



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie**

Szczecin, dnia kwietnia 2010 r.

**Pan
Artur Biłgorajski
Dyrektor
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
SP ZOZ „Leśna Ustroń”
w Tucznie**

LSZ-410-80-06/2009
P/09/090

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, (dalej *ustawa o NIK*), Najwyższa Izba Kontroli² przeprowadziła kontrolę Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SP ZOZ „Leśna Ustroń” w Tucznie³ w zakresie jego funkcjonowania w okresie od 1.01.2007 r. do 31.08.2009 r.

W związku z ustaleniami przedstawionymi w protokole kontroli, podpisanym w dniu 15 lutego 2010 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ust. 1 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie funkcjonowanie Zakładu, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. Zakład w okresie od 1.01.2007 r. do 30.09.2008 r. posiadał 95 miejsc, a do 31.08.2009 r. - 90. W badanym okresie przebywało w nim 945 pacjentów (do 6 miesięcy - 744 osoby, tj. 78,7%, od 6 do 12 miesięcy – 172, tj. 18,3%, od 12 do 24 miesięcy – 29, tj. 3,0%). Na zasadach komercyjnych w tym czasie przebywało 15 pacjentów.

Wszyscy pacjenci (70 - z wybranej losowo próby do kontroli) kierowani byli na pobyt czasowy w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 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 zakładach⁴. Przyjęcia do Zakładu w większości przypadków odbywały się na podstawie skierowań, a pacjenci w zakresie samoobsługi klasyfikowani byli na poziomie 0 - 40 punktów w skali Barthel.

¹ Dz.U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

² Delegatura w Szczecinie

³ dalej Zakład

⁴ Dz.U. Nr 166, poz. 1265 - dalej rozporządzenie MZiOS z 30.12.2998 r.

Kontrola dokumentacji 70 pacjentów ujawniła przypadki (w badanym okresie) naruszania obowiązujących przepisów dotyczących przyjmowania pacjentów, tj.:

- 2 pacjentów nie posiadało skierowania do Zakładu, co było niezgodne z § 1 ust. 1 rozporządzenia MZiOS z 30.12.1998 r.;
- 1 pacjenta przyjęto z zaawansowaną chorobą nowotworową, 1 z uzależnieniem i 2 ze względu na trudną sytuację socjalną, którzy według przepisów § 6 ust. 3 pkt 2 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa NFZ⁵, § 11 i § 12 ust. 3 pkt 3 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ Prezesa NFZ⁶, § 11 i § 12 ust. 6 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ Prezesa NFZ⁷ oraz § 11 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ Prezesa NFZ⁸ nie powinni przebywać w Zakładzie, gdyż kwalifikowali się do opieki paliatywnej bądź hospicyjnej lub instytucji pomocy społecznej;
- o terminie przyjęcia do Zakładu pacjentów nie informowano pisemnie lecz telefonicznie, niezgodnie z przepisami § 3 ust. 5 rozporządzenia MZiOS z 30.12.1998 r.;
- Zakład nie uzyskał pisemnej zgody ZOW NFZ⁹ na przedłużenie czasu pobytu 3 pacjentów (przebywających w Zakładzie do 31.07.2008 r.) ponad termin określony w skierowaniu, wbrew treści § 6 ust. 3 pkt 1 załącznika do zarządzenia nr 89/2006 oraz § 12 ust. 3 pkt 1 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ, a stan tych pacjentów ze względów medycznych wymagał przedłużenia ich pobytu.

Ponadto kontrola dokumentacji medycznej 70 losowo wybranych pacjentów, przeprowadzona przez kontrolera ZOW NFOZ, wykazała, że była ona prowadzona nierzetelnie, gdyż:

- 1 pacjentowi, który przebywał w Zakładzie od 1.08.2008 r. do 31.05.2009 r., nie sporządzono żadnej karty kwalifikacyjnej, tzn. ani razu nie oceniono stanu jego samoobsługi zmodyfikowaną skalą Barthel, wbrew wymogom § 12 ust. 4 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ oraz § 12 ust. 3 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ;
- 3 pacjentom karty wypełniano rzadziej, niż określają to przepisy § 12 ust. 4 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ oraz w § 12 ust. 3 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ;

⁵ zarządzenie Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 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.

⁶ zarządzenie Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 19.09.2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa - zwane dalej zarządzeniem Nr 61/2007/DSOZ.

⁷ Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 6.08.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa - zwane dalej zarządzeniem Nr 53/2008/DSOZ.

⁸ zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 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 96/2008/DSOZ.

⁹ Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

- 2 pacjentom nie sporządzono karty kwalifikacyjnej podczas przyjęcia do Zakładu, a 23 pacjentom nie sporządzono ww. karty podczas wypisu, co naruszało zasady przyjęte przez Ordynatora Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego Zakładu,
- stwierdzono pojedyncze przypadki różnych nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji, które naruszały przepisy § 12 pkt 1, § 13 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4 oraz § 13 ust. 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁰.

