

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA W ŁODZI

Nr ewid. 34/2010/P/09/154/LLO

Informacja o wynikach kontroli zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych pensjonariuszom domów pomocy społecznej w województwie łódzkim

Łódź

kwiecień

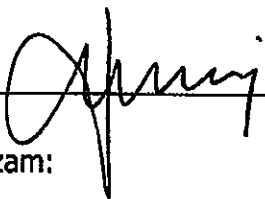
2010 r.

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

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

Dyrektor Delegatury

Janusz Maj



Zatwierdzam:

Stanisław Jarosz

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

dnia 22. 04. 2010 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: (22) 444-50-00 / (22) 825 44 81
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. Ważniejsze wyniki kontroli	12
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	12
3.1.1. Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne	18
3.2. Istotne ustalenia kontroli.....	21
3.2.1. W domach pomocy społecznej	21
3.2.1.1. Opieka lekarska.....	21
3.2.1.2. Opieka pielęgnacyjna.....	23
3.2.1.3. Rehabilitacja	27
3.2.1.4. Zespoły terapeutyczno-opiekuńcze.....	28
3.2.2. W Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim	32
3.2.2.1. Rejestr dps.....	32
3.2.2.2. Wydawanie decyzji w sprawie zezwoleń na prowadzenie dps.....	32
3.2.2.3. Nadzór nad samorządami powiatów prowadzących domy oraz nad dps	33
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	35
4.1. Przygotowanie kontroli.....	35
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	36
5. Załączniki	38
5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek wraz z osobami zajmującymi kierownicze stanowiska	38
5.2. Wykaz aktów prawnych dotyczących tematyki kontroli.....	40
5.3. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	41

1. Wprowadzenie

1.1. Nr i tytuł kontroli

P/09/154 „Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych pensjonariuszom domów pomocy społecznej w województwie łódzkim.”

1.2. Cel kontroli

Podstawowym celem kontroli było dokonanie oceny poziomu dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób przebywających w domach pomocy społecznej, prowadzonych przez powiaty na terenie województwa łódzkiego. W szczególności przedmiotem oceny był dostęp do usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych oraz do usług z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej.

Ocenione zostało też wywiązywanie się Wojewody Łódzkiego ze sprawowania nadzoru nad funkcjonowaniem domów pomocy społecznej, w tym prowadzenie rejestru domów oraz wykonywanie obowiązków w zakresie wydawania i cofania zezwoleń na ich prowadzenie.

1.3. Określenie kierunku badań kontrolnych i problemów wymagających oceny.

W domach pomocy społecznej (dps) badaniom kontrolnym i ocenie poddano w szczególności:

- sposób udzielania ich mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń lekarskich,
- poziom zapewnienia mieszkańcom domów dostępu do opieki pielęgnacyjnej,
- sporządzanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców i ich realizację,
- przestrzeganie wskaźników zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych,
- umożliwianie mieszkańcom udziału w terapii zajęciowej i innych formach podnoszenia ich sprawności.

W Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim badaniami objęto działania podejmowane w odniesieniu do kontrolowanych dps. W szczególności ocenie poddano:

- proces wydawania decyzji w sprawie zezwoleń lub zezwoleń warunkowych na prowadzenie dps,
- nadzór nad funkcjonowaniem dps oraz nad samorządami powiatów w zakresie prowadzenia placówek.

Jednostki do kontroli zostały wybrane tak, aby zostały nią objęte dps przeznaczone dla poszczególnych grup pensjonariuszy (osób w podeszłym wieku oraz osób

przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych, młodzieży i dzieci niepełnosprawnych intelektualnie), przy zachowaniu zasady reprezentatywności. W jednostkach samorządu terytorialnego prowadzących wytypowane dps, w III kwartale 2009 r. NIK przeprowadziła kontrolę P/09/092 „Kierowanie przez organy samorządu terytorialnego osób do domów pomocy społecznej”, która nie wykazała istotnych nieprawidłowości w zakresie objętym badaniami.

W niniejszej informacji uwzględniono także wyniki kontroli rozpoznawczej R/09/001 przeprowadzonej w Centrum Rehabilitacyjno–Opiekuńczym Dom Pomocy Społecznej w Łodzi.

Wykaz skontrolowanych jednostek stanowi załącznik Nr 5,1.

1.4. Podstawa podjęcia kontroli

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, a jej temat mieści się w priorytetowych kierunkach kontroli NIK na lata 2009-2011 - „Pomoc społeczna, rodzinie oraz osobom niepełnosprawnym, z uwzględnieniem stanu realizacji Karty Praw Osób Niepełnosprawnych”, a także „Dostępność i jakość świadczeń medycznych w systemie publicznej ochrony zdrowia, z uwzględnieniem przekształceń organizacyjnych w tym systemie”.

1.5. Okres objęty kontrolą

Kontrolą został objęty okres od 1 stycznia 2008 r. do 30 września 2009 r. dla uzyskania danych, pozwalających na dokonanie oceny aktualnego stanu poziomu dostępu do świadczeń zdrowotnych mieszkańców dps.

1.6. Czas przeprowadzenia kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 5 października 2009 r. do 20 stycznia 2010 r. Badaniami objęto: Łódzki Urząd Wojewódzki - na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej w dalszej części „ustawą o NIK” pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności oraz 16 dps prowadzonych przez powiaty kutnowski, sieradzki i Miasto Łódź - na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

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

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia poziom i formy zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom przebywającym w kontrolowanych domach pomocy społecznej, pomimo stwierdzonych uchybień.²

We wszystkich skontrolowanych dps pozytywnie oceniono zapewnienie mieszkańcom dostępu do podstawowej opieki lekarskiej, jak również do lekarzy specjalistów. Zapewniono także opiekę pielęgniacyjną oraz umożliwiono korzystanie z rehabilitacji w siedzibach dps, a w przypadku braku takiej możliwości organizowano mieszkańcom rehabilitację w specjalistycznych jednostkach służby zdrowia.

Stwierdzone w niektórych dps uchybienia dotyczyły:

- nie osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych,
- nierzetelnego i nieterminowego sporządzania indywidualnych planów wsparcia mieszkańców.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wywiązywanie się Wojewody Łódzkiego ze sprawowania nadzoru nad kontrolowanymi domami pomocy społecznej, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Pozytywnie oceniono wydawanie przez Wojewodę Łódzkiego decyzji w sprawach zezwoleń i zezwoleń warunkowych na prowadzenie dps, prowadzenie rejestru dps oraz nadzór Wojewody nad samorządami powiatów prowadzącymi skontrolowane dps.

Stwierdzone w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim nieprawidłowości dotyczyły:

² Przy ocenie kontrolowanych jednostek stosowano następującą skalę ocen:

- ocenę pozytywną w sytuacji, gdy przy wszystkich badanych zagadnieniach nie stwierdzono żadnych uchybień i nieprawidłowości,
- ocenę pozytywną z uchybieniami w przypadku, gdy stwierdzono nieprawidłowości o charakterze formalnym, nie mające wpływu na kontrolowaną działalność,
- ocenę pozytywną z nieprawidłowościami, w sytuacji gdy stwierdzono nieprawidłowości w zakresie kontrolowanej działalności, a ich skala nie miała zasadniczego wpływu na tę działalność
- ocenę negatywną, jeśli stwierdzono istotne nieprawidłowości mające zasadniczy wpływ na kontrolowaną działalność (m.in. niezapewnienie mieszkańcom dostępu do świadczeń zdrowotnych).

- prowadzenia postępowań w sprawie zezwoleń oraz zezwoleń warunkowych na prowadzenie dps z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego³,
- niezachowania wymaganej przepisem § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej⁴ częstotliwości przeprowadzania kontroli kompleksowych dps,
- nieobejmowania w części przeprowadzonych kontroli kompleksowych całokształtu zagadnień organizacji i funkcjonowania dps, w tym kwestii zapewnienia ich mieszkańcom dostępu do świadczeń zdrowotnych.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. We wszystkich skontrolowanych dps zorganizowano i umożliwiono mieszkańcom dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (poz) świadczyli usługi na podstawie złożonych przez poszczególnych mieszkańców deklaracji wyboru lekarza pierwszego kontaktu. Dziesięć z 16 skontrolowanych dps zawarło umowy lub porozumienia z zakładami opieki zdrowotnej (zoz) na wykonywanie przez nie świadczeń z zakresu poz w siedzibach domów. W siedzibach dziewięciu spośród tych dziesięciu dps zorganizowano również opiekę specjalistów z różnych dziedzin medycyny, realizowaną na podstawie umów bądź porozumień. W sześciu domach pensjonariusze byli dowożeni do placówek sprawujących opiekę lekarską, korzystając na ogólnych warunkach z przysługujących im świadczeń. (str. 21 - 23)

2.2.2. We wszystkich kontrolowanych dps zapewniona była opieka pielęgnacyjna sprawowana przez zatrudnione w nich pielęgniarki, które udzielały mieszkańcom pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, ale również realizowały zalecenia lekarzy z zakresu pielęgnacyjnych świadczeń medycznych. (str. 23 - 27) Stosownie do art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁵, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, a przepis art. 58 ust. 2 tej ustawy stanowi, że dom umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów- ustawa z dnia 27 sierpnia

³ Dz.U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.

⁴ Dz.U. Nr 61, poz. 543 ze zm.

⁵ Dz.U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 ze zm.

2004 r. o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶.

Działania podejmowane przez dyrektorów dps oraz przez organy prowadzące dps, w celu pozyskania finansowania opieki pielęgnacyjnej ze środków NFZ, były jednak bezskuteczne. (str. 25 - 26) Tylko w jednym domu dwie pielęgniarki zatrudnione w zoz w 2009 r. obejmowały opieką 16 mieszkańców. (str. 24)

Na opłacenie zatrudnionych pielęgniarek i rehabilitantów wydatkowano w 16 skontrolowanych dps 65.139 tys. zł w 2008 r. i 40.097 tys. zł do 30 września 2009 r. Kwoty te stanowiły odpowiednio 10% i 12,1% wykonanych wydatków dps, przy czym w poszczególnych placówkach, w zależności od przeznaczenia domu wydatki te kształtowały się na poziomie od 6% do 18% w 2008 r. i od 6,6% do 20,5% w 2009 r. (do 30 września). (str. 27)

2.2.3. Kontrolowane dps rzetelnie wywiązywały się z obowiązku aktywizowania mieszkańców i podnoszenia ich sprawności.

We wszystkich dps prowadzono terapię zajęciową. W 12 dps zatrudniano fizjoterapeutów, którzy prowadzili rehabilitację w gabinetach rehabilitacji, a w czterech domach nieposiadających pomieszczeń do rehabilitacji oraz w przypadkach, gdy zakres zleconej rehabilitacji nie mógł być wykonywany na miejscu, mieszkańcy dowożeni byli (najczęściej transportem własnym dps) do specjalistycznych placówek. (str. 27 - 28)

2.2.4. Wszystkie skontrolowane domy spełniły wymóg efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających określony w § 6 ust 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁷, zapewniając mieszkańcom kontakt z psychologiem i psychiatrą oraz zatrudniając wymaganą liczbę pracowników socjalnych (nie mniej niż dwóch na 100 mieszkańców domu). (str. 29)

W czterech dps nie spełniono natomiast wymogów § 6 ust. 2 pkt 3 powyższego rozporządzenia, ponieważ nie osiągnięto wymaganego dla danego typu domu wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego (liczonego w relacji etatów do ilości mieszkańców), który jest jednym z mierników efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających.

⁶ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁷ Dz.U. Nr 217, poz. 1837

W każdym z tych przypadków spowodowane to było brakiem środków na dodatkowe zatrudnienie pracowników. (str. 30)

W ocenie NIK, pięć dps nierzetelnie wyliczało powyższy wskaźnik, ponieważ do poziomu zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wliczono pełne etaty osób z administracji i obsługi, wybranych przez pensjonariuszy na pracowników pierwszego kontaktu. Stosownie do wytycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pracownicy ci mogli być zaliczeni do składu zespołu, ale tylko w takim wymiarze czasu pracy, jaki rzeczywiście poświęcali na pełnienie obowiązków pracownika pierwszego kontaktu. (str. 31 - 32)

2.2.5. W czterech dps nierzetelne były indywidualne plany wsparcia mieszkańców, które powinny zawierać m.in. zadania do wykonania w celu usprawnienia mieszkańca, a w dwóch z tych dps plany dla trzech (z łącznie 248) mieszkańców sporządzono po obowiązującym terminie (6 miesięcy) od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. (str. 29)

2.2.6. Przy wydawaniu przez Wojewodę decyzji w sprawie zezwoleń oraz zezwoleń warunkowych na prowadzenie dps, przestrzegane były kryteria określone w art. 57 ust. 3 i 4 ustawy o pomocy społecznej oraz w § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej. Dps spełniały warunki określone w ustawie o pomocy społecznej i standardy wyszczególnione w powołanym rozporządzeniu oraz przedkładały dokumenty wymagane do wydania zezwolenia. Z naruszeniem postanowień art. 35 § 3 i § 5 oraz art. 36 § 1 Kpa⁸, prowadzone były natomiast postępowania wyjaśniające, poprzedzające wydanie decyzji - spośród 8 zezwoleń wydanych kontrolowanym domom w latach 2008 - 2009, w 7 przypadkach postępowanie trwało od 7,5 do niemal 22 miesięcy, a wnioskodawcy nie byli informowani o przyczynach przedłużenia postępowania ponad termin określony przepisami Kpa. (str. 32-33)

Ponadto w 2009 r. rejestr dps ogłoszony został przez Wojewodę Łódzkiego w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego (Nr 202 z 2009 r.) z 15-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w art. 57 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej. (str. 32)

⁸ Patrz przypis 3

2.2.7. Nadzór ze strony Wojewody nad jakością działalności i usług świadczonych przez dps nie był w pełni rzetelny. Stosownie do § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej⁹, kontrole kompleksowe powinny być przeprowadzane nie rzadziej, niż co 3 lata. W badanym okresie przeprowadzono 60 kontroli kompleksowych dps (20 w 2008 r. i 40 w 2009 r.), przy 66 zarejestrowanych w 2009 r. placówkach, ale tylko siedem ze skontrolowanych przez NIK dps objęto takimi kontrolami. W pozostałych dziewięciu dps od ostatniej kontroli kompleksowej upłynęło od 4,5 do 8,5 roku. Ponadto w czterech protokołach z kontroli kompleksowych nie uwzględniono zagadnień dotyczących zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych, a stosownie do § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, zakres kontroli kompleksowej obejmuje wszystkie sfery organizacji i funkcjonowania jednostki podlegającej kontroli wiążące się z realizacją zadań określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Informacje o nieprawidłowościach stwierdzonych w trakcie kontroli kompleksowych przekazywane były powiatom prowadzącym domy. Powiatom przekazywano również informacje i wskazówki dotyczące zasad funkcjonowania dps, w tym, wskazówki co do sposobu obliczania wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Wszyscy pracownicy Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego przeprowadzający kontrole kompleksowe dps, posiadali kwalifikacje odpowiadające wymogom określonym w rozporządzeniu w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej.

