

znak: WKZR.7300.1.2019

Wydział Kontroli

Kontrola nr 02.7300.015.2019.WKZ.SPO

PROTOKÓŁ KONTROLI

I. DANE IDENTYFIKUJĄCE KONTROLĘ

Kontrola nr 02.7300.015.2019.WKZ.SPO

Podmiot kontrolowany - Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., ul. Słowackiego 18 87-700 Aleksandrów Kujawski, zwany dalej Szpitalem.

Numer statystyczny REGON - 911344332

Numer KRS - 0000199929

Kierownik podmiotu kontrolowanego - Mariusz Trojanowski na mocy umowy o zarządzanie spółką z ograniczoną odpowiedzialnością (kontrakt menedżerski) zawartej w dniu 22 maja 2012 r. oraz uchwały nr 15/2018 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. z dnia 6 grudnia 2018 r.

Temat kontroli - Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych.

Zakres przedmiotowy kontroli obejmuje weryfikację prawidłowości realizacji i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych, o kodzie zakresu 14.5160.026.04, w następujących obszarach:

1. Zgodność realizacji udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej z warunkami zawartej umowy.
2. Zgodność dokumentacji medycznej objętej kontrolą z obowiązującymi przepisami dotyczącymi sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Poprawność kwalifikacji i zasadność wykazanych do rozliczeń świadczeń.

Okres objęty kontrolą:

Obszar 1: od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. oraz stan bieżący na czas przeprowadzania kontroli u Świadczeniodawcy.

Obszar 2 i 3: od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.

Nazwa właściwej jednostki organizacyjnej NFZ – Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy

Kontrolerzy:

1. Jolanta Marzec-Ostrowska, upoważnienie do kontroli nr 02.7300.015.2019.WKZ.SPO-1 z dnia 29 stycznia 2019 r. (z przerwą w dniach 13 lutego – 1 marca 2019 r.)
2. Agnieszka Kortas - upoważnienie do kontroli nr 02.7300.015.2019.WKZ.SPO-2 z dnia 29 stycznia 2019 r. (z przerwą w dniach 8 i 12 lutego 2019 r.)
3. Agnieszka Fornal 02.7300.015.2019.WKZ.SPO-3 z dnia 29 stycznia 2019 r.

Data rozpoczęcia kontroli – 29 stycznia 2019 r.

Data zakończenia czynności kontrolnych – 15 marca 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 1- 12, 97-182, 8065-8066)

Miejsce przeprowadzenia kontroli - siedziba i miejsce wykonywania umowy podmiotu kontrolowanego oraz siedziba Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy.

Umowa z NFZ – posiada umowę z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Bydgoszczy nr 14-17/W0245/SPO z dnia 01.07.2014 r., aneksowaną na lata objęte kontrolą oraz umowę nr 17-22/W0245/SPO z dnia 22.05.2017 r. w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczo/opiekuńczo-leczniczym.

Wartość umów wynosiła:

2017 rok

od stycznia do czerwca - nr 14-17/W0245/SPO - umowa: 474 488,05zł (w tym ugoda: 23 830,05 zł)
w tym zakres: 436 280,05 zł (w tym ugoda: 23 830,05 zł)

od lipca do grudnia - nr 17-22/W0245/SPO - umowa: 477 092,69 zł (w tym ugoda: 9 300,69 zł)
w tym zakres: 434 356,69 zł (w tym ugoda: 9 300,69 zł)

2019 rok - nr 17-22/W0245/SPO - umowa: 1 081 500,38 zł
zakres: 991 767,68 zł

II. OPIS USTALONEGO STANU FAKTYCZNEGO

1. Zgodność realizacji udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej z warunkami zawartej umowy.

1.1. W Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, w ramach umowy, zakontraktowanych jest 30 łóżek. Faktyczna liczba łóżek zweryfikowana w dniu kontroli, jest zgodna z liczbą łóżek deklarowanych do umowy oraz liczbą łóżek zgłoszoną w rejestrze wojewody pod numerem 000000002894.

➤ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, biorą udział lekarze: chorób wewnętrznych I° - Małgorzata Szymańska-Bień, specjalista chorób wewnętrznych Waldemar Włodarski, specjalista chirurgii ogólnej Krzysztof Krzciuk w łącznym wymiarze czasu pracy 43 h. Kontrolowany nie przedstawił grafików czasu pracy lekarzy.

Na podstawie przedstawionych umów, zawartych z lekarzami stwierdzono iż lekarze Krzysztof Krzciuk oraz Waldemar Włodarski pracują łącznie w wymiarze 33 h tygodniowo (potwierdzony czas pracy przedstawionymi fakturami), natomiast czasu pracy lek. Małgorzaty Szymańskiej-Bień, na podstawie przedstawionych dokumentów nie można ustalić. Z załącznika do umowy o pracę lek. Małgorzaty Szymańskiej-Bień wynika, że aktualnie wykonuje ona świadczenia polegające na koordynowaniu i nadzorowaniu opieki lekarskiej w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym. Przedstawione rachunki w pozycji „ilość”, zawierają wpis „1”. Kontrolowany zapytany o znaczenie wpisu wyjaśnił, iż „(...) Lek. Małgorzata Szymańska Bień we wszystkich rachunkach w kolumnie: „ilość” wpisuje „1” określając w ten sposób przedmiot udzielonych świadczeń a nie ilość.”

Mimo braku możliwości ustalenia czasu pracy pani Małgorzaty Szymańskiej-Bień, z przedstawionych umów zawartych z panem Waldemarem Włodarskim oraz Krzysztofem Krzciukiem wynika, iż w 2019 roku wymagany czas pracy lekarzy w przeliczeniu na liczbę łóżek w Zakładzie, jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658), zgodnie z którym, w przypadku 30 łóżek powinien wynosić 32:30 h tygodniowo.

➤ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy konsultacji specjalistycznych w zakresie neurologii i psychiatrii udzielają lekarze Wojciech Augustynek – specjalista neurologii oraz Paweł Kapała – specjalista psychiatrii.

➤ Na podstawie przedstawionych grafików pracy personelu pielęgniarstwa w 2019 roku stwierdzono, że w Oddziale w ciągu dnia pracują tylko dwie pielęgniarki – jedna w godzinach 7.00-15.00 oraz druga w godzinach 7.00 – 19.00. Dyżur nocny zabezpiecza jedna pielęgniarka. W związku z powyższym Zespół Kontrolujący, poprosił o przedstawienie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Kontrolowany wyjaśnił „*Uprzejmie informuję, że zgodnie z dyspozycją art. 50 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. jest przedsiębiorcą wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą. Tym samym powołane rozporządzenie Ministra Zdrowia nie znajduje zastosowania do ustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek w zakładzie opiekuńczo-leczniczym działającym w strukturze spółki.*”

Kontrolowany przedstawił natomiast ustalone dla ZOL-u wewnętrzne minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, zatwierdzone przez Prezesa Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., pana Mariusza Trojanowskiego, obliczone na dzień 30 czerwca 2017 roku, obowiązujące również na rok 2019. Przy ustalaniu ww. norm, uwzględniono ilość łóżek, ich obłożenie oraz kategoryzację pacjentów w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Wynika z nich, iż w ZOL-u minimalna norma zatrudnienia została ustalona na poziomie 13,59 etatu. Stan zatrudnienia na styczeń 2019 roku wynosił- 1 pielęgniarka oddziałowa, 4,5 pielęgniarek na etacie + 2 pielęgniarki w ramach umowy zlecenie (1,18 etatu) oraz 5 opiekunek na etacie + 3 opiekunki w ramach umowy zlecenie (2,17 etatu). Łącznie 12,85 etatu. Kontrolowany zapytany, dlaczego uwzględniono opiekunów medycznych przy ustalaniu norm pielęgniarskich wyjaśnił: „*Jak wskazano w załączniku z dnia 25 lutego 2019 roku w poszczególnych miesiącach z uwagi na fluktuację zatrudnienia pielęgniarek braki w przeliczeniu na etaty wynosiły od 0,74 do 1,8. Jednakże braki te jako zjawisko wskazano w powołanym wyjaśnieniu uzupełniane były personelem zatrudnionym na umowę zlecenie. Nie było zatem przypadków zastępowania personelu pielęgniarskiego w Zakładzie opiekunami medycznymi. (...)*” Odnosząc się do wyjaśnień Kontrolowanego, stwierdzić należy, że w treści przywołanego załącznika z dnia 25 lutego 2019 roku, jasno wynika, że opiekunki zostały uwzględnione w normie zatrudnienia zarówno w roku 2019 jak i 2017.