Zakład prowadził listę osób oczekujących na przyjęcie do Zakładu w formie zeszytowej oraz elektronicznej (w układzie jaki obowiązywał szpitale), którą Zakład przyjął do stosowania jako podstawową. Kontrola wykazała, że zapisy na listach prowadzonych elektronicznie nie były kompletne. Np. na liście (stan na 24.09.2009 r.) prowadzonej wg programu KS-PPS na 43 wpisy w 5 brak było adresu świadczeniobiorcy, we wszystkich 43 - informacji dotyczących numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu kontaktu.

2. Zakontraktowaną w 2007 r. wartość usług w rodzaju: opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze o wartości 2.190,4 tys. zł Zakład zrealizował w 80,8% (1.768,9 tys. zł). Planowana i wykonana wartość usług w 2008 r. wyniosła odpowiednio 2.554,5 tys. zł i 2.414,9 tys. zł (tj. 94,5% kwoty zakontraktowanej). Rozliczeń z ZOW NFZ dokonywano terminowo i na bieżąco.

Kontrola wykazała, że w badanym okresie Zakład nie zawsze prawidłowo realizował postanowienia umów zawartych z ZOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa, ponieważ:

- uzyskał nienależnie z ZOW NFZ kwotę 2.086,77 zł za wykonanie usług na rzecz 2 pacjentów przebywających w Zakładzie bez skierowania, tj. wbrew zapisom § 6 ust. 2 pkt 1 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006, § 12 ust. 2 pkt 1 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ, § 12 ust. 2 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ oraz § 12 ust. 1 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ;
- wykazał ZOW NFZ 2 pacjentów, którzy przebywali na przepustce, jako przebywających w Zakładzie i nienależnie pobrał z ZOW NFZ kwotę 951,54 zł za świadczenia w wysokości 100% ceny usługi, zamiast 50%, co wynika z przepisów § 11 pkt 5 załącznika do zarządzenia Nr 89/2006, § 21 ust. 1 pkt 4 zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ, § 22 ust. 1 pkt 5 załącznika do zarządzenia Nr 53/2008/DSOZ oraz § 22 ust. 1 pkt 5 zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ;
- uzyskał nienależnie z ZOW NFZ łączną kwotę 23.310,93 zł za usługi wykonane na rzecz 1 pacjenta z zaawansowaną chorobą nowotworową, 1 pacjenta z uzależnieniem, 2 przyjętych do Zakładu ze względu na trudną sytuację socjalną (nie kwalifikujących się do pobytu w Zakładzie).

¹⁰ Dz.U. Nr 247 poz. 1819 ze zm.

3. W ocenie NIK prawidłowo ustalana była odpłatność pacjentów skierowanych do Zakładu. Miesięczne opłaty ustalano na okres roku i aktualizowano po każdorazowej zmianie wysokości dochodu pacjentów. Wysokość pobieranych opłat stanowiła 70% ich dochodu, co było zgodne z art. 34a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹¹.

Zakład uzyskał łączną kwotę 35.508 zł za pobyt 15 pacjentów komercyjnych, z którymi nie zawarł umów cywilnoprawnych w formie pisemnej na świadczenie usług komercyjnych, a 6 z nich nie wystawił rachunku za te usługi. W okresie objętym kontrolą od 7 ww. pacjentów Zakład pobrał łącznie kwotę 17.748 zł za świadczenie odpłatnych usług opiekuńczo-leczniczych, podczas gdy pacjenci (obciążeni opłatami) przyjęci zostali zgodnie z przepisami rozporządzenia MZiOS z 30.12.1998 r. i w czasie przebywania w Zakładzie uzyskiwali punktację poniżej 40 pkt w skali Barthel, spełniając kryteria do dalszego pobytu z prawem do bezpłatnych usług medycznych.

4. Działalność Zakładu w 2007 r. zamknęła się stratą w wysokości 54,8 tys. zł, a w 2008 r. zyskiem wynoszącym 216,3 tys. zł. Średnia odpłatność pacjentów za 1 osobodzień w ww. okresie wyniosła 16,98 zł i 18,05 zł, a stawka wg umów z ZOW NFZ odpowiednio 59,53 zł i 96,00 zł. Koszty funkcjonowania Zakładu (bez wydatków remontowych) w przeliczeniu na 1 osobodzień wynosiły w kolejnych latach 84,91 zł oraz 100,78 zł i w porównaniu do sumy średniej opłaty wniesionej przez pacjentów i stawek rozliczonych przez ZOW NFZ były wyższe w 2007 r. o 1,67 zł, a w 2008 r. niższe o 6,91 zł. Kierownictwo Zakładu jako główną przyczyną strat w 2007 r. wskazało niewykonanie w całości kontraktu z ZOW NFZ.