(str. 33 - 34)

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Kontrola wykazała, że dps na ogół rzetelnie wywiązywały się z obowiązku umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. We wszystkich kontrolowanych dps mieszkańcy mieli zapewniony dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Należy jednak zauważyć, że mieszkańcom dps, objętym obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast

⁹ patrz przypis 4

znaczoną część takich świadczeń dps realizowały i finansowały we własnym zakresie, ze środków przeznaczonych na opiekę społeczną.

Zdaniem NIK, niezbędne jest zatem jak najszybsze przyjęcie takich rozwiązań prawnych i organizacyjnych, aby świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarki i rehabilitantów zatrudnionych w dps, mogły być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nie do zaakceptowania jest bowiem kontynuacja dotychczasowego stanu rzeczy, polegającego na kierowaniu do dyrektorów dps sprzecznych ze sobą interpretacji prawnych przez właściwe organy państwowe, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

We wrześniu 2009 r. grupa posłów złożyła projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej, który zakłada utworzenie w dps zespołów opieki długoterminowej, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji osobom niewymagającym hospitalizacji. Zespoły te miałyby być traktowane jako zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwiłoby dps kontraktowanie tych świadczeń z NFZ. (str. 17 - 18)

Ponadto dla wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli uchybień i nieprawidłowości niezbędna jest pełna realizacja wniosków zamieszczonych w wystąpieniach pokontrolnych, dotyczących m.in.:

- terminowego i rzetelnego sporządzania przez dps indywidualnych planów wsparcia mieszkańców,
- właściwego wyliczania przez domy wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów opiekuńczo-terapeutycznych.

Natomiast Wojewoda Łódzki powinien zapewnić:

- zachowanie wymaganej przez obowiązujące przepisy częstotliwości przeprowadzania kontroli kompleksowych w dps,
- przestrzeganie terminów i zasad określonych w Kpa w toku postępowań o wydawanie zezwoleń na prowadzenie dps oraz przy rozpatrywaniu skarg,
- terminowe ogłaszanie rejestrów dps w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Stosownie do art. 6 pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁰, dom pomocy społecznej stanowi jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.

Zasady kierowania osób wymagających całodobowej opieki do dps, udzielania zezwoleń na ich prowadzenie, określania wysokości opłat za pobyt oraz kosztów utrzymania, a także obowiązujące standardy i podstawowe usługi świadczone przez te placówki, zostały uregulowane w ustawie o pomocy społecznej (art. 54-66) oraz w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹.

Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarstwa określone zostały w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa¹².

Działalność zakładów opieki zdrowotnej została uregulowana przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹³.

1. W art. 54 ustawy o pomocy społecznej określono, iż osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Osobę taką kieruje się do dps odpowiedniego typu.

W art. 55 ustawy wskazano, że dps świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających,

¹⁰ patrz przypis 5

¹¹ Patrz przypis 6

¹² Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.

¹³ Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

zwanych dalej „mieszkańcami domu”. Organizacja dps oraz zakres i poziom usług świadczonych przez dom, uwzględnia m.in. poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.

Art. 56 klasyfikuje dps ze względu na kategorię adresatów ich usług, jako przeznaczone: dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób niepełnosprawnych fizycznie.

Natomiast art. 56 a określa, że dps może być prowadzony łącznie dla (typy dps występujące na terenie województwa łódzkiego):

- 1) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 3) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Stosownie do art. 58 ust 1-3 ustawy, wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dps, który m.in. umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów oraz pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Dps może także pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. (art. 58 ust. 4)

Pobyt w dps jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania, ogłaszanego w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku (art. 60 ustawy), a zasady dokonywania odpłatności zostały uregulowane w art. 61 ust. 2 ustawy.

W § 2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej¹⁴ ustalono, że: dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami

¹⁴ Patrz przypis 7

określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu. W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, o których mowa w ust. 1, dom powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcami domu ich realizacja. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Nie został jednak określony wzór ani zakresy niezbędnych informacji, jakie taki plan winien zawierać.

Dom, niezależnie od typu, świadczy m.in. usługi (§ 5 ust. 1 powołanego rozporządzenia):

- w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając: miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież, obuwie i utrzymanie czystości;
- opiekuńcze, polegające na: udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- wspomagające, polegające na: umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu).

W § 6 pkt 2 tego rozporządzenia przyjęto m.in., że dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli znajdują się w nim pomieszczenia gabinetu medycznej pomocy doraźnej oraz pomieszczenia do terapii i rehabilitacji.

2. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁵ w art. 2 stanowi, że ochrona zdrowia psychicznego polega m.in. na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

W art. 5 ustawy określono, iż opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychiatrycznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w dps.

¹⁵ Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.

Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w dps, dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 6a).

Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, bez względu na stopień upośledzenia, organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze także w domu pomocy społecznej (art. 7 ustawy).

Zasady organizowania i zakres rehabilitacji leczniczej w dps dla osób upośledzonych umysłowo, zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej¹⁶. Zakres rehabilitacji leczniczej dostosowuje się do stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb mieszkańców domów, a rehabilitacją leczniczą kieruje i ją nadzoruje lekarz, który m.in. opracowuje indywidualne i grupowe programy terapeutyczne. W domu powinno znajdować się pomieszczenie dla indywidualnych i grupowych zajęć terapeutycznych i ruchowych, a w przypadku, jeżeli warunki lokalowe lub wyposażenie domu nie zapewniają prowadzenia w nim rehabilitacji leczniczej, kierownik domu zapewnia ją w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

3. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷ określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady i tryb finansowania tych świadczeń. Zgodnie z treścią art. 2 ustawy, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie, mają prawo osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej. Uprawnionymi są także osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia.

Art. 15 ust. 1 ustawy stanowi, że świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie,

¹⁶ Dz.U. Nr 132, poz. 653

¹⁷ patrz przypis 6

pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej zostały wskazane w art. 15 ust. 2 ustawy, w tym m.in. rehabilitacja lecznicza (pkt 5) oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (pkt 6).

4. Art. 2 ust. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁸ stanowi, iż w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

5. W art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnic¹⁹ wskazano m.in., że wykonywanie zawodu pielęgniarstwa polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa (art. 7 ust 1), a w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu jest obowiązana do odbycia 12-miesięcznego stażu podyplomowego w zakładzie opieki zdrowotnej (art. 9 ust 1). Prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu stwierdza, na wniosek osoby zainteresowanej, okręgowa rada pielęgniarstwa i położnic, właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu.

Pielęgniarki w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej.

W § 24 zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna²⁰ (poz), określone zostały m.in. organizacja oraz dostępność do świadczeń pielęgniarstwa. Pielęgniarka poz zobowiązana jest do udzielania pielęgniarstwa świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarstwa oraz

¹⁸ patrz przypis 13

¹⁹ patrz przypis 12

²⁰ strona www.NFZ.pl

w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców domów pomocy społecznej). Realizacja opieki nad świadczeniobiorcami odbywa się od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 i 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Pielęgniarską opieką środowiskową (§ 25 zarządzenia) objęci są świadczeniobiorcy, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielenia systematycznych świadczeń pielęgniarskich, a nie są objęci świadczeniami opieki długoterminowej realizowanej stacjonarnie oraz nie kwalifikują się do świadczeń hospicjum domowego i świadczeń długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie. Do pielęgniarskiej opieki środowiskowej świadczeniobiorca może zgłosić się osobiście lub być zgłoszony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę poz oraz rodzinę, opiekunów lub instytucje (§ 26 zarządzenia Prezesa NFZ).

Stosownie do art. 5 pkt 41a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawcą²¹, który może udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, jest m.in. zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka pielęgniarek, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki.

Dps nie mieści się w definicji zakładu opieki zdrowotnej przedstawionej w art. 2 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²².

6. Stosownie do art. 22 pkt 2-3 i pkt 8-10 ustawy o pomocy społecznej²³, do zadań wojewody należy m.in.:
- wydawanie i cofanie zezwoleń lub zezwoleń warunkowych na prowadzenie domów pomocy społecznej;
 - nadzór nad realizacją zadań samorządu gminnego, powiatowego i województwa, w tym nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz nad jakością usług, dla których minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określił standardy, w tym standardy opieki i wychowania, a także

²¹ patrz przypis 6

²² patrz przypis 13

²³ patrz przypis 5

- nad zgodnością zatrudnienia pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z wymaganymi kwalifikacjami;
- kontrola jakości usług wykonywanych przez podmioty niepubliczne na podstawie umowy z organami administracji rządowej i samorządowej;
 - kontrola placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw tych osób.

Zasady oraz tryb sprawowania nadzoru i kontroli przez wojewodę regulują przepisy art. 126-133 ustawy o pomocy społecznej²⁴. Szczegółowe uregulowania w zakresie organizacji i trybu przeprowadzania kontroli i sprawowania nadzoru, kwalifikacji inspektorów upoważnionych do wykonywania czynności nadzorczych i kontrolnych oraz kwalifikacji pozostałych pracowników wykonujących z upoważnienia wojewody zadania z zakresu pomocy społecznej, określone zostały w rozporządzeniu w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej²⁵.

3.1.1. Uwarunkowania organizacyjne i ekonomiczne

W rejestrze dps funkcjonujących na terenie województwa łódzkiego, ogłoszonym w dniu 15 lipca 2009 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego, ujęto 66 dps, z których 33 posiadały zezwolenie na prowadzenie na czas nieokreślony, a 33 zezwolenie warunkowe ważne do 31 grudnia 2010 r. Łącznie dysponowały one 6808 miejscami. Przeznaczone były dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych (36 domów), osób przewlekle psychicznie chorych (17 domów) oraz dla dorosłych, młodzieży i dzieci niepełnosprawnych intelektualnie (16 domów). Powiaty prowadziły 50 dps. Pozostałe prowadzone były przez Kościół katolicki, fundacje i osoby fizyczne.

Mieszkańcy dps są przeważnie osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, którym nie można było zapewnić m.in. całodobowych, długotrwałych usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych w rodzinnym miejscu zamieszkania. Osoby te, z uwagi na stan zdrowia, częściej korzystają z porad lekarskich, leczenia szpitalnego i zaopatrzenia w leki.

²⁴ patrz przypis 5

²⁵ patrz przypis 4

Część mieszkańców dps wymaga na co dzień opieki i specjalistycznych usług pielęgnacyjnych w podobnym zakresie jak w oddziałach szpitalnych (np. podawanie kroplówek, wykonywanie iniekcji), które mogą wykonywać jedynie pielęgniarki. Dps nie posiadają jednak uprawnień (nie są zakładami opieki zdrowotnej) do kontraktowania świadczeń zdrowotnych z NFZ. Jednocześnie zakresy i rodzaje świadczeń kontraktowanych przez NFZ nie uwzględniają w pełni specyficznej sytuacji mieszkańca dps, np. konieczności dostępu do opieki pielęgniarstwa na terenie domu przez całą dobę, a nie tylko w godzinach od 8 do 18, jak to przewidziano w ramach opieki pielęgniarstwa poz.

Prezes NFZ we wrześniu 2008 r. przedstawił w piśmie skierowanym do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ swoje stanowisko w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych w dps. Stwierdził, że pensjonariuszom przysługuje takie samo prawo do świadczeń zdrowotnych, jak każdemu innemu ubezpieczonemu, ale nadmienił, iż w opiece nad mieszkańcami dps należy oprócz ustawy o świadczeniach, mieć na uwadze zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej, a w szczególności wynikające z art. 7 pkt 6, art. 68 ust. 1 pkt 1, ust. 3 pkt 4, tj. zapewnienia przez dps całą dobę usług opiekuńczych (m.in. pielęgnację w czasie choroby).

Minister Pracy i Polityki Społecznej we wrześniu 2008 r., zwracając się do wszystkich starostów powiatów i prezydentów miast, wskazał iż po stronie dps leży obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, a NFZ w różnych formach może finansować świadczenia zdrowotne poprzez podmioty będące świadczeniodawcami. W związku z tym, zwrócił się do adresatów o wzmożenie działań wymuszających na NFZ objęcie mieszkańców dps świadczeniami medycznymi, w tym pielęgniarstwi i rehabilitacyjnymi, a w przypadku odmowy proponował występować do Centrali NFZ z roszczeniem finansowym, wynikającym z poniesionych kosztów związanych np. z zapewnieniem świadczeń pielęgniarstwa.

Grupa posłów we wrześniu 2009 r. złożyła do Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej (druk nr 2488). W projekcie wskazano, że zakładem opieki zdrowotnej będzie zespół opieki długoterminowej utworzony w dps. Zespół ten miałby udzielać całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmą swoim

zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji. Jednocześnie powyższy projekt zakłada m.in. zmianę art. 58 ust.2 ustawy o pomocy społecznej. Według nowego brzmienia tego przepisu, dps świadczyć miałyby swoim mieszkańcom usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, poprzez organizowanie zespołów opieki długoterminowej, a także zapewniać mieszkańcom dostęp do pozostałych świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Zespoły opieki długoterminowej świadczyłyby usługi na podstawie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, co umożliwiłoby dps kontraktowanie tych świadczeń z NFZ.

Rząd, w stanowisku do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej, wyraził negatywne stanowisko wobec projektu ustawy. Stanowisko to uzasadnione zostało m.in. tym, że stosownie do art. 54 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, prawo do umieszczenia w dps przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. W związku z tym, zadaniem dps jest świadczenie usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych, nie zaś udzielanie świadczeń zdrowotnych. W stanowisku wskazano ponadto na niespójność proponowanych zmian z innymi przepisami, tj. m.in. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju²⁶, ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁷ oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸. Rząd uważa jednak, że zasadne wydaje się kontynuowanie prac zmierzających do definitywnego uporządkowania dostępności do świadczeń zdrowotnych adresowanych do mieszkańców dps, jednak złożony projekt nie sprzyja rozwiązaniu obecnych problemów, a wręcz przeciwnie - prowadzi do pojawienia się nowych, związanych z niejasnymi regulacjami prawnymi zaproponowanymi przez projektodawców.

