



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.011.02.2016

P/16/067

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

P-1561

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/067 – Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie ich rodzin
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Piotr Rydygier, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/17/2016 z dnia 21 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Europejskie Centrum Opieki Medycznej i Pomocy Rodzinie „CARE” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Zgierzu
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Łuczyński, Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 4)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli² Europejskie Centrum Opieki Medycznej i Pomocy Rodzinie „CARE” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością³ prawidłowo zorganizowało i zapewniło osobom z chorobą Alzheimera świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, realizowane na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia⁴. Opieką w prowadzonym przez Spółkę Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym⁵ objęte były 23 osoby z chorobą Alzheimera w 2014 r. i 26 osób w 2015 r., co stanowiło odpowiednio 6,5% i 7,8% ogółu pacjentów ZOL.

Realizacja ww. umowy została skontrolowana w 2014 r. przez NFZ, który w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami nałożył kary w wysokości od 0,1% do 0,5% kwoty zobowiązań w odniesieniu do umowy (przy możliwym maksymalnym wymiarze w wysokości 1%). Nieprawidłowości te polegały m.in. na: braku aktualizacji danych dotyczących personelu i sprzętu, braku aktualnych przeglądów technicznych części sprzętu oraz pobieraniu dobrowolnych opłat, a działania zmierzające do ich usunięcia Spółka podjęła już w trakcie prowadzonej przez NFZ kontroli.

Niniejsza kontrola wykazała nieprawidłowości o charakterze formalnym, polegające na niezamieszczaniu w dokumentacji medycznej pacjentów z chorobą Alzheimera niektórych informacji wymaganych przepisem § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dalej: „NIK”.

³ Dalej: „Spółka”.

⁴ Dalej: „NFZ”.

⁵ Dalej: „ZOL”.

oraz sposobu jej przetwarzania⁶ (kodów resortowych, nazwy przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych). W pozostałym zakresie dokumentacja prowadzona była zgodnie z wymogami ww. rozporządzenia, jak również spełniała wymogi § 5 i § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych⁷.

W ZOL nie podejmowano badań diagnostycznych w kierunku oceny poziomu zdolności poznawczych pacjenta. NIK zauważa, że możliwość prowadzenia takich badań dają § 3 ust. 2 oraz § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej⁸.

Za przykład dobrej praktyki NIK uważa udział personelu ZOL w szkoleniach związanych z opieką nad osobami starszymi oraz prowadzenie anonimowych badań ankietowych stopnia zadowolenia pacjentów, co może mieć pozytywny wpływ na jakość udzielanych świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Spółka wpisana była do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Jej przedsiębiorstwem był Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Care”⁹, który w latach 2014–2015 prowadził m.in. jednostkę organizacyjną „Zakład Opiekuńczo-Leczniczy”.

(dowód: akta kontroli, str. 7–17)

Realizacja zadań związanych ze świadczeniem usług medycznych, opiekuńczych i społecznych osobom chorym na chorobę Alzheimera oraz wsparciem ich rodzin, w tym ich finansowanie

1. Udział pacjentów z chorobą Alzheimera w całej populacji pacjentów

Opis stanu
faktycznego

Spółka realizowała świadczenia opieki zdrowotnej – pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej: w 2014 r. na podstawie umowy z 28 grudnia 2013 r. i w 2015 r. na podstawie umowy z 29 grudnia 2014 r. Zakres świadczeń określony był kodem 14.5160.026.04-1 – *Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym*.

Spółka sprawozdawała w ww. zakresie realizację następujących świadczeń¹⁰:

- osobodzień pobytu w ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0;
- osobodzień pobytu w ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5;
- osobodzień pobytu w ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskiwał do 8 punktów wg skali Glasgow i żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6.

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.; dalej: „rozporządzenie ws. dokumentacji medycznej”; uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

⁷ Dz.U. z 2012 r., poz. 731; dalej: „rozporządzenie ws. kierowania do zakładów opiekuńczych”.

