie.

Zarządzenia regulują postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów (m.in. w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze), a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w danym rodzaju świadczeń. Umowy o udzielanie tych świadczeń zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

W trakcie udzielania tych świadczeń, na podstawie umowy z Funduszem, świadczeniodawca ponosi koszty leczenia farmakologicznego, wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz badań diagnostycznych. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

²³ Por. ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych..

²⁴ Tamże art. 15 ust. 2 pkt 13.

²⁵ Zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 61/2007/DSOZ z 19 września 2007 r. i Nr 53/2008/DSOZ z 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa i zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ z 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielane w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Jednostką rozliczeniową jest osobodzień lub porada.

Warunki rozliczenia świadczeń określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶ oraz w umowie stanowiącej załącznik do „warunków zawarcia umów”, określonych i nowelizowanych zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi umowami. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane są m.in. w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych²⁷, które zgodnie z ustawą są zakładami opieki zdrowotnej²⁸.

Szczegółowy sposób i tryb kierowania osób do tych zakładów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia²⁹. Wynika z niego, że skierowanie do zakładu wydaje w drodze decyzji organ, który utworzył publiczny zakład (np. marszałek województwa, prezydent miasta, etc.) albo organ, który zawarł umowę z niepublicznym zakładem na wykonywanie zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej³⁰ (zwany dalej „organem kierującym”).

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

²⁷ Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zwany dalej także „zakładem” lub „ZPO”.

²⁸ Por. art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o zoz”.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie ZOL”.

³⁰ Tamże § 1 ust. 1; **w praktyce jednak decyzję o przyjęciu do niepublicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego podejmował dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu, w oparciu o dokumentację określoną w § 1 ust. 3 rozporządzenia „w sprawie ZOL”.**

Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych³¹ od 31 sierpnia 2009 r. o przyjęciu świadczeniobiorcy do niepublicznego ZOL decyduje jego kierownik w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakresie.

Z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciel ustawowy lub – za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej³².

Do wniosku dołącza się:

- zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu, ze względu na stan zdrowia, wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji,
- wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową albo pielęgniarkę społeczną zakładu opieki zdrowotnej, w którym osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu przebywa,
- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności: decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty (do decyzji załącza się zgodę osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego) lub decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej³³.

Wniosek, wraz z wyżej wymienionymi dokumentami, składa się lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący, który na ich podstawie – uwzględniając w miarę możliwości dokonanie wyboru zakładu przez osobę ubiegającą się o skierowanie – wydaje w ciągu 14 dni opinię co do skierowania tej osoby do określonego zakładu. Następnie dokumenty te, wraz z opinią, lekarz niezwłocznie przekazuje do organu kierującego³⁴.

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. nr 140 poz. 1147 ze zm.) zwana dalej „**rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych**”

³² Tamże § 1 ust. 2.

³³ Tamże § 1 ust. 3.

³⁴ Tamże § 2. ust. 2.

Skierowanie do zakładu wydaje się na pobyt stały albo na czas określony. Skierowanie to wraz z wnioskiem (o wydanie skierowania) i ww. dokumentami organ kierujący przekazuje kierownikowi zakładu (kopię wniosku zatrzymuje organ kierujący)³⁵. Jeżeli osoba skierowana do zakładu z powodu braku miejsca nie może być przyjęta w terminie 3 miesięcy od dnia wydania decyzji o skierowaniu, zostaje wpisana na listę osób oczekujących, prowadzoną przez zakład³⁶. Osobie skierowanej do zakładu albo zakładowi opieki zdrowotnej, w którym ta osoba przebywa, przekazuje się informację o kolejności na liście osób oczekujących, a nawet udostępnia się, na żądanie, do wglądu tę listę³⁷.

Kierownik zakładu zawiadamia pisemnie osobę skierowaną do zakładu albo zakład opieki zdrowotnej, w którym ta osoba przebywa, o terminie przyjęcia do zakładu, a także zawiadamia organ kierujący o przyjęciu do zakładu osoby skierowanej³⁸. Osoba skierowana powinna być przyjęta do zakładu nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania³⁹.

W przypadku wydania przez sąd opiekuńczy orzeczenia o umieszczeniu w zakładzie, stanowi ono podstawę do wydania skierowania do zakładu⁴⁰. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza (wyznaczonego przez organ kierujący) może być wydane skierowanie do zakładu na czas określony, bez zachowania określonego trybu, a przyjęcie do zakładu może nastąpić poza kolejnością⁴¹.

Świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom w zakładzie opiekuńczo-leczniczym finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi natomiast sam pacjent. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym⁴².

³⁵ Tamże § 3 ust. 1 i 2.

³⁶ Tamże § 3 ust. 3.

³⁷ Tamże § 3 ust. 4.

³⁸ Tamże § 3 ust. 5 i 6.

³⁹ Tamże § 3 ust. 7.

⁴⁰ Tamże § 4.

⁴¹ Tamże § 5.

⁴² Por. art. 34a ust. 1 ustawy o zoz.

W przypadku dziecka przebywającego w takim zakładzie miesięczną opłatę za jego wyżywienie i zakwaterowanie ustala się w wysokości odpowiadającej 200 % najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej⁴³.

Nadmienić należy, że miesięczna opłata za pobyt w zakładzie osoby skierowanej do zakładu, albo w nim przebywającej, jest ustalana na okres roku. Opłatę tę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w zakładzie, albo osób obowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w zakładzie⁴⁴.

Miesięczną opłatę za pobyt w zakładzie obniża się odpowiednio o liczbę dni nieobecności w danym miesiącu w zakładzie, ale pod warunkiem pisemnego poinformowania kierownika zakładu przez osobę przebywającą w zakładzie o nieobecności co najmniej na 3 dni wcześniej, chyba, że powiadomienie to było niemożliwe z powodów losowych, a fakt ten został uwiarygodniony⁴⁵.

Powyższe regulacje odpłatności odnoszą się tylko do publicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych, chyba że ZOL niepubliczny realizuje zamówienie na świadczenie zdrowotne i wykonuje zadania zakładu publicznego.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne

3.1.2.1. Wg stanu na 31 grudnia 2008 r., na terenie kraju funkcjonowało 427 zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których znajdowało się ok. 19.931 łóżek; w tym 225 zakładów publicznych (11.025 łóżek) i 202 niepubliczne (8.906 łóżek).

Równocześnie funkcjonowało 178 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, w których było 5.870 łóżek (78 publicznych z 2.480 łózkami i 100 niepublicznych z 3.390 łózkami)⁴⁶.

Wielkość środków przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju „opieka długoterminowa”, w części dotyczącej świadczeń udzielonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych, sukcesywnie rosła i w

⁴³ Por. art. 34a ust. 2 ustawy o zoz.

⁴⁴ Por. § 6 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁴⁵ Por. § 7 rozporządzenia w sprawie ZOL.

okresie 2005-2007 wynosiła odpowiednio: 192.491 tys. zł, 225.366 tys. zł (o 17,1 % więcej) i 236.573 tys. zł (o 5,0 % więcej), ich wykorzystanie zaś wynosiło odpowiednio: 192.289,3 tys. zł (99,9 %), 222.153 tys. zł (98,6 %) i 229.862 tys. zł (97,2 %).

3.1.2.2. Na terenie objętym kontrolą 8 delegatur NIK funkcjonowało 200 zakładów opiekuńczo-leczniczych, w tym 96 publicznych i 104 niepubliczne. Kontrola przeprowadzona została w 48 ZOL (24%), w tym w 34 publicznych⁴⁷ (35,4%) i 14 niepublicznych⁴⁸ (13,5%).

Spośród 33 ZOL (19 publicznych i 14 niepublicznych), w których przeprowadzono kontrole jednostkowe – 14 z nich było samodzielnymi jednostkami organizacyjnymi (7 publicznych i 7 niepublicznych), a 19 – wchodziło w strukturę organizacyjną zakładów opieki zdrowotnej (12 publicznych i 7 niepublicznych).

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. W organach założycielskich

3.2.1.1. Kierowanie pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych

Skierowanie do publicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego – zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL⁴⁹ - wydaje w drodze decyzji administracyjnej organ, który utworzył Zakład⁵⁰.

Decyzję o przyjęciu do niepublicznego ZOL podejmuje⁵¹ natomiast dyrektor zakładu, w porozumieniu z lekarzem zakładu, w oparciu o dokumentację określoną w rozporządzeniu w sprawie ZOL.

⁴⁶ Wg stanu na 31 grudnia 2008 r. funkcjonowało również 79 hospicjów stacjonarnych, w tym 23 publiczne (z 249 łózkami) i 56 niepublicznych (z 839 łózkami).

⁴⁷ Spośród 34 publicznych ZOL – w 19 przeprowadzono pełną kontrolę wg Programu kontroli, a w 15 – w ramach kontroli ich organów założycielskich również wg Programu kontroli.

⁴⁸ 1 niepubliczny ZOL (15-ty) „INTERMED” w Resku uchylił się od kontroli NIK i Delegatura NIK w Szczecinie skierowała do Sądu Rejonowego II Wydział Karny Sekcja dla spraw o wykroczenia w miejscowości Łobez wnioski o ukaranie. W dniu 30 grudnia 2009 r. Sąd uznał Prezesa Spółki „INTERMED” za winnego zarzucanego mu czynu stanowiącego wykroczenie z art. 98 ustawy o NIK i wymierzył mu karę grzywny.

⁴⁹ Por. § 1 ust. 1 „rozporządzenia w sprawie ZOL”.

⁵⁰ Dla uproszczenia, organy wydające decyzje o skierowaniu pacjentów do ZOL – w dalszej części będą nazywane „organem kierującym” lub „urzędem”.

We wszystkich przypadkach objętych kontrolą (18) organem tworzącym dla publicznych zakładów jest jednostka administracji samorządowej (powiat lub samorząd wojewódzki). Wyniki kontroli wskazały, że 3 jednostki samorządowe, tj. Urząd Miasta w Częstochowie i starostwa Powiatowe w Grajewie i Mońkach – przekazały swoje uprawnienia do wydawania decyzji o skierowaniu do ZOL innym podmiotom

- **Rada Miasta Częstochowy** uchwałą Nr 807/L/2005 z 24 października 2005 r. upoważniła⁵² dyrektora Miejskiego Szpitala Zespołonego⁵³ ”do wydawania decyzji w imieniu organu założycielskiego i realizacji wszelkich kompetencji organu założycielskiego, określonych w rozporządzeniu w sprawie ZOL”.

- **Starosta Moniecki** upoważnił⁵⁴ 24 kwietnia 2006 r. kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Mońkach⁵⁵ do wydawania, w drodze decyzji, skierowań do ZOL w Mońkach⁵⁶.

- **Starosta Grajewski** upoważnił⁵⁷ 15 listopada 2006 r. kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Grajewie do wydawania decyzji o skierowaniu do ZOL w Szczuczynie⁵⁸.

Decyzje o skierowaniu pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wydawane były w większości przypadków (70%) na czas określony do 6 miesięcy (taki okres pobytu z reguły pozwala na poprawienie stanu zdrowia i powrót do środowiska). Pacjenci kierowani byli do ZOL również na pobyt stały (30%). Następstwem takich decyzji było jednak blokowanie procedury przyjmowania kolejnych pacjentów do ZOL, a rotacja następowała jedynie w wyniku zgonu pacjenta przebywającego w ZOL lub dobrowolnej rezygnacji z dalszego pobytu.

⁵¹ Do 30 sierpnia 2009 r. wynikało to z praktyki w tym zakresie, natomiast od 31 sierpnia 2009 r. usankcjonowano to w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (§ 5 ust. 4).

⁵² Por. art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 39 ust. 4 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j.t. Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.).

⁵³ SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego jest gminną jednostką organizacyjną i – zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 28.02.2006 r. – nie jest jednostką organizacyjną gminy.

⁵⁴ Na podstawie art. 38 ust. 2 ustawy z 5 czerwca 2006 r. o samorządzie powiatowym (j.t. Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 ze zm.), w związku z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁵⁵ Przepis art. 268a Kodeksu postępowania administracyjnego przewiduje możliwość udzielenia upoważnienia do załatwiania indywidualnych spraw administracyjnych jedynie pracownikom jednostki organizacyjnej kierowanej przez organ udzielający upoważnienia. Tymczasem Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie jest odrębną jednostką organizacyjną powołaną przede wszystkim do wykonywania zadań pomocy społecznej w powiecie.

⁵⁶ W statucie PCPR (§ 3 pkt 20) zapisano, że do jego zadań należy m.in. kierowanie osób do ZOL w Mońkach (załącznik do uchwały Nr XLI/205/06 Rady Powiatu w Mońkach z dnia 12 czerwca 2006 r. w sprawie nadania statutu PCPR w Mońkach).

⁵⁷ Por. przypis 58.

⁵⁸ Por. przypis 59.

Nadmienić należy, że przepisy rozporządzenia w sprawie ZOL nie określają kto personalnie, na jakiej podstawie i w jakiej formie, winien ustalić okres pobytu pacjenta w ZOL.

Wyniki kontroli wskazały na dowolność występującą w tym zakresie. Stwierdzono bowiem, że czas pobytu pacjentów w ZOL, określony w decyzji organu kierującego, nie zawsze był zgodny ze wskazanym przez lekarza opiniującego ich stan zdrowia na podstawie dołączonej dokumentacji medycznej. Decyzję w tym zakresie podejmował urząd na etapie przygotowywania treści decyzji o skierowaniu do ZOL (lekarz mógł tylko zalecać czas pobytu pacjenta w ZOL, co nie zawsze było brane pod uwagę). Powyższe stwierdzono np. w urzędach marszałkowskich województw Mazowieckiego i Łódzkiego oraz Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Grajewie.

Ustalono, że organ kierujący wydawał również decyzje o przedłużeniu pobytu pacjentom przebywającym w ZOL na podstawie wcześniejszych decyzji; dla większości z nich (ok. 70 %) była to kolejna taka decyzja (nawet 8-a). Wnioski o przedłużenie pobytu pacjenta składane były z reguły przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, w których oni przebywali.

*Np. **Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego** wydał 119 (50%) decyzji (skierowań) – spośród 240 objętych kontrolą – pacjentom przebywającym w ZOL na podstawie wcześniejszych decyzji, wydłużając czas ich pobytu o kolejne okresy. W dniu wydania decyzji pacjenci przebywali w ZOL od 182 do 1814 dni (tj. przez blisko 5 lat), np. jedna z pacjentek przebywała w ZOL od 20.08.2004 r., a innemu pacjentowi przebywającemu w ZOL od 27.06.2002 r. – Marszałek wydał kolejną, ósmą już decyzję w dniu 15.06.2007 r.*

Rozporządzenie w sprawie ZOL nie reguluje trybu postępowania w przypadku wydawania decyzji przedłużających pobyt pacjentów, dlatego też urzędy stosowały tryb typowy dla kierowania do ZOL. Stanowiło to jednak problem z zachowaniem zasad ustalania kolejności przyjęcia – jeśli prowadzona była lista osób oczekujących; niektórzy pacjenci, mając bowiem wielokrotnie przedłużany pobyt w ZOL, przebywali w nim kilka, a nawet kilkanaście lat, a inni z listy oczekujących nie mogli doczekać się na miejsce. Nadmienić również należy, że rozporządzenie w sprawie ZOL nie nakłada obowiązku przedstawiania w tych przypadkach aktualnej oceny sprawności tych osób (wg skali Barthel), toteż urzędy, wydając kolejną decyzję tym samym pacjentom, nie miały rzetelnej informacji o ich stanie zdrowia oraz czy

spełniali wymogi do dalszego przebywania w ZOL (jak wykazały wyniki kontroli wielu z nich wymogów tych nie spełniało).

Od 31 sierpnia 2009 r. organy kierujące pacjentów do ZOL zobowiązane zostały⁵⁹ do uwzględniania skali Barthel przy wydawaniu decyzji kierujących.

Przypomnieć należy, że w ZOL mogą przebywać pacjenci, którzy wg zmodyfikowanej oceny sprawności wg skali Barthel nie przekroczyli 40 punktów. Wymóg ten wynikał z zarządzeń Prezesa NFZ, finansującego świadczenia zdrowotne pacjentów przebywających w ZOL oraz postanowień „umowy o świadczenie usług zdrowotnych w opiece długoterminowej” zawartej pomiędzy NFZ a ZOL⁶⁰.

Zauważyć także należy, że do 31 lipca 2008 r. obowiązywało zarządzenie Nr 61/2007/DSOZ Prezesa NFZ z 19 września 2007 r.⁶¹, które stanowiło m.in., że przedłużanie czasu pobytu pacjenta w uzasadnionych medycznie przypadkach ponad 6 miesięcy, wymagało pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ⁶².

Wnioski o skierowanie do ZOL składane były w urzędzie bezpośrednio przez osoby zainteresowane lub ich opiekunów prawnych, bądź pełnomocników oraz zakłady opieki zdrowotnej, w których byli hospitalizowani, albo za pośrednictwem zakładów opiekuńczo-leczniczych, do których chcieli być przyjęci.

Ustalono jednak, że ZOL z reguły przekazywały wnioski pacjentów do urzędów dopiero wtedy kiedy mogły im zagwarantować przyjęcie (istniało wolne miejsce lub miało się zwolnić w najbliższym czasie). Tym samym wydanie skierowania było najczęściej równoznaczne z przyjęciem do Zakładu, a pacjent „do ostatniej chwili” nie wiedział czy i kiedy to nastąpi.

NIK negatywnie oceniła fakt przetrzymywania wniosków w ZOL przed przekazaniem ich do organu kierującego (np. starostwa powiatowego) celem wydania decyzji o skierowaniu do zakładu.

⁵⁹ Por. § 5 ust. 2 i 3 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

⁶⁰ Od 31 sierpnia 2009 r. usankcjonowano to w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (§ 5 ust 1-3 pkt 2)

⁶¹ W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa (§ 12 ust. 3 pkt 1).