²⁶ Dz.U. Nr 44, poz. 520 ze zm.

²⁷ Dz.U. Nr157, poz. 1240 ze zm.

²⁸ patrz przypis 6

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. W domach pomocy społecznej

3.2.1.1 Opieka lekarska

We wszystkich 16 kontrolowanych dps, stosownie do art. 58 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej²⁹, zapewniono mieszkańcom dostęp do świadczeń zdrowotnych. Były one realizowane głównie w siedzibach dps - lekarze przyjmowali mieszkańców w uzgodnionych terminach i godzinach, a w przypadkach nagłej potrzeby wykonywali wizyty domowe lub mieszkańcy dowożeni byli do poradni, które obsługiwały dany dps.

Dziesięć dps³⁰ zawarło umowy lub porozumienia z zakładami opieki zdrowotnej, regulujące formy i zakres udzielania przez nie świadczeń (w dziewięciu z nich również specjalistycznych), przy czym warunkiem wykonywania tych świadczeń był wybór przez mieszkańca lekarza pierwszego kontaktu z danego zoz.

W DPS w Łodzi przy ul. Rojnej opiekę lekarską nad mieszkańcami sprawował Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyna Grabieniec w Łodzi, który w umowie zawartej w 2007 r. zobowiązał się do wykonywania usług w zakresie opieki lekarskiej w ramach chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej za wynagrodzeniem wypłacanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia wg stawki kapitacyjnej. Lekarze przyjmowali mieszkańców w siedzibie dps przez pięć dni w tygodniu po dwie godziny. Ponadto NZOZ zapewniał dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie DPS w zakresie laryngologii, okulistyki, psychiatrii i neurologii.

W DPS „Pogodna jesień” w Łodzi świadczenia lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowano na podstawie porozumienia zawartego 1 kwietnia 2003 r. z NZOZ „Lidermed” w Łodzi. W ramach tego porozumienia, NZOZ zobowiązał się m.in. do świadczenia usług na terenie dps jeden dzień w tygodniu, a w razie potrzeby w godzinach 8-18 w poradni. DPS zobowiązał się i zobowiązania te realizował, m.in. do sporządzenia i systematycznego uaktualniania deklaracji wyboru lekarza przez

²⁹ Patrz przypis 5

³⁰ DPS w Łodzi przy ul. Krzemienieckiej, Podgórnjej, Narutowicza, Dojazdowej, Spadkowej, Złotniczej, Rojnej oraz DPS w Sieradzu, Rozdźzałach i Biskupicach.

pensjonariuszy, udostępnienia lekarzowi pomieszczenia oraz do przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej.

W DPS „Włókniarz” w Łodzi, zarówno świadczenia lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i świadczenia wybranych specjalistów, realizowano w siedzibie DPS na podstawie porozumienia zawartego z NZOZ Medycyna Grabieniec Sp. z o.o. w Łodzi. W ramach tego porozumienia raz w miesiącu zapewnione były konsultacje lekarzy: diabetologa, laryngologa, nefrologa, neurologa, okulisty i pulmonologa.

W DPS im. Jadwigi Szutowej w Łodzi (dom dla przewlekle psychicznie chorych) na podstawie umowy zawartej w 2001 r. z Poradnią Zdrowia Psychicznego „Synapsis” w Łodzi, w uzgodnionych terminach na terenie DPS przyjmował lekarz psychiatra. W tym samym domu, na podstawie ustnej umowy, raz w miesiącu przyjmował mieszkańców lekarz dermatolog. W przypadku konieczności wizyt u innych lekarzy specjalistów, mieszkańcy byli dowożeni samochodem lub środkami komunikacji miejskiej w obecności opiekuna.

W sześciu dps³¹ mieszkańcy przyjmowani byli przez lekarzy, których wybrali w złożonych deklaracjach, a do specjalistów byli dowożeni.

W DPS w Łodzi przy ul. Paradnej mieszkańcy lub ich opiekunowie prawni złożyli deklaracje do lekarza pierwszego kontaktu, który realizował na terenie Domu trzy dni w tygodniu świadczenia poz. W przypadku konieczności wizyt u lekarzy specjalistów, mieszkańcy dowożeni byli samochodem lub środkami komunikacji publicznej w obecności opiekunów.

Opieka lekarska, zarówno podstawowa, jak i specjalistyczna, realizowana była w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wystąpiły jednak przypadki zatrudniania lekarzy w dps o dużej liczbie mieszkańców:

DPS w Sieradzu na 2008 r. i 2009 r. zawarł umowy zlecenia z lekarzem specjalistą na udzielanie konsultacji lekarskich z zakresu rehabilitacji medycznej. Konsultacje udzielane były w budynku Domu, w ilościach i terminach dostosowanych do potrzeb mieszkańców. Lekarz pobierał wynagrodzenie w wysokości 500 zł miesięcznie (0,19% wydatków w 2008 r. i 0,14% w 2009 r.). Dyrektor DPS wyjaśnił, że zatrudnienie lekarza rehabilitacji

³¹ DPS w Łodzi przy ul. Paradnej oraz DPS w Konstantynowie Łódzkim, Pabianicach, Kutnie, Wojszycach i Woli Chruścińskiej.

medycznej wynikało z istniejących potrzeb mieszkańców, których nie jest w stanie zapewnić poprzez NFZ. Okres oczekiwania na specjalistyczną poradę wynosi 2-3 miesiące i taki sam okres oczekiwania na wykonanie zleconych zabiegów i rehabilitacji. Wobec powyższego trudno jest wykonać cykl zabiegów rehabilitacyjnych, ocenić efekty usprawniania i zorganizować ciągłość usług dla dużej grupy podopiecznych skupionych w jednej instytucji (271 mieszkańców). DPS posiada Ośrodek Rehabilitacji wyposażony w najnowocześniejszą aparaturę oraz zatrudnia wykwalifikowany personel do wykonywania zabiegów, a dokupił jedynie niezbędne minimum usług medycznych w tym zakresie.

Centrum Rehabilitacyjno–Opiekuńcze Domu Pomocy Społecznej w Łodzi dla 606 osób przewlekle somatycznie chorych (kontrolowane w ramach kontroli rozpoznawczej R/09/001) zatrudniało trzech lekarzy. Do ich obowiązków należało m.in. organizowanie i programowanie opieki medycznej nad pensjonariuszami, kwalifikowanie pacjentów do leczenia rehabilitacyjno-geriatrycznego, sprawowanie stałej opieki lekarskiej nad pensjonariuszami oddziału rehabilitacyjnego oraz doraźnej opieki medycznej na pozostałych oddziałach, a także organizowanie i prowadzenie konsultacji specjalistycznych oraz doradztwa w zakresie geriatry. Koszty zatrudnienia tych lekarzy w 2008 r. wyniosły łącznie 148 tys. zł, co stanowiło 0,9% wydatków ogółem.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, działania te nie były zgodne z art. 58 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, zostały jednak podjęte dla zaspokojenia tych zdrowotnych potrzeb mieszkańców, które nie mogły być terminowo i systematycznie realizowane w ramach świadczeń opłacanych przez NFZ.

3.2.1.2. Opieka pielęgniacyjna

Wszystkie skontrolowane dps rzetelnie wywiązywały się z obowiązku zapewnienia mieszkańcom opieki pielęgniacyjnej, którą wykonywały wykwalifikowane pielęgniarki, posiadające prawo wykonywania zawodu, zatrudnione i opłacane przez dps celem świadczenia usług opiekuńczych.

W DPS im. J. Szutowej w Łodzi całodobowa opieka pielęgniacyjna sprawowana była przez zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy zespół 12 pielęgniarek (przy 174 mieszkańcach). Wszystkie pielęgniarki posiadały zaświadczenia uprawniające do wykonywania zawodu. Przeprowadzona analiza harmonogramów pracy, kart ewidencji czasu pracy i list obecności

pielęgniarek z miesięcy: lipiec, sierpień i wrzesień 2009 r. wykazała, że zapewniona była całodobowa obecność pielęgniarek, również w soboty i niedziele. Kontrola dokumentacji 27 wybranych losowo pensjonariuszy wykazała, że świadczenia pielęgnacyjne zlecone przez lekarzy oraz zadania wymienione w indywidualnych planach wsparcia, były wykonywane.

W DPS w Konstantynowie Łódzkim całodobowa opieka pielęgnacyjna sprawowana była przez zespół 22 pielęgniarek (19,7 etatu na 180 mieszkańek). Do zadań zespołu należało wykonywanie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Analiza prowadzonej w DPS dokumentacji dla 27 mieszkańek za listopad 2008 r. i maj 2009 r. wykazała, że realizowane były zalecenia lekarskie w stosunku do tych osób oraz były wykonywane świadczenia pielęgnacyjne.

Taka forma zapewnienia świadczeń pielęgnacyjnych obciążała jednak koszty funkcjonowania dps w sytuacji, gdy powinny one być finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jedynie DPS w Biskupicach, na okres od 1 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r., z własnej inicjatywy, zawarł porozumienie z NZOZ „Medicus” w Sieradzu, który objął pielęgniarstwą opieką domową pensjonariuszy uzyskujących do 60 punktów w teście oceny wg zmodyfikowanej skali Barthel³². Dwie pielęgniarki obejmowały opieką 16 mieszkańców w dni powszednie w godz. od 8 do 18. Dla pozostałych pensjonariuszy DPS musiał zapewnić całodobową opiekę pielęgniarstwą we własnym zakresie.

Stosownie do art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³, świadczeniobiorcom przysługują świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, określone w załączniku Nr 14 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r. Prezesa NFZ³⁴. Równocześnie przepis art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że dps świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu.

³² Wg zmodyfikowanej skali Barthel oceniana jest sprawność chorego. Uzyskana ocena poniżej 60 punktów kwalifikuje do objęcia pielęgniarstwą opieką domową. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Bartel stanowi załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r. Prezesa NFZ (strona www.NFZ.pl)

³³ patrz przypis 6

³⁴ Strona www.NFZ.pl

Domy pomocy społecznej nie są jednak uprawnione do występowania o sfinansowanie tych świadczeń środkami NFZ, a Prezes NFZ w piśmie z dnia 22 września 2008 r. (znak: CF/DSOZ/KLA/2008/9/5/0686/u/1610), skierowanym do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wskazał, że „...nie ma podstaw prawnych, aby NFZ płacił za całodobowe świadczenia zdrowotne, do realizacji których zobowiązane są domy pomocy społecznej dla psychicznie chorych, a działania mające zapewnić mieszkańcom domów pomocy społecznej właściwą opiekę, w wymiarze dostosowanym do ich potrzeb, powinny być podejmowane nie tylko przez NFZ, ale również przez organy pomocy społecznej oraz władze samorządowe”. Ponadto Prezes NFZ powołał się na przepisy art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. b oraz ust. 3 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej, wg których opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług pielęgnacyjnych, w tym pielęgnację w czasie choroby i pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Ze strony dyrektorów kontrolowanych dps, jak i zarządów powiatów: pabianickiego, kutnowskiego i sieradzkiego oraz Miasta Łodzi, podejmowane były działania zmierzające do uzyskania finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych w dps ze środków NFZ.

Z udziałem wicestarosty pabianickiego, dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i dyrektora DPS w Pabianicach odbyły się w 2009 r. dwa spotkania w siedzibie Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, bez oczekiwanego rezultatu. Przedstawiciele ŁOW NFZ nie przedstawili propozycji rozwiązania problemu. Ponadto prowadzono rozmowy z kierownictwem NZOZ „DDJ-MED.” w Pabianicach na temat objęcia opieką długoterminową pensjonariuszy przez pielęgniarzy zatrudnione w ww. Przychodni. ŁOW NFZ odmówił jednak wprowadzenia zmian w kontrakcie, polegających na zmianie stawki kapitacyjnej na system zadaniowy w odniesieniu do usług pielęgniarzy.

Prezydent Miasta Łodzi we wrześniu 2008 r. wystąpił do Wiceprezesa Rady Ministrów Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o podjęcie działań zmierzających do wprowadzenia odpowiednich zmian legislacyjnych w przepisach i skoordynowania prac Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia. Prezydent zwrócił uwagę, że obowiązujące

regulacje prawne dotyczące zatrudniania personelu medycznego w dps są niespójne z przepisami regulującymi system opieki zdrowotnej oraz, że system świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje kontraktowania przez NFZ świadczeń dostosowanych do szczególnych potrzeb pensjonariuszy dps.

Ponadto Prezydent Miasta Łodzi przekazał Parlamentarzystom RP oraz Ministrowi Zdrowia projekt ustawy zmieniającej ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁵. Jego celem było wprowadzenie do katalogu świadczeń zdrowotnych 24-godzinnej opieki pielęgniarstwa sprawowanej nad podopiecznymi dps finansowanej przez NFZ w ramach kontraktu zawieranego ze świadczeniodawcą (zoz, indywidualna lub grupowa praktyka) nie zaś z dps. Podjęte przez Prezydenta Miasta Łodzi działania nie przyniosły jednak żadnych rezultatów.

Ponadto działania zmierzające do finansowania świadczeń pielęgnacyjnych przez NFZ podjęte zostały przez grupę posłów we wrześniu 2009 r. (str. 17).

Podejmowane były również nieskuteczne próby zapewnienia opieki pielęgnacyjnej mieszkańcom dps przy wykorzystaniu kadry pielęgniarstwa zakładów opieki zdrowotnej.

DPS w Łodzi przy ul. Podgórznej zwrócił się do Miejskiej Przychodni Tatrzańska o objęcie mieszkańców całodobową opieką pielęgniarstwa. W odpowiedzi Przychodnia poinformowała, że „Przychodnia nie jest w stanie organizacyjnym i kadrowym zapewnić takiej opieki. Objęcie pacjentów na podstawie złożonych deklaracji do pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej wymaga zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego, a co się z tym wiąże znacznymi wydatkami pieniężnymi w żaden sposób nie rekompensowanymi środkami otrzymywanymi z NFZ. Poza tym braki kadrowe wśród średniego personelu medycznego także odczuwane są przez naszą Przychodnię.”