W grafiku nie uwzględniono Beaty Małeckiej – Kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, co Kontrolowany wyjaśnił, iż „*Pani dr n. med. Beata Małecka jako Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego pracuje codziennie w stałych godzinach (od 7;25 do 15;00), stąd też nie jest uwzględniona w grafiku ustalonym w 2019 roku.*”

Odnosząc się do wyjaśnień Kontrolowanego, zaznaczyć należy, iż Beata Małecka wykazana została w załączniku nr 2 do umowy jako pielęgniarka, w związku z czym, jako pracownik medyczny biorący udział w udzielaniu świadczeń, powinna być ujęta w grafiku czasu pracy.

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym aktualnie zatrudnionych jest 8 pielęgniarek, w tym pięć pielęgniarek posiadających specjalizację w zakresie wymaganym przepisami rozporządzenia. Cztery pielęgniarki ze specjalizacją zatrudnione są w pełnym wymiarze czasu pracy, tym samym spełniony jest warunek określony w zał. nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwanego dalej rozporządzeniem, stanowiącego iż czas pracy pielęgniarek „*z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów(...)* - łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.”

➤ W udzielaniu świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy, bierze udział trzech fizjoterapeutów – Bartłomiej Makowski – licencjat fizjoterapii, Anna Bonowicz – licencjat fizjoterapii, Joanna Kaniewska – magister fizjoterapii. Z przedstawionych umów wynika, iż Anna Bonowicz oraz Joanna Kaniewska pracują w pełnym wymiarze czasu pracy, natomiast Bartłomiej Makowski, zgodnie z przedstawioną umową oraz informacją uzyskaną od Kontrolowanego: „*(...) udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie usług fizjoterapeutycznych w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zapisy umowy stanowią, że w razie zaistnienia uzasadnionych potrzeb Zleceniobiorca wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze wyższym niż wskazano w umowie. W 2019 r. Pan Bartłomiej Makowski udziela świadczeń zdrowotnych również w ZOL.*”

Kontrolowany spełnia wymagany warunek odnośnie czasu pracy fizjoterapeutów w odniesieniu do ilości zakontraktowanych łóżek oraz stanu pacjentów objętych opieką.

➤ Zgodnie z wymogami ww. rozporządzenia, w udzielaniu świadczeń biorą również udział:

- 1) Psycholog – Joanna Prusarczyk, - w wymiarze czasu pracy 16:40 h
- 2) Logopeda – Wiśniewska Katarzyna
- 3) Terapeuta zajęciowy – Paulina Wencel i Wioletta Krawiec – w łącznym wymiarze czasu pracy 23:05 h
- 4) Opiekunowie medyczni – Magdalena Góralska, Joanna Ciesielska, Karolina Kryszak, Monika Gmurska, Łukasz Mielcarek oraz Barbara Szreiber. W grafiku ustalonym na 2019 rok wykazano ponadto Elżbietę Makowską oraz Grażynę Dytkowicz, które nie zostały uwzględnione w zał. nr 2 do umowy.

Kontrolowany wyjaśnił, iż „*Pani Grażyna Dytkowicz nie była wykazana w potencjale wykonawczym w roku 2017, ponieważ w tym czasie była zatrudniona na stanowisku salowej. W 2019 r. ma powierzone obowiązki opiekuna medycznego, jednak nie jest uwzględniona w wyżej wymienionym potencjale w związku z tym, że przebywa na długotrwałym zwolnieniu lekarskim. Pani Elżbieta Makowska była wykazana w umowie w roku 2017 oraz 2019 jako pozostały średni personel do spraw zdrowia gdzie indziej nie sklasyfikowany (...)*”

➤ W 2017 roku Kontrolowany sprawozdał oraz rozliczył 11077 osobodni. Na podstawie sprawozdanych osobodni oraz stanu Księgi chorych Oddziału ustalono, że liczba łóżek w Oddziale w 2017 roku wyniosła 30. Zespół Kontrolujący poprosił o przedstawienie umów, rachunków, specyfikacji do rachunków, grafików oraz list obecności lekarzy udzielających świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w 2017 roku. Na podstawie przedłożonej dokumentacji, nie można było dokonać analizy czasu pracy lekarzy w Oddziale. Przedstawione umowy, zawarte z lekarzami zawierały jedynie zapis, iż „*Przedmiot umowy obejmuje również udzielanie konsultacji w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy*”, a przedstawione faktury za poszczególne miesiące nie zawierały wyszczególnienia w jakim oddziale dany lekarz udzielał świadczeń. Nie przedstawiono grafików czasu pracy lekarzy w ZOL-u. Zwrócono się do Kontrolowanego z prośbą o przedstawienie niezbędnych dokumentów, z których wynikałoby wprost, ile faktycznie godzin pracowali lekarze specjaliści w 2017 roku w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy. Kontrolowany w odpowiedzi napisał, że „*W Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy pacjenci byli badani w zakresie nie niższym, niż określone w warunkach realizacji świadczeń. Na podstawie ustaleń z kierownikiem ZOL-u i pielęgniarką oddziałową ilość porad i wezwań lekarzy spełniała warunki umowy.*” W związku z brakiem przedstawienia wnioskowanych dokumentów, ponownie zwrócono się pismem z dnia 19 oraz 20 lutego o przedstawienie stosownych dowodów potwierdzających czas pracy lekarzy w Oddziale. W odpowiedzi, Kontrolowany przesłał „*Sprawozdanie z godzin pracy lekarzy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy*” z podziałem na czas pracy lekarzy Waldemara Włodarskiego, Małgorzaty Szymańskiej-Bień oraz Iwony Maślińskiej, zgłoszonych w 2017 roku do umowy. Sprawozdanie autoryzowane było przez Kierownika Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w 2017 roku. Ponownie zwrócono się do Kontrolowanego z prośbą o przedstawienie dokumentów, na podstawie których ustalono godziny pracy ww. lekarzy w poszczególnych miesiącach. Kontrolowany nie przedstawił wnioskowanych dokumentów, udzielił natomiast następujących wyjaśnień: „*W nawiązaniu do pism z dnia 19 i 20 lutego 2019 r. (...) uprzejmie informuję, iż podstawą wyliczenia godzin pracy lekarzy były dostarczone dokumenty za każdy miesiąc udzielania świadczeń w 2017 r. podpisane przez Kierownika ZOL-u. Wyjaśniam również, że podstawą takiego rozliczenia czasu pracy lekarzy jest fakt, iż analizując zapisy umowne nie można doszukać się wskazania formy jednolitego trybu określenia pracy lekarzy. Mając powyższe na uwadze, w 2017r. w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. przyjęto formę rozliczania pracy lekarzy jak wskazano w wyżej wymienionych dokumentach. Należy mieć również na względzie, że lekarze wykonujący świadczenia w ZOL-u świadczą również pracę w innych zakresach w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., stąd też ich umowy mają zapisy i charakter jak zostało to przedstawione organom kontroli. (...) Odnośnie specyfikacji do rachunków za 2017 r. informuję, że tak została rozliczona praca lekarzy w kontrolowanym okresie. W tym miejscu pragnę uprzejmie wyjaśnić, iż stosownie do obowiązujących przepisów praca lekarzy na oddziale ZOL nie jest sformalizowana w taki sposób, aby świadczeniodawca musiał oznaczać miesięczne grafiki ich pracy w konkretnie zindywidualizowany sposób wyznaczający sztywno ramy czasowe. Oznacza to,*

że lekarze mogą pracować w omawianym oddziale w różnych godzinach (przedziałach czasowych) a nie w ustalonych jednorazowo. A zatem, jak już uprzednio informowałem, lekarze wykonywali swoją pracę w takim trybie, aby zapewnić opiekę pacjentom i wypełnić jednocześnie wymogi formalne. Jednakże ich praca determinowana była możliwościami, które aktualnie i na bieżąco kształtowały proces wykonywania świadczeń. (...) Reasumując, pragnę uprzejmie poinformować, iż dla celów kontroli proszę uwzględnić przedstawione specyfikacje rachunków oraz dokumentację rozliczającą czas pracy według prowadzonego rozliczenia przez Kierownika ZOL-u, albowiem są to adekwatne dokumenty wskazujące na pracę lekarzy, podpisane przez uprawnionego pracownika."

Zgodnie z powyższym, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy Kontrolowany spełniał wymogi określone w ww. rozporządzeniu, dotyczące ustalonych i zgłoszonych w załączniku nr 2 do umowy harmonogramów czasu pracy personelu lekarskiego w 2017 roku. Z dokumentacji medycznej kontrolowanych pacjentów wynika, iż świadczeń w Zakładzie w 2017 roku udzielała lek. Małgorzata Szymańska-Bień, którą w okresie nieobecności zastępował lek. Waldemar Włodarski.