⁸ Dz.U. z 2015 r., poz. 1658.

⁹ Dalej: „NZOZ”.

¹⁰ Zgodnie z Katalogiem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 87/2013/DSOZ z dnia 18 grudnia 2013 r., a następnie zarządzenia nr 69/2014/DSOZ z dnia 6 listopada 2014 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Kwota zobowiązania NFZ wobec Spółki z tytułu realizacji świadczeń w 2014 r., określona w umowie z 28 grudnia 2013 r., wynosiła 3.943.460 zł; Spółka zrealizowała świadczenia o wartości 3.974.294 zł, a otrzymała z NFZ 3.942.300 zł. Kwota zobowiązania z tytułu realizacji świadczeń w 2015 r., określona w umowie z 29 grudnia 2014 r., wynosiła po zmianach 4.184.296 zł; zrealizowano świadczenia o wartości 4.184.291 zł i taką kwotę otrzymano z NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 19, 39—135)

Opieką ZOL objęte były 23 osoby z chorobą Alzheimera w 2014 r. i 26 osób w 2015 r., co stanowiło odpowiednio 6,5% i 7,8% ogółu pacjentów.

Pacjentom z chorobą Alzheimera udzielono 2.511 świadczeń (osobodni) w 2014 r. i 2.208 świadczeń w 2015 r., co stanowiło odpowiednio 4,7% i 4,0% wszystkich świadczeń.

Liczba osób z chorobą Alzheimera w poszczególnych przedziałach wiekowych i ich udział w ogóle pacjentów, przedstawiał się następująco:

	przedział wiekowy	liczba osób z chorobą Alzheimera	udział osób z chorobą Alzheimera w ogóle pacjentów [%]
w 2014 r.	60—65	3	10,3
	65—70	0	0
	70—75	3	8,6
	75—80	6	12
	80+	11	5,8
w 2015 r.	60—65	1	3,8
	65—70	1	2,6
	70—75	2	6,2
	75—80	3	5,9
	80+	19	11,0

(dowód: akta kontroli, str. 136—137)

NFZ skontrolował realizację w 2014 r. ww. umowy z 28 grudnia 2013 r. W wyniku ustaleń tej kontroli, przedstawionych w protokole podpisanym przez Spółkę 9 maja 2014 r., NFZ nałożył na nią w dniu 30 czerwca 2015 r. karę umowną w wysokości 47.321,52 zł, z tego:

- 19.717,30 zł ze względu na niezgodność pomiędzy liczbą 141 pacjentów przebywających w ZOL a liczbą 129 łóżek wskazaną w księdze rejestrowej;
- 3.943,46 zł za brak aktualizacji danych dotyczących personelu i sprzętu — 13 osób wykonujących świadczenia w kwietniu 2014 r. nie było zgłoszonych do umowy, a sprzęt wykazany do umowy w 21 przypadkach różnił się modelem lub rocznikiem od okazanego;
- 3.943,46 zł za brak aktualnych przeglądów technicznych części sprzętu;
- 19.717,30 zł z tytułu pobierania dodatkowych dobrowolnych opłat za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Ustalając wymiar kar NFZ uznał, że rodzaj i skala stwierdzonych nieprawidłowości nie wymagały ich naliczenia w najwyższym przewidzianym wymiarze.

Pozytywnie oceniono m.in. warunki lokalowe i wyposażenie ZOL, prawidłowość kwalifikowania pacjentów, kwalifikacje personelu (z jednym uchybieniem polegającym na zatrudnieniu na stanowisku opiekuna medycznego osoby nieposiadającej wymaganych kwalifikacji), rozliczenia z NFZ (z uchybieniem polegającym na braku rozliczenia 4 przepustek), sposób tworzenia kolejki oczekujących na świadczenia.

Jeszcze w trakcie trwania kontroli Spółka dokonała aktualizacji przeglądów technicznych sprzętu.