Na opłacenie zatrudnionych pielęgniarek i rehabilitantów wydatkowano w 16 skontrolowanych dps 65.139 tys. zł w 2008 r. i 40.097 tys. zł do 30 września 2009 r. Kwoty te stanowiły odpowiednio 10,0% i 12,1% wykonanych wydatków

dps, przy czym w poszczególnych placówkach, w zależności od przeznaczenia domu wydatki te kształtowały się na poziomie od 6% do 18% w 2008 r. i od 6,6% do 20,5% w 2009 r. (do 30 września).

3.2.1.3. Rehabilitacja

Stosownie do § 5 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej³⁶, dom spełnia wymagane standardy, jeżeli świadczy usługi wspomagające, polegające m.in. na podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców. We wszystkich kontrolowanych dps działania w tym zakresie realizowane były rzetelnie. W ramach terapii zajęciowej, pod opieką instruktorów, mieszkańcy brali udział m.in. w zajęciach z rysunku, malarstwa, muzykoterapii, teatroterapii, jak również organizowano terapię ruchem i ergoterapię.

W DPS w Konstancynie Łódzkim prowadzono następujące rodzaje terapii zajęciowej:

- *arteterapię, w tym: rysunek, malarstwo, rzeźba, papieroplastyka, malarstwo, zdobnictwo i dekoratorstwo, ikebana, dekoracje okolicznościowe, muzykoterapię – indywidualną i grupową, biblioterapię, teatroterapię,*
- *socjoterapię, w tym: terapię ruchem, trening umiejętności społecznych, rekreację-silwoterapię³⁷, wycieczki krajoznawcze, ludoterapię i zabawoterapię,*
- *ergoterapię, w tym: dziewiarstwo, hafciarstwo – haft krzyżykowy, płaski obrazkowy, matematyczny, na kanwie gobelinowej, tkactwo, wikliniarstwo.*

W 12 z 16 (75%) kontrolowanych dps zatrudniano fizjoterapeutów i prowadzono rehabilitację mającą na celu podniesienie sprawności mieszkańców we własnych pomieszczeniach i przy wykorzystaniu własnego sprzętu. W pozostałych czterech dps, w przypadku zlecenia przez lekarza świadczeń rehabilitacyjnych, mieszkańcy dowożeni byli do specjalistycznych placówek³⁸.

DPS w Sieradzu posiadał własny Ośrodek Rehabilitacji, w którym zatrudnionych było 5 specjalistów rehabilitacji medycznej. Ośrodek miał gabinety wyposażone w specjalistyczną aparaturę, urządzenia i przyrządy do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych: gabinet fizykoterapii, gabinet

³⁵ patrz przypis 6

³⁶ patrz przypis 7

³⁷ Organizowanie wycieczek pieszych, wyjazdowych, które zapewniają wypoczynek, odprężenie, oderwanie się od codzienności.

inhalacji i krioterapii, gabinet usprawniania kończyn górnych i dolnych, gabinet leczenia polem magnetycznym skrajnie niskiej częstotliwości, gabinet mechanicznego masażu limfatycznego, gabinet klasycznego masażu leczniczego, gabinet kinezyterapii, salę gimnastyczną do prowadzenia ćwiczeń zespołowych wyposażoną w materace i drabinki, gabinet ciepłolecznictwa i masażu wirowego kończyn górnych i dolnych oraz gabinet hydroterapii.

W DPS „Pogodna jesień” w Łodzi przy ul. Dojazdowej pomieszczenie do terapii i rehabilitacji wyposażone było w rower treningowy, 2 lampy solux, inhalator sprężarkowy i interdynamik oraz 2 materace masujące.

3.2.1.4. Zespoły terapeutyczno-opiekuńcze

Wszystkie skontrolowane dps wypełniły obowiązek wynikający z § 2 ust. 2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej³⁹ i powołały zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, mające na celu określenie indywidualnych potrzeb mieszkańców domu oraz zakresu świadczonych dla nich usług. Zespoły te, stosownie do § 2 ust. 3 powołanego rozporządzenia, opracowały indywidualne plany wsparcia mieszkańców oraz je realizowały wspólnie z mieszkańcami domów.

Kontrolą objęto w każdym z domów 15% planów dotyczących losowo wybranych mieszkańców. Stwierdzono, iż plany objęte kontrolą zawierały m.in. elementy wynikające z diagnozy socjalnej, oceny kondycji psychicznej i ogólnego stanu zdrowia oraz oceny pielęgniarzkiej stanu zdrowia. Wyszczególniono w nich cel do osiągnięcia, formy zadań i osoby odpowiedzialne za realizację oraz przewidziano oceny ich realizacji.

Przepisy nie określają treści, jaką powinien zawierać indywidualny plan wsparcia mieszkańca. W § 2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej określono tylko, iż indywidualny plan wsparcia mieszkańca powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu.

W ocenie NIK, w czterech skontrolowanych dps⁴⁰ nierzetelnie sporządzono i prowadzono plany wsparcia, a w dwóch z nich sporządzono trzy plany po sześćo miesięcznym terminie od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. W planach nie

³⁸ DPS w Pabianicach, Konstancynie Łódzkiej oraz w Łodzi przy ul. Narutowicza i ul. Rojnej

³⁹ patrz przypis 7

⁴⁰ DPS w Łodzi przy ul. Rojnej, ul. Złotniczej, ul. Spadkowej i ul. Paradnej.

zamieszczano adnotacji o dokonanej ocenie ich realizacji i wskazówkach co do dalszej pracy oraz dat sporządzenia i podpisów osób sporządzających.

W DPS w Łodzi przy ul. Rojnej sześciomiesięczny termin opracowania planów dla dwóch osób minął odpowiednio 10 września 2009 r. i 2 października 2009 r. W trzech planach brak było daty sporządzenia i podpisu osoby sporządzającej oraz nie wskazano osoby odpowiedzialnej za planowanie, co wyjaśniono niedopatrzaniem.

W indywidualnych planach wsparcia przewidywano zamieszczanie oceny realizacji planu (zawierającej datę oceny, efekty realizacji planu, wskazówki do dalszej pracy, podpis osoby reprezentującej zespół terapeutyczno-opiekuńczy). W żadnym z analizowanych 14 planów nie zamieszczono jednak adnotacji o dokonanej ocenie efektów realizacji planu oraz wskazówkach do dalszej pracy.

W DPS w Łodzi przy ul. Złotniczej formularze planu zawierały podstawowe dane o mieszkańcu, ocenę stanu psychicznego i fizycznego, ocenę aktywności i zainteresowań, rodzaj i zakres proponowanych usług oraz informacje dotyczące oceny realizacji planu.

Brak było jednak podpisów osób dokonujących oceny stanu mieszkańca oraz dat dokonania poszczególnych wpisów.

Kontrolowane domy spełniały warunki efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających w zakresie zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na 100 mieszkańców oraz zapewnienie mieszkańcom domu kontaktu z psychologiem, a w przypadku osób przebywających w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych również z psychiatrą.

W czterech dps⁴¹ nie osiągnięto jednak wskaźnika zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na jednego mieszkańca⁴². Przykładowo:

W DPS „Włókniarz” w Łodzi wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego powinien wynosić nie mniej niż 0,4, a w okresie

⁴¹ DPS w Łodzi przy ul. Rojnej, ul. Krzemienieckiej, ul. Narutowicza oraz DPS w Konstantynowie Łódzkim

objętym kontrolą wynosił 0,25 (brakowało 18 osób do osiągnięcia wskaźnika 0,4). Powodem tej sytuacji był brak środków finansowych na brakujące etaty, a Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi poinformował, że nie dysponuje środkami finansowymi pozwalającymi na zwiększenie środków na wynagrodzenia.

W DPS w Łodzi przy ul. Rojnej wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wynosił - na 30 września 2009 r. - 0,32, przy wymaganym dla tego domu nie mniejszym, niż 0,4. Do uzyskania wskaźnika niezbędne jest zatrudnienie 13 osób w pełnym wymiarze czasu pracy. W sprawie przyznania dodatkowych etatów Dyrektor DPS występowała w 2009 r. dwukrotnie do MOPS – wystąpienia te zostały bez odpowiedzi.

W DPS w Konstantynowie Łódzkim wymagany wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie powinien być mniejszy niż 0,5, a wynosił 0,33. Powodem tej sytuacji był brak środków finansowych na dodatkowe zatrudnienie, a oprócz tego - zdaniem Dyrektora DPS - zwiększenie zatrudnienia byłoby niecelowe, gdyż program naprawczy przewiduje m.in. zmniejszanie liczby mieszkańek ze 181 do 136, a przy takiej liczbie mieszkańek wskaźnik będzie osiągnięty.

W pięciu dps⁴³ wskaźnik zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego został formalnie osiągnięty, ale w wyniku jego wyliczenia w sposób niezgodny z prezentowanym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w piśmie z dnia 8 maja 2008 r.⁴⁴.

W tych pięciu dps, jako zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym w pełnym wymiarze czasu pracy wliczono pracowników administracji i obsługi, których mieszkańcy wybrali na pracowników pierwszego kontaktu. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pracownicy ci mogli być zaliczeni do składu zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, ale tylko w takim

⁴² Wielkość wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w odpowiednim typie domu określona została w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

⁴³ DPS w Łodzi przy ul. Dojazdowej, ul. Złotniczej i ul. Paradnej oraz DPS w Wojszycach i DPS w Woli Chruścińskiej

⁴⁴ Pismo Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej znak DPS-V- 074-126-1612/JL/08 z dnia 8 maja 2008 r. skierowanym do Starosty Wieruszowskiego.

wymiarze czasu pracy, jaki rzeczywiście poświęcali na pełnienie obowiązków pracownika pierwszego kontaktu.

Tymczasem w żadnym z powyższych pięciu dps nie prowadzono ewidencji czasu pracy jaki poświęcają na pełnienie funkcji pracownika pierwszego kontaktu osoby wybrane przez mieszkańców, zatrudnione w administracji i obsłudze.

W DPS „Pogodna Jesień” w Łodzi wskaźnik zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wynosił od 0,40 do 0,42 (przy wymaganym 0,40). Osobami pierwszego kontaktu, zaliczonymi do zespołu, byli pracownicy zatrudnieni m.in. na stanowiskach głównego księgowego, starszej księgowej (3 osoby w 2008 r.), dozorczy (4 osoby w 2008 r.), kucharki (4 osoby), magazyniera. Czynności związane z koordynowaniem działań wynikających z indywidualnego planu wsparcia osoby te wykonywały w czasie pracy na swoim stanowisku, a jak wykazała analiza realizacji indywidualnych planów wsparcia przez pracowników pierwszego kontaktu, osoba pełniąca np. funkcję portiera ograniczała się do robienia zakupów i towarzyszenia mieszkańcowi w czasie wyjazdów na wizyty lekarskie.

W skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego DPS w Wojszycach wchodził pracownicy pierwszego kontaktu m.in. z sekcji księgowości (trzy osoby) oraz od czterech do dziewięciu pracowników administracyjno – gospodarczych. Wszyscy oni uwzględnieni byli w zespole w pełnym wymiarze czasu pracy. Dyrektor DPS wyjaśniła, że nie dokonywano rozliczeń, jaki wymiar czasu pracy osoby te poświęcają na pełnienie funkcji pracownika pierwszego kontaktu, gdyż bardzo często z większym zaangażowaniem wypełniają one swoją funkcję i poświęcają więcej czasu mieszkańcowi niż pracownicy z działu opiekuńczo-terapeutycznego.

W ocenie NIK, uwzględnianie w wyliczeniach wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych pełnych etatów pracowników zatrudnionych w administracji i obsłudze dps, którzy tylko część czasu pracy poświęcali na pełnienie funkcji pracownika pierwszego kontaktu, było nielegalne. Skutkiem takiego sposobu określenia wskaźników było to, że rzeczywisty czas pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych poświęcony pensjonariuszom był mniejszy od czasu określonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Tylko cztery z kontrolowanych dps⁴⁵ korzystały z możliwości zaliczenia do pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wolontariuszy, praktykantów i stażystów.

W DPS im. Jadwigi Szutowej w Łodzi w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wchodziło wolontariusze, praktykanci i stażystka w łącznym wymiarze 10,7 etatu (ilość etatów ustalona była na podstawie liczby przepracowanych godzin). Stanowiło to 11,8% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole.

3.2.2. W Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim

3.2.2.1. Rejestr dps

Wojewoda Łódzki rzetelnie prowadził rejestr funkcjonujących na terenie województwa dps. W corocznie ogłaszanych w wojewódzkim dzienniku urzędowym rejestrze w 2008 r. ujętych było 64, a w 2009 r. - 66 dps. Zwiększeniu uległa również liczba domów posiadających zezwolenie na prowadzenie na czas nieokreślony – odpowiednio z 14 domów (22%) do 33 (50%).

Ustalono jednak, iż w 2009 r. rejestr dps ogłoszony został przez Wojewodę Łódzkiego w wojewódzkim dzienniku urzędowym z 15-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w art. 57 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej.

Spowodowane było to koniecznością wniesienia poprawek do wcześniej opracowanego rejestru.

3.2.2.2. Wydawanie decyzji w sprawie zezwoleń na prowadzenie dps.

Na przykładzie 16 skontrolowanych dps ustalono, iż przy wydawaniu decyzji w sprawie zezwoleń oraz zezwoleń warunkowych na prowadzenie dps, przestrzegane były kryteria określone w art. 57 ust. 3 i 4 ustawy o pomocy społecznej⁴⁶ oraz w § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej⁴⁷.

Niemniej jednak postępowania wyjaśniające, poprzedzające wydanie decyzji, prowadzone były z naruszeniem postanowień art. 35 § 3 i § 5 oraz art. 36 § 1 Kpa

⁴⁵ DPS w Łodzi przy ul. Krzemienieckiej, DPS w Sieradzu, Pabianicach i Rożdżalach.

⁴⁶ patrz przypis 5

⁴⁷ patrz przypis 7

- spośród 8 zezwoleń wydanych kontrolowanym domom w latach 2008-2009, w 7 przypadkach (DPS w Łodzi przy ulicy: Dojazdowej, Podgórznej i Spadkowej oraz domy w Kutnie, Wojszycach, Rożdżalach i Woli Chruścińskiej) postępowanie trwało od 7,5 do niemal 22 miesięcy, a wnioskodawcy nie byli każdorazowo informowani o przedłużeniu postępowania.

Według Wojewody, opóźnienia spowodowane były problemami organizacyjnymi i kadrowymi w Wydziale Polityki Społecznej (WPS), lecz zdaniem NIK powołane przepisy Kpa mają charakter obligatoryjny i nie przewidują żadnych odstępstw.