⁶² Wg zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ Prezesa NFZ z 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna – **nie jest już wymagane uzyskiwanie zgody NFZ na przedłużenie pobytu pacjenta ponad termin określony w decyzji.**

*Np.: w 40 przypadkach, spośród 170 badanych decyzji (23,5%) okres od daty złożenia wniosku (przez pacjenta o skierowanie do ZOL) do daty przekazania go do **Starostwa Powiatu Radomskiego** wynosił od 20 do 153 dni, z tego 15 wniosków wpłynęło do Starostwa po 30 dniach (a w tym 5 po upływie 50 do 153 dni).*

Należy nadmienić, że lekarze wyznaczeni przez Zarząd Powiatu do opiniowania wniosków nie wpisywali dat ich sporządzenia, co utrudniało ustalenie faktycznych przyczyn wydłużeń terminów przekazania wniosków do Starostwa. Stwierdzono bowiem, że 20 decyzji (11,7%) wydanych zostało po upływie 30 dni od daty złożenia wniosku (w tym 7 – po upływie 2 miesięcy), co stanowiło naruszenie terminów określonych w art. 35 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego⁶³.

Stwierdzono przypadki (w 8 urzędach), że decyzje o skierowaniu pacjentów do ZOL wydawane były na podstawie niekompletnych i/lub nieaktualnych dokumentów, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie ZOL (w § 1 ust. 3 i § 2 ust. 1), niezbędnych do właściwego rozpatrzenia wniosku w przedmiotowej sprawie.

W ocenie NIK było to wynikiem nierzetelnej weryfikacji dokumentacji przez pracowników przygotowujących decyzje.

*Np. w **Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego** decyzje wydano na podstawie dokumentów, na których nie było dat ich sporządzenia (dot. zaświadczeń lekarskich – 15 przypadków, wywiadów pielęgniarских – 11 przypadków, zaświadczeń o dochodach – 1 przypadek).*

***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** wydało – z upoważnienia Starosty Powiatowego w **Grajewie** – 71 decyzji (spośród 378 wydanych w okresie objętym kontrolą), m.in. w oparciu o wywiady pielęgniarских, w których nie było informacji na temat sytuacji rodzinnej pacjentów.*

Decyzje o przedłużeniu pobytu pacjentów w ZOL wydawane były podobnie, z reguły na podstawie wniosku dyrektora/kierownika ZOL, popartego jedynie opinią lekarza.

*Np. **Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego** wydał 56 decyzji o przedłużeniu pobytu pacjentów w ZOL Okręgowego Szpitala Kolejowego SP ZOZ w Lublinie (spośród 210 decyzji wydanych ogółem w okresie objętym kontrolą) bez wymaganego wywiadu pielęgniarского – mimo iż w uzasadnieniu wydanych decyzji powołano się właśnie na te wywiady.*

Nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły również m.in. ZOL przy SP ZOZ w Pionkach.

Niektóre urzędy (7) tolerowały nagminnie stosowaną przez ZOL praktykę przyjmowania pacjentów przed wydaniem im decyzji kierującej do Zakładu. W tych przypadkach decyzje nie spełniały funkcji skierowania, ale sankcjonowały zaistniały

stan faktyczny. W efekcie organ kierujący akceptował nielegalny pobyt pacjentów w ZOL, ponieważ nie mógł odmówić wydania decyzji, ani też wydać decyzji odmownej. Stwierdzono również przypadki, że decyzje wydano osobom, które zakończyły pobyt w ZOL.

Np. Starostwo Powiatowe w Myśliborzu – na 170 wydanych decyzji o skierowaniu do ZOL, w 163 przypadkach (95,6%) wydały decyzje osobom, które w nim przebywały od 2 do 29 dni. Ponadto, w 104 przypadkach decyzje wydane zostały w oparciu o wniosek zaopiniowany przez lekarza, który nie był do tego wyznaczony przez organ kierujący⁶⁴, co również było niezgodne z rozporządzeniem w sprawie ZOL.

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego – w 298 przypadkach badanych decyzji z 334 (89,2%) skierowania do ZOL wydał osobom, które w nim przebywały od 3 do 231 dni (w tym 84 decyzje dotyczyły osób, które zakończyły pobyt w ZOL). Natomiast 36 decyzji wydanych zostało pacjentom w dniu ich przyjęcia do ZOL, ale nie na podstawie wymaganej dokumentacji (nie dostarczono jej jeszcze do Urzędu) tylko informacji z ZOL o ich przyjęciu, otrzymanej faksem lub mailem.

Wnioski o skierowanie pacjentów do ZOL winny być – zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL⁶⁵ - zaopiniowane przez lekarza wyznaczonego przez organ kierujący.

W tym akcie prawnym nie zostały określone sposób ani forma wyznaczenia lekarza. Oznacza to, iż nie jest wymagane stosowanie jakiegoś specjalnego trybu doboru takiej osoby. Nie odniesiono się również do miejsca jego zatrudnienia, które w ocenie NIK winno być niezależne od ZOL, do którego kierowani są pacjenci z danego terenu.

Wyniki kontroli wskazały na pełną dowolność w tym zakresie, a „lekarzami wyznaczonymi” byli lekarze pracujący w urzędach lub w ZOL, albo w zakładach opieki zdrowotnej, w których ZOL jest jednostką organizacyjną (np. do ZOL działającego w ramach Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie opinie wydawali lekarze wyznaczeni przez dyrektora Szpitala, zatrudnieni w tym Szpitalu).

Stwierdzono (w 14 urzędach), że wnioski o skierowanie do ZOL nie były rzetelnie opiniowane przez wyznaczonych lekarzy, co, w połączeniu z nierzetelnym ich sporządzeniem przez lekarzy wystawiających te wnioski, powodowało, że zapisy w nich zawarte wskazywały na potrzebę umieszczenia pacjenta w ZOL (np. z uwagi na sytuację socjalno-bytową), a nie wynikały z faktycznego jego stanu zdrowia.

⁶³ Ustawa z 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 ze zm.).

⁶⁴ Por. § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL.

Świadczyły o tym ogólnikowe zapisy lekarza opiniującego, np. „niewydolność krążenia”, „cukrzyca”, „nadciśnienie tętnicze” – a więc schorzenia często występujące u większości społeczeństwa szczególnie w podeszłym wieku – wg oceny kwalifikującej do ZOL rzędu nawet 70-85 punktów w skali Barthel.

Np. do ZOL w Mońkach przyjęto 18 osób, mimo iż według „karty kwalifikacyjnej pacjenta”, przeprowadzonej według zmodyfikowanej skali Barthel, uzyskali powyżej 40 punktów (nawet 70-85 punktów). Do ZOL skierowano np. pacjenta, który otrzymał 85 punktów w skali Barthel (ograniczenia sprawności pacjenta dotyczyły jedynie potrzeby pomocy przy wchodzeniu po schodach i ubieraniu się). Z zaświadczenia lekarskiego, wystawionego przez lekarza poz wynikało, że potrzebował on pielęgnacji i rehabilitacji z powodu przewlekłej niewydolności krążenia. Natomiast lekarz (kierujący) opiniujący stwierdził, że „pacjent wymaga systematycznego przyjmowania leków, nadzoru pielęgniarstwa i okresowej kontroli lekarskiej oraz częściowej pomocy w czynnościach codziennych. Mógłby funkcjonować w warunkach opieki rodzinnej”. Tymczasem w wywiadzie pielęgniarstwa ustalono, że „pacjent jest osobą samotną i bezdomną, gospodarstwo, które posiadał sprzedał, a uzyskane pieniądze roztrwonil”.

Tak więc pacjent kwalifikował się do domu pomocy społecznej, a nie do ZOL (co lekarz opiniujący wniosek potwierdził w związku z kontrolą NIK). Nadmienić należy, że decyzja o skierowanie pacjenta do ZOL wydana została na okres 6 miesięcy, ale można przypuszczać, że jego sytuacja socjalno-bytowa nie zmieni się w tym czasie. A skoro ona była główną przyczyną umieszczenia go w ZOL, więc z tego powodu jego czas pobytu w ZOL będzie systematycznie przedłużany.

Spośród 18 ww. osób były m.in. takie, których pobyt w ZOL trwał zaledwie 2 tygodnie (pacjent z 55 punktami w skali Bartel) lub 6 tygodni (pacjent z 85 punktami) oraz takie, które przebywają od ponad 2 lat do czasu kontroli (pacjenci z 70 punktami). Pobyt tych osób w ZOL finansowany był ze środków NFZ. Nadmienić należy, że w przypadku tych osób (18) ocena ich stanu zdrowia w skali Barthel dokonana została przez lekarza organu kierującego przed wydaniem decyzji o skierowaniu do ZOL.

Ustalono, że lekarze wyznaczeni przez organ kierujący do opiniowania wniosków o skierowanie pacjentów do ZOL, nie przestrzegali obowiązującego 14-dniowego terminu do ich sporządzenia oraz nie przekazywali ich niezwłocznie po zaopiniowaniu do organu kierującego⁶⁵.

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego – w 72 przypadkach (72,7%) spośród 99 decyzji (29,6% zbadanych), w których można było ustalić czas sporządzenia opinii przez wyznaczonego lekarza od momentu złożenia wniosku o przyjęcie do ZOL – wydane one zostały po

⁶⁵ Por. § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁶⁶ Por. § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie ZOL.

upływie 14 dni (w tym w 47 przypadkach opinię wydano po upływie ponad 30 dni, tj. 32 opinie w okresie 31-60 dni, 12 opinii – 61-90 dni oraz po 1 po upływie 110, 115 i 214 dni od dnia wpływu wniosku).

Natomiast w 122 przypadkach (55,2% - spośród 221 decyzji, do których wydana była opinia) nie można było ustalić w jakim terminie od złożenia wniosku wyznaczony lekarz wydał opinię w sprawie skierowania do ZOL. Nadmienić należy, że w każdym przypadku dzień sporządzenia opinii był również dniem przyjęcia pacjenta do ZOL.

Stwierdzono również, że w 114 przypadkach (51,6%) spośród 221 wydanych decyzji (66,2% badanych), dokumentacja stanowiąca podstawę do wydania opinii wpłynęła do Urzędu (organu kierującego) po upływie ponad 14 dni od dnia ich wydania przez wyznaczonego lekarza (w tym w 53 przypadkach – po upływie ponad 30 dni, tj. w 17 przypadkach – 31-60 dni, w 12 przypadkach – 61-90 dni, w 8 przypadkach – 91-120 dni, w 9 przypadkach – 121-150 dni, w 3 – 151-175 dni i w 4 – 211-241 dni), mimo iż zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL – należało dokonać tego niezwłocznie.

Natomiast w 113 przypadkach (33,8% - spośród 334 badanych) dokumenty przekazane zostały do Urzędu bez opinii wyznaczonego lekarza.

- **Urząd Miasta Poznania** – w 18 przypadkach stwierdzono przekroczenia terminu wydawania opinii od 15 do 134 dni.

- **Starostwo Powiatowe w Łęcznej** – lekarz opiniował wniosek dopiero wtedy gdy oczekujący – nawet do 24 miesięcy – pacjent miał szansę być przyjętym. Wynikało to z faktu, że wszystkich pacjentów kierowano na pobyt stały i kolejny mógł być przyjęty dopiero gdy w ZOL zwalniało się miejsce (na skutek zgonu lub wypisu). Wg stanu na koniec I półrocza 2009 r. na miejsce w tym ZOL oczekują 24 osoby od 1 do 8 miesięcy.

- **Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie** – lekarze opiniujący wnioski nie wpisywali dat wydania opinii, co stwierdzono w 98 dokumentach spośród 100 badanych.

- **Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego** - spośród 202 wydanych skierowań w 2009 r. (do 28 maja) – tylko 76 wniosków (37,6%) przekazano do Urzędu w ciągu 5 dni od daty wydania opinii; pozostałe przekazane zostały w terminie nawet 46 dni. Lekarze nie przestrzegali również 14-dniowego terminu opiniowania wniosków; opóźnienia wynosiły nawet do 8 miesięcy (88 wniosków, tj. 7,4% ogółem wydanych opinii). W dokumentacji nie odnotowano przyczyn tych opóźnień, a Urząd nie podejmował w tym zakresie żadnych działań interwencyjnych.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL, osoba skierowana powinna być przyjęta do zakładu nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania⁶⁷. Dlatego też ZOL, zatrudniające lekarzy wyznaczonych do opiniowania wniosków, do których przyjmowano pacjentów na stałe lub wielokrotnie przedłużano pobyt

⁶⁷ Por. § 3 ust. 7 rozporządzenia w sprawie ZOL.

czasowy, wstrzymywały przysyłanie pełnej dokumentacji pacjentów do organu kierującego aby opóźnić wydawanie decyzji.

Wyniki kontroli wskazały również na inne, pojedyncze przypadki nieprzestrzegania trybu kierowania pacjentów do ZOL.

- **Starostwo Powiatowe w Grajewie** (z jego upoważnienia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie) - skierowało do ZOL o profilu ogólnym pacjentkę w ostrej fazie choroby psychicznej (lekarz pozytywnie zaopiniował wniosek – mimo iż lekarz psychiatra nie dołączył wymaganego w takim przypadku zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pobytu w ZOL o profilu ogólnym)⁶⁸. W trakcie pobytu, w styczniu 2009 r. pacjentka samowolnie opuściła ZOL (przez okno) i mimo natychmiastowych poszukiwań odnaleziono ją martwą z powodu zamarznięcia.

- **Urząd Miasta Siedlce** – do 20 kwietnia 2009 r. nie wyznaczył lekarza opiniującego wnioski o skierowanie do ZOL „przez niedopatrzenie”. Do tego czasu nie były one opiniowane, a okres pobytu pacjentów w ZOL określał na podstawie dokumentacji medycznej naczelnik Wydziału Polityki Społecznej w tym Urzędzie.

- Odmowa wydania skierowania do ZOL przekazywana była pacjentowi przez organ kierujący w formie „pism informujących” – skutkiem czego wnioskodawca był pozbawiony możliwości odwołania się od sposobu rozpatrzenia sprawy⁶⁹.

Urzędy (wszystkie) nieskutecznie egzekwowały od kierowników podległych zakładów opiekuńczo-leczniczych wykonywanie obowiązku (wynikającego z rozporządzenia w sprawie ZOL)⁷⁰ informowania organu kierującego o przyjęciu osoby skierowanej do Zakładu.

Brak takiej informacji pozbawiał urząd wiedzy na temat faktycznego czasu oczekiwania i o przestrzeganiu kolejności przyjęć.

- **Urząd Marszałkowski w Łodzi** – analiza 44 wydanych skierowań wykazała, że indywidualne informacje o przyjęciu osoby skierowanej do zakładu przekazane zostały w 9 przypadkach i dotyczyły tylko ZOL w Szpitalu Wojewódzkim w Bełchatowie. Mimo iż w lutym 2009 r. Urząd wystąpił do kierowników podległych zakładów pismem przypominającym o powyższym obowiązku, to 2 zakłady w odpowiedzi przysłały zbiorcze dane za okres 2007-

⁶⁸ Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 53/2008/DSOZ z 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieki długoterminowej (§ 12 pkt 6 załącznika do zarządzenia) – „do zakładu o profilu ogólnym nie może być przyjęty pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależniony od środków psychoaktywnych” – chyba, że lekarz psychiatra przedstawi zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pobytu w ZOL o profilu ogólnym.

⁶⁹ Wg § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL organ administracji publicznej winien załatwić sprawę poprzez wydanie decyzji.

⁷⁰ Por. § 3 ust. 6 rozporządzenia w sprawie ZOL.

2008 (zakład w Warcie) i 2008-II 2009 (zakład w Łodzi), a 3-ci w ogóle nie odpowiedział.

- **Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego** – nie miał pełnej i bieżącej informacji o wszystkich pacjentach przyjętych i oczekujących do ZOL. Wynikało to z przyjętego przez Urząd wzoru sprawozdania półrocznego, składanego przez ZOL, w którym nie ujmowano tzw. „ruchu pacjentów” w okresie sprawozdawczym (zmarłych, wypisanych, przyjętych) tylko stan faktyczny na koniec okresu sprawozdawczego.

- **Urząd Miasta w Siedlcach** – w przypadku 152 decyzji (50,5%) – spośród 301 wydanych w okresie objętym kontrolą – nie miał informacji z ZOL o ich realizacji (tj. ilu pacjentów i w jakim czasie zostało przyjętych do ZOL, ilu zrezygnowało, a ilu nie doczekało). Urząd nie miał dokumentów świadczących o podejmowaniu działań dyscyplinujących w stosunku do opornych ZOL.

Organy kierujące nie prowadziły ewidencji osób oczekujących na przyjęcie do ZOL ponieważ przepisy (rozporządzenie w sprawie ZOL, ustawa o zoz) nie nakładają na nie takiego obowiązku⁷¹.

Jednak w ocenie NIK nie pozwala to w pełni kontrolować wykorzystania i przydzielania wolnych miejsc w ZOL.

Pomimo braku stosownych uregulowań w tym zakresie NIK stoi na stanowisku, że posiadanie aktualnych informacji o liczbie pacjentów oczekujących na wolne miejsce w ZOL w znacznym stopniu pozwoliłoby na sprawniejsze zarządzanie skierowaniami do ZOL i wykorzystaniem miejsc w tych zakładach jak również lepszą bieżącą obsługę pacjentów.

W okresie objętym kontrolą (2007-2009 r. I półrocze) do urzędów wpłynęło 8.030 wniosków o skierowanie pacjentów do ZOL; po ich rozpatrzeniu wydane zostały 7.962 decyzje⁷², w tym 193 – odmowne, 1.893 – przedłużające dotychczasowy ich pobyt i 5.876 – pierwszorazowe („nowe”).

Spośród pacjentów ubiegających się po raz pierwszy o miejsce w ZOL (5.876 osób) przyjętych zostało 2.776 osób (47,2%), w dalszym ciągu na miejsce oczekuje 1.970 osób (33,5%), natomiast 1.130 osób w ogóle nie zgłosiło się do ZOL (zrezygnowali, przekroczyli 40 pkt. w skali Barthel, uzyskali miejsce tzw. „komercyjne”, zmarli, inne przyczyny).

⁷¹ Zgodnie z zasadą legalizmu – skoro przepis prawa nie przyznaje organowi administracji określonej kompetencji (w tym przypadku prowadzenia listy pacjentów oczekujących na miejsce w ZOL), to organ ten nie może jej sobie przypisywać.