(dowód: akta kontroli, str. 138—154)

2. Procedury diagnostyczne w kierunku choroby Alzheimera i procedury terapeutyczne realizowane dla pacjentów w wieku 60+

Badaniem kontrolnym objęto dokumentację 20 pacjentów, losowo wybranych spośród 49 osób z chorobą Alzheimera, które przebywały w ZOL w latach 2014—2015.

(dowód: akta kontroli, str. 158—163)

2.1. Badanie zgodności zapisów w 20 dokumentacjach z wymogami § 10 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej wykazało, że:

- Zawarte w dokumentacjach oznaczenie podmiotu, wymagane § 10 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia zawierało niektóre z wymaganych elementów, a mianowicie: nazwę podmiotu (lit. a), adres przedsiębiorstwa podmiotu (lit. c), nazwę jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego (lit. d), nazwę komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego (lit. e).
- Dokumentacja zawierała oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹ — wymagane § 10 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia; daty dokonania wpisu — wymagane § 10 ust. 1 pkt 4; informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji — wymagane § 10 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia.
- Nie zamieszczono w dokumentacji niektórych informacji wymaganych § 10 ww. rozporządzenia, a mianowicie: kodów resortowych, nazwy przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz pełnego oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowości te przedstawiono szczegółowo w dalszej części niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli, str. 164—223)

Badanie przestrzegania przepisów §§ 5—8 rozporządzenia ws. kierowania do zakładów opiekuńczych, na podstawie ww. próby 20 dokumentacji, wykazało, że:

- Postępowanie związane z przyjmowaniem pacjentów do ZOL odbywało się zgodnie z § 5 rozporządzenia: świadczeniobiorcy składali skierowania bezpośrednio do ZOL, do skierowań załączony był wywiad pielęgniarzki, zaświadczenie lekarskie i dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy.
- Opłaty za pobyt ustalane były zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia; dokonywał tego kierownik ZOL na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy. Po zmianie wysokości tego dochodu opłatę ustalano ponownie, a w przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy uwzględniano w obliczeniu opłaty liczbę dni świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym.
- Świadczeniobiorcom udzielano informacji, zgodnie z § 7 ww. rozporządzenia, o kolejności przyjęcia oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego.

¹¹ Dz. U. z 2016 r., poz. 186.

- W decyzjach ustalających opłaty za pobyt wskazane były - jako podstawa prawna wydania decyzji - nieobowiązujące już przepisy. Zagadnienie to przedstawiono szczegółowo w dalszej części wystąpienia.
- Nie wystąpiły sytuacje określone w § 6 ww. rozporządzenia.
(dowód: akta kontroli, str. 164–171, 176–183, 191–208, 224–227)

2.2. W badanych dokumentacjach nie występowały zapisy świadczące o:

- Dokonywaniu przez lekarzy w ZOL oceny stanu pacjentów za pomocą standaryzowanych skal służących do mierzenia poziomu funkcji poznawczych¹² lub oceny sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna (kwestionariusz i indeks COPE¹³). Pan Jerzy Andrzejczak – Dyrektor NZOZ¹⁴ wyjaśnił: „Niektóre skale, zwłaszcza MMSE, stosowane są podczas oceny stanu pacjenta przez konsultującego psychologa, który na tej podstawie określa stopień zaawansowania otępienia. Wyników nie umieszcza w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, dowodem na zastosowanie badania jest wniosek. Niektórzy pacjenci, przede wszystkim ci kierowani przez oddziały psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego i Klinikę Geriatrii UM, posiadają w kartach informacyjnych odnotowane wartości punktowe (bez wyszczególnienia ile punktów i za jakie elementy testu przyznano).”
- Udzielaniu wsparcia pacjentom i ich rodzinom/opiekunom, w tym wskazówek dotyczących zasad postępowania z chorymi na chorobę Alzheimera i informacji o miejscach, gdzie może zostać udzielone wsparcie lub opieka instytucjonalna.