3.2.2.3. Nadzór nad dps oraz samorządami powiatów.

Nadzór Wojewody nad funkcjonowaniem i jakością usług świadczonych przez dps nie był rzetelny. Stosownie do § 5 ust.2 rozporządzenia w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, kontrole kompleksowe w dps powinny być przeprowadzane nie rzadziej niż co 3 lata. W badanym okresie planowano przeprowadzenie 29 takich kontroli (13 w 2008 r. i 16 w 2009 r.), a przeprowadzono 60 (20 w 2008 r. i 40 w 2009 r.). jednak tylko w siedmiu ze skontrolowanych przez NIK dps, kontrole kompleksowe wykonano w terminie określonym w powołanym rozporządzeniu. W pozostałych 9 domach upływ czasu od ostatniej kontroli kompleksowej przekroczył ten okres i wynosił od 4,5 do 8,5 roku.

Jako przyczynę tego stanu Wojewoda Łódzki podał, że w latach 2007–2009 w WPS zatrudnionych było od czterech do dziewięciu osób posiadających wymagane kwalifikacje do przeprowadzania kontroli. Ponadto ze względu na zmiany struktury organizacyjnej Wydziału, składu jego kadry kierowniczej oraz zakresu realizowanych zadań, a także z powodu długotrwałych nieobecności części pracowników, liczba zespołów przeprowadzających kontrole w dps wahała się od 0 do 4.

Przedstawione w wyjaśnieniu problemy kadrowe i organizacyjne faktycznie miały miejsce, jednakże zdaniem NIK, zmiany organizacyjne powinny wpływać pozytywnie na stan wykonania zadań, a nie stanowić usprawiedliwienia dla niepełnej ich realizacji. Niemniej jednak NIK zauważa istotną poprawę wskaźników w tym zakresie, co przedstawiono powyżej.

Kontrole w dps przeprowadzane były przez pracowników, których kwalifikacje odpowiadały wymogom określonym w § 19 ust. 2 rozporządzenia w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej⁴⁸.

Stwierdzono także, iż spośród siedmiu kontroli kompleksowych, przeprowadzonych w latach 2008–2009, cztery obejmowały swoim zakresem wszystkie sfery organizacji i funkcjonowania dps. W trzech kontrolach przeprowadzonych w domach w Kutnie i Wojszycach (na przełomie lat 2007 – 2008) oraz w DPS w Łodzi przy ul. Dojazdowej (w lutym 2008 r.), nie uwzględniono w protokołach kontroli kwestii zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Pani Wojewoda wyjaśniła, że wynikało to, z przyjętej w 2007 r. oraz w I kwartale 2008 r. (tj. przed dokonaniem zmian organizacyjnych i kadrowych w WPS) zasady opisywania stanu dostępności do świadczeń zdrowotnych jedynie w przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości w tym zakresie.

O wynikach przeprowadzonych kontroli kompleksowych, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu domów i świadczonych przez nie usługach informowani byli w wystąpieniach pokontrolnych dyrektorzy dps, a także starostowie powiatów prowadzących te placówki.

Prowadzona była także bieżąca korespondencja z organami prowadzącymi dps, dotycząca konkretnych spraw i zgłaszanych problemów. Między innymi wyjaśniane były metody wyliczania wskaźnika zatrudnienia członków zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, interweniowano w ramach realizacji programów naprawczych oraz kierowano wnioski o przeprowadzenie kontroli doraźnych w prowadzonych placówkach.

⁴⁸ patrz przypis 4

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

NIK nie przeprowadzała w ostatnich latach kontroli poświęconej wyłącznie problematyce związanej z zapewnieniem dostępu do świadczeń zdrowotnych pensjonariuszom dps.

Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych mieszkańcom dps było przedmiotem zainteresowania Komisji Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu RP, która negatywnie oceniła funkcjonowanie systemu świadczeń medycznych w tych placówkach, w tym poziom dostępności do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych oraz dostępności do specjalistycznej opieki medycznej (szczególnie lekarzy psychiatrów). Komisja wskazała też, że taka sytuacja powoduje konieczność pokrywania z budżetów dps kosztów zatrudnienia personelu medycznego i realizacji usług pielęgniarских, co odbywa się z uszczerbkiem dla możliwości zaspokojenia innych potrzeb mieszkańców tych placówek oraz odpowiedniego wynagradzania pracowników.

Ponadto, doniesienia prasowe świadczyły o trudnej sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w dps, ich protestach oraz obawach o zapewnienie właściwej opieki pensjonariuszom w związku z odejściami pielęgniarek.

Doboru jednostek do kontroli dokonano w sposób celowy, tak aby badaniami zostały objęte dps przeznaczone dla poszczególnych grup pensjonariuszy, przy zachowaniu zasady ich reprezentatywności, tj. osiem dps z grupy domów przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych (30,1% prowadzonych przez powiaty), pięć dps z grupy domów przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych (31,3%), trzy dps z grupy domów przeznaczonych dla dorosłych, młodzieży i dzieci niepełnosprawnych intelektualnie (37,5%). Na ogólną liczbę miejsc w dps na terenie województwa łódzkiego (na koniec 2008 r.) wynoszącą 6808, skontrolowane zostały dps dysponujące 2260 miejscami, tj. 33,2%.

Jako kryteria rozróżnienia nieprawidłowości o charakterze zasadniczym i formalnym przyjęto, że charakter zasadniczy mają nieprawidłowości, skutkujące ograniczeniem dostępu mieszkańców dps do świadczeń zdrowotnych, a uchybieniem jest nieprawidłowość mająca charakter formalny, której wystąpienie nie powodowało istotnych następstw dla kontrolowanej działalności.

Z uwagi na to, że indywidualne plany wsparcia mieszkańców dps zawierają dane osobowe wrażliwe, w tym m.in. dotyczące pielęgniarstwa oceny zdrowia, ogólnego stanu zdrowia oraz oceny kondycji psychicznej, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁴⁹ kontrolerzy mieli do nich dostęp po uprzedniej anonimizacji, czyli pozbawieniu ich cech umożliwiających ustalenie tożsamości mieszkańca.

Do przygotowania kontroli wykorzystano również wyniki kontroli doraźnej przeprowadzonej w I półroczu 2009 r. w Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczym Domu Pomocy Społecznej w Łodzi⁵⁰.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Wszystkie protokoły kontroli zostały podpisane przez kierowników kontrolowanych jednostek bez zastrzeżeń.

W toku postępowania pokontrolnego skierowano wystąpienia do dyrektorów dps i do Wojewody Łódzkiego zawierające łącznie 13 wniosków. Do czasu sporządzenia niniejszej informacji zrealizowano 7 wniosków, a 6 pozostawało w trakcie realizacji.

Kierownicy kontrolowanych jednostek nie zgłosili zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych.

Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje:

do Wojewody Łódzkiego o spowodowanie:

- przestrzegania terminów i zasad określonych przepisami Kpa w postępowaniach o wydanie zezwoleń na prowadzenie dps oraz przy rozpatrywaniu skarg,
- terminowego ogłaszania rejestrów dps w wojewódzkim dzienniku urzędowym,

⁴⁹ Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

⁵⁰ Kontrola R/01/001 „Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej”.

- zachowania wymaganej przez obowiązujące przepisy częstotliwości przeprowadzania kontroli kompleksowych w dps,

do dyrektorów dps, m.in. o:

- podjęcie działań zmierzających do uzyskania właściwego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych na mieszkańca,
- prawidłowe wyliczenie wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych,
- terminowe sporządzanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców i rzetelnego ich prowadzenia,
- kontynuowanie działań w celu uruchomienia w dps usług rehabilitacyjnych.

W odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne, Delegatura NIK w Łodzi została poinformowana o stopniu realizacji powyższych wniosków, w tym m.in.:

- **przez Wojewodę Łódzkiego**, o tym że pracownicy prowadzący postępowania o wydanie zezwoleń na prowadzenie dps zostali pouczeni o obowiązku bezwzględnego przestrzegania terminów i zasad określonych przepisami ustawy Kpa oraz o opracowaniu i wdrożeniu procedur postępowania przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie dps, w których położono nacisk na jakość i terminowość postępowań. Zobowiązano także dyrektora Wydziału Polityki Społecznej do przekazywania rejestru dps w terminie umożliwiającym opublikowanie nie później, niż w dniu 30 czerwca każdego roku. Natomiast zachowanie wymaganej częstotliwości przeprowadzania kontroli kompleksowych w dps wymaga zmian w strukturze zatrudnienia w Wydziale Polityki Społecznej i Urząd podejmie działania zmierzające do zatrudnienia takiej liczby inspektorów posiadających kwalifikacje do prowadzenia postępowań kontrolnych w jednostkach pomocy społecznej, która zapewni wykonywanie kontroli każdej takiej jednostki nie rzadziej, niż raz na trzy lata.
- **przez dyrektorów dps**, że podjęto działania w celu uzyskania właściwego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, prawidłowego wyliczenia tego wskaźnika, usunięto nieprawidłowości w sporządzaniu indywidualnych planów wsparcia mieszkańców i ich prowadzeniu, w DPS w Łodzi przy ul. Rojnej uruchomiono wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych, a w DPS w Pabianicach usługi rehabilitacyjne zostaną uruchomione w marcu 2010 r.

5. Załączniki

5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek wraz z osobami zajmującymi kierownicze stanowiska

Lp.	Jednostka kontrolowana	Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko	Okres zajmowanego stanowiska
1	2	3	4
1.	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	Jolanta Chełmińska Wojewoda Łódzki	Od 29 listopada 2007 r.
2	Dom Pomocy Społecznej „Włókniarz” w Łodzi, ul. Krzemieniecka 7/9	Bogusław Ściborski Dyrektor	Od 1 stycznia 2002 r.
3.	Dom Pomocy Społecznej „Serce” w Łodzi, ul. Narutowicza 114	Jerzy Chlebny Dyrektor	Od 1 grudnia 2006 r.
4.	6 Dom pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Złotnicza 10	Rafał Przybysz Dyrektor	Od 1 kwietnia 2002 r.
5.	3 Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Paradna 36	Dorota Marcinkowska Dyrektor	Od 1 kwietnia 1997 r.
6..	Dom Pomocy Społecznej w Konstancynie Ł. ul. Behcice 3	Hubert Kowalski Dyrektor	Od 5 lutego 1992 r.
7.	Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Spadkowa 4/6	Beata Piaseczna Dyrektor	Od 1 stycznia 1999 r.
8.	Dom Pomocy Społecznej w Woli Chruścińskiej	Grzegorz Stachecki Dyrektor	Od 1 września 2002 r.
9	5 Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Podgórna 2/14	Urszula Wasik Dyrektor	Od 26 lutego 2005 r.
10	Dom Pomocy Społecznej w Wojszycach	Anna Janowska Dyrektor	Od 1 września 2007 r.
11.	Dom Pomocy Społecznej w Sieradzu ul. Armii Krajowej 34	Helena Płóciennik-Wasiak Dyrektor	Od 9 maja 1995 r.
12.	Dom Pomocy Społecznej w Rożdżalich	Teresa Kołodziejczak Dyrektor	Od 1 czerwca 1992 r.
13.	Dom Pomocy Społecznej w Kutnie, ul. Krzywoustego 11	Bożena Perkowska Dyrektor Wioletta Burbul Dyrektor	Od 15 listopada 1990 r. do 31 sierpnia 2009 r. Od 1 września 2009 r.
14.	Dom Pomocy Społecznej „Pogodna Jesień” w Łodzi, ul. Dojazdowa 5/7	Zenobia Hofman Dyrektor	Od 1 lipca 1996 r.

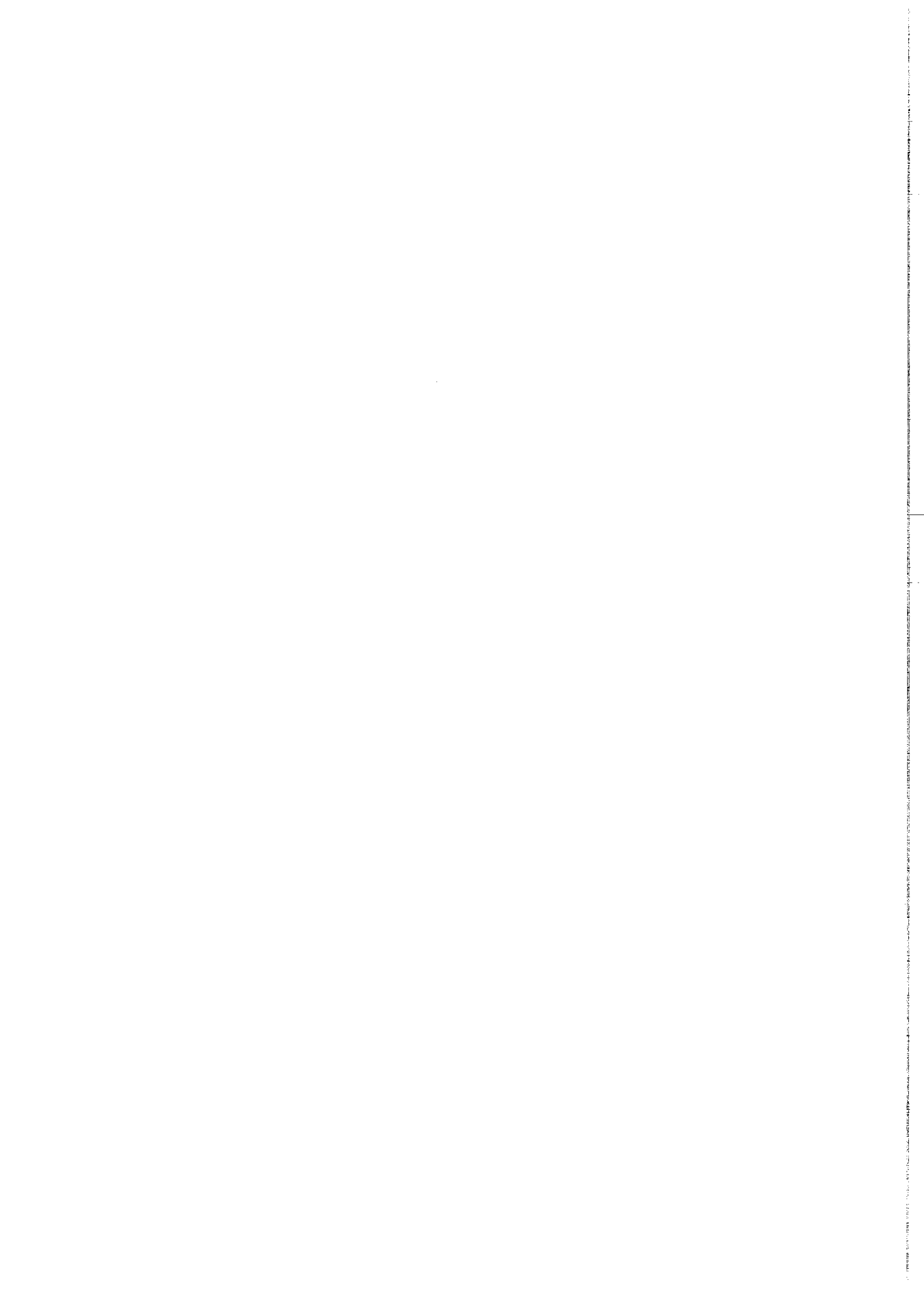
1	2	3	4
15.	Dom Pomocy Społecznej w Pabianicach, ul. Wiejska 55/61	Maria Chmielewska Dyrektor	Od 1 marca 1985 r.
16.	Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Rojna 15	Beata Wendt- Biernacka Dyrektor	Od 1 września 2007 r.
17.	Dom Pomocy Społecznej w Biskupicach	Maria Antczak Dyrektor	Od 1 lipca 2002 r.
18.	Centrum Rehabilitacyjno- Opiekuńcze Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Przybyszewskiego 255/267	Krystyna Matysek Dyrektor	Od 20 grudnia 2004 r.