(dowód: akta kontroli str. 13-96, 6042-7038, 7659-7672, 7677-7680, 7821-7828, 7839-7848, 7853-7854, 7939-7982, 8047-8050, 8089-8186)

➤ Na podstawie analizy przedstawionych przez Kontrolowanego dokumentów oraz załączników do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w kontrolowanym okresie stwierdzono, że na przestrzeni lat wystąpiły zmiany personalne w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Ustalono, że Kontrolowany z opóźnieniem dokonywał aktualizacji załącznika nr 2 do umowy. Zapytany o przyczyny wysokiej rotacji personelu medycznego oraz brak terminowości zgłaszania zmian do umowy napisał, że „(...) rotacja personelu medycznego w ZOL-u związana była z rozwiązywaniem umów przez pracowników, co skutkowało również koniecznością wykorzystywania urlopów wypoczynkowych za przepracowany okres przez osoby odchodzące z pracy. Pracownicy podejmowali decyzje w trybie pilnym, bez możliwości negocjowania przez pracodawcę terminów rozwiązywania umów. (...) Dlatego też w toku bardzo dynamicznych zmian w zakresie kadrowym oraz intensywnych działań mających na celu zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń w przedmiotowym zakładzie doszło do nieścisłości w wykazywanych danych. Należy podkreślić, iż pozyskiwanie nowych pracowników na świadczenie usług pielęgniarских w ostatnich latach jest ogromnym problemem i wymaga intensywnych działań kierownictwa szpitala co całkowicie pochłonęło pracowników i spowodowało wskazane braki w zgłoszeniu.” Zaznaczyć należy, iż obowiązek bieżącej aktualizacji załączników do umowy wynika z zapisów § 2 ust. 8 umowy, gdzie: „Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.” Brak terminowego zgłaszania zmian do umowy, stanowi naruszenie jej postanowień.

Dokumenty przedłożone przez Kontrolowanego potwierdzają posiadanie przez personel udzielający świadczeń odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Fizjoterapeuci udzielający świadczeń są zgłoszeni do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów, zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 505 z późn. zm.) i posiadają prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Personel wykazany w załączniku nr 2 jest tożsamy z personelem udzielającym świadczeń w Zakładzie. Reasumując, Świadczeniodawca spełnia warunki dotyczące zatrudnienia personelu medycznego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658). Kontrolowany nie przestrzega jednak ustalonych wewnętrznych minimalnych norm zatrudnienia w zakresie personelu pielęgniarского.

(dowód: akta kontroli str. 7673-7674, 7817-7824, 7839-7844)

1.2. Kontrolowany przedstawił dokumenty, na podstawie których ustalana była odpłatność w Zakładzie, wraz z wyjaśnieniem „(...) odpłatność ustalana jest zgodnie z § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych przez kierownika zakładu na podstawie przedłożonych przez pacjenta dokumentów stwierdzających wysokość jego dochodu.”

Kontrolujący poddali analizie dokumentację medyczną wybranych losowo 25 pacjentów przebywających w ZOL-u w 2017 roku. W wyniku analizy przedmiotowej dokumentacji stwierdzono, co następuje:

- co do zasady pacjenci przyjmowani byli z wnioskiem o wydanie skierowania do Zakładu, zaświadczeniem lekarskim oraz wywiadem pielęgniarskim, zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych (Dz. U. z 2012, poz. 731);
- przy przyjęciu do zakładu przeprowadzono dokładne badania lekarskie, dokonano oceny sprawności ruchowej pacjentów wg. skali Barthel, którą kontynuowano pod koniec każdego miesiąca oraz comiesięczną ocenę świadomości wg. skali Glasgow;
- dokumentacja medyczna zawierała min. indywidualne karty zleceń lekarskich, obserwacje psychologiczne, karty terapii zajęciowej, karty logoterapii, karty usprawniania pacjentów (wg. zaleceń), karty obserwacji lekarskich;
- pacjenci według wskazań kierowani byli na rehabilitację ruchową i fizjoterapię a jej wykonanie potwierdzone zostało w dokumentacji medycznej pacjentów;
- pacjenci byli kierowani na badania diagnostyczne według zaleceń lekarza, a wyniki zostały włączone do dokumentacji medycznej;
- dokumentacja pielęgniarska składała się z kart procesu pielęgnacji pacjentów, kart zmian pozycji chorego leżącego, kart kontroli RR/ tętna pacjentów, kart obserwacji i leczenia chorego z odleżynami, kart monitorowania dostępu żylnego, kart dopajania, kart gorączkowych oraz z kart obserwacji pacjentów;
- w dokumentacjach medycznych odnotowywano konsultacje specjalistyczne wg zaleceń lekarza:
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja psychiatryczna, w wyniku której zlecono leki Asertin i Hydroxizini
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja psychiatryczna, w wyniku której zlecono leki Relanium i Hydroxizini
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja psychiatryczna, w wyniku której zlecono leki Haloperidol, Chlorprotixen i Risperol.
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja psychiatryczna w wyniku której zlecono leki Relanium i Haloperidol
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna i neurochirurgiczna
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja neurochirurgiczna i psychiatryczna, w wyniku której zlecono leki Hydroxizini i Tritico.
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna i onkologiczna
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja psychiatryczna w wyniku której zlecono Asentę.
 - u pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] odbyła się konsultacja chirurgiczna, ortopedyczna i psychiatryczna.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- w przypadku pacjenta o numerze PESEL [REDACTED] stwierdzono brak w miesiącach IX, X, XI 2017 r. oceny wg. skali Glasgow. Kontrolowany wyjaśnił, iż „U pacjenta (...) była dokonywana ocena skali Glasgow w miesiącu wrześniu i październiku jednakże podczas archiwizowania dokumentów została omyłkowo załączona do dokumentacji innego pacjenta. Natomiast w listopadzie ocena ta nie została

przeprowadzona ponieważ zgon pacjenta nastąpił w dniu 28.11.2017 r., a oceny w skali Glasgow dokonuje się zawsze ostatniego dnia miesiąca." Przedstawiono brakujące dokumenty.

- w dokumentacji pacjentów o numerach PESEL [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] stwierdzono brak BMI – wskaźnika stanu odżywienia w odpowiednim przedziale czasowym (tj. przy przyjęciu, w trakcie pobytu – na koniec każdego miesiąca). Kontrolowany wyjaśnił, że „U pacjentów karmionych dojelitowo nie prowadzono pomiarów BMI ponieważ Zakład nie posiada urządzenia do ważenia i mierzenia pacjentów leżących gdyż w Rozporządzeniu dotyczącym wyposażenia Zakładu nie ma wymagań co do posiadania takiego sprzętu. Planowany jest zakup takiego urządzenia jednak jest to determinowane pozyskaniem środków na ten cel.”

- w dokumentacji medycznej pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] brakowało karty zleceń lekarskich oraz kart żywienia dojelitowego. Kontrolowany uzupełnił dokumentację wyjaśniając, że „Karty zleceń dla pacjentki (...) za okres 14.02 do 27.03.2017 roku oraz karty żywienia dojelitowego pomyłkowo zostały załączone do dokumentacji medycznej pacjentki o peselu 34090803966.” W załączeniu przedstawiono kopię kart zleceń za ww. okres oraz karty żywienia dojelitowego.

- w przypadku pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] stwierdzono brak karty zleceń lekarskich za okres od 04.07 – 07.08.2017 r. Kontrolowany uzupełnił brakujące karty wyjaśniając, że „Brakująca karta zleceń lekarskich pacjenta (...) pomyłkowo została załączona do dokumentacji medycznej innego pacjenta.” Ponadto u pacjenta zaprzestano kontrolować parametry dostępu żylnego i RR/tętna pacjenta w dniu 3.07.2017 roku, a zgon pacjenta nastąpił 10.08.2017 r. o godzinie 5:00. Kontrolowany zapytany o przyczyny zaprzestania monitorowania parametrów wyjaśnił, że „U pacjenta (...) było monitorowane ciśnienie krwi i tętno. Zostało to udokumentowane jednak nie w karcie pomiaru ciśnienia krwi i tętna tylko w raporcie pielęgniarskim.” W załączeniu przedstawiono kopie raportów pielęgniarskich potwierdzających dokonywanie pomiaru ww. parametrów.

- dokumentacja medyczna pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] zawierała: karty żywienia dojelitowego (21.02.–28.02.2017r.), karty indywidualnych zleceń lekarskich (14.03-27.03.2017 r.) pacjentki o numerze PESEL 2 [REDAKTOWANE]. Sytuację Kontrolowany wyjaśnił, że „W historii choroby pacjentki o peselu [REDAKTOWANE] zostały zamieszczone dokumenty pacjentki o peselu [REDAKTOWANE] wynikało to z nieuwagi osoby odpowiedzialnej za przygotowanie dokumentacji medycznej do archiwum. Niemniej jednak należy wskazać, że błąd ten nie spowodował jakiegokolwiek zagrożenia, a podczas kontroli wewnętrznej działu statystyki z pewnością byłby skorygowany. Nadmieniam, iż kontrola prowadzona jest w okresach 3 letnich.”