Dyrektor wyjaśnił: „Głównym elementem wsparcia dla pacjentów i opiekunów jest sam pobyt w ZOL. Ze względu na fakt przyjmowania pacjentów z otępieniem głębokim rzadko dochodzi do ich wypisu do domu, są oni kierowani, o ile to tylko możliwe, do dalszych etapów opieki stacjonarnej. Jeśli do domów wracają, otrzymują skierowania do punktów pracy socjalnej z prośbą o przyznanie maksymalnej liczby godzin opieki z MOPS/GOPS. Niekiedy odradza się powrót do domu pacjentom oraz ich opiekunom. W przypadku wypisu opiekunowie są informowani o zagrożeniach związanych z samodzielnym pobytem w domu osoby z otępieniem. Materiały informacyjne dostępne są w instytucjach zrzeszających opiekunów.”

(dowód: akta kontroli, str. 164-171, 176-183, 191-198, 201-208, 232)

2.3. Wg stanu z 31 grudnia 2015 r. w ZOL zatrudnionych było 76 pielęgniarek, w tym: 44 posiadały ukończone kursy kwalifikacyjne związane z opieką nad osobami starszymi, z tego: 20 – pielęgniarstwa rodzinnego, 18 – pielęgniarstwa w opiece długoterminowej, 4 – pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, jedna posiadała specjalizację psychiatryczną oraz jedna specjalizację psychiatryczną i kurs pielęgniarstwa w opiece długoterminowej. Na koniec 2015 r. w ZOL zatrudnionych było 15 lekarzy, łącznie w wymiarze 5,8 etatu; w tym 2 na pełen etat, a pozostali w wymiarze od 1/10 do 1/2 etatu. Zatrudnieni lekarze posiadali specjalizacje w zakresie: chorób wewnętrznych, neurologii, medycyny rodzinnej, chirurgii ogólnej, rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii, psychiatrii, medycyny sądowej; dwie osoby nie

¹² Testy wchodzące w skład całościowej oceny geriatrycznej – dostępne na stronie medycyny praktycznej dla lekarzy (www.mmp.pl) oraz Wirtualnego Magazynu Pielęgniarek i Położnych (www.nursing.com.pl).

¹³ Skala dostępna na stronie Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (www.practest.com.pl), wskazana do wykorzystania przez: psychologów, socjologów, personel medyczny, pracowników ochrony i promocji zdrowia (wymagany dyplom magisterski studiów psychologicznych, socjologicznych, medycznych lub ochrony i promocji zdrowia).

¹⁴ Dalej: „Dyrektor”.

posiadały specjalizacji. Jeden lekarz uczestniczył w szkoleniu „Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej”, jeden w konferencji „Therapeutic activity in long-term care” oraz w kursie „Starzenie: aspekty molekularne, kliniczne i psychologiczne”, jeden w „Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Długoterminowej”.

(dowód: akta kontroli, str. 232 – 239)

3. Badanie satysfakcji pacjentów i ich rodzin

Spółka prowadziła w latach 2014–2015 anonimowe badania ankietowe stopnia zadowolenia pacjentów. Ankiety nie zawierały informacji o chorobie pacjenta. Większość ankiet była wypełniona przez pacjentów Oddziału Rehabilitacji Szpitalnej. W przypadku ZOL możliwość badań ankietowych wśród pacjentów była ograniczona ze względu na ich schorzenia o charakterze otępiennym; ankiety dotyczące pacjentów ZOL były wypełniane przy pomocy członków ich rodzin lub przy pomocy pracownika socjalnego Spółki. Dobór osób wypełniających ankiety był przypadkowy. Wyniki badań przedstawiono w zbiorczych zestawieniach sporządzonych 2 kwietnia, 7 lipca i 6 października 2014 r. oraz 3 kwietnia, 4 września i 14 grudnia 2015 r. Badania przeprowadzono na próbach pacjentów, liczących odpowiednio: 12, 21, 30, 29, 35 i 46 osób.