5.2. Wykaz aktów prawnych dotyczących tematyki kontroli

1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.)
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
4. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.)
5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.)
6. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.)
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)
8. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. Nr 217, poz. 1837)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej (Dz.U. z 1995 r. Nr 132, poz. 653)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1995 r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach pomocy (Dz.U. z 1996 r. Nr 5, poz. 38)
11. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz.U. Nr 61, poz. 543 ze zm.)
12. Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. (strona www.NFZ.pl)

5.3. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Prezes Rady Ministrów
3. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
5. Minister Pracy i Polityki Społecznej
6. Minister Zdrowia
7. Sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Senacka Komisja Rodziny i Polityki Społecznej
11. Senacka Komisja Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Wojewoda Łódzki





MINISTER ZDROWIA

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI WPŁYNEŁO	
data 4.05.10	godz. 16.45
L.dz. 28	podpis WJR

Warszawa, 2010-05-04

MZ-DNM-093-11866-5/AK/10

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI	
Przydział 557	
Data 5.05.10	Zal.
Teczka	Sprawa

Pan
Stanisław Jarosz
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Stanisław Jarosz

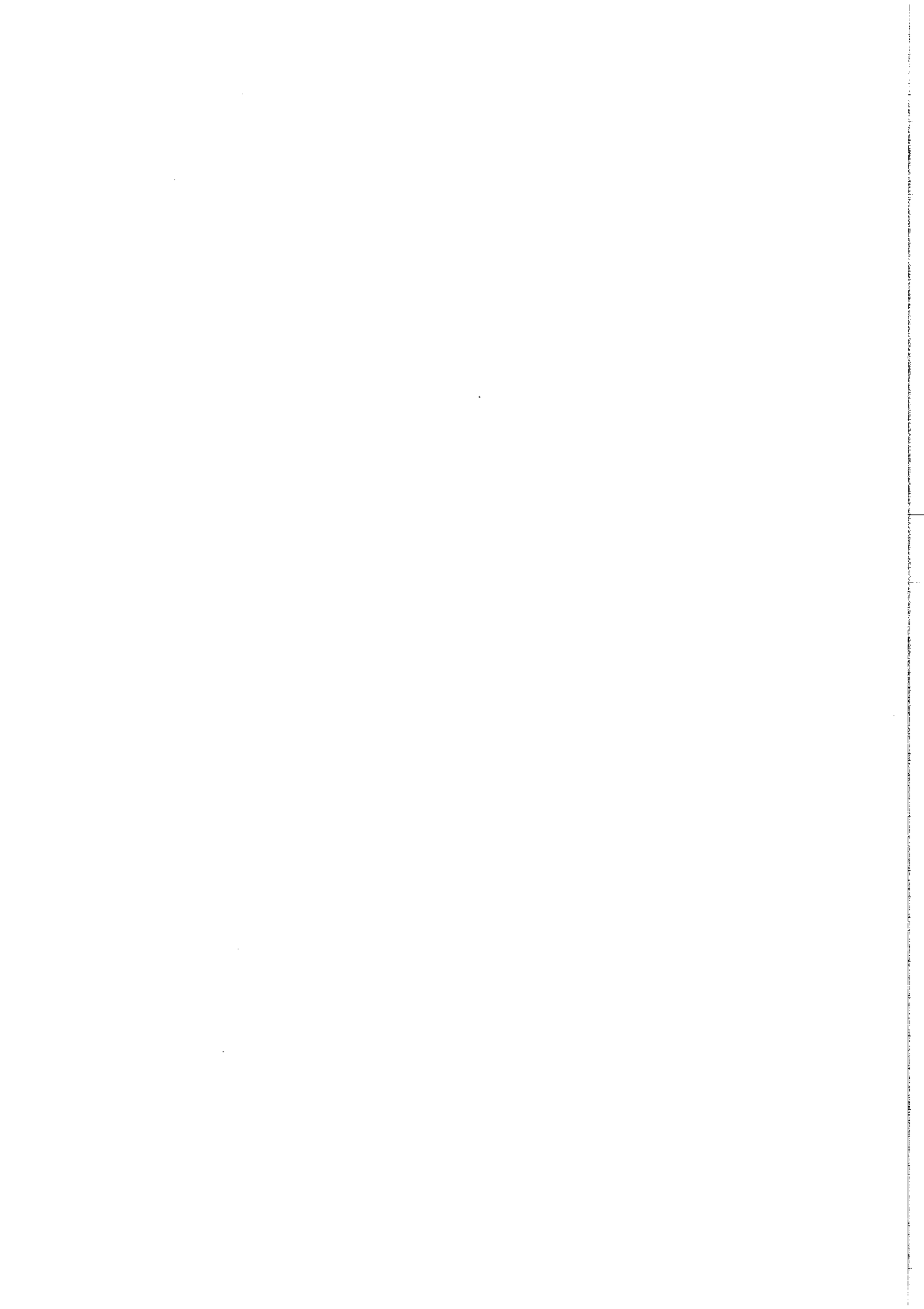
W nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych pensjonariuszom domów pomocy społecznej w województwie łódzkim**, przekazanej przez Najwyższą Izbę Kontroli, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Nawiązując do uwag końcowych i wniosków zawartych w ww. Informacji (pkt 2.3, str. 8-9), iż zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, niezbędne jest jak najszybsze przyjęcie takich rozwiązań prawnych i organizacyjnych, aby świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarki i rehabilitantów zatrudnionych w domach pomocy społecznej, mogły być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uprzejmie informuję, że zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

W odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145) oraz zarządzenie Nr 56/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Dostępność do tego typu świadczeń jest zagwarantowana

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Sekretariat Wiceprezesa Stanisława Jarosza

L.dz. 244 data wpływu 05.05.2010



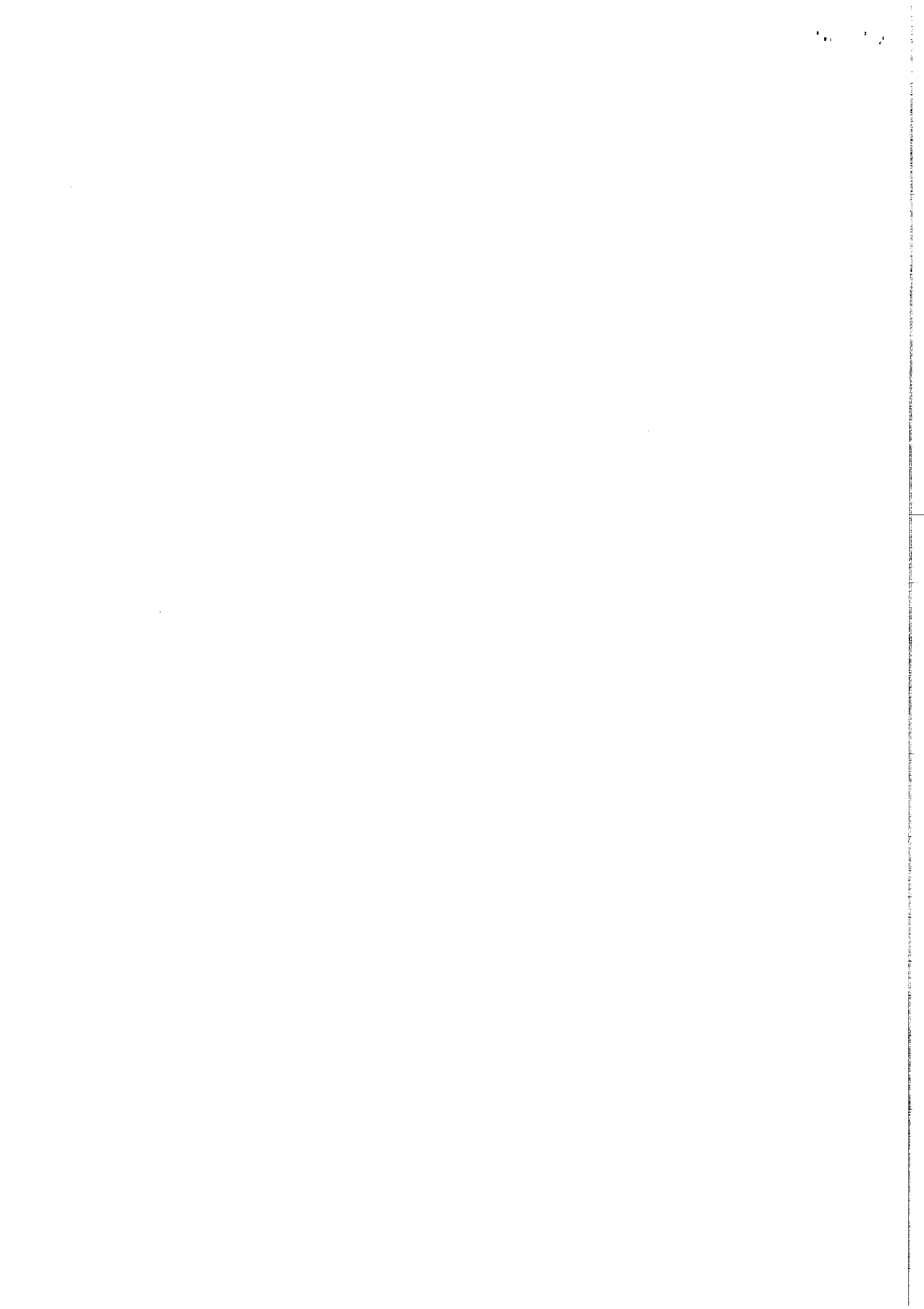
pensjonariuszom domów pomocy społecznej na takich samych zasadach jak pozostałym świadczeniobiorcom.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.). Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Kryterium kwalifikującym do objęcia świadczeniobiorcy opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta. Stan zdrowia pacjenta determinuje zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym (kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego), rehabilitacyjnym oraz pielęgnacyjno – opiekuńczym. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel. Skala ta wykorzystywana jest także na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Uprzejmie informuję, iż osobom przebywającym w domach pomocy społecznej i objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym świadczeń pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, na takich samych zasadach jak pozostałym świadczeniobiorcom, którzy potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych. Świadczeniobiorcy, w tym przypadku osoby przebywające w domach pomocy społecznej, nie ponoszą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które są przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dom pomocy społecznej może pokrywać koszty niezbędnych świadczeń pielęgnacyjnych wykraczających poza finansowanie ze środków publicznych, zgodnie z art. 58 ust 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.). Ponoszenie takich wydatków jest uprawnieniem domu pomocy społecznej, z którego może on skorzystać, biorąc pod uwagę potrzeby konkretnego mieszkańca, a także własne możliwości finansowe.

Ponadto uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mające na celu poprawę dostępności do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W tym celu dokonano nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia



z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zmiany dotyczyły m.in. wykreślenia z dyspozycji przepisu § 9 ust. 2 konieczności realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego ze świadczeń pielęgnarskich, wymienionych w § 9 ust. 2 pkt 1-7 ww. rozporządzenia, np. pielęgnacji przetoki czy wykonywania opatrunków. Ponadto określono, iż pielęgniarzka może jednocześnie opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej).

Wprowadzone zmiany powodują, że zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej, świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

Ponadto uprzejmie informuję, iż sposób finansowania pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej jako produktu kontraktowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia określają: zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzenie Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, realizowane na rzecz świadczeniobiorców od dnia 1 marca 2010 r., zostały zabezpieczone przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez aneksowanie umów wieloletnich oraz dodatkowo poprzez przeprowadzenie konkursów ofert na ten zakres świadczeń.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej podjęło działania mające na celu ustalenie rzeczywistej liczby pensjonariuszy domów pomocy społecznej wymagających udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej oraz ustalenie w jakim stopniu są zabezpieczone świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej. Pozyskane



dane od Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz z Narodowego Funduszu Zdrowia będą stanowiły punkt wyjścia do dalszej dyskusji merytorycznej.

W odniesieniu do postulatu stworzenia prawnej możliwości finansowania ze środków publicznych świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i inny personel medyczny zatrudniony w tych domach, uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponieważ dom pomocy społecznej nie jest świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów ww. ustawy, nie może tym samym zawrzeć umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych oznacza m.in. pomoc w wypełnieniu deklaracji przy wyborze lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, doprowadzenie lub dowiezienie pensjonariusza domu pomocy społecznej do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarza specjalisty lub też pomoc w ewentualnym umieszczeniu danej osoby w zakładzie opiekuńczym, jeżeli istnieją wskazania medyczne i spełnione są kryteria kwalifikacji do tego typu zakładu.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Na podstawie ww. ustawy oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837) zadaniem domu pomocy społecznej jest świadczenie usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych, nie zaś udzielanie świadczeń zdrowotnych.