- karta obserwacji pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] zawierała jedynie dwie obserwacje pielęgniarskie (nieautoryzowane) na 21 tygodni pobytu. Kontrolowany zapytany o przyczyny braku obserwacji pielęgniarskich wyjaśnił, że „Obserwacje pielęgniarskie u pacjentki (...) były prowadzone, jednak na skutek wydarzeń losowych niezależnych od funkcjonowania Zakładu jakimi było zerwanie poszycia dachu, a w konsekwencji zalania pomieszczeń, w których przechowywana była dokumentacja medyczna, doszło do zniszczenia niewielkiej części dokumentów. Jest to jednak sytuacja wyjątkowa i dotycząca niewielkiej ilości dokumentów.”

- dokumentacja medyczna u pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] nie zawierała dokumentów potwierdzających dokonanie przy przyjęciu oceny sprawności ruchowej wg. skali Barthel, co Kontrolowany wyjaśnił następująco: „U pacjentki o peselu 3 [REDAKTOWANE] dokonano w dniu przyjęcia oceny sprawności ruchowej wg skali Barthel. Nadmieniam, że pacjentka ta nadal przebywa w Zakładzie i posiada obszerną dokumentację medyczną dlatego podczas kopiowania omyłkowo została pominięta ocena sprawności ruchowej z dnia przyjęcia pacjentki.” W załączeniu przedłożono brakujący dokument.

- w przypadku pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE] w dokumentacji medycznej stwierdzono brak badania lekarskiego przy przyjęciu pacjenta do oddziału a jedynie zaświadczenie lekarskie. Kontrolowany przedstawił brakujące dokumenty oraz wyjaśnienia, iż „U pacjenta (...) było przeprowadzone badanie lekarskie w dniu przyjęcia. Nadmieniam, że pacjent ten nadal przebywa w ZOL i przy kopiowaniu dokumentacji do kontroli omyłkowo nie skopiowano tego dokumentu.” W załączeniu przedłożono brakujący dokument.

- zgodnie z dokumentacją medyczną u pacjent o numerze PESEL [REDAKTOWANE] odbyła się konsultacja chirurgiczna, ortopedyczna i psychiatryczna. W przypadku konsultacji psychiatrycznej w historii choroby brakowało wpisu odnośnie przeprowadzenia konsultacji. Kontrolowany wyjaśnił, iż „Z powodu konieczności konsultacji psychiatrycznej u pacjenta (...), konsultacje przeprowadziła lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny psychiatrii Aneta-Ineza Pilip ponieważ był to czas poza pracą lekarza specjalisty, który konsultował pacjentów w ZOL.”

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7681-7814, 7821-7824, 7849-8046)

Kontrolowany co do zasady przestrzegał w 2017 roku zapisu rozporządzenia odnośnie aktualnej oceny pacjenta, która „dokonywana jest nie mniej niż dwa razy w tygodniu”. Stwierdzono jednak okresy, w których powyższa zasada nie była przestrzegana – tabela poniżej:

PESEL	Uwagi
[REDAKTOWANE]	1-7.05- 1 obserwacja; 12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji
[REDAKTOWANE]	24-27.08 - badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja;
[REDAKTOWANE]	23-26.02- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 27.02-5.03- 1 obserwacja; 17-23.04 – 1 obserwacja; 1-7.05- 1 obserwacja;
[REDAKTOWANE]	25-30.07- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do Zol; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	20-25.06 - badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL
[REDAKTOWANE]	28.11-3.12- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	24-27.08- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 28.08-3.09- brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	8-13.08 - badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji
[REDAKTOWANE]	11-14.05- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	13-19.02- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 17-23.04 – brak obserwacji; 1-7.05- 1 obserwacja;
[REDAKTOWANE]	17-21.05- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do Zol; 12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji
[REDAKTOWANE]	21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 11-17.09-1 obserwacja; 2-8.10- 1 obserwacja; 23-29.10- 1 obserwacja; 13-19.11.- 1 obserwacja; 20-26.11- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
[REDAKTOWANE]	10-14.05- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 12-18.06- 1 obserwacja;

	10-15.10- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-29.12. – brak obserwacji;
	10-15.01 – badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 17-23.04 – 1 obserwacja; 1-7.05 – 1 obserwacja; 12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
	24-30.04 – 1 obserwacja
	14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja;
	3-8.01.- badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 17-23.04 – 1 obserwacja; 1-7.05 – 1 obserwacja; 12-18.06- 1 obserwacja;
	19-22.01 - badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 17-23.04 – 1 obserwacja; 1-7.05 – 1 obserwacja; 12-18.06- 1 obserwacja; 14-20.08 – brak obserwacji; 21-27.08- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;
	26-29.01 - badanie lekarskie tylko przy przyjęciu do ZOL; 17-23.04 – 1 obserwacja; 1-7.05 – 1 obserwacja; 12-18.06- 1 obserwacja; 28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja;
	28.08-3.09- brak obserwacji; 13-19.11.- 1 obserwacja; 25-31.12. – brak obserwacji;

Na pytanie Zespołu Kontrolującego o przyczynę nieprzestrzegania przepisu, odnośnie częstotliwości obserwacji lekarskich, Kontrolowany wyjaśnił, iż „*Ocena stanu zdrowia pacjentów w Zakładzie odbywała się nie mniej niż dwa razy w tygodniu. Natomiast brakujące wpisy obserwacji pacjentów dotyczyły okresu, kiedy lekarz prowadzący przebywał na urlopie a lekarz, który pełnił zastępstwo i przeprowadzał wizyty lekarskie nie dokonywał wpisu tych wizyt i obserwacji w dokumentacji medycznej pacjentów.*”

W ocenie Kontrolujących, wyjaśnienie powyższe trudne jest do zaakceptowania, z uwagi na fakt, iż w dniu 24 sierpnia 2017 roku obserwacje pacjentów przeprowadzał lekarz Waldemar Włodarski, a wyniki obserwacji zostały udokumentowane w historiach choroby. W okresie od 14 sierpnia do 3 września 2017 roku, u pacjentów przeprowadzona była tylko jedna obserwacja lekarska, właśnie w dniu 24 sierpnia przez lekarza Waldemara Włodarskiego. Pozostałe obserwacje lekarskie u pacjentów w roku 2017, zgodnie z dokumentacją medyczną, przeprowadzone były wyłącznie przez lekarza Małgorzatę Szymańską-Bień.

Brak przeprowadzania niezbędnych obserwacji lekarskich narusza przepisy rozporządzenia, które wprost stanowią, iż „*(...) aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczętką i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne.*”

Wskazać należy, iż w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych mamy do czynienia ze szczególnym rodzajem pacjentów, wymagających całodobowej opieki i nadzoru. Obserwacje lekarskie winny być dokonywane i bezwzględnie odnotowywane ze względu na wysokie ryzyko nagłej zmiany stanu zdrowia pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 7837-7838, 7849-7852)

➤ Na podstawie analizy przedstawionej dokumentacji medycznej 25 pacjentów oraz na podstawie zapotrzebowań na leki z apteki szpitalnej (znajdującej się w strukturach Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.) stwierdzono, iż 14 pacjentów miało ordynowane leki uspokajające i nasenne z grupy ATC N05A, N05B, N05C. Leki były ordynowane zgodnie ze zleceniami lekarskimi – specjalisty psychiatrii oraz lekarza chorób wewnętrznych, ze szczególnym uwzględnieniem specjalistycznej oceny zasadności, w przypadku zleceń przez lekarza psychiatrę. Karty zleceń lekarskich uwzględniały rodzaj podawanego leku, dawkę oraz częstotliwość podawania.

Kontrolowany przedstawił zapotrzebowania na leki z apteki szpitalnej, których ordynacja odzwierciedlona została w dokumentacji medycznej pacjentów. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej Anny Kapuścińskiej „*Potrzebne leki dla pacjentów ZOL-u zamawiane są w Aptece Szpitalnej.*”

Na receptariuszu potwierdzone pieczętą pani doktor Małgorzaty Szymańskiej-Bień. Leki pobierane są w dwa wyznaczone dni – poniedziałek, czwartek.”