Ankieta zawierała 30 zagadnień, pogrupowanych w 7 obszarach, dotyczących:

- przyjęcia do NZOZ (m.in. szybkość załatwienia formalności, udzielanie informacji w sekretariacie),
- warunków bytowych (m.in. czystość, wyposażenie, uprzejmość personelu, jakość posiłków),
- opieki pielęgniarstwa (uprzejmość, reakcja na prośby i wezwania, udzielanie informacji),
- opieki ze strony sanitariuszy (uprzejmość, reakcja na prośby i wezwania),
- pracy lekarzy (uprzejmość, ilość czasu poświęconego pacjentowi, udzielanie informacji),
- rehabilitacji (ilość czasu poświęcony na rehabilitację, uprzejmość, dostępność do lekarza rehabilitacji, ilość i dostosowanie sprzętu),
- odwiedzin (dogodność pory odwiedzin, czas trwania odwiedzin, stosunek personelu do odwiedzających, opieka duszpasterska).

We wszystkich badaniach pacjenci udzielili 4.713 odpowiedzi, z tego 1% stanowiły oceny negatywne, 5% oceny dostateczne, 29% oceny dobre i 66% oceny bardzo dobre¹⁵.

Najwięcej ocen negatywnych (29 z 49) dotyczyło wyżywienia. Dostępność różnych diet negatywnie oceniło 6 osób, temperaturę posiłków 9 osób, a jakość jedzenia 14 osób spośród odpowiednio 152, 157 i 154 ankietowanych.

Pani K.M. – Koordynator Pracy, wyjaśniła: „Opracowane wyniki ankiet były przedstawiane prezesowi Spółki. W ich wyniku podejmowaliśmy działania w kierunku poprawy jakości żywienia. W 2015 r. Spółka zmieniła firmę cateringową. Moim zdaniem obecnie jakość posiłków jest zadowalająca, jednak musi uwzględniać specyficzne wymagania, jak rodzaj choroby (np. cukrzyca, choroby organów wewnętrznych, nadciśnienie) i zaawansowany wiek pacjentów, stąd potrawy zawierają minimalne ilości soli i przypraw, co nie wszystkim osobom odpowiada. Wyodrębniona jest dieta ogólna (głównie stosowana na Oddziale Rehabilitacji) i diety: lekkostrawna, cukrzycowa, wysokobiałkowa, niskobiałkowa i dieta płynna.”

Kontrole przeprowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zgierzu w dniach 23 października 2014 r. i 26 marca 2015 r. nie stwierdziły nieprawidłowości w działalności Spółki w zakresie dotyczącym

¹⁵ Udziały procentowe poszczególnych ocen podano w zaokrągleniu do liczb naturalnych,

wyżywienia pacjentów. W dniu 23 października 2014 r. skontrolowano m.in. temperaturę i jakość (cechy organoleptyczne) posiłków, stan sanitarno-higieniczny samochodu do przewozu posiłków i pomieszczenia do ich dystrybucji, posiadanie wymaganych badań i odzieży ochronnej przez personel. Kontrola z 26 marca 2015 r. podjęta została w związku z otrzymaną przez PSSE informacją o niewłaściwych cechach organoleptycznych mięsa mielonego, wchodzącego w skład obiadu w dniu 25 marca 2015 r.; ustalono, że na złą jakość tej potrawy zwróciły uwagę pracownice zajmujące się dystrybucją posiłków, nie została ona wydana pacjentom, lecz zwrócona firmie cateringowej.

W sprawie potrzeby stosowania badań satysfakcji pacjentów, w tym chorych na chorobę Alzheimera, oraz możliwości wykorzystania wyników tych badań, Dyrektor wyjaśnił: „Ankiety satysfakcji w grupie chorych na chorobę Alzheimera kierowane są tylko do rodzin pacjentów ze względu na brak możliwości odniesienia się do pytań w nich zawartych (zaawansowanie zaburzeń intelektualnych i innych wyższych czynności jak czytanie i pisanie). Wyniki badań ankietowych służą do oceny pracy personelu i warunków pobytu z perspektywy widzianej przez rodzinę lub opiekunów.”.