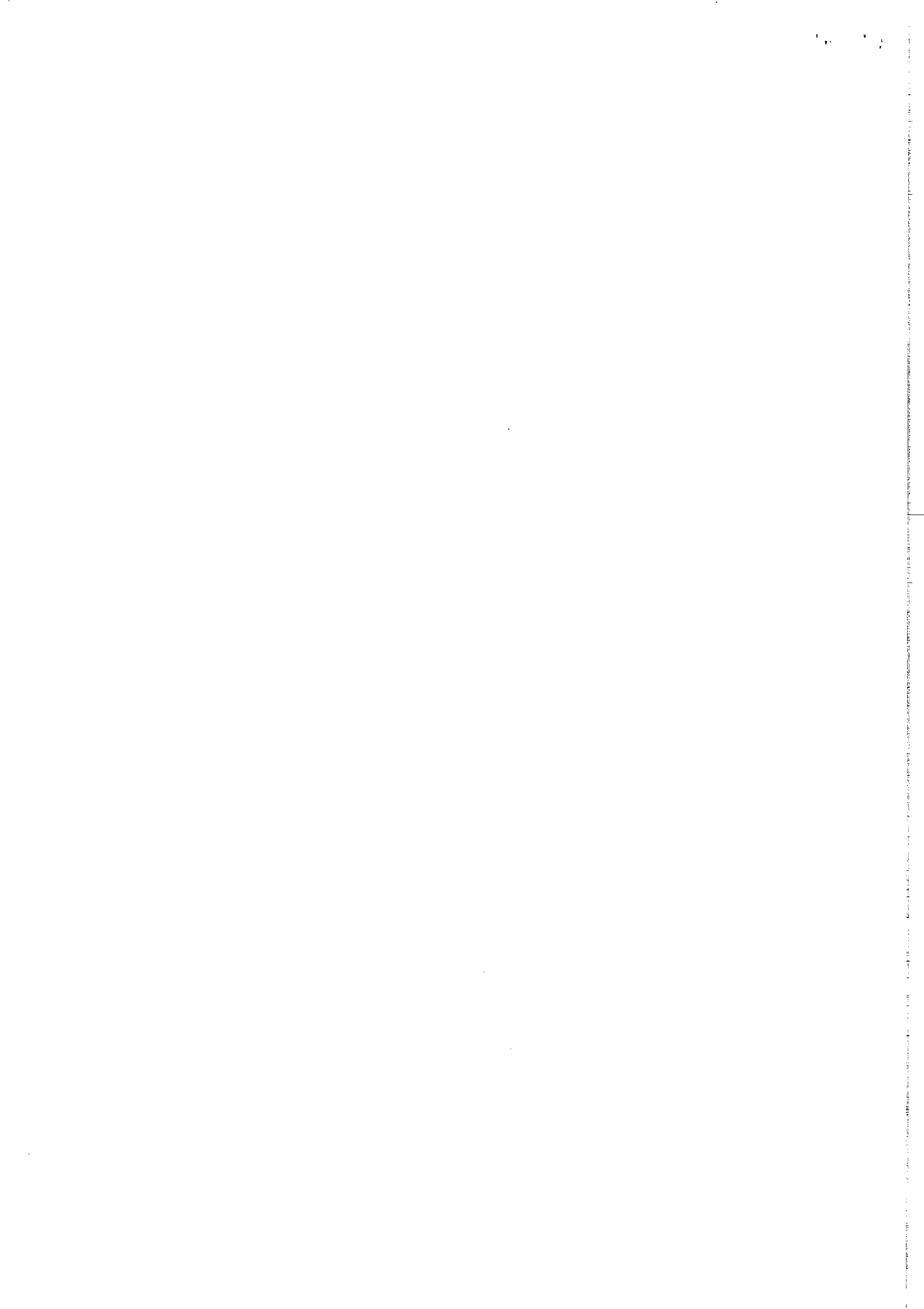
W związku z powyższym, należy podkreślić, iż dom pomocy społecznej nie jest i nie powinien być tożsamy z zakładem opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym. Ze względu na podleganie innemu, niż zakład opieki zdrowotnej, reżimowi prawnemu dom pomocy społecznej nie zawiera z Narodowym Funduszem Zdrowia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom

pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Jednym ze sposobów realizacji tego zadania w obecnym stanie prawnym jest – przewidziana w art. 2 ust. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – możliwość zlokalizowania w domu pomocy społecznej, jednostki organizacyjnej wydzielonej ze struktury zakładu opieki zdrowotnej, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom placówki. Rozwiązanie to umożliwia skorzystanie z pomocy lekarskiej czy pielęgniarstwa na miejscu, bez konieczności dowożenia pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej (lekarza, pielęgniarki), co w przypadku pacjentów starszych czy niepełnosprawnych z pewnością nie jest bez znaczenia.

Ponadto zauważyć wypada, iż pielęgniarki i lekarze mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej w ramach zarejestrowania grupowej lub indywidualnej praktyki pielęgniarstwa lub lekarskiej w wydzielonej jednostce organizacyjnej, o której mowa wyżej.

Ponadto warto wspomnieć, iż poselski projekt ustawy, o którym mowa na str. 9 Informacji został negatywnie oceniony w stanowisku rządowym. Poza błędami legislacyjnymi jego idea opierała się utożsamianiu domu pomocy społecznej z zakładem opieki zdrowotnej. Tymczasem nie można porównywać zakresu należnych im świadczeń do sytuacji osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub szpitalu. Jak to zostało przedstawione powyżej, zupełnie inny jest charakter tych placówek, a dom pomocy społecznej przeznaczony jest dla osób, których stan zdrowia nie wymaga pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej. Osoby przebywające w domach pomocy społecznej i objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w takim samym zakresie, jak gdyby przebywały w warunkach domowych. Wydaje się zatem, że ewentualne przypadki nierównego traktowania tych pacjentów wynikają raczej z problemów o charakterze organizacyjnym, a nie prawnym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (który został przyjęty przez Komitet Stały Rady Ministrów) zakłada zmianę treści art. 9 ust. 3 obowiązującej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i nadanie mu następującego brzmienia: „3. *Jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na*



podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

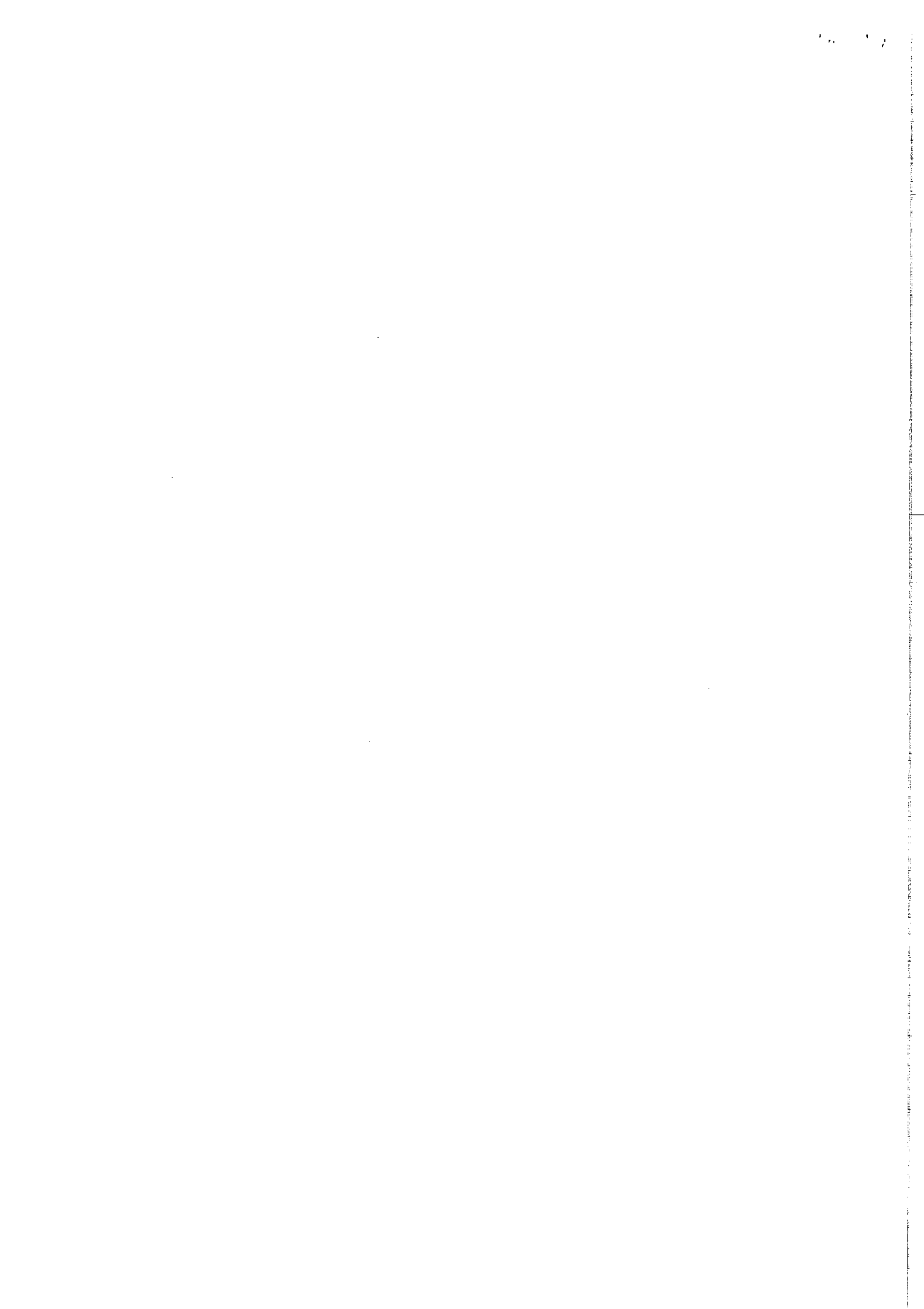
Takie brzmienie ww. przepisu będzie odzwierciedlać stan zakładany, zgodnie z którym osoby przebywające w ww. jednostkach powinny korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na takich samych zasadach jak inni świadczeniobiorcy, a jednostki te – ze względu na sprawowaną nad tymi osobami opiekę – powinny podejmować wszelkie działania ułatwiające tym osobom korzystanie z ich uprawnień wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia biorąc pod uwagę przytoczone w ww. Informacji akty prawne, należy również uwzględnić dodatkowe regulacje tj.:

- 1) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. Nr 50, poz. 398, z późn. zm.). W rozporządzeniu tym znajdują się przepisy potwierdzające możliwość zatrudniania np. pielęgniarek, czy rehabilitantów w jednostkach pomocy społecznej;
- 2) rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.). Przepisy tego rozporządzenia stanowią m.in. o pielęgnacji i rehabilitacji;
- 3) zarządzenie Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późn. zm.;
- 4) zarządzenie Nr 83/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W oparciu o ww. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktowane są świadczenia udzielane w środowisku zamieszkania ujęte w kompleksowym programie terapeutycznym. Obejmują one opieką również świadczeniobiorców przebywających w domach pomocy społecznej.

Zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia respektowanie powyższych i przytoczonych w pkt 3.1 ww. Informacji przepisów prawa nie daje podstawy do stwierdzenia, że *„Nie do zaakceptowania jest bowiem kontynuacja dotychczasowego stanu rzeczy, polegającego na kierowaniu do dyrektorów domów pomocy społecznej sprzecznych ze*



sobą interpretacji prawnych przez właściwe organy państwowe, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej.”.

Ponadto biorąc pod uwagę powyższe przepisy oraz przytoczone w pkt 5.2 ww. Informacji, zdaniem Narodowego Funduszu Zdrowia w pełni zasadne jest wydatkowanie przez dyrektorów domów pomocy społecznej własnych środków finansowych na zatrudnianie pielęgniarek i rehabilitantów dla realizacji wskazanych powyżej obowiązków.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie może zgodzić się ze stwierdzeniem zawartym w trzecim akapicie na stronie 16 pkt 3.1.1. ww. Informacji, że *„zakresy i rodzaje świadczeń kontraktowanych przez NFZ nie uwzględniają w pełni specyfiki sytuacji mieszkańca dps, np. konieczności dostępu do opieki pielęgniarstwa na terenie domu przez całą dobę, a nie tylko w godzinach od 8 do 18, jak to przewidziano w ramach opieki pielęgniarstwa poz”*, dlatego gdyż należy pamiętać, że dom pomocy społecznej dla swoich mieszkańców jest szczególnym, ale jednak miejscem zamieszkania. Pensjonariuszom domów pomocy społecznej przysługuje takie samo prawo do wszystkich świadczeń zdrowotnych, jak każdemu innemu ubezpieczonemu.