⁷² Dobór celowy; szczegółową analizą objęto 6.742 decyzje (84,7%).

3.2.1.2. Ustalanie odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

Organy kierujące nie ustalały kwotowo miesięcznej opłaty za pobyt pacjenta w ZOL. Wyliczana była ona przez ZOL na podstawie załączonych do wniosków dokumentów, określających dochód osoby kierowanej lub przebywającej w zakładzie.

Zasadą było ustalanie dochodu na podstawie decyzji lub zaświadczeń organów emerytalno-rentowych, decyzji ośrodków pomocy społecznej oraz dokumentów określających dochody w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku (przekazy pocztowe, wyciągi bankowe).

Do wyliczenia opłaty przyjmowano dochód ustalony w sposób określony w art. 34a ustawy o zoz, z uwzględnieniem przepisów art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej⁷³, oraz art. 75 ust. 4 ustawy o emeryturach i rentach⁷⁴.

Gdy osoby kierowane do ZOL nie posiadały dochodów własnych, umożliwiających wnoszenie opłat za pobyt (wyżywienie i zakwaterowanie) w zakładzie, ale pozostawały we wspólnym gospodarstwie z innymi osobami osiągającymi dochody, opłatę za pobyt ustalano na podstawie dochodów osób pozostających we wspólnym gospodarstwie z osobą kierowaną do zakładu.

Podkreślić jednak należy, że obecnie obowiązujące przepisy, dotyczące zakładów opiekuńczo-leczniczych (tj. ustawa o zoz i rozporządzenie w sprawie ZOL), nie precyzują kto i kiedy winien kwotowo ustalać odpłatność pacjenta za pobyt w ZOL – czy kierownik ZOL (w momencie przyjęcia pacjenta do zakładu), czy organ kierujący (w momencie wydania decyzji o skierowaniu).

Biorąc pod uwagę fakt, że miesięczna opłata za pobyt ustalana jest na okres roku lub po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w ZOL lub osób zobowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w ZOL⁷⁵, ustalenie kwot odpłatności w treści decyzji wymaga każdorazowej zmiany decyzji w przypadku zmian dochodu.

⁷³ Wg art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728) za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.

⁷⁴ Por. art. 75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.).

⁷⁵ Por. § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL.

W przepisach tych nie podano również instrumentów pozwalających na wyegzekwowanie od osób przebywających w ZOL (i/lub zobowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w zakładzie) obowiązku przekazywania informacji (dokumentu) o zmianie ich dochodu lub/i występowanie w ich imieniu do organu emerytalno-rentowego lub zakładu pracy o przedstawienie aktualnej wysokości dochodu w celu aktualizacji odpłatności za pobyt w ZOL i kto powinien to egzekwować. W efekcie nie przestrzegano obowiązku dokonywania aktualizacji opłat przy każdej zmianie dochodu⁷⁶.

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego – w okresie 2007 – V 2009 r. – na ogólną liczbę 1.483 wydanych decyzji (w tym 1.060 kwalifikujących i 423 – przedłużające pobyt) aktualizacji opłat dokonał tylko w 69 przypadkach (4,7%) – na wniosek osób przebywających w zakładzie.

Wyniki kontroli wskazały, że tylko 1 spośród 18 urzędów objętych kontrolą ustalał w decyzji wysokość odpłatności za pobyt w ZOL w formie kwotowej. Pozostałe podawały w decyzjach zasady ustalania odpłatności za pobyt, informując jednocześnie, że kwotę wyliczy ZOL w momencie przyjęcia pacjenta do zakładu.

Starostwo Powiatowe w Mońkach (upoważniło Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie do wydawania decyzji o skierowaniu do ZOL) do marca 2006 r. w decyzjach podawano zasady ustalania odpłatności ale Samorządowe Kolegium Odwoławcze w Białymstoku, działając z urzędu, uchyliło decyzję w tej części, stwierdzając, że „ustalanie odpłatności za pobyt nastąpiło w sposób naruszający przepisy prawa. W ocenie SKO wysokość opłaty powinna być ściśle określana Z samej decyzji nie wynika jaką kwotę miesięcznie ma uiszczać osoba z tytułu pobytu w ZOL”. Od tej pory w decyzjach podawana była kwota odpłatności.

3.2.1.3. Czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

Czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do ZOL – od momentu wydania decyzji – był bardzo zróżnicowany (wynosił od 0 dni do 12 miesięcy) i zależny był od rodzaju ZOL, jego usytuowania na terenie województwa, wyboru konkretnego ZOL przez pacjenta, jak również od polityki organów kierujących w odniesieniu do określania czasu pobytu pacjenta w ZOL. Wyniki kontroli wskazały bowiem, że zmniejszenie

⁷⁶ Por. § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ZOL.

liczby wydawanych decyzji na pobyt stały – znacznie skraca czas oczekiwania na miejsce.

*Średni czas oczekiwania na miejsce w publicznych ZOL (3), dla których organem założycielskim jest **Urząd Miasta st. Warszawy** uległ skróceniu w okresie objętym kontrolą i wyniósł w 2007 r. – 106 dni, w 2008 r. – 88 dni, a w I kw.2009 r. – 60 dni. W 2007 r. najdłużej pacjent czekał na przyjęcie do ZOL przy ul. Szubińskiej – 314 dni, najkrócej do ZOL przy ul. Olchy – 12 dni. W 2008 r. czas oczekiwania na miejsce w tych ZOL uległ również znacznemu skróceniu i wynosił odpowiednio – 215 dni i 4 dni. Natomiast w I kw. 2009 r. – 186 i 9 dni (ZOL przy ul. Mehoffera).*

Skrócenie czasu oczekiwania na miejsce w ZOL miało związek między innymi ze zmniejszeniem liczby wydanych przez urząd decyzji na pobyt stały.

W okresie 2007-2009 (koniec kwietnia) do 3 ZOL wpłynęło łącznie 1.409 decyzji, w tym 587 (41,7%) na pobyt stały oraz 822 (58,3%) na pobyt czasowy (do 6 miesięcy).

W 2007 r. do 3 ZOL wpłynęło łącznie 456 decyzji, w tym 281 na pobyt stały (56,7%), w 2008 r. – 665 decyzji, w tym 273 (40,8%) na pobyt stały, a do 30 kwietnia 2009 r. – 244 decyzje, w tym 33 (13,5%) na pobyt stały.

Wyniki kontroli wskazały na znaczne dysproporcje w czasie oczekiwania pacjentów na przyjęcie do wskazanego ZOL, licząc od daty wydania decyzji, przy czym dysproporcje te nie miały swojego uzasadnienia w dokumentacji pacjentów (np. klauzuli o pilności przyjęcia, prośby pacjenta o zmianę terminu przyjęcia niż wynikało to z listy oczekujących).

*- do **ZOL o profilu ogólnym w Rudce** czas oczekiwania wynosił od 5 do 356 dni, ale np. jeden z pacjentów (decyzja z 1.06.2007 r.) został przyjęty do ZOL po 27 dniach, inny (decyzja również z 1.06.2007 r.) – po 216 dniach, a jeszcze inny (decyzja z 27.08.2008 r.) – po 5 dniach. Na skierowaniu żadnego z tych pacjentów nie było klauzuli o pilności przyjęcia do ZOL w trybie "poza kolejnością", o której mowa w rozporządzeniu w sprawie ZOL⁷⁷, ani też innych adnotacji uzasadniających wcześniejsze lub późniejsze przyjęcie w odniesieniu do innych pacjentów z taką samą lub zbliżoną datą wydania decyzji o skierowaniu do ZOL.*

Wyniki kontroli wskazały, że pacjenci byli przyjmowani do ZOL również poza kolejnością, mimo iż z ich dokumentacji medycznej nie wynikała taka potrzeba.

Nadmienić jeszcze należy, że z dokumentacji znajdującej się w urzędzie nie można było dokładnie ustalić skali zjawiska kierowania pacjentów poza kolejnością do ZOL, ponieważ z reguły dokumenty wnioskodawców, w tym m.in. dokumentację medyczną

⁷⁷ Por. § 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

dotyczącą ich stanu zdrowia i opinię lekarza dotyczącą wniosku pacjenta, przekazywano do zakładu.

- **Urząd Miasta Siedlce** wydał – na podstawie 9 wniosków, które nie były opiniowane przez lekarza – skierowania do ZOL w trybie „zwykłym” ponieważ stan zdrowia nie kwalifikował ich do przyjęcia poza kolejnością i mimo iż podano w nich, że termin i warunki przyjęcia określi kierownik ZOL to jednak przyjmowani byli praktycznie tego samego lub w najbliższych dniach. Natomiast w jednym przypadku Urząd wydał skierowanie do przyjęcia poza kolejnością – bez kwalifikacji lekarskiej - na prośbę córki pacjentki, która uzasadniła tę prośbę, że matka mieszka sama i wymaga ciągłej opieki.

- Do ZOL w **SP ZOZ w Szklarskiej Porębie** przyjęto – w okresie objętym kontrolą – 41 osób poza kolejnością, mimo iż z ich dokumentacji medycznej nie wynikała taka konieczność.

Występowały także przypadki wcześniejszego przyjęcia pacjenta do ZOL, zanim organ kierujący wydał decyzję o skierowaniu go do tego ZOL, jak również przyjmowania do ZOL pacjentów po upływie 12 miesięcy od daty wydania decyzji⁷⁸.

- Do ZOL przy **SPZ ZOZ w Pionkach** przyjęto 9 pacjentów (spośród 93 przyjętych w okresie objętym kontrolą) zanim Zarząd Powiatu Radomskiego wydał decyzję o ich skierowaniu. Np. w dniu 13.12.2006 r. przyjęto pacjenta, a decyzję wydano w dniu 12.01.2007 r. na okres 6 miesięcy podczas gdy pacjent już nie żył od 23 dni.

Innego pacjenta przyjęto 6.12.2006 r., a decyzję wydano dopiero po 4,5 miesiąca, tj. w dniu 20.04.2007 r. na okres 6 miesięcy.

Do ZOL – przyjęte zostały również 2 osoby po upływie 16 i 19,5 miesiącach od daty wydania decyzji.

Nadmienić należy, że nie wszystkie osoby, które otrzymały skierowanie do ZOL faktycznie z tego skierowania skorzystały. Przyczyną był głównie długi okres oczekiwania na miejsce (co z reguły wymusza poszukiwania innych rozwiązań zapewnienia opieki) lub śmierć wnioskodawcy.

Urząd Miasta st. Warszawy wydał w okresie objętym kontrolą 1.924 decyzje ale do ZOL przyjętych zostało 1.409 osób (73,2%); pozostałe osoby (515 – 26,8%) uzyskały miejsca komercyjne w niepublicznych ZOL, albo w inny sposób miały zapewnioną opiekę, lub zmarły oczekując na wolne miejsce.

Stwierdzono, że liczba miejsc w niektórych ZOL w nieznacznym stopniu uległa zmniejszeniu – w badanym okresie – m.in. z powodu braku środków finansowych na

⁷⁸ Por. § 3 ust. 7 rozporządzenia w sprawie ZOL, który stanowi, że „osoba skierowana powinna być przyjęta do zakładu nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania”.

dostosowanie obiektu do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w tym zakresie⁷⁹ oraz wyników finansowych uzyskiwanych przez ZOL.

- **Sejmik Województwa Łódzkiego** podjął decyzję o likwidacji z dniem 1 października 2007 r. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (28 łóżek) w SP ZOZ „PABIAN-MED” w Pabianicach z powodu braku środków na dostosowanie ZOL do wymogów rozporządzenia i straty jaką ten ZOL osiągnął w 2006 r. w wysokości 283 tys. zł.
- w ZOL w SP ZOZ w **Kutnie** funkcjonowało 37 łóżek (miejsc), mimo iż wg rejestru winno być 70.
- w ZOL w **Puchaczowie** funkcjonowały 32 łóżka, a wg rejestru winno ich być 45 (wg. zastępcy dyrektora SP ZOZ wysokość kontraktów z NFZ pozwala na sfinansowanie utrzymania tylko 32 łóżek).

3.2.1.4. Nadzór nad funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych

Urzędy (13 spośród 18 objętych kontrolą) nie sprawowały nadzoru nad zakładami opiekuńczo-leczniczymi, poprzez kontrole i oceny ich działalności co najmniej raz w roku do czego były zobowiązane przepisami prawa⁸⁰, tj. realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, prawidłowości gospodarowania mieniem, gospodarki finansowej.

Dotyczy to np. Urzędów Miasta w: Katowicach, Siedlcach, Częstochowie, Szklarskiej Porębie, Starostw Powiatowych w: Rawiczu, Mońkach, Myśliborzu, Łęcznej.

Pozostałe urzędy przeprowadzały kontrole w ZOL w ograniczonym zakresie i z różną częstotliwością lub monitorowały sytuację w tych zakładach na podstawie otrzymywanych od nich sprawozdań z działalności (np. m.st. Warszawy, Urzędy Marszałkowskie Województw: Mazowieckiego, Zachodniopomorskiego, Starostw Powiatowych w Grajewie, Radomiu).

- **Urząd Miasta st. Warszawy** – na lata 2007-2009 zaplanował tylko 4 kontrole (mimo iż jest organem założycielskim dla 3 zakładów) zamiast 9 (po 1 w każdym ZOL w każdym roku). Do czasu kontroli NIK (lipiec 2009 r.) Urząd

⁷⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).

⁸⁰ Obowiązki w zakresie nadzoru i kontroli nad zakładami opieki zdrowotnej wynikają z art. 67 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t.Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) i są szczegółowo określone w § 1 i 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).

przeprowadził tylko 2 kontrole (obie w 2008 r. w ZOL przy ul. Mehoffera, z których 1 – miała charakter wyłącznie „sprawozdawczo-rozpoznawczy”). W ZOL przy ul. Szubińskiej Urząd w ogóle nie planował i nie przeprowadził kontroli w ciągu 3 lat (2007-2009 I półrocze). Z wyjaśnień p.o. zastępcy dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej wynikało, że przyczyną nie przeprowadzenia kontroli w ZOL była niewystarczająca obsada kadrowa i rotacja pracowników w Wydziale Nadzoru i Kontroli oraz reorganizacja tego Wydziału od II połowy 2008 r. „do chwili obecnej” (tj. czerwiec 2009 r.).

3.2.1.5. Wpływ zasad finansowania domów pomocy społecznej na kierowanie do zakładów opiekuńczo-leczniczych

Na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych w urzędach nie można jednoznacznie stwierdzić, że obowiązujące od 1 stycznia 2004 r. uregulowania w zakresie finansowania pobytu w domach pomocy społecznej (DPS)⁸¹ wpłynęły na zwiększenie ubiegania się o skierowania do ZOL.

Ustalono bowiem, że osoby, które otrzymały decyzję o skierowaniu do ZOL składały pełną dokumentację, stanowiącą podstawę do jej otrzymania i jeśli nawet dotyczyło to m.in. pacjentów, którzy faktycznie winni być skierowani do DPS, a nie do ZOL – to zachowanie procedury postępowania określonej w rozporządzeniu w sprawie ZOL nie pozwalała na identyfikację takich osób.

Nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli, związane z przyjmowaniem pacjentów do ZOL, były natomiast następstwem nieprzestrzegania rozporządzenia w sprawie ZOL.

Do ZOL w Szczuczynie skierowano pacjentkę, która miała skierowanie do domu pomocy społecznej, a w uzasadnieniu decyzji podano, że „będzie w nim przebywała do czasu przyjęcia do dps”.

Tylko 1 osoba (dyrektor SP ZOZ w Łęcznej) stwierdziła, że „wprowadzenie konieczności finansowania przez gminy pobytu pacjentów w domach pomocy społecznej wyraźnie zwiększyło zainteresowanie ośrodków pomocy społecznej

⁸¹ Z dniem 1 stycznia 2004 r. zmieniły się zasady finansowania domów pomocy społecznej (DPS). Na podstawie ustawy z 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 88, poz. 539 ze zm.) oraz ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 ze zm.) prowadzenie DPS jest zadaniem własnym powiatów, ale gmina ma obowiązek uczestniczyć w ponoszeniu odpłatności za pobyt pensjonariusza w DPS, gdy środki jego (do 70 % jego dochodu) i bliskich nie wystarczą na pokrycie wszystkich kosztów.

w gminach do umieszczania pacjentów w ZOL. Stwierdzenie to nie znalazło jednak potwierdzenia w wynikach kontroli (poza pojedynczymi przypadkami).

Zwiększone zainteresowanie skierowaniem do ZOL próbowano również tłumaczyć „tendencją skracania czasu pobytu pacjenta w szpitalu i ograniczenia wykorzystywania tzw. łóżek ostrych na leczenie osób przewlekle chorych”.

3.2.2. W zakładach opiekuńczo-leczniczych

3.2.2.1. Przyjmowanie pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych

Pacjenci przyjmowani byli do publicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych w większości przypadków (ok. 80% badanych) na podstawie decyzji administracyjnej, wydanej przez ich organ założycielski⁸² - w trybie określonym w rozporządzeniu w sprawie ZOL - lub przez inny podmiot upoważniony przez ten organ (np. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mońkach, Grajewie, dyrektora Szpitala lub jego zastępcę, w skład którego wchodzi ZOL jako jednostka organizacyjna – w Częstochowie, Łęcznej).

Podkreślić jednak należy, że przekazanie uprawnień wydawania decyzji o skierowaniu do ZOL było niezgodne z przepisami ww. rozporządzenia⁸³.

W ZOL w Puchaczowie (liczba miejsc 32) – wchodzącym w strukturę organizacyjną SP ZOZ w Łęcznej, w okresie objętym kontrolą przebywało od 26 osób (w 2007 r.) do 20 osób (V 2009 r.), które przyjęte zostały przed 1 stycznia 2007 r. na podstawie skierowań wystawionych przez zastępcę dyrektora ds. Medycznych lub dyrektora SP ZOZ w Łęcznej. Kontroler NFZ (uczestniczący w kontroli NIK) stwierdził, że tym samym zostały naruszone przepisy rozporządzenia w sprawie ZOL, a w konsekwencji nieprawidłowo, niezgodnie z przepisami realizowano umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawarte na lata 2007-2009, i naliczył karę umowną z tego tytułu w wysokości 30 tys. zł. Dopiero w związku z kontrolą NIK starosta Łęczyński, jako organ założycielski, miał wydać decyzje tym pacjentom.