Z analizy zapotrzebowań oraz zleceń na leki stwierdzono, iż w 2017 roku złożono zapotrzebowanie i otrzymano z apteki szpitalnej na ZOL 372 opakowania Phenobarbitali natrii (mieszanka uspokajająca z luminalem) po 200 ml w każdym. Żadna z dokumentacji medycznych pacjentów sprawozdanych i rozliczonych w 2017 roku w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, w kartach zleceń lekarskich nie zawierała zapisu odnośnie ordynowania mieszanki z lekiem Luminal, wbrew twierdzeniu pani Anny Kapuścińskiej, iż „(...) w przypadku Luminalu sposób i ilość podawanego leku jest rozpisywana w karcie zleceń lekarskich u poszczególnych pacjentów.” Zgodnie z informacją przekazaną przez lekarza Waldemara Włodarskiego: „(...) w ZOL w 2017 roku stosowana była mieszanka z Luminalem co odnotowano w zleceniach lekarskich ale błędnie używano nazwy MIX. Nervini, a winno być mieszanka uspokajająca z Luminalem. Powyższa mieszanka była podawana pacjentom jako lek uspokajający i nasenny. Nadmieniam, że zaopatrujemy się w leki w Aptece Szpitalnej gdzie wykonywany jest tylko ten jeden rodzaj mieszanki uspokajającej.” Zgodnie z informacją uzyskaną od kierownika apteki mgr farm. Ewy Włodarskiej „(...) w 2017 roku w aptece szpitalnej sporządzono 372 opakowania mieszanki uspokajającej z luminalem po 200.0 g /ZOL/. Każda recepta w aptece była rozchodowana osobno w książce środków psychotropowych z uwagi na środek psychotropowy: Luminal. Oryginał recepty pozostawał w aptece, kopię otrzymywał oddział. Nadmieniam, że tylko taki rodzaj mieszanki wykonywano w aptece.” Kontrolowany przedstawił skład mikstury wpisanej w dokumentację pacjentów jako Mix. Nervini oraz sposób dawkowania tej mieszanki. Dodatkowe wyjaśnienia złożyli również lekarze Małgorzata Szymańska-Bień oraz Waldemar Włodarski o treści „(...) lekarz opiekujący się pacjentami Małgorzata Szymańska-Bień odnotowała błędnie w kartach zleceń lekarskich używając nazwy Mix. Nervini. (...) Nadmieniamy, że pacjenci najczęściej otrzymywali mieszankę z Luminalem doraźnie jako lek uspokajający i nasenny w ilości 15 ml co daje 53 mg Luminalu.”

Biorąc pod uwagę powyższe, Kontrolowany naruszył tym samym obowiązek wynikający z § 10 ust. 1 p. 5 pp. e rozporządzenia Ministra Zdrowia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069), dotyczący dokumentowania przepisanych leków wraz z jego dawkowaniem.

Na oddziale nie stwierdzono leków po upływie daty ich przydatności do użytku.

(dowód: akta kontroli str. 199-202, 209-5356, 5421-5982, 8051-8058, 8069-8080)

➤ Z przedstawionej dokumentacji medycznej nie wynika fakt samodzielnej ordynacji leków oraz samodzielnego realizowania świadczeń opieki zdrowotnej przez personel pielęgniarski bez zlecenia lekarskiego. Zgodnie z informacją uzyskaną od Kontrolowanego „W zakładzie pielęgniarstwa samodzielnie nie ordynują leków (...) w myśl Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 20 października 2015 roku dotyczącego samodzielnego ordynowania leków zawierających substancje czynne wykazane jako wyroby medyczne. Wszystkie leki, które podają pielęgniarki są ordynowane wyłącznie przez lekarzy i zgodnie z indywidualną kartą zleceń pacjenta.” W dokumentacji pielęgniarskiej dokumentowano realizację zleceń lekarskich co do daty zlecenia, daty wykonania zlecenia oraz opisu jego wykonania.

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7681-7814, 7821-7824, 7839-7844, 7849-8046)

➤ U pacjentów stosowana była głównie dieta lekkostrawna lub cukrzycowa. Kontrolowany przedstawił jadłospisy stosowanych diet. Stwierdzono również przypadki karmienia pacjentów dietą przemysłową (Nutrison Dison 1L oraz Nutrison Energy 1L). Przedstawiono zapotrzebowania z apteki szpitalnej na wydanie ww. produktów w 2017 roku.

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7039-7234, 7681-7814, 7821-7824, 7849-8046)

1.3 W trakcie prowadzonych oględzin miejsca udzielania świadczeń oraz na podstawie stanów magazynowych z dnia kontroli stwierdzono, że Świadczeniodawca zapewnia pacjentom w Oddziale wymagane wyroby medyczne zgodnie z załącznikiem nr 1 oraz sprzęt medyczny zgodnie z załącznikiem nr 4 rozporządzenia.

Powyższy wymagany sprzęt jest zgodny z załącznikiem nr 2 do umowy. Rozbieżności dotyczyły ilości zgłoszonych chodzików i czwórnogów, aktualizacji numeru seryjnego glukometru, braku zgłoszenia urządzenia do hydroterapii MEDIMARK 18200511 z 2011 roku, iluminatora naczyniowego AV 400 nr AV17210119 FHU InvestMed z 2017r. oraz 5 sztuk materacy przeciwodleżynowych. Kontrolowany powyższe wyjaśnił: „(...) w cechach dodatkowych przedmiotowego sprzętu podano nazwę AquaVibron celem doprecyzowania jakiego typu przyrząd kryje się pod wskazaną nazwą. Urządzenie to podłączone jest do kranu w gabinecie rehabilitacji i służy do wykonywania masażu. W załączeniu przesyłamy kserokopię paszportu technicznego. W związku z faktem, iż w słowniku zasobów, który udostępniony jest w SZOI nie ma możliwości wpisania nazwy sprzętu a jedynie wybranie jej spośród dostępnych opcji nie zawsze możliwe jest wykazanie posiadanej aparatury (iluminator) lub wskazanie jej właściwej nazwy (AquaVibron). W przypadku chodzika i czwórnoga, który dodatkowo znajdował się na oddziale podczas oględzin wyjaśniamy, iż sprzęt ten pozostawiony został przez rodziny zmarłych pacjentów i został poddany utylizacji. Należy nadmienić, iż bliscy pacjentów niekiedy życzą sobie aby chorzy korzystali z własnych lasek, chodzików itp. (...) W kwestii glukometru oraz materacy przeciwodleżynowych podmiot niezwłocznie uzupełni dane w potencjale. Szpital czynił starania aby aktualizować potencjał na bieżąco co potwierdzają zgłoszenia zmian do umowy generowane w systemie SZOI. Wykazując zasób o nazwie „sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn” przyjęto, iż jest to potwierdzenie posiadania materacy przeciwodleżynowych, podpórek oraz wałków. W cechach dodatkowych wskazano właśnie tego typu sprzęt. Szpital niezwłocznie dokona korekty poprzez wskazanie każdego materaca jako odrębny zasób. Ponadto uprzejmie informuję, że sprzęt, który otrzymaliśmy z WOŚP w roku 2017 jest na gwarancji:

- materace przeciwodleżynowe posiadają zalecenia w instrukcji użytkowania, że przeglądy techniczne, zaleca się wykonywać co 24 miesiące,
- iluminator naczyniowy objęty jest 36 miesięcznym okresem gwarancji i 30 dni przed końcem gwarancji należy zgłosić przegląd.”

Przedstawiono paszporty techniczne potwierdzające zdatność do użytku sprzętów wykorzystywanych do udzielania świadczeń. Rozbieżności pomiędzy załącznikiem nr 2 do umowy a stanem faktycznym, nie miały wpływu na jakość udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 187-196, 7277-7388, 7677-7706)

➤ Wyroby medyczne stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym finansowane są przez Kontrolowanego. W dniu kontroli ustalono następujący stan magazynowy wyrobów medycznych wyszczególnionych w załączniku nr 1 rozporządzenia: cewniki (Foleya nr 14 – 4 sztuki seria 5215G11QX, dw.2020.08.03; nr 18- 4 sztuki seria 8046F13QX, dw.2023.02.13), worki na mocz (6 sztuk – seria GT028-210 dw. 2022.12.09, pieluchomajtki (4 op. po 10 sztuk seria REF.NR 5112, dw. 2023), pampersy (20 op. po 30 sztuk SUPER SENI PLUS LARGE seria SE 094LA30A02 dw.2024.01), wkładki (10 op. po 30 sztuk SENI NORMAL SE093NO30001 dw. 2014.01), podkłady (6 op. po 30 sztuk SENI, 091SU30003 dw. 2024.01), rurki tracheostomijne (3 sztuki , nr 7 – 1 sztuka seria 50107A2 dw. 11.2019 oraz nr 8 – 2 sztuki seria 50108A2 dw. 04.2020), materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe (6 sztuk), inne materace przeciwodleżynowe (15 sztuk), kule (6 sztuk), laski (4 sztuki), trójnogi (3 sztuki), czwórnogi (3 sztuki), balkoniki (5 sztuk), podpórki (6 sztuk), wózki inwalidzkie (12 sztuk – w tym 3 z podparciem głowy). Kontrolowany przedstawił rozchód z apteki szpitalnej oraz faktury zakupu na powyższe wyroby. W wyniku analizy dokumentów rozliczeniowych przekazanych do NFZ stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą zrealizowano trzy wnioski (trzech pacjentów) na wyrób medyczny - Pieluchomajtki o łącznej wartości refundacji 136,19 zł.