Ponadto zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia istnieje bardzo duża grupa ubezpieczonych w podeszłym wieku, niepełnosprawnych, obłożnie i nieuleczalnie chorych, którzy przebywają w swoim środowisku domowym. W grupie tej znajdują się osoby będące w stanie wegetatywnym, bez żadnego kontaktu z otoczeniem oraz wentylowani mechanicznie przy pomocy respiratora, którzy wymagają intensywnej opieki, w tym również pielęgniarstwa, rehabilitacji oraz stałego nadzoru lekarzy specjalistów. Chorzy ci przebywają w swoich domach i korzystają ze świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, korzystają również ze świadczeń specjalistycznych, fizjoterapii domowej oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, do których to świadczeń uprawnieni są również ubezpieczeni przebywający w domach pomocy społecznej.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stoi na stanowisku, iż sprzeczne z prawem byłoby zapewnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia całodobowej opieki dla mieszkańców domów pomocy społecznej z pominięciem chorych przebywających w swoich domach. Zgodnie z powszechnie akceptowanym w doktrynie poglądem opartym na orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, konstytucyjna zasada równości polega na nakazie jednakowego traktowania wszystkich obywateli w obrębie określonej klasy (kategorii). Wszystkie podmioty

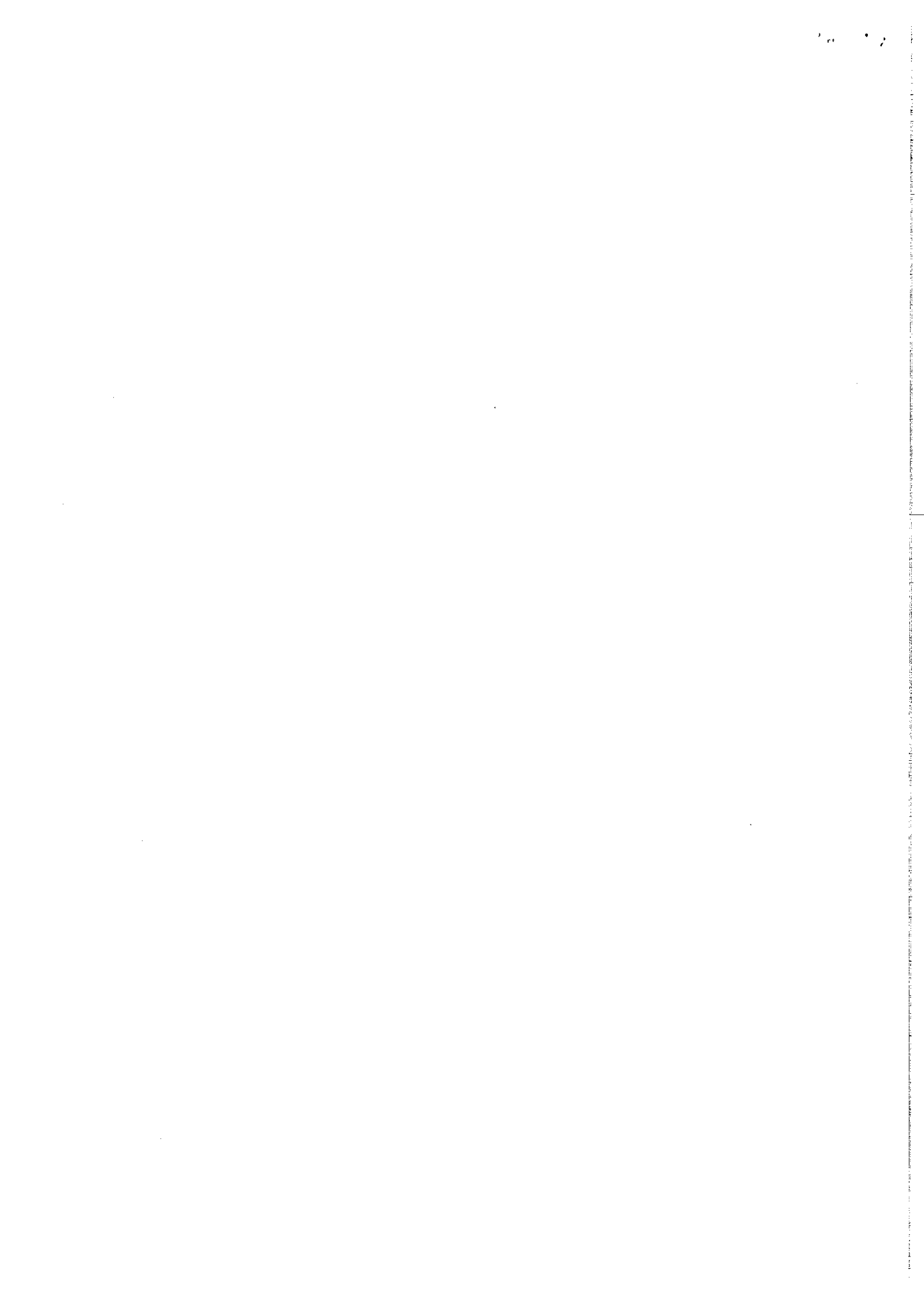
charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną (relewantną) powinny być potraktowane równo, więc według jednakowej miary, bez różnicowań, zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących (orzeczenie TK z dnia 12 grudnia 1994 r., sygn. akt K/94).

Ponadto zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia należy zwrócić uwagę na zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej, a w szczególności na te określone w art. 7 pkt 6, art. 54, art. 56, art. 68 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy. Ponadto przepis art. 64 ust. 3 pkt 4 ww. ustawy stanowi, iż usługi opiekuńcze powinny zapewniać pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Warto również zaznaczyć, że zgodnie z art. 6a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111 poz. 535 z późn. zm.) powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64 poz. 414 z 1998 r.).

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stoi na stanowisku, że kwalifikacje zawodowe pielęgniarek mają zastosowanie w procesie sprawowania opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, niemniej decyzja o doborze personelu pozostaje w gestii organu założycielskiego oraz kierownika danego domu pomocy społecznej. Na zatrudnienie pielęgniarek zezwala ustawa o pomocy społecznej oraz akty wykonawcze do tej ustawy m.in. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagrodzeń pracowników samorządowych. Jednakże brak środków finansowych w pomocy społecznej nie może oznaczać, że zadania przynależne do realizacji przez placówki pomocy społecznej, będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednocześnie Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, iż świadczenia pielęgniarckie dla świadczeniobiorców w 2010 r. realizowane są w następujących rodzajach świadczeń:

- **podstawowa opieka zdrowotna**, w ramach której mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą korzystać ze świadczeń lekarskich jak również pielęgniarckich, finansowanych w oparciu o roczną stawkę kapitacyjną powiększoną dla pielęgniarek o współczynnik 3,5 za podopiecznych domów pomocy społecznej lub placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych. Zgodnie z § 15 ust. 3a zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów



o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.) opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich realizowanych w warunkach domowych i nie są objęci na podstawie odrębnej umowy, świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, pielęgniarka poz sprawuje zgodnie z zasadami określonymi w pkt 3 części I załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Ponadto zgodnie z § 15 ust. 4 ww. zarządzenia sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi podopiecznymi domów pomocy społecznej obejmuje:

- 1) współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczoterapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

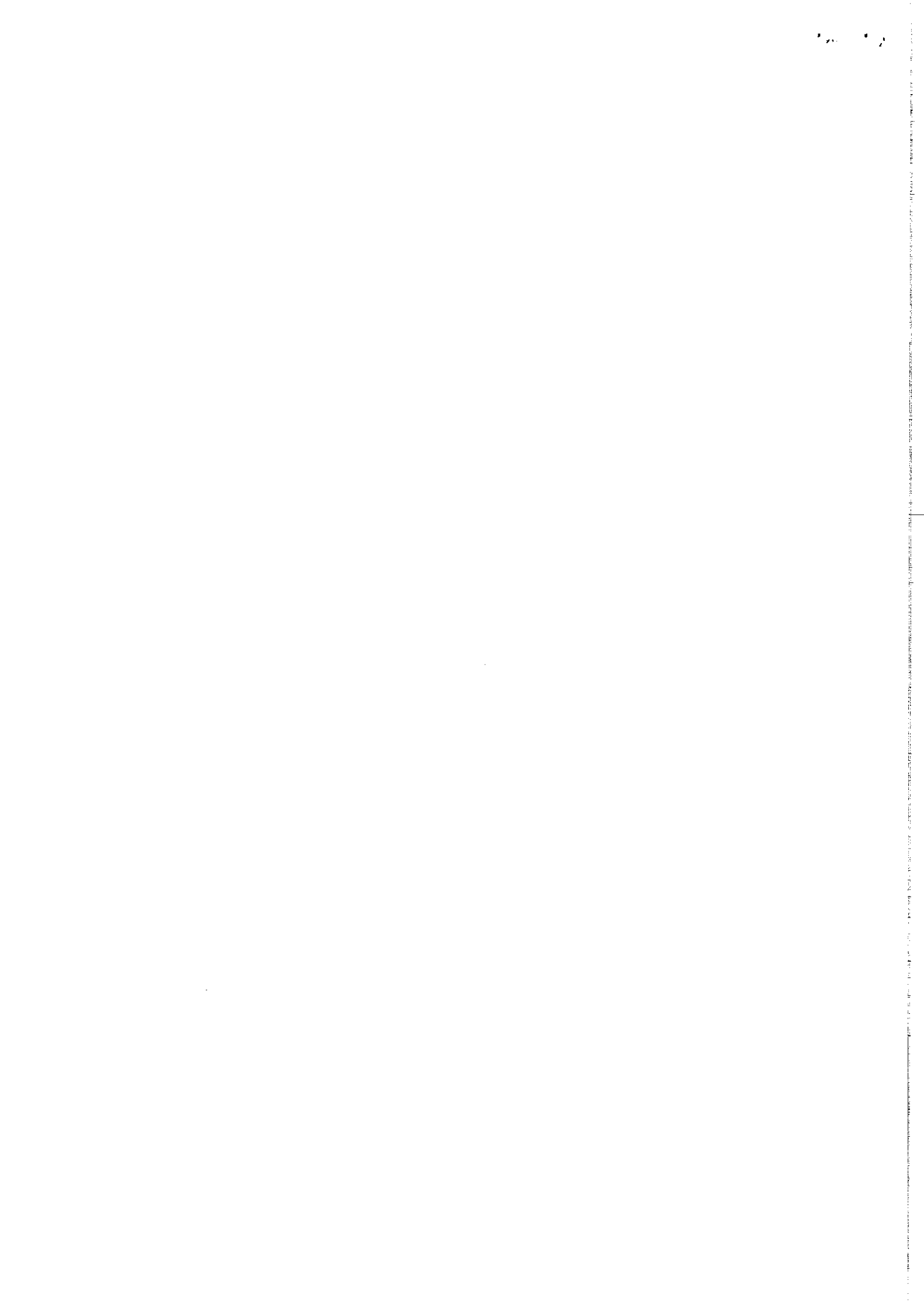
• **świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresach:**

- 1) świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym / opiekuńczo-leczniczym

Zgodnie z § 10 ust. 1 zarządzenia Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (z późn. zm.) do zakładu opiekuńczego może zostać przyjęty świadczeniobiorca z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgniarskich, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskał do 40 punktów;

- 2) świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej

Należy podkreślić, iż pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej, okresowej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Należy rozróżnić świadczenia opiekuńcze i higieniczne, które realizowane są przez instytucję pomocy społecznej lub rodzinę chorego, od świadczeń pielęgniarskich tzn. takich, których nie mogą wykonać inne osoby. Zadaniem pielęgniarki opieki długoterminowej domowej jest zwłaszcza prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku



do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi. Czynności pielęgniarские obejmują np. zmianę opatrunków wykonywanych w sposób sterylny, zakładanie cewnika, płukanie pęcherza, założenie sondy do żołądka, podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych. Oznacza to, że nie każda osoba przewlekle chora, niepełnosprawna lub w podeszłym wieku będzie mogła korzystać ze świadczeń pielęgniarской opieki długoterminowej domowej. Natomiast może korzystać ze świadczeń opiekuńczych, wynikających z ustawy o pomocy społecznej. W tym celu należy zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej, znajdującego się najbliżej miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie usług opiekuńczych. Natomiast usługi te pensjonariuszom domów pomocy społecznej zapewniają pracownicy tam zatrudnieni.

Do opieki pielęgniarской długoterminowej domowej należy zgłosić tych świadczeniobiorców, którzy zgodnie z §10 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, posiadają skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego należy dołączyć kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarской opieką długoterminową domową, której wzór stanowi załącznik nr 3 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Ponadto Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stoi na stanowisku, że świadczenia opieki długoterminowej są świadczeniami planowanymi a nie nagłymi, dlatego też istnieje prawdopodobieństwo oczekiwania na udzielenie tego świadczenia. Z tego też powodu w przepisach ww. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia uwzględniono przepis w § 13 ust. 2 pkt 12, który określa, iż w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarской jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. iniekcje, zmiany opatrunków, wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej domowej informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich. Również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139 z późn. zm.) w załączniku nr 2 w części I pkt 3 stanowią o realizacji świadczeń przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w domu świadczeniobiorcy, które są udzielane wyłącznie w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym

planem opieki. Plan opieki powinien być sporządzony zgodnie z wiedzą medyczną i dostosowany do potrzeb chorego wynikających z dokonania diagnozy pielęgniarstwa.

Tym samym mając na względzie powyższe, uprzejmie informuję, iż Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie może zgodzić się ze stwierdzeniem, że nie zabezpiecza lub ogranicza dostęp do świadczeń zdrowotnych pensjonariuszom przebywającym w domach pomocy społecznej. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na konieczność respektowania przepisów zawartych w ustawie o pomocy społecznej i umiejętne korzystanie przez dyrektorów domów pomocy społecznej ze wszystkich przepisów odnoszących się do realizacji świadczeń zdrowotnych.

z poważaniem

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Rzepek



**PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI**

Warszawa, dnia 12 maja 2010 r.

34/2010/P/09/154/LLO

2010.05.12
12.05.2010

Opinia

Opinia

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie
Informacji o wynikach kontroli zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych
pensionariuszom domów pomocy społecznej w województwie łódzkim.

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie
Kontroli¹, przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia Nr MZ-DNM-093-11866-
5/AK/10:

Pragnę przede wszystkim wyjaśnić, iż Najwyższa Izba Kontroli w Informacji
o wynikach przedmiotowej kontroli nie postawiła tezy, iż obowiązujące unormowania
pozbawiają mieszkańców domów pomocy społecznej (dps) uprawnień do korzystania ze
świadczeń opieki zdrowotnej.

Z ustaleń kontroli wynika, że dyrektorzy domów pomocy społecznej (dps), pomimo
tego iż wykazali się należyłą starannością i rzetelnością - mogli zapewnić pensionariuszom
jedynie dostęp do świadczeń z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej.
Natomiast nierozwiązany pozostał problem dostępu do świadczeń, które powinny być
wykonywane przez uprawnione pielęgniarki i rehabilitantów. Głównym powodem takiej
sytuacji było odmowne potraktowanie przez zakłady opieki zdrowotnej propozycji
nawiązania współpracy dla zapewnienia dostępu również do tych świadczeń. Ponadto
środowisko pielęgniarskie nie zaakceptowało proponowanego rozwiązania, zakładającego
podejmowanie przez pielęgniarki działalności gospodarczej w formie grupowej lub
indywidualnej praktyki pielęgniarskiej w dps. Z tych względów dyrektorzy domów
zobowiązywali pielęgniarki i rehabilitantów zatrudnionych w dps, do wykonywania
czynności objętych katalogiem świadczeń zdrowotnych, które powinny być finansowane ze
środków NFZ. W skontrolowanych dps świadczenia pielęgniarskie i rehabilitacyjne

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

finansowane były zatem ze środków na pomoc społeczną, pomimo tego że zgodnie z obowiązującym prawem powinny być opłacane jako świadczenia opieki zdrowotnej.

W związku z tym, NIK podtrzymuję swoje stanowisko, że niezbędne jest przyjęcie takich rozwiązań prawnych i organizacyjnych, aby świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarki i rehabilitantów w dps, nie tylko w teorii ale i w praktyce, mogły być finansowane przez NFZ.

WICEPRÉZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Zup

Stanisław Jarosz