Do publicznych ZOL przyjmowani byli pacjenci przed wydaniem im skierowania lub w ogóle bez skierowania, jak również mimo odmownej decyzji o skierowaniu (w 10

⁸² Organ założycielski – zwany dalej „organem kierującym” lub „urzędem”.

⁸³ Por. § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ZOL, które stanowi, że skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego wydaje w drodze decyzji organ, który utworzył publiczny zakład.

ZOL). Przyjmowano także pacjentów sklasyfikowanych w zakresie samoobsługi powyżej 40 punktów w skali Bartel (w 6 ZOL), a także z chorobą nowotworową, którzy kwalifikowali się do opieki paliatywnej lub hospicyjnej⁸⁴ (w 4 ZOL) (powyższe stwierdzono np. w ZOL w Knyszynie, w ZOL w SP Szpitalu Powiatowym w Goleniowie, w ZOL w SP ZOZ w Sieradzu).

W niepublicznych ZOL decyzję o przyjęciu pacjenta podejmował dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem. Gdy udzielane pacjentom świadczenia zdrowotne miały być finansowane ze środków NFZ – warunkiem przyjęcia było zgromadzenie pełnej dokumentacji medycznej wymienionej w rozporządzeniu w sprawie ZOL i przestrzeganie zasad określonych w rozporządzeniach Prezesa NFZ (pacjenci sklasyfikowani poniżej 40 punktów w skali Barthel oraz bez chorób nowotworowych). Jeżeli warunki te nie były spełniane pacjent mógł być przyjęty na tzw. miejsce komercyjne i wtedy pełne koszty pobytu (udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyżywienia i zakwaterowania) pokrywał z własnych środków (ok. 2-3 tys. zł miesięcznie)⁸⁵.

NIK negatywnie – ze względu na kryterium legalności i rzetelności – oceniła sposób prowadzenia list osób oczekujących na przyjęcie do ZOL. Nie gwarantował on bowiem poszanowania zasad sprawiedliwego, równego i przejrzystego dostępu do

⁸⁴ § 6 ust. 3 pkt 2 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19.09.2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych w przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa” – zwane dalej **zarządzeniem Nr 89/2006**.

§ 11 i § 12 ust. 3 pkt 3 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19.09.2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa – zwane dalej **zarządzeniem Nr 61/2007/DSOZ**.

§ 11 i § 12 ust. 6 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 06.08.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa – zwane dalej **zarządzeniem Nr 53/2008/DSOZ**.

§ 11 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna – zwane dalej **zarządzeniem Nr 96/2008/DSOZ**.

⁸⁵ Z pacjentami (lub osobami reprezentującymi pacjenta) Zakład zawierał umowę, w której określano czas pobytu pacjenta, warunki odpłatności, prawa i obowiązki, zakres świadczonych usług, oraz postanowienie, że pacjentowi nie przysługuje roszczenie o zmniejszeniu należności za pobyt w razie jego nieobecności (przepustka, pobyt w szpitalu ...). Podkreśli jeszcze należy, że personel, który wykazany jest do NFZ jako realizujący umowę z NFZ, zajmuje się w czasie dyżurów wszystkimi pacjentami – czynności lekarskie i pielęgniarские wykonywane są przez te same osoby w tym samym czasie dla wszystkich pensjonariuszy, zarówno tych przyjętych w ramach umowy z NFZ, jak i komercyjnych, brak jest rozdziału czasowego lub/i faktycznego (osobowego).

świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie o zoz⁸⁶, ustawie o świadczeniach zdrowotnych⁸⁷ i rozporządzeniu w sprawie umieszczania świadczeniobiorców na listach oczekujących⁸⁸.

W listach tych nie podawano rozpoznania lub powodu skierowania do ZOL, adresu świadczeniobiorcy, identyfikacji osoby dokonującej wpisu, sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, daty wpisu, planowanego terminu realizacji świadczenia, żadnych adnotacji dotyczących przyczyn i daty skreśleń osób oczekujących. Poprawiano natomiast – także przy użyciu korektora – dane osób oczekujących na przyjęcie, daty (wpisu, skreśleń), termin realizacji świadczenia.

Z powodu braku na listach niektórych ww. informacji trudno było – a czasem wręcz niemożliwe – określić liczbę osób aktualnie oczekujących na przyjęcie do ZOL oraz ustalić – nawet w przybliżeniu – okres oczekiwania na miejsce.

Stwierdzono również przypadki, że na listę oczekujących wpisywane były osoby już w chwili złożenia wniosku o wydanie skierowania do ZOL (tj. przed wydaniem decyzji w tej sprawie), co mogło sugerować „rezerwację” miejsca.

Analiza wpisów zawartych w „księdze oczekujących” ZOL w SP ZOZ w Kutnie i 72 decyzji o skierowaniu do ZOL wykazała, że wszystkie osoby, których te decyzje dotyczyły, wpisane zostały na listę oczekujących przed datą ich wydania. Ustalono również, że 7 pacjentów przyjętych zostało do ZOL przed otrzymaniem decyzji organu kierującego (ze Starostwa Powiatowego) oraz, że pacjenci przyjmowani byli poza kolejnością wynikającą z daty decyzji i daty wpisania na listę oczekujących (nie było żadnej adnotacji uzasadniającej przyjęcie pacjenta poza kolejnością).

W 11 ZOL nie prowadzono listy osób oczekujących ponieważ – jak wyjaśniano – pacjenci przyjmowani byli na bieżąco. Jednak te wyjaśnienia w konfrontacji z ustaleniami nie były przekonujące.

ZOL w Puchaczowie stanowił część organizacyjną SP ZOZ w Łęcznej. Pacjenci składali wnioski w SP ZOZ o skierowanie do ZOL i leżały tam one nigdzie nie ewidencjonowane do czasu aż w ZOL zwolniło się miejsce (najczęściej w wyniku zgonu któregoś z dotychczasowych pacjentów). Dopiero wtedy SP ZOZ przekazywał wnioski (po sprawdzeniu czy są jeszcze aktualne)

⁸⁶ Por. art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zoz”.

⁸⁷ Por. art. 20 ust. 2 i 5 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych.

⁸⁸ Por. § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie umieszczania świadczeniobiorców na listach oczekujących”.

do organu kierującego (założycielskiego), który następnie wydawał decyzję o skierowaniu pacjenta do tego ZOL.

Przedstawiony wyżej tryb postępowania był całkowicie niezgodny z przepisami rozporządzenia w sprawie ZOL. Nie zachowany był bowiem 14-dniowy termin do zaopiniowania złożonego wniosku przez lekarza wyznaczonego przez organ kierujący, całość dokumentacji nie była przekazywana niezwłocznie do organu kierującego w celu wydania decyzji o skierowaniu, pacjent nie był informowany o kolejności na liście oczekujących oraz o terminie przyjęcia do ZOL⁸⁹.

- **W ZOL w SP Szpitalu Powiatowym w Goleniowie (35 miejsc)**, w okresie objętym kontrolą, przebywało 319 pacjentów, ale żadnemu z nich nie przekazano w sposób udokumentowany informacji o kolejności na liście oczekujących oraz pisemnej informacji o terminie przyjęcia do ZOL⁹⁰. W żadnym przypadku nie zawiadomiono organu kierującego o przyjęciu osoby skierowanej do ZOL⁹¹. 14 pacjentów przyjęto przed wydaniem skierowania⁹², a 5 bez skierowania, 7 pacjentów nie zostało wpisanych na listę oczekujących⁹³.

- **Centrum Medyczne „Małgorzata” (niepubliczny ZOL w Śremie – liczba miejsc 51).** Dyrektor Centrum w ogóle nie wydawała decyzji o przyjęciu, natomiast na wniosku o skierowanie lekarz ZOL pisał tylko słowo „tak” lub „przyjąć”, nie zaznaczając nawet daty tej adnotacji (w 2008 r. do ZOL przyjęto 137 pacjentów, a do 2 czerwca 2009 r. 56). W efekcie trudno – a w niektórych przypadkach w ogóle nie można było ustalić w jakim czasie od „wydania” takiej decyzji pacjent był przyjęty do ZOL, czy był wpisany na listę oczekujących i czy był przyjęty zgodnie z kolejnością wynikającą z tej listy. Jednoznacznie udało się ustalić, że spośród 193 pacjentów przyjętych w okresie 2008 – V 2009 r. – 29 nie było wpisanych na listę oczekujących (15%), a termin przyjęć 38 osób (w tym 1 mimo braku w ogóle podstaw do jej przyjęcia) nie był zgodny z kolejnością wynikającą z listy (19,7%).

Nadmienić należy, że przyjmując pacjentów do ZOL nie określano czasu ich pobytu w zakładzie.

- **Do ZOL s.c. B.Feliniak, E.Janowska, B.Kiszewska w Turku (miejsc 35)** również przyjmowano pacjentów bez decyzji kierownika ZOL podjętej wspólnie z lekarzem, mimo iż było to warunkiem wynikającym z zarządzeń Prezesa NFZ⁹⁴ jeśli świadczenia zdrowotne udzielane tym osobom miały być – i były – finansowane ze środków publicznych (NFZ).

⁸⁹ Por. § 2 ust. 1 i 2, § 3 ust. 4 pkt 1, i ust. 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹⁰ Por. § 3 ust. 4 pkt 1, i ust. 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹¹ Por. § 3 ust. 6 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹² Por. § 1 ust. 1, § 3 ust. 1 i 2 oraz § 4 i 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹³ Por. § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹⁴ § 6 ust. 2 pkt 2 zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa NFZ z 19 września 2006 r., § 12 ust. 2 pkt 2 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ z 19 września 2007 r. i § 12 ust. 2 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ z 23 października 2008 r.

Wykazane przypadki przyjęć pacjentów do ZOL poza kolejnością nie dotyczyły sytuacji określonej w rozporządzeniu w sprawie ZOL⁹⁵, tj. przypadków nagłych wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia. Na wolne miejsce nie przyjmowano kolejnych pacjentów z listy oczekujących tylko innych wg własnego uznania.

W ocenie NIK działania takie, poza naruszeniem zasady legalizmu, mogą również sprzyjać powstawaniu różnych negatywnych zjawisk, w tym korupcji.

Stwierdzono również pojedyncze przypadki przyjmowania do ZOL poza kolejnością podopiecznych pomocy społecznej na prośbę ośrodków pomocy społecznej. Osoby te na czas wydania decyzji o umieszczeniu ich w domu pomocy społecznej (DPS) kierowano do ZOL. W tym celu kompletowano dokumentację niezbędną do wydania decyzji o skierowaniu do ZOL, aby spełnione były wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie ZOL.

- W ZOZ „Medical Centre – Med. of. Łódź” Sp. z o.o. w Łodzi (liczba miejsc 69) przebywało 6 pacjentów (spośród 109 objętych badaniem), których dokumenty zostały złożone do MOPS, a 2 innych – posiadało już decyzję o przyjęciu do DPS, ale oczekiwało na wolne w nim miejsce.

Nadmienić należy, że spośród 109 pacjentów objętych badaniem – aż 31 przyjętych zostało poza kolejnością.

- ZOL w SP Szpital Powiatowy w Goleniowie – 14 pacjentów – spośród 319 przebywających w ZOL w okresie objętym kontrolą – ubiegało się o umieszczenie w domu pomocy społecznej i czekając na wolne miejsce przebywali w ZOL.

NIK negatywnie oceniła fakt, że w okresie od 1.01.2007 r. do 31.07.2008 r. ZOL nie przestrzegały obowiązku uzyskiwania pisemnej zgody NFZ na przedłużanie czasu pobytu pacjentów ponad termin określony w decyzjach. Obowiązek ten wynikał z zarządzeń Prezesa NFZ⁹⁶ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa. Od 1.08.2008 r. wymóg ten już nie obowiązywał, a procedura przedłużania pobytu pacjentów w ZOL nie została określona w przepisach prawa. W tej sytuacji ZOL winny występować do organów kierujących o wydanie kolejnych decyzji. Jedynym warunkiem, który musiał być spełniony w tym przypadku była ocena stanu zdrowia pacjenta wg skali Barthel, która

⁹⁵ Por. § 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

⁹⁶ Por. § 6 ust. 3 pkt 1 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006, § 12 ust. 3 pkt 1 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ.

nie mogła być wyższa od 40 punktów (przy skali wyższej od 40 punktów, NFZ zaprzestawał finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych tym osobom).

Analiza dokumentacji medycznej pacjentów ZOL⁹⁷ pod kątem zasadności przedłużania ich pobytu w zakładzie wykazała szereg nieprawidłowości. Stwierdzono, że w przypadku niektórych z nich przedłużenie nie było uzasadnione względami medycznymi oraz, że wpisy w dokumentacji były lakoniczne i niepełne i tym samym nie pozwalały na ocenę zasadności dalszego pobytu pacjentów, których dotyczyły (w co najmniej 19,8% badanej dokumentacji medycznej).

*- **ZOL w SP Szpitalu Powiatowym w Goleniowie** nie uzyskał pisemnej zgody NFZ na przedłużenie czasu pobytu ponad termin określony w decyzji dla 89 spośród 93 pacjentów (95,7%), którzy takiej zgody wymagali. W 4 przypadkach (spośród 51 badanych) przedłużenie pobytu pacjentów nie było uzasadnione względami medycznymi, a w 32 przypadkach (spośród 51) wpisy w dokumentacji medycznej pacjentów nie pozwalały na ocenę zasadności dalszego ich pobytu z powodu lakonicznych i niepełnych informacji o kondycji zdrowotnej.*

Po 31.07.2008 r. bez aktualnego skierowania przebywało w zakładzie 48 spośród 96 pacjentów (50%), którym minął termin określony w decyzji, a Szpital nie podjął działań w celu legalizacji ich pobytu (nie wystąpił do organu kierującego o wydanie kolejnej decyzji).

*- **N ZOZ „Medical Centre – Med. of Łódź” Sp. z o.o. w Łodzi** – 15 pacjentów spośród 109 badanych musiało uzyskać zgodę NFZ na przedłużenie pobytu w ZOL; na podstawie ich dokumentacji medycznej nie można było stwierdzić kto wnioskował o to przedłużenie (lekarz, rodzina czy pacjent), ale treść zapisów lekarza opiekującego się danym pacjentem nie uzasadniała przedłużenia pobytu. Dotyczyło to również wszystkich (69) pacjentów, którzy przyjęci zostali do ZOL od września 2008 r. na okres 6 miesięcy.*

*- **W N ZOL „DAR-MED” w Łodzi** (70 miejsc) również nie można było ustalić kto wnioskował o przedłużenie pobytu pacjentów w ZOL, nawet nie było dat sporządzenia ich dokumentacji medycznej.*

*- **ZOL w Szczuczynie** – w 31 spośród 142 wywiadów pielęgniarских sporządzonych do wniosków o przedłużenie pobytu pacjentów w ZOL nie było wpisów dotyczących sytuacji rodzinnej pacjentów (wymaganych w załączniku Nr 2 do rozporządzenia w sprawie ZOL).*

Stwierdzono przypadki, że pacjenci po zakończonym okresie pobytu w ZOL, wynikającym z decyzji, i mimo poprawy ich stanu zdrowia, w dalszym ciągu przebywali w zakładzie nawet bez wymaganej zgody Prezesa NFZ⁹⁸ na przedłużenie

⁹⁷ Analizę dokumentacji medycznej przeprowadzili kontrolerzy NFZ

⁹⁸ § 6 ust. 3 pkt 1 i § 12 ust. 2 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa NFZ z 19 września 2006 r.

pobytu w ZOL, ponieważ sami nie chcieli opuścić ZOL, albo rodzina nie chciała ich odebrać i przejąć nad nimi dalszej opieki.

*- **ZOL i RM w Poznaniu** (miejsc 55) – nie uzyskał zgody Prezesa NFZ na przedłużenie dalszego pobytu jednego z pacjentów (trwającego już 6 miesięcy), ponieważ stan jego zdrowia uległ poprawie. Rodzina przesuwała jednak termin odebrania chorego i ostatecznie odmówiła przejęcia nad nim opieki. W tej sytuacji pacjenta umieszczono w domu pomocy społecznej. Koszty pobytu pacjenta - sfinansowano ze środków NFZ za okres, w którym nie było zgody Prezesa NFZ (od 4 lutego do 4 września 2007 r.) - 12.460,5 zł, ZOL musi zwrócić Funduszowi.*

Stwierdzono również, że decyzje (ok. 10% badanych) o skierowaniu do ZOL (wraz z dokumentacją pacjenta) dostarczane były do Zakładu w terminie ok. 2 miesięcy od ich wydania, a nawet później (po 3-8 miesiącach) co może świadczyć o braku faktycznej potrzeby pobytu tych osób w ZOL

*- **Np. ZOL w Warszawie** (przy ul. Szubińskiej 4) – decyzję z dnia 18.07.2007 r. o skierowaniu do ZOL, pacjent dostarczył do Zakładu dopiero po ok. 3 miesiącach (tj. 10.10.2007 r.), a inny pacjent decyzję z dnia 6.02.2007 r. dostarczył po ponad 7 miesiącach (28.09.2007 r.)*

W zakładach opiekuńczo-leczniczych nie przestrzegano obowiązku pisemnego powiadamiania pacjentów oczekujących na miejsce w ZOL o terminie przyjęcia ich do zakładu⁹⁹. Powiadomień dokonywano telefonicznie.

Z ustaleń kontroli wynika, że taka forma komunikacji skracala czas oczekiwania na miejsce w ZOL, pacjent mógł zostać przyjęty już następnego dnia. Pozwalało to również na optymalne wykorzystanie łóżek i efektywniejsze wypełnienie kontraktu z NFZ, a także uniknięcie niepotrzebnych kosztów i skrócenie procedur administracyjnych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że pacjent może przebywać poza miejscem swojego zamieszkania, list nie jest mu dostarczony i ZOL ponad 2 tygodnie oczekuje na jego zwrot, a w tym czasie miejsce jest niewykorzystane, co stanowi stratę finansową dla ZOL.