5. NIK stwierdziła niewystarczającą liczbę pracowników Zakładu sprawujących opiekę nad pacjentami. W badanym okresie zatrudnienie było niższe od określonego w załącznikach Nr 3a do zarządzeń Nr 89/2006, 61/2007/DSOZ, 53/2008/DSOZ i 96/2008/DSOZ, gdyż nie zatrudniono lekarza specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (od 1.01.2007 r. do 18.09.2007 r.) oraz osoby na stanowisku pracownika socjalnego (od 1.01.2007 r. do 28.02.2008 r.).

6. Zakład nie spełniał standardów określonych w § 18, § 19 ust. 1 lit. c), § 20, § 21 i § 27 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zoz¹². Podczas oględzin stwierdzono, że:

- w 3 z 25 sal (12,0%) znajdowało się po 6 łóżek, a powinno być nie więcej niż 5,
- 8 z 25 sal (32,0%) posiadało powierzchnię mniejszą niż ta, która wynika z przelicznika 6 m² na 1 łóżko szpitalne,

¹¹ Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹² Dz.U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.

- Oddział Opiekuńczo-Lecniczy nie posiadał co najmniej 1 jednoosobowego pokoju z węzłem sanitarnym lub izolatką,
- w 17 z 25 sal (68,0%) brak było dostępności do łóżek z trzech, w tym z dwóch dłuższych stron,
- na I piętrze Oddziału 1 miska ustępowa przypadała na 17 kobiet, na II piętrze na 16 kobiet, natomiast w ZOL powinna być co najmniej jedna na 10 kobiet,
- w żadnej z ww. sal nie funkcjonowała sygnalizacja przyzywowa.

Usunięcie ww. nieprawidłowości i dostosowanie pomieszczeń Zakładu do wymogów ww. rozporządzenia zaplanowano w programie dostosowawczym Zakładu do 31.12.2012 r.

7. W latach 2008-2009 w Zakładzie (na 70 pacjentów) stosowane było żywienie dojelitowe mieszanymi przemysłowymi 4 pacjentów w stanie apalicznym/wegetatywnym, w tym 3 dożywianych było przez firmę zewnętrzną. Zakres i zasady współpracy z tą firmą określono w umowie zawartej 20.11.2008 r., jednakże stwierdzono uchybienia w zakresie stosowania i dokumentowania procedury żywienia dojelitowego, ponieważ:

- dokumentacja dotycząca ww. pacjentów była niekompletna, a część wpisów w dokumentacji (np. w historiach choroby, kartach autokontroli chorego żywionego dojelitowo) nie posiadały autoryzacji osób, które je sporządziły,
- pracownicy zewnętrznej firmy stosującej żywienie dojelitowe pacjentów nie dokumentowali prowadzonego leczenia w kartach historii choroby tych pacjentów, ponieważ Zakład nie żądał odnotowywania przeprowadzania badań i ich wyników w dokumentacji medycznej pacjentów,
- w przypadku 2 z 4 pacjentów objętych żywieniem dojelitowym, ordynowanie leków i produktów farmaceutycznych podczas żywienia odbywało się bez zgody pacjentów, bądź ich opiekunów prawnych.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. *Dokonywanie kompletnych wpisów na listach oczekujących zgodnie z przyjętym wzorem.*
2. *Stosowanie procedur i wymogów określonych przepisami przy przyjmowaniu pacjentów.*
3. *Przeprowadzanie oceny stanu samoobsługi pacjentów w czasie ich pobytu w Zakładzie oraz dokumentowanie tej oceny w kartach kwalifikacyjnych.*
4. *Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie ze wszystkimi wymogami w tym zakresie.*
5. *Rejestrowanie w dokumentacji medycznej przypadków przebywania pacjentów na przepustkach oraz informowanie o tym ZOW NFZ.*
6. *Obciążanie za świadczenie odpłatnych usług tych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do bezpłatnych świadczeń.*

7. *Zwrot ZOW NFZ nienależnie pobranych przez Zakład środków finansowych.*
8. *Zawieranie pisemnych umów cywilnoprawnych na świadczenie usług komercyjnych oraz wystawianie rachunków za te usługi.*
9. *Zatrudnienie pracowników wymaganych w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie świadczenia usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych.*
10. *Egzekwowanie od firmy prowadzącej żywienie dojelitowe pacjentów rzetelnego dokumentowania prowadzonych badań w dokumentacji medycznej.*

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 *ustawy o NIK*, zwraca się do Pana Dyrektora o nadesłanie w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub o przyczynach niepodjęcia tych działań.

Stosownie do art. 61 ust. 1 *ustawy o NIK*, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się - stosownie do art. 62 ust. 2 *ustawy o NIK* - od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie powyższych zastrzeżeń.