(dowód: akta kontroli, str. 20–35)

4. Współpraca świadczeniodawców z innymi podmiotami systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia z chorobą Alzheimera i wsparcia ich rodzin

- 4.1. W sprawie współpracy z lekarzami specjalistami i oddziałami szpitalnymi Dyrektor wyjaśnił: „Współpraca z lekarzami i oddziałami kierującymi opiera się na prośbach o rzetelne wypełnianie wniosków o przyjęcie do ZOL i niekiedy na rozmowach precyzujących problemy, których wniosek nie zawiera.”.

(dowód: akta kontroli, str. 34–35)

- 4.2. ZOL nie współpracował z konsultantami wojewódzkimi w zakresie geriatry lub neurologii, ponieważ, jak wyjaśnił Dyrektor: „ZOL (...) nie jest placówką ściśle przeznaczoną do opieki nad chorymi z chorobą Alzheimera, nie kształci personelu w żadnej ze wspomnianych dziedzin i nie podlega nadzorowi specjalistów wojewódzkich w żadnej z dziedzin klinicznych.”

(dowód: akta kontroli, str. 34–35)

- 4.3. Spółka współpracowała z domami pomocy społecznej. Starszy pracownik socjalny, która prowadziła sprawy z tym związane, wyjaśniła m.in., że:

- przy przyjmowaniu pacjenta z chorobą Alzheimera do ZOL rodzina jest informowana przez lekarza o możliwości umieszczenia chorego w domu pomocy społecznej;
- w latach 2014–2015, na 49 pacjentów z chorobą Alzheimera, 12 rodzin podjęło rozmowy w sprawie umieszczenia pacjentów w domach pomocy społecznej, w tym 10 rodzin wyraziło zgodę na uruchomienie odpowiedniej procedury;
- skompletowane przez pracownika socjalnego dokumenty, w tym konsultacje psychiatryczne, zostały przekazane do ośrodków pomocy społecznej, zgodnie z miejscem zameldowania pacjentów;
- spośród 10 pacjentów, dla których skompletowano dokumenty, 3 osoby zostały umieszczone w domach pomocy społecznej, 1 osoba oczekuje na przyjęcie, a 6 osób zmarło;
- niektóre rodziny niechętnie podejmują decyzję o umieszczeniu chorego w domu pomocy społecznej ze względu na wywiady alimentacyjne przeprowadzane dla ustalenia odpłatności za pobyt.

(dowód: akta kontroli, str. 36–37)

5. Współpraca świadczeniodawców z jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie leczenia osób z chorobą Alzheimera i wsparcia dla ich rodzin.

W sprawie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie leczenia osób z chorobą Alzheimera i wsparcia dla ich rodzin Dyrektor wyjaśnił: „ZOL wyraził zainteresowanie potrzebami pacjentów z chorobą Alzheimera, rozważając możliwość poszerzenia oferty opieki o oddział dziennego pobytu, ale z otrzymanych informacji wynikało, że takie potrzeby są już zaspokojone. Wiadomo, że brakuje miejsc pobytu całodobowego, ale tutejszy ZOL nie może ich zapewnić z powodu braku możliwości lokalowych i niepewności co do uzyskania kontraktu NFZ.”

(dowód: akta kontroli, str. 34–35)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W 20 badanych dokumentacjach stwierdzono niezgodności z niektórymi wymogami § 10 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, a mianowicie:

- Dwie dokumentacje (nr 172/2013 — prowadzona od 8 kwietnia 2013 r. do 8 maja 2014 r. i nr 01/2014 — prowadzona od 1 stycznia do 7 marca 2014 r.) nie zawierały, wymaganego § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b ww. rozporządzenia, kodu identyfikacyjnego, o którym mowa w przepisach¹⁶ wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁷, zwanego "kodem resortowym", stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

Dokumentacje te nie zawierały również kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, wymaganych odpowiednio § 10 ust. 1 pkt 1 lit. d i lit. e ww. rozporządzenia. Dokumentacje z późniejszego okresu zawierały ww. kody.