Krytyczne uwagi kontroli dotyczyły natomiast, braku odnotowywania w dokumentacji ZOL (np. w listach oczekujących) faktu telefonicznego poinformowania pacjenta o terminie zgłoszenia się do zakładu.

W okresie I półrocza 2009 r. w 19 publicznych ZOL objętych indywidualną kontrolą było 1.836 miejsc i przebywało w nich łącznie 1.935 osób, w tym 584 osoby (30,2%)

na stałe i tylko 570 (29,5%) przez okres 6 miesięcy. Natomiast 381 osób (19,7%) przebywało przez okres 2 lat, a 400 osób (20,7%) przez okres 3 lat i powyżej. Na miejsce w ZOL oczekiwało 307 osób (na podstawie list oczekujących prowadzonych w 13 ZOL; w 6 ZOL – list takich nie prowadzono).

Najwięcej pacjentów na okres stały przebywało w dniu kontroli w: ZOL w Warszawie przy ul. Szubińskiej (95 osób spośród 110, tj. 86,4%), ZOL w Puchaczowie (wszyscy pacjenci, tj. 31 osób), w ZOL w Mońkach (wszyscy, tj. 30 osób), w ZOL w Szklarskiej Porębie (wszyscy, tj. 37 osób i 4 – na miejscach komercyjnych, a 29 miejsc jest wolnych; łącznie w ZOL jest 70 miejsc), w ZOL w Warszawie przy ul. Olchy 8 (169 osób spośród 193, tj. 87,6% mimo, iż w ZOL jest formalnie 170 miejsc).

Natomiast w niektórych ZOL – w ogóle nie było pacjentów przyjętych na okres stały tylko na czas określony (np. w ZOL w Bielsku Podlaskim, w Kutnie, w Sieradzu, w Poznaniu, w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Lublinie).

W okresie objętym kontrolą (2007-2009 I półrocze) w 19 publicznych ZOL przebywało łącznie 4.480 pacjentów.

W 14 niepublicznych ZOL objętych kontrolą było łącznie 997 miejsc, w tym 50 komercyjnych, a 947 przeznaczonych dla pacjentów NFZ.

W badanym okresie (2007-2009 r. I półrocze) w niepublicznych ZOL przebywało łącznie 3.410 pacjentów NFZ, na miejsce oczekiwały 152 osoby (na podstawie list oczekujących w 9 ZOL; w 5 ZOL – nie prowadzono takich list). Okres oczekiwania na miejsce w niepublicznym ZOL był znacznie krótszy niż w publicznym ZOL, tylko do jednego ZOL, w Zamojskim Niepublicznym Szpitalu okres oczekiwania wynosił do 6 miesięcy, a do pozostałych – do 3 miesięcy. Pacjenci przyjmowani byli również na bieżąco lub w ciągu kilku dni (do 10 dni).

W okresie I półrocza 2009 r. w 14 niepublicznych ZOL przebywało łącznie 1.236 osób, w tym tylko 47 – na stałe (3,8%) i 667 osób – przez okres 6 miesięcy (54,0%). Natomiast 335 osób (27,1%) przebywało przez okres 2 lat i 187 osób (15,1%) przez okres 3 lat i powyżej.

⁹⁹ Por. § 3 ust. 5 rozporządzenia w sprawie ZOL.

W dniu kontroli tylko w 3 spośród 14 niepublicznych ZOL przebywało łącznie 17 pacjentów „na stałe” (10 osób, 5 osób i 2 osoby), a w pozostałych – tylko na czas określony.

3.2.2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów

NIK negatywnie oceniła prowadzenie dokumentacji medycznej.

Wyniki kontroli dokumentacji medycznej przeprowadzonej na wniosek NIK przez lekarzy – kontrolerów oddziałów wojewódzkich NFZ, m.in. w zakresie prawidłowości kwalifikowania pacjentów do świadczeń zdrowotnych, trybu przyjmowania pacjentów do ZOL, w tym zasadności przyjmowania ich poza kolejnością oraz zasadności przedłużania pobytu pacjentów poza termin określony w decyzji o skierowaniu do ZOL - wykazały szereg nieprawidłowości.

Stwierdzono m.in., że zapisy dotyczące badania podmiotowego pacjentów były mało czytelne, nie zawierały istotnych danych z wywiadu dotyczących ich wcześniejszej hospitalizacji oraz schorzeń współistniejących i nie były autoryzowane podpisem i pieczęcią lekarza¹⁰⁰, a zapisy obserwacji lekarskich dokonywane były w formie nieczytelnych notatek i również nieautoryzowane.

Stwierdzono również, że nie przestrzegano obowiązku sporządzania oceny pacjentów w skali Barthel w momencie przyjmowania ich do ZOL i przy kwalifikowaniu do dalszego pobytu w zakładzie, jak również nie sporządzano tych ocen w terminach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ¹⁰¹.

Sporządzana natomiast pacjentom ocena stanu samoobsługi wskazywała na powielanie kolejnych zapisów i nie znajdowała potwierdzenia w zapisach obserwacji lekarskich. W dokumentacji medycznej dokonywano wpisów o przeprowadzonych kolejnych obserwacjach stanu zdrowia tych samych pacjentów, w czasie gdy

¹⁰⁰ Stanowi to naruszenie § 4 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.), zwanego dalej „**rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej**”, które stanowią „dokumentację należy prowadzić czytelnie” (§ 4 ust. 1) i „kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując czytelnym podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących” (§ 4 ust. 2).

¹⁰¹ Nr 61/2007/DSOZ z 19 września 2007 r., Nr 53/2008 z 6 sierpnia 2008 r., Nr 96/2008 z 23 października 2008 r.

Od 31 sierpnia 2009 r. terminy sporządzania ocen stanu zdrowia pacjenta w skali Barthel określa rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych (§ 5 ust. 3).

faktycznie przebywali w szpitalu lub w sanatorium, a w „kartach czynności pielęgnacyjnych” pacjentów stwierdzono wpisy wskazujące na udzielanie świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgnacyjnych w okresie ich kilkudniowego pobytu w szpitalu lub na przepustkach (pojedyncze przypadki w 6 ZOL). Stwierdzono także przypadki rozbieżności (brak spójności) w dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej tych samych pacjentów, a wpisy o zastosowanych środkach farmakologicznych u pacjentów nie miały odzwierciedlenia w zapisach w ich dokumentacji medycznej.

Ponadto wpisy lekarzy (często trudne do odczytania), dotyczące stanu zdrowia pacjenta, były zbyt rzadko odnotowywane, tj. średnio 1 raz w miesiącu, natomiast wg umowy z NFZ powinny być 2 razy w tygodniu¹⁰². Na poszczególnych dokumentach jednostkowych sporządzanych przez lekarzy i/lub pielęgniarki brakowało podpisu i dat ich sporządzenia (w przypadku braku na arkuszu kwalifikacyjnym podpisu lekarza oceniającego pacjenta wg skali Barthel, może sugerować, że oceny tej dokonała sama pielęgniarka, co było niezgodne z wymogami w tym zakresie).

O nierzetelności w prowadzeniu dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej świadczą również wpisy oceny stanu pacjenta, który faktycznie w tym czasie był w szpitalu, wpis oceny pacjenta, który już nie żył i pacjenta przed jego przyjęciem do ZOL oraz wpis o zgonie pacjenta podczas gdy po 5 miesiącach został ponownie przyjęty do tego ZOL.

Ponadto, w dokumentacji lekarskiej niektórych pacjentów znajdowały się karty choroby oraz opisy konsultacji i obserwacji lekarskich innych pacjentów (niektóre z nich nie były nawet opatrzone nazwiskiem pacjenta, którego dotyczyły). Stwierdzono również przypadki odwrotne – kiedy to w dokumentacji pacjenta brakowało niektórych wymaganych dokumentów (np. skierowania lekarza na pobyt w ZOL, oceny pacjenta w skali Barthel z dnia jego przyjęcia do ZOL i z dalszego pobytu, kart czynności pielęgnacyjnych).

Stwierdzone nieprawidłowości występowały we wszystkich ZOL objętych kontrolą, ale skala i różnorodność ich występowania była zróżnicowana; w niektórych ZOL (4) nieprawidłowości dotyczyły pojedynczych przypadków, a w innych od 2-3% (5 ZOL) do 30-50% (23 ZOL) badanej dokumentacji (a nawet 100% - w ZOL w Mońkach).

¹⁰² Brak wystarczającego dokumentowania stanu zdrowia pacjenta obserwacjami lekarskimi – stanowi naruszenie § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Dyrektorzy/kierownicy ZOL tłumaczyli ich występowanie „niedopatrzaniem” i „uchybeniem”; natomiast niektórzy z nich wręcz lekceważąco odnosili się do ustaleń kontroli, a składane przez nich wyjaśnienia były sprzeczne z faktami wynikającymi z analizowanej dokumentacji medycznej (np. SPSP w Goleniowie).

Biorąc jednak pod uwagę fakt, że w każdym przypadku stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły pacjentów, tj. osób wymagających szczególnej i wzmożonej opieki lekarsko-pielęgniarskiej i, że ich dokumentacja medyczna winna odzwierciedlać sposób i zakres udzielonych im świadczeń zdrowotnych, to brak wpisów o tym w dokumentacji należy ocenić – wg NIK – jako nierzetelne wykonywanie obowiązków w tym zakresie względem pacjentów.

- W ZOL w SP Szpitalu Powiatowym w Goleniowie dla 56 spośród 130 pacjentów (43,1%), którzy przebywali w zakładzie od 1.08.2008 r. do 31.05.2009 r., nie sporządzono żadnej karty kwalifikacyjnej, tzn. ani razu nie oceniono stanu ich samoobsługi zmodyfikowaną skalą Barthel, natomiast dla pozostałych pacjentów (56,9%) – mimo iż w ZOL przebywali od 2 do 31 pełnych miesięcy – sporządzono od 1 do 4 kart kwalifikacyjnych, podczas gdy ocena powinna być dokonywana co 30 dni¹⁰³. 51 spośród 188 (27,1%) kart kwalifikacyjnych nie miało dat ich sporządzenia.

Spośród 156 pacjentów, których dokumentację badano (48,9% przebywających w ZOL w okresie 2007 – V 2009) w 59 przypadkach (37,8%) wpisy nie pozwalały dokonać oceny zasadności dalszego pobytu pacjenta w ZOL, a w 7 przypadkach (4,5%) nie uzasadniały dalszego pobytu w ZOL (osoby te kwalifikowały się do pobytu w hospicjum ponieważ miały zaawansowaną chorobę nowotworową), w 88 przypadkach (27,6%) pacjenci przyjęci zostali do ZOL z naruszeniem trybu określonego w rozporządzeniu w sprawie ZOL (tj. bez złożenia wniosku o przyjęcie do ZOL oraz bez skierowania, przyjęci mimo decyzji odmownej, bez dokumentu stwierdzającego wysokość dochodu osoby ubiegającej się o miejsce w ZOL, przyjętych z chorobą nowotworową).

W badanym okresie z ZOL wypisanych zostało 56 pacjentów (spośród 319, tj. 17,6%) z punktacją niższą od 40 w skali Barthel (a więc spełniali kryteria pobytu w ZOL i mogli nadal w nim przebywać) ale tylko w przypadku 1 z nich – jak wynika z dokumentacji medycznej – nastąpiło to na jego prośbę; w pozostałych przypadkach – wbrew wyjaśnieniom dyrektora szpitala – w dokumentacji medycznej brak adnotacji w tej sprawie.

Natomiast 25 pacjentów (spośród 140), którym sporządzono kartę kwalifikacyjną podczas wypisu z ZOL, wypisanych zostało z punktacją powyżej 80 pkt. w skali Barthel. Na uwagę zasługuje w tym przypadku fakt, że

¹⁰³ Por. § 12 ust. 4 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ i § 12 ust. 3 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ.

1 z nich przebywał w ZOL tylko 1 miesiąc, a jego stan zdrowia poprawił się w tym czasie z 30 do 100 punktów, a inny – nawet niecały miesiąc i w dniu wypisu uzyskał również 100 punktów (nie sporządzono mu oceny stanu zdrowia w dniu przyjęcia do ZOL).

Nadmienić należy, że łączna kwota nienależnie przekazanych – w badanym okresie – środków finansowych z tytułu nieprawidłowego wykazania do rozliczenia wykonanych świadczeń wyniosła 959.807,32 zł.

Na uwagę zasługuje również fakt, że w dokumentacji medycznej 9 pacjentów w stanie apalicznym (wegetatywnym)¹⁰⁴ nie odnotowano, iż stosowane było u nich żywienie dojelitowe mieszankami przemysłowymi przez firmę zewnętrzną N ZOZ.

W takich przypadkach konieczna była szczegółowa kontrola pacjenta leczonego tego typu metodami i wymagała nadzoru metabolicznego. Możliwe były bowiem powikłania septyczne, metaboliczne, toksyczne, które mogły wystąpić u żywionych pacjentów. Tymczasem w kartach historii choroby nie dokumentowano prowadzonego u tych osób leczenia oraz rodzaju i wyników badań diagnostycznych.

(szerzej o udzielaniu tych świadczeń opisano w pkt. 3.2.2.8.)

3.2.2.3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZOL badali – na wniosek NIK – kontrolerzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów.

Z ustaleń kontroli wynika, że ZOL wykazywały w rozliczeniach z NFZ:

- wykonywanie świadczeń pacjentom, którzy w tych samych dniach byli hospitalizowani w innym zakładzie lub przebywali na przepustce, a nawet tych, których już lub jeszcze nie było w ZOL (np. w rozliczeniu za okres 1-31.01.2008 r. wykazano pacjenta, który zmarł w dniu 23.12.2007 r., a w innym rozliczeniu wykazano pobyt pacjenta od 1.01.2009 r. podczas gdy został przyjęty do ZOL dopiero 9.01.2009 r.);
- wykonywanie świadczeń u pacjentów, w odniesieniu do których w dokumentacji medycznej w ogóle nie było wpisów potwierdzających ich pobyt w ZOL;

¹⁰⁴ Stan wegetatywny, określany również stanem apalicznym określa taki stan, w którym w wyniku rozległego uszkodzenia mózgu doszło do ustania funkcji tzw. nowej kory mózgowej („neocortex”) i chory utracił zdolność komunikowania się z otoczeniem poprzez utratę świadomości siebie i otoczenia.

- wykonywanie świadczeń u pacjentów, u których nie było medycznego uzasadnienia do ich pobytu w ZOL (np. wg karty samoobsługi uzyskali powyżej 5 punktów lub w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali powyżej 40 punktów);
- wykonywanie świadczeń u pacjentów, którzy nie uzyskali (brak wskazań medycznych) zgody dyrektora OW NFZ na przedłużenie pobytu w ZOL ponad termin określony w decyzji o skierowaniu, wydanej przez organ kierujący;
- 100% wartości osobodnia pacjentów, gdy przebywali w szpitalu¹⁰⁵ lub na przepustce¹⁰⁶.

W N ZOZ „PATRONKA” w Szczecinku zakwestionowano 864 spośród 1.743 świadczeń (49,6%), tj. osobodni pobytu pacjenta o liczbie 0 punktów w skali Barthel – jako nieprawidłowo zakwalifikowane i rozliczone; ZOL został zobowiązany do zwrotu kwoty 115.845 zł tytułem nienależnie pobranych środków finansowych na podstawie błędnie rozliczonych świadczeń medycznych (zapisy w dokumentacji medycznej nie potwierdziły, że pacjenci żywieni byli dojelitowo przez przetokę lub pozajelitowo, a to było warunkiem „przyznania” 0 punktów w skali Barthel).

W ZOL w SP ZOZ w Sieradzu 10 pacjentów oceniono na 0 punktów w skali Barthel i rozliczono z podwyższonym wskaźnikiem 2,8, mimo iż z dokumentacji medycznej tych osób nie wynikało aby karmieni byli sondą lub gastrostomią (a tylko to było warunkiem takiego rozliczenia. W efekcie ZOL zawyżył wycenę udzielonych świadczeń, w tym przypadku na kwotę 25,8 tys. zł, którą musiał zwrócić do NFZ).

Nieprawidłowe rozliczenie świadczeń u pacjentów z 0 punktów w skali Barthel stwierdzono również m.in. w ZOL w Kutnie (na kwotę 58,2 tys. zł), w ZOL „DAR-MED.” w Łodzi (na kwotę 23,2 tys. zł), w ZOL w Szczuczynie (na kwotę 46,9 tys. zł).

ZOL w Warszawie przy ul. Szubińskiej 4, w rozliczeniach z NFZ wykazał pacjentów o zaniżonej skali Barthel (od 0 do 5 punktów) niezgodnie z dokumentacją medyczną (w 6 spośród 72 analizowanych, tj. 8,3%), dwukrotnie te same świadczenia udzielone tym samym pacjentom (u 8 spośród 72 analizowanych, tj. 11,1%), pełne osobodni w czasie pobytu pacjentów w szpitalu i na przepustce (16 przypadków spośród 72 badanych, tj. 22,2%) w „kartach czynności pielęgnacyjnych” 14 pacjentów stwierdzono wpisy wskazujące na udzielenie świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgnacyjnych (3 razy dziennie) w okresie ich kilkudniowego pobytu w szpitalu lub na przepustkach.

Centrum Medyczne „Małgorzata” w Śremie – spośród 25 badanych dokumentacji medycznej w 10 nie było kart oceny stanu zdrowia pacjentów wg

¹⁰⁵ Fundusz finansuje 15% wartości osobodnia w przypadku okresowego pobytu pacjenta w szpitalu trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni.

¹⁰⁶ Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia w trakcie pobytu pacjenta w stacjonarnym zoz udzielającym świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych jeżeli przebywali na przepustce.

skali Barthel, stanowiących podstawę do rozliczenia procedur oraz finansowania świadczeń ze środków NFZ – na łączną kwotę 15.747,80 zł, w 7 – nie sporządzono tych kart w dniu przyjęcia pacjenta do ZOL, w 24 – oceny nie były sporządzone w terminach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze zobowiązane były do bieżącego aktualizowania danych o osobach wymienionych w umowach z NFZ, udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom, ponieważ jednym z warunków zawarcia umowy na ich realizację jest zgłoszenie wszystkich pracowników ZOL.