Zgodnie z zapisami § 4 ust. 2 pkt 8 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane obejmują: „ (...) 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym.” Kompleksowość udzielania świadczeń w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, wyklucza jednoznacznie na podstawie powyższego przepisu, możliwość samodzielnego zaopatrywania się przez pacjentów w wyroby medyczne.

(dowód: akta kontroli str. 197-198, 5359-5420, 5983-6042, 7675-7676, 7987-7988)

➤ Na podstawie dokumentów rozchodu z apteki szpitalnej dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w 2017 roku stwierdzono wydanie:

- pieluchomajtek - 19 200 sztuk

- cewników wg rodzaju -

- Foleya nr 16 - 20 sztuk
- Foleya nr 18 - 65 sztuk
- Foleya nr 24 - 5 sztuk

- worków na mocz - 135 sztuk

Na podstawie zleceń lekarskich załączonych do kontrolowanej dokumentacji medycznej, nie ma możliwości określenia jaką średnią liczbę wyrobów medycznych, w przeliczeniu na dzień, zlecono pacjentowi u którego istnieje potrzeba ich zastosowania.

Powyższą nieprawidłowość Kontrolowany wyjaśnił: „Ewidencja rozchodu wyrobów medycznych tj. pieluchomajtek, cewników, worków na mocz nie była w Zakładzie prowadzona, gdyż dotychczas nie było takich zaleceń. Należy jednak nadmienić, iż trudno jest oszacować codzienne zużycie tych wyrobów u poszczególnych pacjentów, ponieważ przy sporządzaniu takiego zapotrzebowania należy uwzględnić stan chorego oraz indywidualne potrzeby pacjenta.”

W przypadku rękawiczek jednorazowych, na podstawie dokumentacji magazynowej ZOL-u ustalono, że w okresie kontrolowanym, średnia liczba wydanych dla personelu medycznego rękawiczek jednorazowych przypadających na pacjenta dziennie wynosiła 10 sztuk.

(dowód: akta kontroli str. 5359-5420, 7677-7680, 7815-7815)

1.4. W dniu 29 stycznia 2019 roku Zespół Kontrolujący dokonał oględzin Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ustalając, co następuje.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy znajduje się w strukturach Powiatowego Szpitala sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim w budynku „D”, na II piętrze. Zapewniono dostęp do Oddziału windą oraz schodami. W Oddziale wyodrębniono punkt pielęgniarstwa z pokojem przygotowawczym, 2 pomieszczenia higieniczno-sanitarne w tym jedno wyposażone w natrysk, przystosowane również dla osób z niepełnosprawnością ruchową, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Ponadto wyodrębniono brudownik wyposażony w urządzenie służące do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenie dla pacjentów, posiadające wentylację mechaniczną. W brudowniku opróżniane, dezynfekowane oraz magazynowane są kaczki i baseny. Wyodrębniono jedno pomieszczenie porządkowe. Na oddziale znajduje się 12 sal pacjentów z łączną liczbą 30 łóżek. W salach zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego. Dodatkowo w każdym oknie zamontowane są rolety przeciwsłoneczne. Sale łóżkowe nie spełniają wymogów określonych w § 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 roku, poz. 739) stanowiących, że „Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.” oraz „Odstępy między łóżkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.” Stwierdzono, że dostęp do większości łóżek możliwy jest tylko z jednej dłuższej strony, w sporadycznych przypadkach z dwóch

stron - krótszej i dłuższej. Kontrolowany zapytany o przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości napisał: „Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim posiada dokumentację techniczną wraz z pozwoleniem na budowę oraz podpisaną umowę z Urzędem Marszałkowskim w Toruniu na dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej na inwestycję pod nazwą „Budowa łącznika pomiędzy budynkami „D” i „F” Powiatowego szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o. z przeznaczeniem dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego wraz z wyposażeniem oraz zakupem aparatury i sprzętu medycznego.” Dzięki tej inwestycji ulegną poprawie i funkcjonalności pomieszczenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.” Stwierdzono ponadto, że szerokość pokoi łóżkowych umożliwia wyprowadzenie z nich łóżek.

Łóżka w Oddziale mają regulowaną wysokość i są wyposażone w ruchome barierki, zabezpieczające przed wypadnięciem oraz materace przeciwodleżynowe. Ponadto w Oddziale zapewniono także sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn, tj. poduszki, podpórki i wałki.

W Oddziale znajduje się sprzęt ułatwiający pielęgnację pacjentów, tj. zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe.

W strukturach Powiatowego Szpitala wyodrębniono izbę przyjęć zorganizowaną zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nie posiada izolatki dla swoich pacjentów. Zaznaczyć należy, iż Kontrolowany w ofercie konkursowej w 2017 roku nie wykazał posiadania przy ZOL-u izolatki, tym samym nie uzyskał większej liczby punktów w postępowaniu konkursowym.

W Oddziale wyodrębniono salę rehabilitacyjną, wyposażoną w UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcze do nauki chodzenia oraz zestaw do elektroterapii z osprzętem (MIXING2 M 4732 z 2014 roku). Wyodrębniono również gabinet do prowadzenia psychoterapii (wspólny dla psychologa i logopedy). Nie stwierdzono gabinetu do prowadzenia terapii zajęciowej. Zajęcia odbywają się w sali dziennego pobytu, otwartej na Oddział, w której znajduje się jeden duży stół z krzesłami. Sprzęt do terapii zajęciowej znajduje się w szafie w gabinecie rehabilitacyjnym, na który składają się: przybory do malowania, wyklejania, sprzęt do muzykoterapii oraz nauki czynności życia codziennego. Kontrolowany zapytany o przyczyny niespełniania wymogu określonego w załączniku nr 4 do rozporządzenia, wyjaśnił: „W związku z faktem, iż sala dziennego pobytu jest dużym pomieszczeniem łatwo dostępnym dla pacjentów poruszających się tylko na wózkach lub balkonikach rehabilitacyjnych w toku działania ZOL stała się ona też gabinetem terapii zajęciowej. Nadmieniam, iż pierwotnie wydzielony był przedmiotowy gabinet i stan ten został przywrócony. Podkreślić należy, iż ze względu na stan pacjentów przebywających w ZOL sala pobytu dziennego była niewykorzystywana. Wpływ na to mają również takie czynniki jak wyposażenie sal chorych w telewizory oraz preferowanie przez rodziny pobytu z chorymi przy łóżku.”

(dowód: akta kontroli str. 187-196, 7677-7680, 7681-7706)

Reasumując, stwierdzić należy że Kontrolowany nie spełnia warunków określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia dotyczących zapewnienia swobodnego dostępu do łóżek pacjentów, w tym z trzech stron oraz braku sali do terapii zajęciowej. Brak spełnienia powyższych wymogów wpływa na jakość udzielanych pacjentom świadczeń, w szczególności brak zapewnienia dostępu do pacjenta, utrudnia opiekę nad nim oraz jego pielęgnację przez personel medyczny.

1.5. W Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. jest opracowany plan higieny, datowany na dzień 9 sierpnia 2012 roku, zaktualizowany w dniu 31 marca 2016 roku. Zgodnie z założeniami, celem planu jest zapobieganie zakażeniom szpitalnym oraz utrzymanie czystości i ograniczenie liczby drobnoustrojów, które mogą wywołać zakażenia na każdym rodzaju powierzchni. Zgodnie z informacją uzyskaną od Kontrolowanego, sprzęt medyczny używany przez pacjentów (cewniki) jest jednorazowego użytku, a postępowanie ze zużytym sprzętem jest zgodne z przyjętą w Oddziale procedurą postępowania z odpadami medycznymi. Szpital przedstawił dokumenty określające zasady utrzymania czystości w Zakładzie

w postaci ustalonych 46 procedur w tym m.in.