Żadna dokumentacja nie zawierała nazwy przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, wymaganej § 10 ust. 1 pkt 1 lit. c ww. rozporządzenia. W toku kontroli pieczęć, służąca do oznaczania dokumentacji medycznych, uzupełniona została o nazwę przedsiębiorstwa.

Dyrektor wyjaśnił, że: dane dotyczące oznaczenia podmiotu leczniczego wprowadzane były przy pomocy pieczęci, wskutek przeoczenia nie uzupełniono jej treści o kody resortowe i nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, kody uzupełniono w 2014 r., a nazwę przedsiębiorstwa w toku niniejszej kontroli.

- We wszystkich dokumentacjach dobowe karty świadczeń pielęgniarских oraz w 19 dokumentacjach karty pielęgnacji chorego nie zawierały pełnego oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, wymaganego § 10 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia. Karty te zawierały czytelne bądź nieczytelne podpisy osób udzielających świadczeń zdrowotnych, brak było natomiast nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu. Tylko w dokumentacji nr 493/2015 karta pielęgnacji chorego zawierała pieczęć pielęgniarki z wymaganymi danymi. Danych wymaganych § 10 ust. 1 pkt 3 (poza podpisem) nie zawierały również występujące w badanych dokumentacjach: wszystkie 4 karty założenia wklucia obwodowego (dokumentacje nr nr: 672/2014, 172/2013, 592/2014 i 614/2014),

¹⁶ Przepisem tym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

¹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

obie karty założenia sondy żołądkowej (dokumentacja nr 672/2014 i nr 614/2014); jedna, spośród 5, karta antybiotykoterapii (dokumentacja nr 172/2013); jedna, spośród 6, karta obserwacji chorego z odleżynami i podjętych działań terapeutycznych (dokumentacja 382/2015). W toku kontroli Pani K.M. — koordynator pracy poinformowała pielęgniarki o obowiązku zamieszczania w dokumentach, przy wpisach o udzieleniu świadczeń zdrowotnych, pieczętki zawierającej imię i nazwisko, zawód, posiadane specjalizacje i nr prawa wykonywania zawodu.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że: na przyczyny niezamieszczania pieczęci imiennych członków personelu medycznego składa się brak przyzwyczajenia i odruchu posługiwania się pieczętkami oraz obawa o zaciemnienie merytorycznej treści dokumentów medycznych; istniała możliwość identyfikacji podpisu na podstawie zaprowadzonego w tym celu zeszytu wzoru podpisów. W zeszycie tym odnotowane były, w przypadku lekarzy i pielęgniarek, specjalizacje i numery wykonywania zawodu.

(dowód: akta kontroli, str. 164—223, 240—245)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że w decyzjach ustalających opłaty za pobyt, jako podstawę prawną wskazano nieobowiązujące już przepisy art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁸, która została uchylona z dniem 1 lipca 2011 r., oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo—lecniczych i pielęgnacyjno—opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach¹⁹, które zostało uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.

Dyrektor wyjaśnił, że powoływanie się na nieaktualną podstawę prawną nie miało wpływu na wysokość opłat oraz że nie jest możliwe wskazanie osoby odpowiedzialnej za brak zmodyfikowania treści decyzji.

W toku niniejszej kontroli zaktualizowano wzór decyzji, wskazując w niej aktualną podstawę prawną.

(dowód: akta kontroli, str. 164—171, 176—183, 191—208, 224—227)

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od sformułowania wniosków, o których mowa w art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁰.

¹⁸ Dz. U. nr 91 poz. 408 ze zm.

¹⁹ Dz. U. nr 166 poz. 1265.

²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz z 2016 r., poz. 677.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

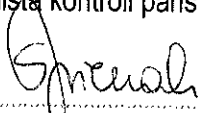
V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

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

Łódź, dnia 7 lipca 2016 r.

Kontroler
Izabella Śpiewak
główny specjalista kontroli państwowej


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


podpis

Izabela Dobrzeńska - Śpiewak