Ustalono, że niektóre ZOL (6) nie przestrzegały tego obowiązku lub zmiany w zatrudnieniu przekazywali do NFZ z opóźnieniem, tj. po upływie od 2 do 6 miesięcy od zdarzenia. Z tego względu – mimo iż zatrudnienie w nich było niższe od wielkości przewidzianych w umowie zawartej z NFZ na świadczenie opieki długoterminowej – otrzymywały środki z NFZ określone w umowie.

- W ZOL w SP ZOZ w Łęcznej w 2007 r. brakowało tylko 1 pracownika (psychologa) ale już w 2008 r. nie zatrudniono 7 osób (1 pielęgniarki, 4 fizjoterapeutów, psychologa i pracownika socjalnego), a w 2009 r. – 9 osób (2 pielęgniarek, 4 fizjoterapeutów, masażysty, psychologa i pracownika socjalnego).

- ZOL MEDICAL-CENTRE Med. of Łódź Sp. z o.o. w umowie z NFZ zgłosił m.in. 4 pracowników (3 pielęgniarki i 1 fizjoterapeutę), mimo iż faktycznie nie pracowali w ZOL.

- ZOL w SP ZOZ w Kutnie w umowie z NFZ na 2009 r. wykazał w zatrudnieniu m.in. 15 pielęgniarek, mimo iż faktycznie było ich 12, a w umowie na 2009 r. wykazał m.in. logopedę i pracownika socjalnego, których faktycznie nie było.

VITO-MED. Sp. z o.o. w Gliwicach – zatrudniała pielęgniarki na poziomie 54% wymaganych etatów (tj. na 16,75 etatu zamiast 31); natomiast zmiany kadrowe zgłaszała do NFZ z opóźnieniem 2-6 miesięcy.

Ustalono, że w ZOL w Warszawie-Radości niespełnienie wymogów¹⁰⁷ dotyczących zatrudnienia (brak fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego) i wyposażenia w sprzęt medyczny (brak pomp infuzyjnych, inhalatora, koncentratora tlenu, pulsoksymetru, ssaka) było przyczyną rozwiązania umowy z NFZ, zawartej w dniu 6.02.2009 r. w zakresie świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego, bez zachowania okresu wypowiedzenia ze skutkiem od 1.05.2009 r.

¹⁰⁷ Określonych w zarządzeniu Nr 96/2008 Prezesa NFZ z 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Nadmienić należy, że liczba i rodzaj zatrudnionych specjalistów w ZOL (fizjoterapeuty, psychologa, rehabilitanta, logopedy, terapeuty zajęciowego), określonych w umowach z NFZ i warunkujących zawarcie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, odnoszą się do liczby kontraktowanych miejsc (świadczeń), a nie do wymagań zdrowotnych (potrzeb) pacjentów aktualnie przebywających w ZOL (potrzeby zdrowotne pacjentów ulegają zmianom z chwilą przyjęcia do ZOL „nowych” osób).

Z tytułu nierzetelnie realizowanych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ZOL zostały zobowiązane do zwrotu nienależnie otrzymanych środków – łącznie w kwocie 1.502,3 tys. zł, oraz naliczono im kary umowne z tego tytułu – łącznie w kwocie 405,9 tys. zł.¹⁰⁸

3.2.2.4. Odpłatność pacjentów za pobyt w ZOL

Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.

Kwotę miesięcznej odpłatności pacjenta za pobyt w ZOL ustalał z reguły dyrektor/kierownik ZOL na podstawie decyzji o skierowaniu do ZOL, wydanej przez organ kierujący.

W decyzji podana była podstawa prawna¹⁰⁹ oraz zasady naliczania odpłatności (250% najniższej emerytury, nie więcej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej¹¹⁰).

Wyniki kontroli wskazały, że jeśli pacjent „osobiście” (lub jego opiekun prawny) opłacał swój pobyt w ZOL, to wpłacał kwotę równą wyliczonej przez dyrektora/kierownika ZOL, czyli 70% swojego dochodu. Natomiast jeśli środki za pobyt pacjenta wpływały bezpośrednio z ZUS lub KRUS to stanowiły 65% jego miesięcznego świadczenia¹¹¹.

¹⁰⁸ Dotyczy 24 ZOL spośród 33 objętych indywidualną kontrolą (72,7%), w tym 14 spośród 19 publicznych ZOL (73,7%) i 10 spośród 14 niepublicznych ZOL (71,4%).

¹⁰⁹ Por. art. 34a ust. 1 i 2 ustawy o zoz.

¹¹⁰ Por. art. 8 ust. 3 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 ze zm.).

¹¹¹ Por. art. 139 ust. 1 pkt 10 oraz art. 140 ust. 4 pkt 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.)

W przypadkach, gdy wpłaty te były niższe od wyliczonych w ZOL pacjent (lub jego opiekun prawny) był zobowiązany dopłacić różnicę między kwotą wyliczoną w ZOL, a przekazaną przez ZUS/KRUS.

- W ZOL w SP ZOZ w Mońkach dopłaty większości pacjentów przebywających w ZOL były naliczane. Np. w marcu 2009 r. naliczono je 22 spośród 28 pacjentów, których pobyt był finansowany środkami z ZUS lub KRUS.

Niektóre publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie przestrzegały zasad ustalania odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL, określonych w rozporządzeniu w sprawie ZOL.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Kowarach (którego jednostką organizacyjną jest ZOL w Bolkowie) ustalił wysokość minimalnych opłat od pacjentów za pobyt w ZOL (650 zł – na rok 2007 i 700 zł w 2008 r.).

Badania 95 naliczeń opłat dla 33 pacjentów wykazały, że aż w 75 przypadkach, tj. 79% (dla 22 pacjentów) naliczona opłata przekraczała granicę 70% miesięcznego dochodu pacjenta, określoną w ustawie o zoz (art. 34a). Przekroczenia wyniosły do 366,8 zł, a kwota stanowiąca sumę nadwyżek pobranych w latach 2007-2009 (I półrocze) w wyniku nałożenia obowiązkowej minimalnej odpłatności w badanej próbie wyniosła 74.033 zł, którą Zakład nienależnie pobrał od pacjentów.

SP SP w Goleniowie – w okresie objętym kontrolą pobrał od 15 pacjentów ZOL (60% tzw. pacjentów komercyjnych) łączną kwotę 134.340,00 zł za świadczenie odpłatnych usług opiekuńczo-leczniczych. Pacjenci (których obciążono opłatami) przyjęci zostali zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie ZOL i w trakcie przebywania w Zakładzie spełniali kryteria pobytu, uzyskując punktację poniżej 40 pkt w skali Barthel (tj. mieli prawo do bezpłatnych usług). Również od 2 pacjentów, z którymi Szpital nie zawarł umów cywilnoprawnych na świadczenie usług komercyjnych, uzyskał łączną kwotę 7.240,00 zł mimo, iż zgodnie z § 3 zarządzenia Nr 29/05 Dyrektora Szpitala, Szpital zobowiązany był do zawarcia takich umów, ponieważ były one podstawą naliczania opłaty za płatny pobyt pacjenta w ZOL. Nadmienić należy, że przychody z tytułu odpłatnych usług pielęgnacyjno-medycznych uzyskane od pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne i uprawnionych do bezpłatnych usług medycznych, a także spełniających kryteria pobytu w ZOL, były przez Szpital błędnie ewidencjonowane na koncie przychodów ze sprzedaży usług medycznych finansowanych przez nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (nie było konta przeznaczonego do gromadzenia środków za komercyjne usługi medyczne udzielone przez Szpital).

Ustalono, że dyrektorzy 3 niepublicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych również nie przestrzegali zasad ustalania odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL, określonych w rozporządzeniu w sprawie ZOL. Miesięczną/dzienną kwotę odpłatności ustalali oni

wg własnego uznania, a ewentualną różnicę między kwotą wyliczoną przez nich, a wynikającą z 70% dochodu – dopłacali pacjenci (lub ich opiekunowie prawni).

W ocenie NIK, niepubliczny ZOL podpisując umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgnacyjnych i leczniczych i korzystając ze środków publicznych w związku z ich realizacją wykonuje zadania publicznego zoz, tym samym jest zobowiązany m.in. do przestrzegania przepisów regulujących zasady odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie świadczeniobiorców przebywających w ZOL. Ustalanie tych opłat w sposób odmienny od określonego w przepisach było działaniem nielegalnym.

- W N ZOL MEDICAL CENTER Med. of Łódź Sp. z o.o. w Łodzi dyrektor ZOL w wydany 2 października 2007 r. zarządzeniu wewnętrznym ustalił „minimalną” odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienie w wysokości 500 zł, a następnie kolejnym zarządzeniem (z 22 lutego 2009 r.) – na 700 zł.

W przypadkach gdy 70% dochodu pacjenta stanowiło niższą kwotę odpłatności od ustalonej przez dyrektora ZOL (w zarządzeniach) pacjenci dopłacali różnicę do kwoty określonej w umowie.

W wyniku nałożenia „minimalnej” odpłatności zakład nienależnie pobrał od pacjentów (34 objętych kontrolą) kwotę 1.832,65 zł i w związku z kontrolą NIK zwrócił tę kwotę pacjentom.

- W ZOL w N ZOZ „PATRONKA” w Szczecinku od stycznia 2008 r. decyzją dyrektora ustalona została odpłatność za każdy dzień pobytu w wysokości 40 zł, tj. 1.200 lub 1.240 zł miesięcznie. Różnicę pomiędzy ustaloną należnością za pobyt, a kwotą płaconą przez ZUS pokrywał pacjent (lub jego opiekun prawny) na podstawie złożonego w tej sprawie oświadczenia.

W N ZOZ „Mikulicz” w Świebodzicach dyrektor ustaliła wysokość opłaty dziennej od pacjentów (których leczenie było finansowane przez NFZ) za pobyt w ZOL w wysokości 30 zł i 35 zł w 2008 r. i 40 zł od lutego 2009 r.; z pacjentami zawierano umowy, w których ustalono zasady i wysokość odpłatności.

Niektóre zakłady opiekuńczo-lecznicze (5) nie przestrzegały obowiązku obniżenia miesięcznej opłaty za pobyt w ZOL odpowiednio o liczbę dni nieobecności pacjenta z zakładzie (w danym miesiącu)¹¹².

Nadmienić należy, że NFZ przekazuje ZOL za dni pobytu pacjenta w szpitalu środki w wysokości 15% wartości osobodnia, co zabezpiecza koszty „utrzymania” łóżka w czasie nieobecności pacjenta, gdy nie otrzymuje on w tym czasie w ZOL żadnych świadczeń.

¹¹² Por. § 7 rozporządzenia w sprawie ZOL.

- **ZOL w SP ZOZ w Kutnie** pacjentom przebywającym w szpitalu, obniżał opłatę jedynie o koszty wyżywienia (9 zł), zamiast pełnej opłaty o liczbę dni ich nieobecności w danym miesiącu. W przypadku 3 pacjentów ZOL przebywających doraźnie w szpitalu, kwota nienależnie pobranych opłat wyniosła ogółem 308,6 zł, którą ZOL – w związku z kontrolą NIK zwrócił pacjentom.

- **Poradnia Rodzinna „Zdrowie” w Płońsku** w 62 przypadkach nie obniżono pacjentom miesięcznej opłaty o liczbę dni ich nieobecności w ZOL z przyczyn losowych (nagły pobyt w szpitalu). Łącznie takich dni było 420, a kwota ogółem niezwrócona pacjentom z tego tytułu wyniosła w kontrolowanym okresie 6.594,09 zł.

Nieprawidłowości tego rodzaju stwierdzono również w **ZOL s.c. B.Feliniak, E.Janowska, B.Kiszewska w Turku**.

W przypadku niektórych ZOL (4 objęte kontrolą) miesięczna kwota odpłatności pacjenta za pobyt ustalana była w decyzji o skierowaniu do ZOL, wydanej przez organ kierujący. Zaznaczano w niej, że zmiana wysokości kwoty odpłatności nie wymaga zmiany decyzji (ZOL w Knyszynie, ZOL w SP ZOZ w Mońkach, ZOL w SP ZOZ w Białej Podlaskiej, ZOL w SP ZOZ w Sieradzu).

W okresie objętym kontrolą (2007 – 2009 I półrocze) miesięczna odpłatność pacjenta w publicznych ZOL wyniosła – odpowiednio w latach – od 180 zł do 1.400 zł, od 190 zł do 1.590 zł i od 230 zł do 1.690 zł.

Koszty utrzymania pacjenta były natomiast bardzo zróżnicowane i w publicznych ZOL wynosiły – odpowiednio w latach – od 840 zł do 3.370 zł, od 950 zł do 3.630 zł i od 1.700 zł do 4.030 zł.

Przy tak wysoko określonych kosztach utrzymania pacjenta, uwagę zwracają niskie stawki żywieniowe, które wynosiły odpowiednio w badanych latach – od 3,05 zł do 11,85 zł, od 3,92 zł do 10,7 zł i od 3,92 zł do 12 zł (tylko w ZOL w Mońkach stawki te były znacznie wyższe i wynosiły odpowiednio 18,6 zł, 19,2 zł i 19,4 zł).

W ZOL niepublicznych natomiast, mimo iż odpłatność pacjentów (niekomercyjnych) była niższa (odpowiednio w latach – od 204 zł do 1.000 zł, od 250 zł do 1.100 zł i od 230 zł do 1.100 zł) i miesięczne koszty utrzymania – również niższe (od 660 zł do 2.230 zł, od 830 zł do 2.800 zł i od 830 zł do 3.000 zł) to stawki żywieniowe były jednak wyższe (od 5,5 zł do 17,05 zł, od 5,5 zł do 14,3 zł i od 6,5 zł do 16,7 zł).

Stwierdzono również jeden przypadek, że rodzina pacjenta odmówiła opłaty za pobyt w kwocie naliczonej w ZOL, ponieważ wg nich była za wysoka – mimo iż naliczona została zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ZOL.

- W N ZOZ ZOL „DOM RODZINNY” w Nowy Dworzec Mazowieckim naliczono pacjentowi odpłatność w wysokości 1.659,8 zł (70% od kwoty 2.371,1 zł); rodzina pacjenta odmówiła jednak dokonywania wpłat w tej wysokości twierdząc, że jest za wysoka i zaoferowała jedynie 1.500 zł miesięczni (i tyle płaciła).

3.2.2.5. Sytuacja finansowa zakładów opiekuńczo-leczniczych

Sytuacja finansowa zakładów opiekuńczo-leczniczych z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ była zróżnicowana w okresie objętym kontrolą (2007-2009 I półrocze).

Zakłady publiczne, z uwagi na specyfikę działalności, są w zasadzie pozbawione możliwości pozyskiwania przychodów poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i charakteryzują się bardzo dużą zależnością od wpływów z Narodowego Funduszu Zdrowia. Bowiem, jak wykazały wyniki kontroli, środki z tego Funduszu stanowiły ok. 75% ogółu przychodów zakładów, natomiast przychody z tytułu częściowej odpłatności pacjentów za pobyt¹¹³ ok. 25%.

Zauważyć należy, że odpłatność pacjenta wyrażona jako 70% miesięcznego dochodu niejednokrotnie nie pozwalała na pokrycie kosztów jego zakwaterowania i wyżywienia, ze względu na niską wartość jego dochodów (emerytury, renty, zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej).

Dlatego też na szczególną uwagę zasługuje fakt, że wiele zakładów opiekuńczo-leczniczych¹¹⁴ nie wykorzystywało w całości środków z NFZ i odpłatności pacjentów osiągając „zysk”¹¹⁵ z tego tytułu, który na koniec 2007 i 2008 r. oraz I i II kwartału 2009 r. dochodził nawet do kilkuset tysięcy zł.

¹¹³ Zgodnie z art. 34a ustawy o zoz i przepisami rozporządzenia w sprawie ZOL.

¹¹⁴ Ustalenie dotyczy 48 ZOL (w tym 27 publicznych, dla których organem założycielskim było 18 urzędów objętych kontrolą, 7 – innych publicznych, dla których organem założycielskim są urzędy nie objęte kontrolą i 14 niepublicznych).

¹¹⁵ Pod pojęciem „zysk” (lub „strata”) należy rozumieć niewykorzystane (lub ich niedobór) środki z NFZ (z tytułu finansowania świadczeń zdrowotnych) i odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL.

Na koniec 2007 r. 12 ZOL (spośród 45)¹¹⁶ osiągnęło „zysk” wynoszący w publicznych ZOL - od 6,7 tys. zł (ZOL w Szczuczynie) do 401 tys. zł (ZOL Miejskiego Szpitala Zespółonego w Częstochowie), a w niepublicznych – od 24,6 tys. zł (w N ZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach) do 857,2 tys. zł (N ZOL w Smoligowie) i 33 ZOL – „stratę” – w publicznych od 3,5 tys. zł (ZOL Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej) do 597,0 tys. zł (ZOL przy ul. Mehoffera w Warszawie), a w niepublicznych – od 95,7 tys. zł (Medical Centre – Med. of Łódź Sp z o.o.) do 152,6 tys. zł (Zamojski Szpital Niepubliczny).

Na koniec 2008 r. – 22 ZOL (spośród 48) osiągnęły „zysk” – w publicznych - od 12,4 tys. zł (ZOL w Tucznie) do 1.105,0 tys. zł (ZOL przy ul. Mehoffera w Warszawie), a w niepublicznych od 49,6 tys. zł (N ZOL „Złota Jesień” w Żarkach) do 1.739,5 tys. zł (N ZOL w Smoligowie) i „stratę” osiągnęło 26 ZOL, w publicznych w wysokości od 27,3 tys. zł (ZOL w SP ZOZ w Szklarskiej Porębie), do 532,7 tys. zł (ZOL w SP Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie), a nawet 1.124,3 tys. zł (SP ZOL w Rajczy) i w niepublicznych – od 13,4 tys. zł (Zamojski Szpital Niepubliczny) do 579,2 tys. zł (VITO-MED. Sp. z o.o. w Gliwicach).