1. Procedura postępowania z chorobą wysoce zakaźną NP. (Typu EBOLA)
2. Procedura postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania u pacjenta zakażenia/ kolonizacja szczepu klebsielli pneumoniae KPC+ (CARBAPENEMASE)
3. Procedura zapobiegania zakażeniom szpitalnym, poprzez izolację
4. Procedura postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemiologicznego zakażeń szpitalnych,
5. Procedura magazynowania odpadów medycznych niebezpiecznych wytwarzanych w gabinecie – w pomieszczeniu magazynowania odpadów
6. Procedura postępowania z odpadami medycznymi

W Zakładzie wdrożone są procedury higieny, a bezpośredni nadzór nad ich przestrzeganiem sprawuje lekarz specjalista epidemiolog oraz pielęgniarka epidemiologiczna. Zgodnie z oświadczeniem Kontrolowanego „(...) plan higieny jest przestrzegany poprzez systematyczne szkolenia wewnętrzne zakładowe oraz codzienny nadzór pielęgniarek oddziałowych. Prowadzone są również okresowe kontrole przez pielęgniarkę epidemiologiczną.”

(dowód: akta kontroli str. 7235-7276-7389-7658, 7677-7706)

Kontrolowany nie przedstawił procedury opieki pielęgnacyjnej w ZOL, w związku z czym Zespół Kontrolujący poprosił o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji. Zgodnie z informacją uzyskaną od Kontrolowanego, „(...) ZOL funkcjonuje w Strukturach Powiatowego Szpitala i wszystkie procedury jakie obowiązują w Szpitalu zostały również wdrożone w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Obejmują one także czynności z zakresu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem. (...)”

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7389-7658, 7681-7706, 7821-7824, 7829-7844)

Z dokumentacji medycznej wynika, iż proces pielęgnacji pacjenta był prowadzony i dokumentowany między innymi poprzez prowadzenie kart procesu pielęgnacji pacjenta, kart zmian pozycji chorego leżącego, kart obserwacji i leczenia chorego z odleżynami.

Reasumując, stwierdzić należy, iż pomimo braku sformalizowania procedury opieki pielęgnarskiej, jest ona zapewniona.

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7681-7814, 7821-7824, 7849-8046)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej (Dz. U. z 2011, Nr 294, poz. 1741), Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. prowadzi rejestr zakażeń szpitalnych. Z przedstawionego raportu wynika, iż w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w 2017 roku nie stwierdzono zakażeń szpitalnych. Przedstawiono rejestr zawierający wykaz czynników alarmowych za rok 2017, w tym stwierdzonych w ZOL-u. Przedstawiona dokumentacja medyczna, wraz z procedurą postępowania u każdego pacjenta, potwierdza wystąpienie takich czynników zgodnie z poniższym wykazem:

- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNE] stwierdzono obecność w organizmie drobnoustroju alarmowego (Klebsiella pneumoniae) - z powodu braku izolacji pacjent pozostawał w Sali razem z innymi chorymi, leczony antybiotykiem celowanym.
- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNE] stwierdzono obecność w organizmie drobnoustroju alarmowego (Escherichia coli) - z powodu braku izolacji pacjentka przebywała w sali razem z innymi pacjentami leczona antybiotykiem celowanym.
- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNE] stwierdzono obecność w organizmie drobnoustroju alarmowego (Klebsiella pneumoniae) - z powodu braku izolacji pacjentka pozostawała w sali razem z innymi chorymi, leczona antybiotykiem celowanym.

- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNIE USUNIĘTY] stwierdzono obecność drobnoustroju alarmowego (*Escherichia coli*) - z powodu braku izolatki pacjent pozostawał w sali z innymi chorymi, leczony antybiotykiem celowanym.
- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNIE USUNIĘTY] wyizolowano w organizmie drobnoustrój alarmowy (*Clostridium difficile*) i przekazano do Szpitala Zakaźnego w Toruniu.
- u pacjenta o numerze PESEL [REDAKCYJNIE USUNIĘTY] wyizolowano w organizmie drobnoustrój alarmowy (*Clostridium difficile*) i skierowano do Szpitala Zakaźnego w Toruniu. Z powodu braku miejsc w szpitalu pacjent pozostał w ZOL-u na sali razem z innymi chorymi (brak izolatki) i leczony był antybiotykiem zgodnie z antybiogramem.

Kontrolowany wyjaśnił, iż w przypadku „(...) ewentualnego stwierdzenia zakażenia w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim jest powołany Komitet Zakażeń Szpitalnych oraz Zespół Zakażeń Szpitalnych, który czuwa i kontroluje sytuację epidemiologiczną szpitala. W danej jednostce prowadzony jest czynny rejestr - alert patogenów oraz rejestr zakażeń szpitalnych. Informacje o alert patogenach i zakażeniach na bieżąco zgłaszane są na specjalnych indywidualnych, opracowanych formularzach przez pielęgniarkę łącznikową (pielęgniarkę oddziałową) do Zespołu Zakażeń Szpitalnych. W przypadku stwierdzenia alert patogenu oraz zakażenia szpitalnego ważny jest wynik mikrobiologiczny dotyczący danej sytuacji u pacjenta. Pielęgniarki łącznikowe informują Zespół Zakażeń Szpitalnych o dodatnim wyniku mikrobiologicznym i zaistniałej sytuacji. W wyniku czego otrzymują wytyczne zgodnie z obowiązującymi procedurami Szpitala: izolacja pacjenta, ograniczenia poruszania się pacjenta po oddziale, szkolenia personelu, odwiedzających (rodziny pacjenta), wzmożonej higieny (mycie i dezynfekcja pomieszczenia i sprzętu; postępowania z odpadami zakaźnymi; bielizną szpitalną; transportem pacjenta; żywieniem pacjenta). Analizując alert patogenów, które wystąpiły u pacjentów ZOL-u w większości dotyczą kolonizacji pacjenta przy przyjęciu na oddział (wymazy pobrane z nosa, odbytu, rurki tracheostomijnej lub przyjęcia z innego oddziału, szpitala). Na podstawie dodatkich wymazów pacjenci skolonizowani są kwalifikowani na odpowiednią salę, a personel zgodnie z procedurami wykonuje swoje obowiązki, minimalizując narażenie pozostałych pacjentów na zakażenie.”

Postępowanie Kontrolowanego w przypadku pięciu wyżej wymienionych pacjentów, u których stwierdzono drobnoustroje alarmowe, a którzy nie zostali odizolowani od pozostałych pacjentów, było niezgodne z ustaloną w Szpitalu „Procedurą zapobiegania zakażeniom szpitalnym poprzez izolację”, która wyraźnie wskazuje, iż „(...) Pacjent z podejrzanym lub rozpoznany zakażeniem powinien przebywać w osobnym pomieszczeniu. Jeżeli takie postępowanie nie jest możliwe, należy zapewnić izolację w pomieszczeniu, w którym znajdują się chorzy z podobnym schorzeniem w podobnej fazie choroby.” Wymienione pomieszczenie, zgodnie z przyjętą procedurą to zamknięta jednoosobowa sala z toaletą, zawierająca tylko niezbędny sprzęt. Wpisy w dokumentacji medycznej wskazują wyraźnie, iż pacjenci przebywali na sali wraz z innymi chorymi.

Powyższe działanie naruszało zapisy art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.), do których należy w szczególności opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7389-7658, 7681-7706, 7821-7824, 7829-7844)

1.6. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. posiada postanowienie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim nr N.HK-5230-1-3/08 z dnia 13 października 2008 roku, w którym stwierdzono iż pomieszczenia i urządzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego spełniają wymogi fachowe i sanitarne. Szpital posiada program dostosowawczy podmiotu leczniczego, zaopiniowany przez Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (decyzja nr 477/2012 z dnia 21 grudnia 2012 roku wraz z decyzjami zmiennymi), do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku, w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

i urzędnika podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739). Program dostosowawczy nie obejmował Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

(dowód: akta kontroli str. 7677-7706)

2. Zgodność dokumentacji medycznej objętej kontrolą z obowiązującymi przepisami prawa.

Dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie papierowej. Wyniki badań, konsultacji medycznych, opisy wizyt lekarskich są drukowane i załączane do papierowej wersji dokumentacji.

W wyniku analizy przedłożonej dokumentacji medycznej stwierdzono, że spełnia ona wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych i Pielęgniacyjno-Opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r. poz. 731). Dokumentacja zawiera wnioski o wydanie skierowania do Zakładu, skierowanie, zaświadczenie lekarskie i wywiad pielęgniarki

➤ W przypadku trzech pacjentów stwierdzono naruszenie zapisów § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- w przypadku pacjentów o numerach PESEL [REDAKTOWANE] - ocena pacjenta do ZOL, która zgodnie z § 5 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia powinna odbyć się w dniu przyjęcia pacjenta tj. odpowiednio 13.02.2017 oraz 10.05.2017, dokonana była w dniach 14.02.2017 oraz 11.05.2017.