Natomiast w 2009 r. – spośród 41 ZOL, w których można było już ustalić efekt finansowy – 12 ZOL osiągnęło „zysk”, w tym w publicznych w kwocie od 2,4 tys. zł (ZOL w Tucznie) do 519,8 tys. zł (ZOL Miejskiego Szpitala Zespółonego w Częstochowie – I półrocze), a w niepublicznych – od 2,2 tys. zł (N ZOZ ZOL „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim) do 596,6 tys. zł (N ZOL w Smoligowie), a 28 ZOL – „stratę”, w tym w publicznych w wysokości od 20,0 tys. zł (ZOL w Szczuczynie) do 800,6 tys. zł (koniec V 2009 r. ZOL w SP ZOZ Szpitala Powiatowego w Dębnie) i w niepublicznych – od 49,4 tys. zł (ZOL „DAR-MED.” w Łodzi) do 326,8 tys. zł (Poradnia Rodzinna „ZDROWIE” w Płońsku).

Nadmienić należy, że „zyski” wypracowane przez ZOL w 2008 r. (lub zmniejszenie „strat”) były w głównej mierze pochodną zastosowanego przez NFZ w II półroczu 2008 r. korzystniejszego systemu rozliczeń. W myśl zarządzenia Prezesa NFZ¹¹⁷ został zastosowany współczynnik korygujący 2,8 dla wartości osobodnia dotyczący pacjentów przebywających w zakładzie w najcięższym stanie zdrowia (skala Barthel 0-5 pkt.).

W efekcie zawartych ugód z NFZ z tytułu powyższej zmiany systemu rozliczeń, ZOL zrealizowały wyższe niż planowane przychody z tytułu realizacji kontraktów. Poprawa wyników finansowych w 2008 r. była zatem, co do zasady, efektem wzrostu przychodów, a nie redukcji kosztów.

¹¹⁶ 3 ZOL niepubliczne – spośród 14 – rozpoczęły funkcjonowanie w 2008 r.

¹¹⁷ Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa.

- W 2008 r. przychody w 3 podległych **Urzędowi m.st. Warszawy ZOL** wyniosły ogółem 22.942,8 tys. zł. i były większe o 4.857,1 tys. zł. (26,9%) w porównaniu z rokiem 2007 (18.058,7 tys. zł.).

Natomiast koszty ogółem w 2008 r. wyniosły 20.971,5 tys. zł. i były większe tylko o 1.948,0 tys. zł. (10,2%) niż w 2007 r. (19.023,4 tys. zł.).

W 2008 r. wszystkie (3) ZOL osiągnęły dodatni wynik finansowy w łącznej wysokości 1.971,4 tys. zł. (w tym ZOL przy ul. Mehoffera – 1.105,0 tys. zł., przy ul. Olchy – 536,6 tys. zł. i przy ul. Szubińskiej – 329,7 tys. zł.), a w 2007 r. – ujemny wynik finansowy w łącznej wysokości – 937,7 tys. zł. (w tym – odpowiednio w ZOL – 596,9 tys. zł., 231,7 tys. zł. i 109,1 tys. zł.). Tak więc wzrost procentowy przychodów w 3 ZOL w roku 2008, w stosunku do roku 2007, wyniósł od 22,18% do 28,90%, natomiast wzrost kosztów jedynie od 8,44% do 11,96%. Czyli w omawianym okresie dynamika przychodów przewyższała dynamikę kosztów od 13,74 do 17,40 punktu procentowego. W I kwartale 2009 r. tylko ZOL przy ul. Mehoffera osiągnął dodatni wynik finansowy w wysokości 100,6 tys. zł., a pozostałe stratę w wysokości – odpowiednio – 164,7 tys. zł. i 72,7 tys. zł.

Na uwagę zasługuje również fakt, że niektóre ZOL w każdym roku objętym kontrolą osiągały znaczne „zyski” z tytułu realizacji świadczeń, a inne – zawsze ponosiły „stratę”.

- ZOL stanowiący jednostkę organizacyjną **Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie** zawsze osiągał „zysk”: na koniec 2007 r. w wysokości 401,1 tys. zł., na koniec 2008 r. – 547,7 tys. zł., a za I półrocze 2009 r. – 519,8 tys. zł.

Natomiast **ZOL w SP ZOZ w Mońkach** zawsze ponosił „stratę”: na koniec 2007 r. – w wysokości 343 tys. zł., na koniec 2008 r. – 65,0 tys. zł., a na koniec I półrocza 2009 r. – 180,5 tys. zł, podobnie jak ZOL w SP ZOZ w Kutnie, którego „strata” wynosiła – odpowiednio w latach – 473,6 tys. zł, 413,5 tys. zł i 272,5 tys. zł.

Były również niepubliczne ZOL, które w każdym roku objętym kontrolą osiągały „zyski” – biorąc pod uwagę tylko środki z NFZ i odpłatności pacjentów (np. N ZOL w Smoligowie – odpowiednio: 857,2 tys. zł, 1.739,5 tys. zł i 596,6 tys. zł, ZOL s.c. B.F., E.J., B.K. w Turku – 160,1 tys. zł, 151,5 tys. zł, 59,9 tys. zł) oraz takie, których efekt finansowy z tego tytułu na koniec badanych lat był zmienny, tj. w 1 roku ujemny, a w następnym dodatni lub odwrotnie (np. ZOL Medical-Centre w Łodzi rok 2007 zakończył „stratą” w wysokości 95,7 tys. zł, a następne – „zyskiem” – 451,6 tys. zł i 117,9 tys. zł, N ZOZ „PATRONKA” Sp. z o.o. w Szczecinku – rok 2007 zakończył „stratą” w wysokości 63,1 tys. zł, rok 2008 – „zyskiem” 513,7 tys. zł, a I półrocze 2009 r. – znów „stratą” 73,1 tys. zł).

Główną przyczyną „strat” z tytułu realizacji świadczeń opieki długoterminowej są – wg ich dyrektorów/kierowników – zbyt niskie stawki płacone przez NFZ za zrealizowane świadczenia i za mała – w stosunku do potrzeb, tj. liczby pacjentów i łóżek w ZOL – liczba zakontraktowanych osobodni. Wpływy z tego tytułu nie pokrywają kosztów leczenia i wynagrodzenia personelu, którego zatrudnianie, zgodnie z wymaganiami NFZ, jest niezbędne.

Nadmienić należy, że stawka za 1 osobodzień wg umowy z NFZ była zróżnicowana w poszczególnych latach między ZOL-ami (i to zarówno w przypadku publicznych jak i niepublicznych) i wynosiła: w publicznych w 2007 r. – od 40 zł do 86,2 zł, w 2008 r. – od 42,6 zł do 101,4 zł, a w 2009 r. – od 62 zł do 126 zł, a w niepublicznych – odpowiednio w latach – od 40,2 zł do 69 zł, od 49,0 zł do 96,3 zł i od 66,5 zł do 115 zł.

Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w niektórych ZOL od 2008 r. stawka 1 osobodnia wg kosztów była mniejsza od stawki 1 osobodnia wg umowy z Funduszem co bezpośrednio przekładało się na zysk ZOL z tytułu wykonania zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast wpłaty pacjentów (z tytułu zakwaterowania i wyżywienia) dodatkowo jeszcze ten zysk powiększały.

*W **publicznym ZOL w Puchaczowie** – stanowiącym jednostkę organizacyjną SP ZOZ w Łęcznej – stawkę 1 osobodnia ustalono wg kosztów na kwotę 85,73 zł w roku 2007, 89,30 zł – w 2008 r. i 84,68 zł – w 2009 r., natomiast stawka 1 osobodnia wg umowy z NFZ wynosiła – odpowiednio w latach – 80,61 zł, 91,24 zł i 107,54 zł, a średnia odpłatność pacjenta za 1 osobodzień – odpowiednio – 17,87 zł, 17,44 zł i 18,76 zł. Tak więc różnica w stawce 1 osobodnia na podstawie wykonania wynosiła odpowiednio 12,75 zł, 19,38 zł i 41,62 zł¹¹⁸ i w efekcie zysk ZOL-u wyniósł odpowiednio – 1.340,0 tys. zł, 219,1 tys. zł i 201,3 tys. zł.*

*Podobnie w **niepublicznym ZOL w Smoligowie** – stawka 1 osobodnia wg kosztów wynosiła 56,1 zł, 54,0 zł i 55,5 zł, a stawka 1 osobodnia wg umowy z NFZ – 54,9 zł, 63,0 zł i 71,0 zł; średnia odpłatność pacjenta za 1 osobodzień wynosiła – 13,7 zł, 15,8 zł i 14,6 zł, a więc różnica w stawce 1 osobodnia wg*

¹¹⁸ Sposób wyliczenia: od stawki 1 osobodnia ustalonego wg kosztów należy odjąć stawkę 1 osobodnia płaconą przez NFZ (wg umowy z ZOL) i odjąć odpłatność pacjenta za 1 osobodzień. Jeśli wynik jest wartością dodatnią, tzn. że ZOL ponosi stratę za 1 osobodzień (bo środki z NFZ i od pacjenta za 1 osobodzień są mniejsze od kosztów 1 osobodnia). Jeśli jednak wynik jest wartością ujemną, tzn. że ZOL osiągnął zysk za 1 osobodzień (bo środki z NFZ i od pacjenta są większe od kosztów 1 osobodnia).

wykonania wynosiła 12,42 zł, 24,73 zł i 30,08 zł. W efekcie ZOL osiągał zyski w poszczególnych latach – odpowiednio – 857,2 zł, 1.739,5 zł i 569,6 zł.

Ustalono również, że w niektórych ZOL w każdym roku suma opłat z tytułu odpłatności pacjenta oraz stawki za świadczenie zdrowotne finansowane przez NFZ była wyższa od kosztu osobodnia ponoszonego przez ZOL, wynikiem czego był „zysk”.

W ZOL s.c. B.Feliniak, E.Janowska, B.Kiszewska – stawka 1 osobodnia wg kosztów wynosiła 71,6 zł, 78,3 zł i 89,1 zł natomiast suma opłat pacjenta i NFZ za 1 osobodzień wynosiła 84,1 zł, 90,1 zł i 108,1 zł. W efekcie ZOL osiągnął „zysk” w wysokości 160,1 tys. zł, 151,5 tys. zł i 59,9 tys. zł.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zarówno w publicznych, jak i niepublicznych ZOL miesięczne koszty utrzymania pacjenta oraz stawka 1 osobodnia wg kosztów były bardzo zróżnicowane. Nie można było tego odnieść do liczby łóżek w danym ZOL, a tym samym liczby pacjentów, ani ich rotacji, ani też ich stanu zdrowia, jak również nie miało znaczenia czy ZOL jest jednostką samodzielną czy wchodzi w strukturę zoz.

Spośród publicznych ZOL najniższe miesięczne koszty utrzymania pacjenta były w ZOL w SP ZOZ w Kutnie (37 miejsc) i wynosiły – odpowiednio w latach – 864 zł, 952 zł i 1.708 zł, a najwyższe w ZOL i Rehabilitacji Medycznej w Poznaniu (106 miejsc) i wynosiły 3.368 zł, 3.625 zł i 4.031 zł.

Natomiast stawki 1 osobodnia wg kosztów najniższe były w ZOL w SP ZOZ w Szklarskiej Porębie (70 miejsc) – wynosiły odpowiednio 58,6 zł, 75,2 zł i 74,4 zł, a najwyższe w 2007 r. w ZOL w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim (20 miejsc) – 129,9 zł, w 2008 r. – w ZOL w SP SP w Goleniowie (37 miejsc) – 155 zł, a w 2009 r. – w ZOL i Rehabilitacji Medycznej w Poznaniu – 151 zł.

Spośród niepublicznych ZOL najniższe miesięczne koszty utrzymania pacjenta były w ZOL w N ZOZ Powiatowego Centrum Zdrowia w Kowarach (54 miejsc) i wynosiły 747,6 zł, 749,8 zł i 1.300 zł, a najwyższe – w N ZOZ „PATRONKA” Sp. z o.o. w Szczecinku – 3.073 zł, 3.410 zł i 5.147 zł.

Stawki 1 osobodnia wg kosztów najniższe były w N ZOL w Smoligowie (200 miejsc) – 56,1 zł, 54,0 zł i 55,5 zł, a najwyższe w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Rawiczu (42 miejsca) – 122,7 zł, 150,2 zł, 176,9 zł.

W ocenie NIK znaczny „zysk” osiągany przez ZOL (rzędu kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy zł) może wskazywać na nieuzasadnione zawyżenie kalkulacyjne 1 osobodnia i/lub nieuzasadnione przedłużanie pobytu pacjentów, którzy faktycznie nie wymagają przewidzianych przez NFZ świadczeń zdrowotnych, niepełne (w stosunku do umowy z NFZ) zatrudnienie personelu.

Wyniki kontroli wskazały, że tylko 11 spośród 18 urzędów (61%) objętych kontrolą ponosiło nakłady finansowe na zakłady opiekuńczo-lecznicze, dla których były organem założycielskim – z przeznaczeniem na modernizację, inwestycje i remonty ZOL. Pozostałe urzędy nie przekazywały żadnych środków na ten cel (dotyczy to np. Urzędów Miasta w Siedlcach, Częstochowie, Starostw Powiatowych w Rawiczu, Kutnie, Mońkach).

3.2.2.6. Warunki socjalno-bytowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych

Zakłady opiekuńczo-lecznicze nie spełniały standardów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań zoz¹¹⁹.

W każdym ZOL średnio 30-88% sal chorych nie spełniało normy powierzchniowej przypadającej na 1 łóżko (minimum 6 m²). Zbyt mały metraż pokoi uniemożliwiał dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron i tym samym niespełniony był kolejny wymóg ww. rozporządzenia, który w § 21 stanowi, że „łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”. Odstępy między sąsiednimi łózkami były również mniejsze od wymaganych (0,7 m), co uniemożliwiała swobodne korzystanie ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego. Łóżka ustawione były w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach. Stwierdzono również nieodpowiednią – w stosunku do liczby pacjentów – liczbę umywałek, natrysków, misek ustępowych i pisuarów (w 3 ZOL w ogóle nie było pisuarów).

Ponadto, stwierdzono przypadki (4 ZOL), że pomieszczenia higieniczno-sanitarne były zbiorowe dla wszystkich pacjentów ZOL, wspólne dla kobiet i mężczyzn.

Podkreślić należy, że w niektórych ZOL (4) pomieszczenia („pokojowe”) były maksymalnie wykorzystane na sale chorych, że nie było nawet gabinetów do prowadzenia terapii, rehabilitacji, lekarskiego.

¹¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wymagań zoz”

W większości ZOL (27) opracowano programy dostosowania pomieszczeń do wymaganych warunków techniczno-sanitarnych, określonych w ww. rozporządzeniu z terminem realizacji na koniec 2012 r. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że zostały one opracowane w 2006 r. lub 2007 r., i do czasu kontroli NIK nie podjęto jeszcze żadnych działań zmierzających do ich realizacji, wskazany termin może okazać się nierealny.

Zauważyć również należy, że wymogi określone w ww. rozporządzeniu mogą być realne do wyegzekwowania w nowo powstających lub „nowszych” obiektach, natomiast modernizacja (dostosowanie) „starych” obiektów będzie wymagać dużych nakładów finansowych, a te z kolei mogą być trudne do „zdobycia”. Zaszłości architektoniczno-konstrukcyjne w niektórych miejscach również nie pozwolą na sprostanie wymaganiom (np. ZOL w SP ZOZ Warszawa-Radość).

- W **ZOL w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim** 5 sal (spośród 8) nie spełniało wymaganych norm powierzchniowych, we wszystkich pokojach (8) nie było dostępu z 3 stron do łóżek pacjentów, nie zachowano wymaganego odstępu łóżka od ściany (0,8 m), gabinet zabiegowy miał powierzchnię 10,0 m² wobec wymaganej min. 15,0 m². Nie było gabinetu do prowadzenia psychoterapii, rehabilitacji oraz terapii zajęciowej.

- W **ZOL w SP ZOZ w Kutnie** powierzchnia wszystkich sal chorych (12) w przeliczeniu na 1 pacjenta była mniejsza średnio o 5,1 m² od wymaganej. Wyprowadzenie łóżek (13 spośród 37) z sal chorych wymagało przesuwania sąsiednich. Łóżka nie były dostępne z 3 stron, a odstępy między nimi i od ścian były mniejsze od wymaganych. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne były zbiorowe dla wszystkich pacjentów ZOL, wspólne dla kobiet i mężczyzn. W ZOL nie było toalet dla osób odwiedzających (wspólne pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla kobiet i mężczyzn stwierdzono również w ZOL w Szczuczynie, w ZOL w SP ZOZ w Mońkach, w ZOL SP ZOZ w Warszawie-Radości).

- W **ZOL w SP ZOZ w Sieradzu** 7 sal chorych (spośród 27) miało powierzchnię mniejszą od normatywnej o 2-3 m², w 13 salach nie był zachowany odstęp łóżek od ściany, w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych dla mężczyzn nie było wymaganych pisuarów (nie było ich również w ZOL w Szczuczynie).

- W **ZOL w SP ZOZ w Mońkach** oprócz za małego metrażu sal chorych, braku dostępu do łóżek z 3 stron, trudności z wyprowadzeniem łóżek bez konieczności przesuwania sąsiednich, braku toalet dla osób odwiedzających, stwierdzono również brak gabinetu rehabilitacji, do psychoterapii, terapii zajęciowej, sali dziennego pobytu.

- W **Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o.** w 3 salach chorych (spośród 8) przekroczone zostały normy określające maksymalną liczbę (5) pacjentów (6, 8, 8); funkcję gabinetu lekarskiego pełniło pomieszczenie biurowe

kierownictwa ZOL (stwierdzono również nieprawidłowości jak w ww. przykładach).

- W N ZOZ „Medical Centre-Med. of Łódź” Sp. z o.o. ZOL został usytuowany na parterze i 3 kondygnacjach budynku, w którym nie ma windy i pochylni dojazdowych. Sale chorych mieszczą się na parterze oraz 1 i 2 piętrze a na 3 – znajdują się: gabinet psychoterapii, terapii zajęciowej, lekarski, zabiegowo-pielęgniarski, rehabilitacyjny. Powierzchnia sal w przeliczeniu na 1 łóżko była mniejsza od wymaganej średnio o 4,9 m², wyprowadzenie 16 łóżek (na 31) z sal chorych było niemożliwe bez przesuwania sąsiednich, a w 7 pokojach manewrowanie łóżkami było możliwe dopiero po przestawieniu mebli, łóżka nie były dostępne z 3 stron, a ich odległość od ścian też była mniejsza od wymaganej (0,8 m).