Kontrolowany wyjaśnił, iż „*U pacjentek o peselu [REDAKTOWANE] oraz [REDAKTOWANE] niezgodność daty dokonanej oceny skalą Barthel z datą przyjęcia pacjentek do Zakładu była wynikiem pomyłki osoby dokonującej oceny.*”

- w przypadku pacjenta o numerze PESEL 41072606426 - stwierdzono brak daty przy podpisie lekarza na karcie oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL w dniu przyjęcia pacjenta, stanowiącej załącznik nr 2 do rozporządzenia. Kontrolowany wyjaśnił, że „*(...) brak daty przy ocenie skalą Barthel w dniu przyjęcia było wynikiem przeoczenia lekarza.*”

➤ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069), zwanego dalej rozporządzeniem o dokumentacji medycznej, historie chorób zakładane były w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala oraz zawierały m.in. karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty zabiegów fizjoterapeutycznych (wg. zaleceń), karty informacyjne z leczenia szpitalnego (w przypadku gdy była hospitalizacja), wyniki badań diagnostycznych, wyniki konsultacji, karty monitorowania dostępu żylnego, karty kontroli RR/tętna, kartę zmian pozycji pacjenta leżącego, kartę kontroli glikemii, karta obserwacji i leczenia odleżyn, karta usprawniania pacjenta, bilans płynów, kartę żywienia dojelitowego (wg. wskazań). Ponadto, każdy z dokumentów dodatkowych opatrzony był imieniem i nazwiskiem pacjenta. Wpisy w kartach zleceń lekarskich były dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem, natomiast wpisy o wykonaniu zlecenia były dokonywane przez personel pielęgniarski. Wyjątki w powyższych przepisach dotyczą:

- pacjent o numerze PESEL [REDAKTOWANE] – stwierdzono brak podpisu i pieczętki lekarza na indywidualnych kartach zleceń lekarskich za dni 28.11-11.12.2017 r. Kontrolowany wyjaśnił, że „*Powodem braku podpisu i pieczętki lekarza na indywidualnej karcie zleceń (...) było spowodowane przeoczeniem lekarza. Należy jednak dodać, że zlecenia były dokonywane faktycznie przez lek. med. Małgorzatę Szymańską-Bień*”.

- pacjent o numerze PESEL [REDAKTOWANE] – stwierdzono brak daty pod wywiadem pielęgniacyjnym oraz skalą Glasgow oraz brak autoryzacji wpisu na zleceniu ze str. 79. Kontrolowany wyjaśnił, że „*(...) Brak daty pod wywiadem pielęgniacyjnym i skalą Glasgow oraz brak autoryzacji zlecenia lekarskiego ze str. 79 (...) jest wynikiem przeoczenia lekarza i pielęgniarki.*”

Ponadto stwierdzono, że karty zleceń lekarskich nie zawierają wpisów odnośnie zleconych wyrobów medycznych pacjentom, u których zaistniała potrzeba ich zastosowania. Działanie Kontrolowanego narusza zapisy § 17 ust. 2 p. 2 powyższego rozporządzenia.

Zgodnie z §17 ust. 8 rozporządzenia o dokumentacji medycznej „*(...) Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej (...) są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.*” Z analizy dokumentacji medycznej

w 24 na 25 przypadków stwierdzono brak autoryzacji wpisów pielęgniarek w kartach obserwacji pacjenta. Kontrolowany w celu wyjaśnienia stwierdzonych nieprawidłowości napisał „Z uwagi na fakt, że nie wszystkie karty obserwacji pacjenta prowadzone przez personel pielęgniarski były autoryzowane zarówno pieczętką jak i podpisem, personel został pouczony o bezwzględnym autoryzowaniu dokonywanego wpisu nie tylko podpisem ale również pieczętką.”

W przypadku jednego pacjenta o numerze PESEL [REDAKTOWANE], dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z zapisem § 5 ww. rozporządzenia, który stanowi, że „Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. (...)” Kontrolowany zapytany o przyczyny stwierdzonej nieprawidłowości wyjaśnił, iż „(...) dokumentacja medyczna pacjentki (...) nie była ponumerowana ponieważ pacjentka ta nadal przebywa w Zakładzie i numeracji dokonuje się po zakończeniu leczenia.”

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7681-7814, 7821-7824, 7849-8046)

3. Poprawność kwalifikacji i zasadność wykazanych do rozliczeń świadczeń.

Kontrolowany w 2017 roku sprawozdał i rozliczył łącznie 11077 osobodni o łącznej wartości 893 410,32 zł. Do kontroli wytypowano 25 pacjentów, których łączna liczba sprawozdanych i rozliczonych osobodni wynosiła w 2017 roku 3880 o wartości 307 586,78 zł.

Na podstawie analizy 25 dokumentacji medycznych ustalono, iż Kontrolowany we wszystkich przypadkach dzień przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz dzień zakończenia opieki wykazywał do rozliczenia jako jeden osobodzień. Ponadto 6 spośród 25 leczonych pacjentów, w trakcie pobytu w ZOL-u, było czasowo hospitalizowanych, nie dłużej niż 15 kolejnych dni, w innych oddziałach szpitalnych. W tej sytuacji zakład opiekuńczy utrzymywał rezerwację łóżka, wykazując do zapłaty ten okres w wysokości 15 % wartości osobodnia, zgodnie z zapisami § 15 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 60/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Stwierdzono, że pacjenci ZOL-u w okresie poddany kontrolowi nie przebywali na przepustkach.

Stwierdzono również, że pacjentka o numerze PESEL [REDAKTOWANE] uzyskała w skali Barthel na koniec miesiąca wynik powyżej 40 punktów i zgodnie z zapisami powyższego zarządzenia, została wypisana do domu.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej oraz danych sprawozdanych do NFZ stwierdzono, że pacjenci których pobyty zostały wykazane do rozliczenia z zastosowaniem współczynników korygujących 1,5 i 2,6 spełniali kryteria pozwalające stosować dla wartości każdego osobodnia powyższe współczynniki, zgodnie z przepisami zarządzenia.

Kontrolowany w 2017 roku nie wykazał do rozliczenia świadczeń ze współczynnikiem korygującym 3,5, oraz nie leczył pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych wirusem HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, dla których powinno się stosować dla wartości każdego osobodnia pobytu w Zakładzie współczynnik korygujący 1,5. Dla pozostałych skontrolowanych pacjentów, przyjęto do rozliczenia za każdy osobodzień współczynnik korygujący 1,0.

Podsumowując, stwierdzić należy iż Kontrolowany wykazując świadczenia do zapłaty, zastosował odpowiednie współczynniki korygujące, zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 60/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

(dowód: akta kontroli str. 209-5356, 7681-7814, 7821-7824, 7849-8046)

Osobą odpowiedzialną za nieprawidłowości stwierdzone w omawianym zakresie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym jest osoba zarządzająca jednostką kontrolowaną, w tym przypadku Prezes Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim.

III. POUCZENIA

Kierownik podmiotu kontrolowanego jest uprawniony do:

- podpisania protokołu kontroli,
- zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego protokołu kontroli, pisemnych, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole kontroli,
- odmowy podpisania niniejszego protokołu kontroli, z jednoczesnym obowiązkiem złożenia na tę okoliczność, w terminie 7 dni, wyjaśnień dotyczących przyczyn odmowy podpisania protokołu kontroli,
- w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń, termin 7 dni na podpisanie lub odmowę podpisania protokołu kontroli biegnie od dnia otrzymania ostatecznego stanowiska kontrolera w sprawie ich rozpatrzenia.

IV. ADNOTACJA O DOKONANIU WPISU DO KSIĘGI EWIDENCJI KONTROLI

O przeprowadzeniu kontroli dokonano wpisu do księgi ewidencji kontroli pod pozycją nr 1/2019.

V. PODPISY

Bydgoszcz, 15 marca 2019 r.
(miejscowość i data)

Inspektor Kontroli

Jolanta Murzec-Ostrowska

(podpis kontrolera)

Specjalista

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia

Bydgoszcz, 15 marca 2019 r.
(miejscowość i data)

Agnieszka Kortas

(podpis kontrolera)

Inspektor Kontroli

Dział Kontroli Aptek, Recept
i Ordynacji Lekarskiej

Bydgoszcz, 15 marca 2019 r.
(miejscowość i data)

Agnieszka Fornal

(podpis kontrolera)

Aleksandra Jężyk 25.03.2019r
(miejscowość i data)

(podpis kierownika podmiotu kontrolowanego)

VI. WZMIANKA O DORĘCZENIU PROTOKOŁU KIEROWNIKOWI PODMIOTU KONTROLOWANEGO

W dniu *18.03.2019r* 2 egzemplarze protokołu kontroli doręczono podmiotowi kontrolowanemu.

(dowód: akta kontroli str.)