3.2.2.7. Kontrole zewnętrzne w zakładach opiekuńczo-leczniczych

Zakłady opiekuńczo-lecznicze objęte badaniami nie były kontrolowane przez ich organy założycielskie, mimo iż obowiązek taki nakładały na nie aktualne przepisy¹²⁰. Tym samym nie dokonywano okresowej (rocznej) oceny działalności tych zakładów w najważniejszym zakresie jaki został im powierzony, tj. realizacji długoterminowych świadczeń opiekuńczo-leczniczych, poziomu udzielanych świadczeń oraz dostępności dla pacjentów.

Ustalono, że ZOL kontrolowane były z różną częstotliwością (1 x na rok, 1 x na 2 lata lub w zależności od potrzeb) przez inne zewnętrzne organy kontrolne (np. przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, Państwową Inspekcję Pracy, konsultantów wojewódzkich ds. Pielęgniarstwa Przewlekłego, Chorych i Niepełnosprawnych, wojewódzkich inspektorów Farmaceutycznych i NFZ).

Stwierdzone nieprawidłowości były usuwane w wyznaczonych terminach lub uwzględnione do usunięcia w opracowanych „programach” dostosowujących warunki socjalno-bytowe ZOL do wymogów Ministra Zdrowia w tym zakresie (termin realizacji programów określany był na 2012 r.).

¹²⁰ Zagadnienie to omówiono wcześniej, tj. w punkcie 3.2.1.4.

3.2.2.8. Inne nieprawidłowości

Wyniki kontroli wskazały, że w latach 2008-2009 (I półrocze) w ZOL w Goleniowie (wchodzącym w skład SP Szpitala Powiatowego w Goleniowie) stosowane było u 9 pacjentów w stanie apalicznym (wegetatywnym) żywienie dojelitowe mieszankami przemysłowymi (produkowanymi przez holenderską firmę), będącymi środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia medycznego. Mieszanki dostarczała do ZOL bezpłatnie firma zewnętrzna N ZOZ zapewniając, że ZOL nie będzie ponosił żadnych kosztów związanych z wykonywaniem tych świadczeń (podawaniem odżywek pozajelitowo). W zamian przedstawiciele tej firmy (lekarz, pielęgniarka) raz w miesiącu pobierali krew pacjentom – którym dozowano odżywki – w celu przeprowadzenia badań morfologii krwi, próby wątrobowej, poziomu cukru, ale nie dokumentowali wyników tych badań, ani prowadzonego przez siebie leczenia w kartach historii chorób tych osób, ponieważ ZOL nie żądał tego. Pracownikom firmy udostępniano dokumentację medyczną pacjentów oraz ich dane osobowe, mimo że szpital nie zabezpieczył interesów prawnych tych osób.

Podkreślić należy, że w przypadku 8 spośród 9 pacjentów objętych żywieniem dojelitowym odbywało się to bez ich zgody bądź ich opiekunów prawnych.

Nadmienić należy, że dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie zawierał żadnej umowy z N ZOZ na wykonywanie powyższych świadczeń, ani też nie upoważnił innych pracowników szpitala do zawarcia takiej umowy. O współpracy jaką prowadziła firma N ZOZ z ZOL dowiedział się dopiero w trakcie kontroli NIK. Nie wiedział również o badaniach medycznych jakie przedstawiciele firmy prowadzili na pacjentach ZOL w zamian za bezpłatne dostarczanie odżywek, ani o udostępnianiu dokumentacji medycznej i danych osobowych pacjentów ZOL. Nadmienił jednak, że skoro firma N ZOZ miała podpisaną umowę z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Szczecinie (na okres od 1 marca 2008 r. do 31 grudnia 2009 r.) na tzw. „świadczenia odrębnie kontraktowane w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych” – o czym również dowiedział się w toku niniejszej kontroli – to on nie widzi niżej złego w dotychczasowej „współpracy” z firmą N ZOZ i umowę o takiej współpracy by podpisał.

NIK negatywnie jednak oceniła ww. praktykę, w wyniku której udzielanie świadczeń pacjentom ZOL przez firmę zewnętrzną odbywało się bez należytej kontroli i nadzoru ze strony kierownictwa szpitala.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Jednostki do kontroli zostały wytypowane przez koordynatora na podstawie wykazu zakładów opiekuńczo-leczniczych, otrzymanego z Ministerstwa Zdrowia i z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, z którymi zawierane były umowy o realizację świadczeń zdrowotnych w latach 2007-2009. Typując organy założycielskie brano pod uwagę liczbę i rodzaje ZOL zlokalizowanych na ich terenie, a przy doborze ZOL kierowano się liczbą łóżek w każdym z nich (powyżej 20), szacunkowym czasem oczekiwania na miejsce, wartością kontraktu z NFZ, podmiotem prowadzącym ZOL. Typując organy założycielskie i publiczne ZOL starano się powiązać je między sobą.

W toku kontroli kontrolerzy NIK zbadali w organach założycielskich 6.742 decyzje o skierowaniu do ZOL, co stanowiło 84,7% decyzji wydanych (7.962) w badanym okresie.

W ZOL zbadali oni 1.640 decyzji i/lub dokumentacji pacjentów przebywających w I półroczu 2009 r. (3.171), co stanowiło 52,2%.

Kontrolerzy NFZ zbadali w ZOL dokumentację medyczną 2.248 pacjentów przebywających w tych zakładach w okresie objętym kontrolą, co stanowiło 28,5% i ustalenia konfrontowali z warunkami umów zawartych z NFZ na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kierownicy 52 (spośród 53) skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im¹²¹ prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń opisanych w

¹²¹ Por. art. 55 ust. 1 i art. 56 ust. 1 ustawy o NIK.

protokołach kontroli – protokoły zostały podpisane bez zastrzeżeń. Tylko w 1 przypadku kierownik¹²² odwołał się od ustaleń zawartych w protokole.

Ustalenia kontroli oraz wynikające z nich propozycje wniosków pokontrolnych omówione zostały na 8 naradach.

W wyniku kontroli skierowano¹²³ 54 wystąpienia pokontrolne zawierające uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w tym 52 – do kierowników jednostek kontrolowanych i 2 do innych właściwych organów.

Adresaci 51 wystąpień pokontrolnych nie skorzystali z przysługującego im prawa¹²⁴ zgłoszenia zastrzeżeń do zawartych w wystąpieniach ocen, uwag i wniosków¹²⁵.

Zastrzeżenia zgłosili adresaci 3 wystąpień, tj. dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego w Goleniowie, Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego i Starosta Powiatu Myśliborskiego. Ogółem złożyli oni 7 zastrzeżeń, z których 5 oddalono, a 2 przyjęto w całości.

W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne kierownicy jednostek kontrolowanych informowali o podjętych działaniach zmierzających do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości.

Z ogólnej liczby 157 wniosków pokontrolnych, 66 zrealizowano, 16 pozostawało w fazie realizacji i do zrealizowania pozostało 81 wniosków.

W wystąpieniach skierowanych do kierowników jednostek administracji samorządowej NIK wnioskowała m.in. o:

- przestrzeganie terminu wydawania opinii o skierowaniu pacjenta do ZOL;
- objęcie kontrolą okresową wszystkie podległe zakłady opiekuńczo-lecznicze;
- egzekwowanie od ZOL-i bieżącej informacji o przyjęciu lub umieszczeniu na liście oczekujących wszystkich pacjentów skierowanych do zakładu;
- wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem kolejności w przyjmowaniu pacjentów do ZOL;
- zapewnienie, w trybie nadzoru, przestrzegania procedury wydawania decyzji o skierowaniu do ZOL (na podstawie kompletu wymaganych dokumentów);
- skuteczne sprawowanie nadzoru w zakresie funkcjonowania ZOL;
- wzmocnienie nadzoru nad podległymi zakładami opiekuńczo-leczniczymi.

¹²² Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „LEŚNA USTRÓŃ” w Tucznie.

¹²³ Por. art. 60 ustawy o NIK.

¹²⁴ Tamże art. 61 ust. 1.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej w strukturze których funkcjonują ZOL i do dyrektorów samodzielnych ZOL NIK wnioskowała m.in. o:

- rzetelne, zgodne z obowiązującymi wymogami prowadzenie indywidualnej dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej pacjentów;
- rzetelne wykazywanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych z NFZ;
- dostosowanie warunków socjalno-bytowych pacjentów w ZOL do wymogów określonych przez Ministra Zdrowia;
- rzetelne prowadzenie listy osób oczekujących do ZOL;
- przestrzeganie kolejności przyjmowania pacjentów do ZOL, wynikającej z listy osób oczekujących;
- dostosowanie stanu zatrudnienia w ZOL do wymogów wynikających z umów zawartych z NFZ;
- przestrzeganie zasad naliczania odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL;
- zwrot nienależnie pobranych opłat za pobyt pacjentów w ZOL;
- przestrzeganie obowiązku przyjmowania do ZOL pacjentów spełniających wymagane kryteria medyczne;
- zapewnienie realizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi w umowach z NFZ;
- rzetelne udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi.

Z treści odpowiedzi udzielonych przez kierowników jednostek kontrolowanych wynika, że zostały podjęte działania w celu realizacji wniosków, w tym m.in.:

- zwiększono nadzór nad kwalifikowaniem i kierowaniem pacjentów do ZOL,
- zwiększono nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów,
- dokonano korekty naliczeń miesięcznej odpłatności pacjentów za pobyt w ZOL,
- podjęto działania mające na celu poprawę warunków socjalno-bytowych.

Finansowe rezultaty kontroli

Na finansowe rezultaty kontroli w łącznej wysokości 1.237.098,48 zł¹²⁶ złożyły się:

¹²⁵ Do czasu opracowania Informacji.

¹²⁶ Kontrolerzy NFZ ustalili ponadto 370.891,79 zł do zwrotu z ZOL z tytułu nierzetelnie realizowanych umów z NFZ oraz naliczyli kary umowne z tego tytułu – łącznie w kwocie 405.857,16 zł.

- 1.193.419,92 zł – kwoty nienależnie uzyskane,
- 11.465,00 zł – uszczuplenia środków publicznych,
- 30.000,00 zł – potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości,
- 2.213,56 zł – korzyści finansowe.

5. Załączniki

Załącznik Nr 1	–	Wykaz jednostek objętych kontrolą
Załącznik Nr 2	–	Wzór karty kwalifikacyjnej
Załącznik Nr 3	–	Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności
Załącznik Nr 4	-	Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

Załącznik Nr 1

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka do kontroli	Adres	Kierownicy jednostek kontrolowanych
1	Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia	- Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego - Urząd Miasta st. Warszawy - Zakład Opiekuńczo-Lecznicy SP ZOZ	- Warszawa, ul. Brechta 3 - Warszawa, ul. Niecała 2 - Warszawa, ul. Szubińska 4	Adam Struzik – Marszałek Hanna Gronkiewicz-Waltz – Prezydent Mirosława Rudzińska - Dyrektor
2	Delegatura w Białymstoku *	- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. E.Jelskiego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach - Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Szczuczynie - Starostwo Powiatowe w Grajewie - Starostwo Powiatowe w Mońkach - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	- Knyszyn, ul. Grodzieńska 96 - Bielsk Podlaski, ul. Kleszczelowska 9 - Mońki, ul. Niepodległości 9 - Szczuczyn, ul. Szpitalna 1 - Grajewo - Mońki	Dorota Miłek-Kurzątkowska – Dyrektor Bożena Grotowicz – Dyrektor Anna Bańkowska-Łuksza – Dyrektor Elżbieta Niklińska – Dyrektor Jarosław Augustowski – Starosta Zbigniew Męczkowski – Starosta Anna Maria Świdorska – Dyrektor Genowefa Kulikowska – Kierownik
3	Delegatura w Katowicach	- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Długoterminowej - Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy - Miejski Szpital Zespolony - Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „Złota Jesień” - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITO-MED. Sp. z o.o. - Urząd Miasta Katowice - Urząd Miasta Częstochowy	- Katowice, ul. Szopienicka 10 - Rajcza, ul. Ujsolska 35 - Częstochowa, ul. Mirowska 15 - Żarki-Zabocze, ul. Olsztyńska 37 - Gliwice, ul. Radiowa 2	Anna Peciak – Dyrektor Waldemar Jurasz Małgorzata Witkowska – Dyrektor Danuta Łaniewska – Kierownik Barbara Zajączkowska – Prezes Zarządu Piotr Uszok – Prezydent Tadeusz Wrona – Prezydent

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka do kontroli	Adres	Kierownicy jednostek kontrolowanych
4	Delegatura w Łodzi	- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego - Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „DAR-MED.” - Zakład Opieki Zdrowotnej „Medical Centre – Med. of Łódź” Sp. z o.o. - Starostwo Powiatowe w Kutnie - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	- Kutno, ul. Kościuszki 52 - Sieradz, ul. Armii Krajowej 7 - Łódź, ul. Mylna 2 - Łódź, ul. Próchnika 43	Tomasz Kłosiński – Dyrektor Dariusz Kałdoński – Dyrektor Anna Karos – Właściciel Andrzej Berner – Prezes Dorota Dąbrowska – Starosta Włodzimierz Fisiak – Marszałek
5	Delegatura w Lublinie	- Okręgowy Szpital Kolejowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej - Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „DROGA ŻYCIA” - Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o. - Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego - Starostwo Powiatowe w Łęcznej	- Lublin, ul. Kruczkowskiego 21 - Łęczna, ul. Krasnystawska 52 - Siedziba ZOL – Puchaczów, ul. Partyzantów 9 (powiat Łęczyński) - Mircze, ul. Smoligów 71 - Zamość, ul. Peowiaków 1	Mirosława Borowiec – Dyrektor Piotr Rybak – Dyrektor Tomasz Tront – Dyrektor Krzysztof Tuczański – Prezes Krzysztof Grabarczyk – Marszałek Adam Niwiński – Starosta
6	Delegatura w Poznaniu	- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej Sp. z o.o. - Zakład Opiekuńczo-Lecznicy s.c. B.Feliniak, E.Jaworska, B.Kiszewska - Centrum Medyczne „Małgorzata” - Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. - Urząd Miasta Poznania - Starostwo Powiatowe w Rawiczu	- Poznań, ul. Mogileńska 42 - Turek, ul. Poduchowne 1 - Częstochowa, ul. Bony 1/3 (miejsce udzielania świadczeń Srem) - Rawicz, ul. gen. Grota Roweckiego 6	Irena Majer – Dyrektor Roman Jaworski – Kierownik Małgorzata Anykiel – Dyrektor Janusz Atłochowicz – Prezes Zarządu Ryszard Grobelny – Prezydent Zdzisław Maćkowiak – Starosta

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka do kontroli	Adres	Kierownicy jednostek kontrolowanych
7	Delegatura w Szczecinie	- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „LEŚNA USTRÓŃ” - Samodzielny Publiczny Szpital Powiatowy - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „INTERMED” Sp.z o.o. - Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej „PATRONKA” Sp. z o.o. - Starostwo Powiatowe w Myśliborzu - Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	- Tuczno, ul. Staszica 5 - Goleniów, ul. Nowogardzka 2 - Resk, ul. Szpitalna 8 - Szczecinek, ul. Lelewela 11	- Artur Biłgorajski – Dyrektor - Dariusz Guziak – Dyrektor - Zygmunt Kargul – Prezes Zarządu - Helena Krysztopanis – Prezes Zarządu - Andrzej Potyra – Starosta - Władysław Husejko – Marszałek
8	Delegatura w Warszawie	- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „DOM RODZINNY” - Poradnia Rodzinna „ZDROWIE” - Urząd Miasta Siedlce - Starostwo Powiatowe w Radomiu	- Warszawa-Wawer, ul. Olchy 8 - Siedlce, ul. Kilińskiego 29 - Nowy Dwór Mazowiecki, ul. Przytorowa 1 - Płońsk, ul. Sienkiewicza 7	- Halina Eska – Dyrektor - Mirosław Leśkowicz – Dyrektor - Waław Kerper – Dyrektor - Arkadiusz Chmieleński – właściciel - Wojciech Kudelski – Prezydent - Tadeusz Osiński – Starosta
9	Delegatura we Wrocławiu	- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Powiatowe Centrum Zdrowia - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MIKULICZ” - Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - Urząd Miasta w Szklarskiej Porębie	- Szklarska Poręba, ul. Jedności Narodowej 11 - Kowary, ul. Sanatoryjna 27 - miejsce udzielania świadczeń: ZOL Bolków, ul. Wysokogórska 19 - Kowary, ul. Sanatoryjna 15 - Świebodzice, ul. M.Skłodowskiej-Curie 3-7	- Krzysztof Pietruszka – Dyrektor - Marian Krakowiak – Dyrektor - Wiesława Gajewska – Dyrektor - Barbara Kosak – Dyrektor - Marek Łapiński – Marszałek - Arkadiusz Cezary Wichniak - Burmistrz

- Na terenie Delegatury nie ma niepublicznych ZOL dlatego do kontroli wytypowano dodatkowo 2 publiczne ZOL.

Załącznik Nr 2**Karta kwalifikacji pacjenta do udzielenia świadczeń w ZOL/ZPO**

1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Bartel

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Lp.	Nazwa czynności*	Wartość punktowa** /
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść (karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię) 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy sadzaniu 5 = pomoc fizyczna w jedną lub dwie osoby 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta z toalety w ogóle 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = samodzielny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się w ogóle 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić po schodach nawet przy pomocy 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji*** /		

* / należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

** / wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

*** / w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów.

Załącznik Nr 3

Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728).
5. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
10. Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819).
11. Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.).

Załącznik Nr 4**Wykaz organów, 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. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Pracy i Polityki Społecznej
8. Minister Zdrowia
9. Rzecznik Praw Pacjenta
10. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
11. Komisja Zdrowia Sejmu RP
12. Komisja Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu RP
13. Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej Sejmu RP
14. Komisja Odpowiedzialności Konstytucyjnej Sejmu RP
15. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
16. Komisja Zdrowia Senatu RP
17. Komisja Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP