



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.023.02.2021

Piorunek Maciej
Prezes Zarządu
EMC SILESIA sp. z o.o.
Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II
ul. Morawa 31
40-353 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	EMC SILESIA sp. z o.o. Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II, ul. Morawa 31, 40-353 Katowice ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Maciej Piorunek Prezes Zarządu, Anna Brzęska-Mikoda Członek Zarządu (Dyrektor Szpitala), Tomasz Suchowierski Członek Zarządu (akta kontroli str.5-18)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatрії.3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Kinga Kołodziejczyk, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/141/21 z 2 lipca 2021 r.2. Wiesław Pietrzyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/140/2021 z 2 lipca 2021 r. (akta kontroli str.1-4)

¹ Nr REGON 241077378, dalej „EMC” lub „Szpital”.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital z należytą starannością zorganizował udzielanie świadczeń, w tym zapewnił odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu. Proces diagnostyczno-terapeutyczny był dostosowany do potrzeb pacjentów. Ponadto Szpital podejmował współpracę z innymi podmiotami, służącą objęciu pacjentów kompleksową opieką. Szpital był bardzo dobrze wyposażony, pacjentom oferowano szerokie spektrum badań diagnostycznych oraz konsultacji, a rehabilitacja i fizjoterapia przynosiły wymierne skutki. Pobyt na Oddziale Geriatrycznym umożliwiał również dostosowanie, bądź zmianę leków – w tym ich ilości, co poprawiało komfort pacjenta.

Podczas trwania pandemii koronawirusa COVID-19 zarówno Oddział, jak i Poradnia nie ograniczyły pacjentom dostępności do opieki geriatrycznej. W Poradni umożliwiono wizyty zarówno w formie tradycyjnej, jak i w formie teleporad.

Kierownictwo Szpitala pozyskiwało środki pieniężne również ze źródeł zewnętrznych, takich jak fundusze europejskie, czy programy regionalne realizowane przez władze samorządowe.

Udzielane świadczenia były wysoko oceniane przez pacjentów oraz ich opiekunów.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu Poradni Geriatrycznej dotyczyły braku możliwości zarejestrowania się na wizytę online oraz nieprawidłowo prowadzonej dokumentacji pacjentów, która nie zawierała zgód i oświadczeń wymaganych przepisami prawa.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

1.1 EMC prowadziła działalność leczniczą poprzez wyodrębnione zakłady lecznicze:

- a) NZOZ Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach, oraz
- b) Przychodnię EMC Silesia.

W szpitalu funkcjonował: Oddział Geriatryczny z 44 łózkami, w tym 1 łóżkiem intensywnej opieki medycznej oraz Dzienny Oddział Opieki Geriatrycznej⁵ z 14 miejscami dziennego pobytu. Ponadto w strukturze organizacyjnej Szpitala znajdowały się:

- Gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
- Izba Przyjęć,
- Dział Farmacji Szpitalnej,
- Dział Diagnostyki z pracownikami: RTG,USG,EKG, densytometrii,
- Dział Fizjoterapii.

Szpital od 1 października 2017 r. do dnia zakończenia kontroli znajdował się w wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego⁶ - jako szpital III stopnia.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Dalej „DOOG”.

⁶ Dalej „sieć szpitali”, bądź „sieć”.

Liczba miejsc na Oddziale Geriatrycznym na dzień 31 grudnia w latach 2015 - 2020 wynosiła:

- w latach 2015 – 2016 - 61 miejsc,
- w latach 2017 – 2018 – 56 miejsc,
- od 2019 r. – 44 miejsca.

W jednostce funkcjonowały również przychodnie specjalistyczne oraz przychodnie Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁷. W strukturze organizacyjnej przychodni specjalistycznych EMC Silesia znajdowała się m.in. Poradnia Geriatryczna⁸, która przyjmowała pacjentów cztery dni w tygodniu. Świadczenia w Poradni udzielane były trzy dni w tygodniu przez pięć i pół godziny (poniedziałek od 13:30 do 19:00, wtorek i środa od 8:30 do 14:00) i jeden dzień w tygodniu przez dziewięć i pół godziny (piątek od 8:30 do 18:30). Czas pracy Poradni był zgodny z czasem wskazanym w Portalu Potencjału stanowiącego załącznik do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.⁹

(akta kontroli str. 53-113,114-115,116-119,177,574-575,658-662,663-667,669-680)

1.2. W Szpitalu przygotowano i wdrożono w 2013 r. procedurę oceny geriatrycznej pacjenta.¹⁰ Każdy pacjent leczony w Oddziale był poddawany całościowej ocenie geriatrycznej. Podczas oceny brano pod uwagę:

- liczbę lat edukacji,
- czy istniała konieczność noszenia okularów, aparatu słuchowego, a jeżeli tak, to czy pacjent nosi okulary i/lub aparat słuchowy,
- kto był opiekunem pacjenta,
- czy dwa lata przed badaniem wystąpiła reaktywna sytuacja stresowa,
- stan skóry,
- ograniczenia ruchomości,
- złamania po 60 roku życia pacjenta i ich lokalizacje,
- wagę, wzrost, obwód ramienia, podudzia, talii,
- test BERG¹¹,
- nietrzymanie moczu (jeśli tak, to nagłące, czy wysiłkowe),
- odleżyny,
- skalę ryzyka wystąpienia odleżyn: BRADEN¹²/Norton¹³,
- skalę oceny podstawowych czynności życiowych (Skala Katza, ADL – activities of daily living)¹⁴,

⁷ Dalej „POZ”.

⁸ Dalej „Poradnia”.

⁹ Dalej „NFZ” lub „Fundusz”.

¹⁰ Personel Szpitala i Poradni realizuje obowiązki dokonując na bieżąco ocenę geriatryczną pacjenta. Dokumentacja pacjenta jest tworzona w taki sposób aby sporządzić całościową ocenę pacjenta. Szpital został utworzony właśnie po to, aby dokonywać kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjentów geriatrycznych. Z powyższych względów pacjenci są kierowani na Oddział.

¹¹ BBS (Berg Balance Scale) jedna z metod oceny równowagi podczas stania, chodu oraz oceny ryzyka upadków. Test obejmuje 14 prostych zadań (maksymalna liczba punktów do uzyskania to 56), których wykonanie zajmuje około 20 minut. Testy obejmują m.in. stanie na obu nogach, a następnie na jednej nodze, siadanie, wchodzenie na stopień, obrót wokół osi oraz test sięgania (FR, functional rich). Skala BBS została uznana za złoty standard dla oceny równowagi czynnościowej.

¹² W skali Braden punktowo (od 1 do 4 punktów) ocenia się czucie, aktywność, ruchliwość, wilgotność skóry, stan odżywienia, tarcie i naciąganie przy zmianie pozycji. Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się przy wyniku równym lub niższym niż 16 pkt.

¹³ W skali Norton ocenia się (w punktach od 1 do 4) kilka zmiennych: stan fizyczny, stan świadomości, aktywność, możliwość samodzielnej zmiany pozycji oraz czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać to 20. Przy 14 punktach obserwujemy zwiększone ryzyko odleżyn, poniżej 14 punktów zagrożenie wystąpienia odleżyn rośnie.

- skalę oceny złożonych czynności życia codziennego (Skala Lawtona IADL – Instrumental activities of daily living)¹⁵,
- geriatryczną skalę oceny depresji¹⁶,
- skalę MMSE – Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego¹⁷,
- inne testy (np. test rysowania zegara, Test fluencji słownej),
- uzależnienie od leków,
- Jatrogenny zespół geriatryczny,
- przebyty TIA (przemijający atak niedokrwienny)/i/ lub udar,
- parametry o znaczeniu rokowniczym (utrata masy ciała, Hyponatremia, Hypoalbuminemia, Hemoglobina, Limfopenia, CRP, saturacja, Klirens kreatyniny, Hipotonia ortostatyczna, Glikemia na czczo, wynik TSH, wynik testu L- DOPA, epizody hipoglikemii, poziom witaminy B12).

(akta kontroli str.19-21,22-25,173-176)

1.3 Hospitalizacja pacjenta rozpoczęła się zebraniem wywiadu lekarskiego i pielęgniarskiego z uwzględnieniem takich elementów, jak: rodzaj sprawowanej opieki pielęgniacyjnej, ocena samodzielności, zestawienie przyjmowanych leków, zestawienie specjalistów, pod których opieką jest pacjent. Kolejny etapem było wypełnienie standardowych dla geriatryi formularzy oceny stanu zdrowia – wymienionych w pkt. 1.2 wystąpienia. Wypełnienie ww. formularzy umożliwiło zaplanowanie właściwej opieki nad pacjentem z uwzględnieniem dominującego celu hospitalizacji, jakim była np. diagnostyka, rehabilitacja, kwalifikacja do rodzaju opieki pozaszpitalnej.

Z wyjaśnień Dyrektora Medycznego Szpitala wynika, że „cały pobyt pacjenta podporządkowany jest realizacji standardów postępowania w opiece geriatrycznej, które były tworzone przy znaczącym udziale Szpitala¹⁸. Na etapie przyjmowania skierowania do szpitala pracownik recepcji ustala czy pacjent jest sprawny poznawczo, samodzielny, czy wymaga stałej opieki drugiej osoby. Te informacje są pomocne przy planowaniu rozmieszczenia pacjentów na oddziale.”

(akta kontroli str. 19-21,22-52,868-876)

11 grudnia 2019 r. do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia¹⁹ wpłynęły dokumenty ze Szpitala Geriatrycznego, tym samym Szpital zgłosił się do projektu pn.: „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa

¹⁴ Składa się z sześciu pytań (ocenianych od 0 do 1 pkt) dot. stopnia samodzielności przy wykonywaniu następujących czynności: kąpieli, ubieraniu się, toalecie, kontrolowaniu zwieraczy, spożywaniu posiłków, poruszaniu się. Maksymalnie można uzyskać sześć pkt. Niski wynik świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania.

¹⁵ Składa się z ośmiu pytań (ocenianych od 0 do 3 pkt) dot. podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu. Oceniana jest: umiejętność korzystania z telefonu, umiejętność dotarcia do miejsc poza odległością spaceru, umiejętność robienia zakupów produktów spożywczych, umiejętność samodzielnego przygotowania posiłku, samodzielnego wykonywania prac domowych, samodzielnego majsterkowania, prania, samodzielnego przygotowywania i przyjmowania leków, samodzielnego gospodarowania pieniędzmi. Maksymalnie można uzyskać 24 pkt.

¹⁶ Składa się z 30 pytań, na które należy udzielić odpowiedzi tak lub nie. Skalę wypełnia się zwykle mając na uwadze samopoczucie osoby badanej w 2 ostatnich tygodniach. Wynik skali nie jest równoznaczny z rozpoznaniem (diagnozą) depresji, ale tak jak w przypadku wielu kwestionariuszy, jest raczej wskazówką diagnostyczną. W przypadku uzyskania podwyższonego wyniku wskazana jest konsultacja u psychiatry lub psychologa.

¹⁷ MMSE składa się z 30 pytań/zadań pozwalających na ilościową ocenę różnych aspektów funkcjonowania poznawczego. W skład obszarów poddawanych ocenie wchodzi: Orientacja w czasie, Orientacja w miejscu, Zapamiętywanie, Uwaga i liczenie, Przypominanie, Nazywanie, Powtarzanie, Rozumienie, Czytanie, Pisanie i Rysowanie.

¹⁸ Pan dr n. med. Jarosław Derejczyk – Konsultant Wojewódzki ds. Geriatryi w woj. śląskim do 30 września 2017 r. był Dyrektorem Szpitala.

¹⁹ Dalej „CMJ”.

opieki” część: „Program Akredytacji Szpitali”. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w 2017 r. Szpital miał wyznaczony termin wizyty akredytacyjnej w oparciu o standardy z 2009 r. jednak odmówił realizacji ze względu na niską samoocenę spełniania standardów. W 2020 roku spółka złożyła wniosek rekrutacyjny do naboru uzupełniającego w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” realizowanego przez CMJ. Jednak zgłoszenie nie zostało zakwalifikowane bez podania przyczyny na piśmie.

Podczas rozmowy telefonicznej z pracownikiem CMJ uzyskano informację, że Szpital mający poniżej 50 łóżek nie kwalifikuje się do certyfikacji w projekcie. W lutym 2020 zespół zarządzający Szpitalem brał udział w szkoleniu z zakresu procesu akredytacji prowadzonym przez Panią Dyrektora CMJ i zadał prowadzącej pytanie według których standardów Szpital mający poniżej 50 łóżek może się przygotowywać do procesu akredytacji:

- Standardów akredytacyjnych z 2015 r. - w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne;
- Standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne:

- 1) w trybie hospitalizacji jednego dnia lub
- 2) w trybie hospitalizacji w podmiotach do 50 łóżek, lub
- 3) w podmiotach wąskoprofilowych (podmioty specjalizujące się w wykonywaniu wybranych inwazyjnych procedur zabiegowych i operacyjnych z danej dziedziny medycyny).

- Standardów akredytacyjnych z 2009 r.

Prowadząca nie potrafiła udzielić odpowiedzi informując, że standardy i tak są planowane do zmiany w II połowie 2020 r. Bazując na tej informacji Szpital wdraża procedury poprawy jakości określone w standardach z 2009 r.

(akta kontroli str. 546-550)

1.4 W okresie objętym kontrolą na Oddziale Geriatrycznym hospitalizowanych było:

- w 2017 r. 1,46 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 397 osób, najmniejszą - sześć osób pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w 2018 r. 1,59 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 76, a 80 rokiem życia – 425 osób, najmniejszą - dziewięć osób pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w 2019 r. 1,57 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 441 osób, najmniejszą - dwie osoby pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w 2020 r. 1,32 tys. pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 357 osób, najmniejszą - pięć osób pacjenci poniżej 60 roku życia;
- w I kwartale 2021 r. 444 pacjentów – największą grupę stanowili pacjenci pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 128 osób, najmniejszą - 11 osób pacjenci pomiędzy 61, a 65 rokiem życia.

Najwięcej spośród 732 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Geriatrycznym w II półroczu 2019 r. mieszkało w Katowicach (284 osoby) i w Sosnowcu (143 osoby). W tym okresie w Oddziale leczono również 57 osób spoza województwa śląskiego.

Pacjenci najczęściej przebywali na Oddziale Geriatrycznym od czterech do siedmiu dni (428 osób w II półroczu 2019 r., 374 osoby w II półroczu 2020 r.). Zarówno krótkie, jak i długie hospitalizacje miały miejsce rzadko – w II półroczu 2019 r. 44 pacjentów przebywało na oddziale do trzech dni, pięciu pacjentów powyżej 21 dni. W II półroczu 2020 r. 46 pacjentów przebywało na oddziale do trzech dni, nie było hospitalizacji trwających powyżej 21 dni.

(akta kontroli str. 141-144, 178)

W okresie objętym kontrolą porady geriatrycznej udzielono następującej liczbie pacjentów:

- w 2017 r. 31,7 tys. pacjentów – najwięcej porad udzielono pacjentom pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 6,9 tys. pacjentów, najmniej porad udzielono osobom pomiędzy 61, a 65 rokiem życia – 1,6 tys.;
- w 2018 r. 35,3 tys. pacjentów – najwięcej porad udzielono pacjentom pomiędzy 76, a 80 rokiem życia – 8,2 tys. pacjentów, najmniej porad udzielono osobom powyżej 90 roku życia – 1,3 tys.;
- w 2019 r. 35,5 tys. pacjentów – najwięcej porad udzielono pacjentom pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 8,2 tys. pacjentów, najmniej porad udzielono osobom pomiędzy 61, a 65 rokiem życia – 1,5 tys.;
- w 2020 r. 30,6 tys. pacjentów – najwięcej porad udzielono pacjentom pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 6,9 tys. pacjentów, najmniej porad udzielono osobom powyżej 90 roku życia – 1,3 tys.;
- w I kwartale 2021 r. 11,8 tys. pacjentów – najwięcej porad udzielono pacjentom pomiędzy 81, a 85 rokiem życia – 2,6 tys. pacjentów, najmniej porad udzielono osobom pomiędzy 61, a 65 rokiem życia – 581.

(akta kontroli str. 141,143)

Najwięcej spośród 6,2 tys. pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Poradnię Geriatryczną w II półroczu 2019 r. mieszkało w Katowicach (4,6 tys. osób) i w Sosnowcu (525 osób). W tym okresie z Poradni korzystało również 157 osób spoza województwa śląskiego.

(akta kontroli str. 143)

Badanie próby 20 pacjentów²⁰, których pierwsza wizyta w poradni odbyła się w 2017 r. wykazało, że w latach 2017-2021 (do lipca) skorzystali oni ze 122 porad w Poradni Geriatrycznej (średnio na pacjenta przypadało 5,6 wizyty). Sześciu pacjentów z badanej próby skorzystało z wizyty w poradni raz, jedna osoba miała 22 wizyty. W badanym okresie najczęściej, pacjenci uzyskali trzy porady (czterech pacjentów z próby).

(akta kontroli str. 359)

Na leczenie w Oddziale Geriatrycznym czas oczekiwania na udzielanie świadczeń geriatrycznych wynosił:

- a) na dzień 1 stycznia 2018 r. 218 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 47 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin przyjęcia na oddział dla przypadków „stabilnych” przypadał na 23 kwietnia 2018 r., a dla przypadków „pilnych” na 29 stycznia 2018 r.;
- b) na dzień 1 stycznia 2019 r. 221 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 53 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin przyjęcia na oddział dla przypadków „stabilnych” przypadał na 6 maja 2019 r., a dla przypadków „pilnych” 11 lutego 2019 r.;

²⁰ Próba wytypowana losowo przy pomocy „Pomocnika kontrolera” – losowanie proste.

- c) na dzień 1 stycznia 2020 r. 229 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 49 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin przyjęcia na oddział dla przypadków „stabilnych” przypadła na 7 września 2020 r., a dla przypadków „pilnych” 2 marca 2020 r.;
- d) na dzień 1 stycznia 2021 r. 194 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 22 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin przyjęcia na oddział dla przypadków „stabilnych” przypadła na 14 października 2021 r., a dla przypadków „pilnych” 16 marca 2021 r.

Na wizytę w Poradni Geriatrycznej czas oczekiwania wynosił:

- a) na dzień 1 stycznia 2018 r. 86 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 28 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin wizyty przypadła na 28 lutego 2018 r., a dla przypadków „pilnych” 9 lutego 2018 r.;
- b) na dzień 1 stycznia 2019 r. 65 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 28 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin wizyty przypadła na 8 marca 2019 r., a dla przypadków „pilnych” 15 stycznia 2019 r.;
- c) na dzień 1 stycznia 2020 r. 112 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 84 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin wizyty przypadła na 23 marca 2020 r., a dla przypadków „pilnych” 6 marca 2020 r.;
- d) na dzień 1 stycznia 2021 r. 80 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „stabilny” i 62 dni dla pacjentów z kategorią medyczną „pilny” – pierwszy wolny termin wizyty przypadła na 26 lutego 2021 r., a dla przypadków „pilnych” 5 lutego 2021 r.

(akta kontroli str. 138-139)

1.5. Analiza próby zatrudnionego w Oddziale Geriatrycznym personelu medycznego w sierpniu w latach 2017-2020 wykazała, że zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Leczenia Szpitalnego²¹ w Oddziale Geriatrycznym zatrudniono na etatach więcej lekarzy specjalistów geriatry niż wymagany postanowieniami rozporządzenia równoważnik jednego etatu, tj. odpowiednio: siedmiu lekarzy specjalistów geriatry w wymiarze 7,6 etatu, ośmiu lekarzy specjalistów geriatry [6,2 etatu], sześciu lekarzy specjalistów geriatry [5 etatów] i sześciu lekarzy specjalistów geriatry [5 etatów].

Odnosnie do zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale Geriatrycznym, wymagany ww. rozporządzeniem równoważnik wynosił co najmniej 0,6 etatu na jedno łóżko, co w przeliczeniu na 44 łóżka w Oddziale wymagało zatrudnienia pielęgniarek w wymiarze 26,4 etatu. W Oddziale zatrudniano odpowiednio 30 pielęgniarek [25,2 etatu, co stanowiło 95,6 % wymaganego stanu], 35 pielęgniarek [27,3 etatu, co stanowiło 103,4 % wymaganego stanu], 29 pielęgniarek [22,5 etatu, co stanowiło 85,2 % wymaganego stanu], 25 pielęgniarek [19,5 etatu, co stanowiło 73,9 % wymaganego stanu].

W Oddziale zatrudniano wymagany co najmniej równoważnik dwóch etatów pielęgniarek specjalistek m.in. pielęgniarstwa geriatrycznego, tj. odpowiednio dwie pielęgniarki [2 etaty], jedna pielęgniarka geriatry i jedna pielęgniarka specjalista opieki długoterminowej [2 etaty], pięć pielęgniarek [5 etatów] i cztery pielęgniarki [4 etaty].

²¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm. Dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń LSZ”.

W sprawie niezapewnienia wymaganej obsady etatowej pielęgniarek, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „(...) Szpital realizuje świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w oddziale w inny sposób niż wyłącznie zatrudnienie pielęgniarek, tj. poprzez pracę zespołu składającego się z pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz wspomagająco również ratowników medycznych. Łączne zatrudnienie tych grup zawodowych zapewnia sprawowanie opieki nad pacjentem w oczekiwanym wymiarze, co z perspektywy wzmożonych potrzeb opiekuńczych wobec pacjenta niesamodzielnego odgrywa bardzo istotnej rolę w realizacji planu pielęgnacyjnego i przy współpracy z zespołem pielęgniarstwa pozwala na efektywną realizację jego założeń. Tworząc zasady wskaźnika zatrudnienia nie wzięto pod uwagę specyfiki oddziałów geriatrycznych, opieki długoterminowej itp., w których czynności opiekuńcze stanowią dużą część wykonywanych zadań wobec pacjenta i które mogą być wykonane przez fachowy personel medyczny inny niż pielęgniarki. Wobec kryzysu kadrowego w dostępie do pracowników w zawodzie pielęgniarka, Szpital podjął decyzję o utrzymaniu modelu zapewnienia wymaganej normy zatrudnienia łącząc stanowiska pielęgniarki oraz opiekuna medycznego, dążąc tym samym do podnoszenia kwalifikacji fachowego zespołu pielęgniarstwa (specjalizacja geriatryczna) oraz do zwiększania zatrudnienia w zespole pielęgniarstwa w miarę posiadanych możliwości finansowych spełnienia oczekiwań płacowych przedstawicieli tego zawodu”.

W związku z ww. wyjaśnieniami ustalono²², że w latach 2017 - 2018 w Oddziale nie zatrudniono opiekunów medycznych, natomiast w kolejnych latach 2019 – 2020 zatrudniono po 11 opiekunów medycznych [10,5 etatu]. Biorąc pod uwagę zapisy działu 2.4. pkt 11, ppkt 11.3 Standardów postępowania w opiece geriatrycznej²³, w których zapisano, że w skład zespołu geriatrycznego oddziału wchodziła minimum jedna pielęgniarka na trzy łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony był jeden opiekun medyczny (minimum jeden na siedem łóżek) stan zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek i opiekunów medycznych zapewniał należytą opiekę nad pacjentami.

Zgodnie z wymogami rozporządzenia²⁴ w latach 2017-2020 Szpital zatrudniał odpowiednio: jednego fizjoterapeutę [1 etat], jednego fizjoterapeutę [1 etat], dwóch fizjoterapeutów [1,6 etatu] i trzech fizjoterapeutów [2,6 etatu] oraz w 2017 r. jednego psychologa [0,53 etatu] i w latach 2018 -2020 po dwóch psychologów [1,5 etatu]²⁵.

Analiza wykazała, że lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w sierpniu lat 2017 – 2020 byli wymienieni w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia - Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach²⁶. Zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁷, zmiany w dostępnym personalu ujęte w portalu Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji były wprowadzane bez zbędnej zwłoki w trybie dodania nowej osoby lub usunięcia osoby z personalu. Ustalono, że w ww. okresie dokonano ogółem sześciu zmian, w tym pięć osób zostało usuniętych²⁸ i jedna osoba została dodana²⁹.

Czas pracy lekarzy zatrudnionych w tym okresie w Oddziale Geriatrii na podstawie umów o pracę był zgodny z postanowieniami art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia

²² Na podstawie Portalu potencjału – listy personalu zatrudnionego na dzień 1 i 31 sierpnia lat 2017-2020.

²³ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33-47). Dalej „Standardy opieki geriatrycznej”.

²⁴ Równoważnik, co najmniej jednego etatu o kwalifikacjach wskazanych w tym rozporządzeniu.

²⁵ Wymagany równoważnik, co najmniej 0,5 etatu.

²⁶ Dalej „NFZ”

²⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., dalej „rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów”

²⁸ Lekarz specjalista geriatrii i pielęgniarka [10 sierpnia 2018 r.]; lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lekarz specjalista radiolog i opiekunka medyczna [9 sierpnia 2019 r.].

²⁹ Pielęgniarka [27 sierpnia 2019 r.]

2011 r. o działalności leczniczej³⁰ i nie przekraczał przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym, przy czym w Oddziale miał zastosowanie przepis art. 94 ust. 1-3 i w związku z rodzajem oraz organizacją pracy. W badanej próbie ogółem odnotowano 93 przypadki wydłużenia wymiaru czasu pracy do 12 godzin na zmianie dziennej od godz. 8⁰⁰ – 20⁰⁰ (w latach 2017-2020 odpowiednio: 26, 26, 21 i 20 przypadków).

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Dyrektor Szpitala ustaliła dla Oddziału Geriatrycznego minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w planie zatrudnienia na lata 2020-2021.

Pozostałe plany za okres objęty kontrolą nie zostały przedstawione do kontroli. Dyrektor Szpitala wyjaśniła w tej sprawie, że „W latach 2017-2019 plan zatrudnienia był przygotowywany, jako element kalkulacji kosztów operacyjnych przy planowaniu budżetu jednostki na dany rok kalendarzowy i nie przybierał formy osobnego dokumentu. Od 2020 w Szpitalu opracowywany jest plan zatrudnienia, z którego wynika norma zatrudnienia pracowników, w tym pielęgniarek i położnych. Dodatkowo plan na 2021 r. został przyjęty przez Zarządzenie Dyrektora Szpitala a norma zatrudnienia pielęgniarek w oddziale geriatrycznym stanowi przedmiot porozumienia między Spółką a Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych warunkujący uzgodnienie kwoty na odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych na rok 2021.”

(akta kontroli str. 551-554, 555-567, 568-573, 574-685)

Analiza dokumentacji zasobów kadrowych Poradni Geriatrycznej w latach 2017-2020 (na dzień 31 grudnia) i w 2021 r. (na dzień 30 czerwca) wykazała, że wszyscy lekarze przyjmujący pacjentów w Poradni posiadali specjalizację w dziedzinie geriatry i mieli odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń w Poradni Geriatrycznej³¹.

Liczba lekarzy udzielających porad w Poradni w 2017 r. wynosiła cztery osoby [0,74 etatu, w tym poszczególni lekarze: 15 godz. tygodniowo [0,39 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu], pięć godz. tygodniowo [0,13 etatu] i cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu].

W 2018 r. porad udzielało czterech lekarzy [0,75 etatu], w tym poszczególni lekarze: 19 godz. tygodniowo [0,5 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu], jedną godz. tygodniowo [0,03 etatu] i cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu].

W 2019 r. porad udzielało trzech lekarzy [0,66 etatu], w tym poszczególni lekarze: 16:30 godz. tygodniowo [0,43 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,13 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu].

W 2020 r. porad udzielało trzech lekarzy [0,67 etatu], w tym poszczególni lekarze: 16:30 godz. tygodniowo [0,43 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu], pięć godz. tygodniowo [0,13 etatu].

W 2021 r. (według stanu na 30 czerwca) porad udzielało trzech lekarzy [0,67 etatu], w tym poszczególni lekarze: 16:30 godz. tygodniowo [0,43 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,13 etatu], cztery godz. tygodniowo [0,11 etatu];

(akta kontroli str. 658-662, 663-668)

Analiza świadczeń wykonanych w Poradni Geriatrycznej w sierpniu, w latach 2017-2020 wykazała, że Poradnia zgłaszała w tym okresie nieobecność lekarzy do NFZ oraz zgodnie z wymogami § 9 pkt 3 zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji

³⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

³¹ Wszyscy lekarze byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych.

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS³² w przypadku nieobecności lekarza (urlop planowany) informowano świadczeniobiorców o nieobecności i sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja była udostępniana w miejscu udzielania świadczeń (Poradni) oraz w siedzibie świadczeniodawcy (część administracyjna).

Z zestawienia personelu Poradni Geriatrycznej wynikało, że nie było przerw w udzielaniu świadczeń, tj. w okresie przebywania lekarzy na urlopie świadczenia były udzielane w Poradni w tym okresie przynajmniej przez jednego lekarza specjalistę geriatry.

(akta kontroli str. 574-575, 668-669)

W okresie objętym kontrolą dwoje z ww. lekarzy Poradni Geriatrycznej brało udział w następujących szkoleniach i konferencjach:

Jeden lekarz – rokroczne Konferencje Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Krakowie [2017 – 2021], Barbórkowe spotkania geriatryczne w Katowicach [2017 – 2020], Konferencja nt. „Nowości terapii w hipertensjologii i kardiologii” w Katowicach [2017], Konferencja nt. „Geriatryka i opieka długoterminowa w praktyce”, edycja III i edycja IV w Krakowie [2018 - 2019], Kongres niewydolności serca i Kongres „Nowości w medycynie Geriatrycznej” Kraków [2019] oraz XIX Łódzkie warsztaty Psychogeriatryczne [2021].

Drugi lekarz – szkolenia nt. „Opieka paliatywna nad chorymi z niewydolnością krążenia”, „Aktualizacja kryteriów Beersa wg. Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego, IV konferencja „Otępienie w praktyce” [2020] i „Zaburzenia czynności tarczycy w wieku podeszłym”, „Cerebrolizyna”, „Samobójstwa u osób w podeszłym wieku”, Łódzkie warsztaty Psychogeriatryczne [2018].

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „Spółka nie wymaga od pracowników/ współpracowników dostarczania dokumentów potwierdzających samokształcenie, jeżeli nie kieruje ich na szkolenia lub konferencje”

(akta kontroli str. 698-706)

1.6 Analiza próby czterech miesięcy (sierpień w latach 2017-2020) wykazała, że w Oddziale Geriatrii zatrudniano lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych. I tak w 2017 r. spośród czterech lekarzy, jeden lekarz dyżurował bez przerwy przez 36 godzin [12h pt./24h sob.], w 2018 r. spośród sześciu lekarzy, jeden lekarz dwukrotnie dyżurował bez przerwy przez 36 godzin [12h pt./24h sob.] i jeden lekarz dwukrotnie dyżurował przez 36 godzin [24h sob./12h nd.], w 2019 r. spośród siedmiu lekarzy, jeden lekarz czterokrotnie odbył dyżury bez przerwy przez 36 godzin każdy [12h pt./24h sob.], i jeden lekarz dyżurował bez przerwy przez 36 godzin [24h nd./12h pon.] i w 2020 r. spośród siedmiu lekarzy, jeden lekarz dyżurował dwukrotnie bez przerwy przez 36 godzin [12h pt./24h sob.], jeden lekarz odbył dyżur bez przerwy przez 36 godz. [24h so./12h nd.], a jeden odbył dyżur bez przerwy w wymiarze 48 godzin [24h sob./24h nd.]. Pozostały czas pracy przepracowany przez tych lekarzy w Oddziale nie przekraczał jednorazowo 24 godzin.

W sprawie czasu pracy ww. lekarzy Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „Czas pracy na dyżurach lekarskich lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych tylko sporadycznie jest dłuższy niż 24 godziny. Z reguły dotyczy to okresów urlopowych (wszystkie wymienione sytuacje dotyczą miesiąca sierpnia). Dyżury trwające dłużej niż 24 godziny odbywają się za zgodą a często z inicjatywy lekarzy zatrudnionych w tej formie. Braki kadrowe, o których wiadomo powszechnie, nie

³² Wcześniejsze zarządzenie Prezesa NFZ nr 22/2018/DSOZ z dnia 14 marca 2018 r.

pozwalają na obsadę dyżurów z uwzględnieniem ich trwania nie dłużej niż 24 godziny. Tryb pracy Szpitala tzn. przyjęcia planowe, funkcjonowanie Izby przyjęć w godzinach 8-15:00, brak przyjęć w trybie ostrym nie powoduje obciążenia ponad miarę. Jest możliwość wypoczynku lekarza dyżurującego w porze nocnej. Z uwagi na okres urlopowy obłożenie łóżek jest z reguły mniejsze niż 70%.

Lekarze zatrudnieni w Poradni Geriatrycznej udzielali świadczeń w ww. okresie w wymiarze od jednej do 19 godzin tygodniowo.

Tyko jeden z lekarzy udzielał świadczeń medycznych w Oddziale Geriatrii oraz w Poradni Geriatrycznej. Ustalono³³, na podstawie badanej próby, że:

- w dniach 2 i 9 sierpnia 2019 r. lekarz ten pracował w Oddziale w godzinach od 8:00 do 15:35 (symbol „R” w grafiku powykonawczym Oddziału) i przyjmował pacjentów w Poradni Geriatrycznej od godziny 14:00 do 18:30 i 17:30. W dniach 21 i 28 sierpnia 2020 r. lekarz pracował w Oddziale w godzinach od 8:00 do 15:35 (symbol „R” w grafiku powykonawczym Oddziału) i przyjmował pacjentów w Poradni Geriatrycznej od godziny 14:00 do 17:30 i 17:00. W żadnym dokumencie nie stwierdzono precyzyjnego rozliczenia czasu pracy w ww. dniach w celu kontrolnego ustalenia czy lekarz łączył lub nie łączył wykonywanie pracy w Oddziale i w Poradni w tym samym czasie.

W zakresie prowadzenia ewidencji czasu pracy lekarza zatrudnionego w Oddziale Geriatrycznym i w Poradni Geriatrycznej oraz sposobu weryfikacji jego czasu pracy, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „(...) lekarz udziela świadczeń medycznych na rzecz EMC Silesia sp. z o.o. na podstawie umowy cywilno-prawnej (kontrakt). Zapisy umowy określają przewidywany czas pracy, jednak ta sama umowa określa, że wynagrodzenie z tytułu udzielanych świadczeń jest należne za faktycznie udzielone świadczenia (wynagrodzenie nie jest za gotowość do udzielania świadczeń w określonym przedziale czasu, ale za faktycznie wykonanie usługi (poradnia geriatryczna) / czas udzielania świadczeń (oddział geriatryczny)). Spółka prowadzi ewidencję czasu pracy w odniesieniu do umów cywilno-prawnych na poziomie ilości przepracowanych godzin (nie oczekuje ewidencji czasu rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń). (...) lekarz raportuje wykonanie udzielonych świadczeń poprzez podanie ilości godzin udzielanych świadczeń na rzecz oddziału geriatrycznego oraz wartości udzielanych świadczeń na rzecz poradni geriatrycznej”.

W dalszej części wyjaśnień Dyrektor Szpitala zaprzeczyła, aby ww. lekarz udzielał jednocześnie świadczeń w Oddziale Geriatrycznym oraz w Poradni Geriatrycznej i podała, że „(...) Oznaczenie na grafiku powykonawczym oddziału geriatrycznego dyżuru (...) lekarza symbolem „R” stanowi informację, że pełni on dyżur w formie dyżuru krótkiego, jednak w jego przypadku nie jest on tożsamy z czasem trwania dyżuru pracownika etatowego (8.00 -15.35).

Na potrzeby wewnętrznej organizacji pracy oraz będąc w posiadaniu informacji szczegółowej dot. obecności w oddziale uzgodnionej między (...) lekarzem a kierownikiem oddziału, informacja ta jest zrozumiała dla członków zespołu oddziału, jednak w ocenie podmiotu zewnętrznego może być myląca. Dostępność czasowa każdego lekarza udzielającego świadczeń na podstawie umowy cywilno-prawnej w grafiku powykonawczym powinna być oznaczona innym symbolem lub określeniem czasowym od - do -. Spółka dokona stosowanej korekty w tym zakresie. (...) lekarz pobiera wynagrodzenie za czas

³³ Na podstawie umowy z lekarzem zawartej 20 grudnia 2018 r., faktur za wykonane usługi (załączone wykazy z liczbą przepracowanych godzin), zestawienia / wykazu godzin wykonanych w celu ustalenia ilości etatów przeliczeniowych w sierpniu 2019 - 2020 r., w szczególności na podstawie grafika powykonawczego Oddziału oraz grafika powykonawczego świadczeń medycznych poszczególnych lekarzy Poradni Geriatrycznej i wydruku z systemu informatycznego bazy udzielonych świadczeń medycznych Rejestracji Poradni Geriatrycznej.

udzielanych usług w oddziale geriatrycznym oraz wartość udzielonych świadczeń w poradni geriatrycznej i nie ma miejsca naliczanie podwójnego wynagrodzenia za usługi świadczone przez (...) lekarza”;

- lekarz nie przyjmował pacjentów w Poradni Geriatrycznej w dniu 30 sierpnia 2019 r., pomimo, iż pracował w tym dniu w Oddziale Geriatrycznym w godzinach od 8:00 do 15:35 (symbol „R” w grafiku powykonawczym Oddziału). Dyrektor wyjaśniła w tej sprawie, że lekarz w tym dniu „(...) miał zgłoszony urlop w ramach poradni geriatrycznej. Udzielanie świadczeń na Oddziale, mimo zgłoszonej uprzednio nieobecności wynikało z potrzeb kadrowych i lekarz był „ściągnięty z urlopu” do pracy na Oddziale”;
- z wykazu godzin wykonanych w celu ustalenia ilości etatów przeliczeniowych za miesiąc sierpień 2019 i 2020 r. wynikało, że lekarz udzielał świadczeń w Poradni Geriatrycznej odpowiednio 6 godzin [dwa dni] i 5,5 godziny [dwa dni], pomimo, iż w umowie zobowiązał się do m.in. świadczenia usług medycznych, w miesiącu w Poradni Geriatrycznej, w wymiarze 16 godzin i biorąc pod uwagę, że lekarz przez połowę ww. miesiący przebywał na urlopie nie zaplanowano i nie wymagano, aby przepracował połowy godzin wynikających z zawartej z nim umowy tj. po 8 godzin, co mogło mieć wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „Głównym elementem określającym możliwość skrócenia kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń jest wartość środków przeznaczonych przez NFZ na cel udzielania świadczeń. Świadczeniodawca w pełni realizuje umowę z NFZ w zakresie wykorzystania powierzonych środków, dlatego też, w szczególności w okresie wakacyjnym, ograniczenie ilości godzin pracy poradni geriatrycznej w związku z urlopem lekarza, nie wpływa na możliwość przyjęcia niniejszej ilości pacjentów w skali całego roku. Tym bardziej, że w okresie wakacyjnym pacjenci również w mniejszym stopniu korzystają ze świadczeń w ramach poradni geriatrycznej”.

(akta kontroli str.576-585, 646-657, 681-697)

1.7 Oględziny Przychodni Wielospecjalistycznej Szpitala³⁴ wykazały, że pacjentom udostępniono informacje określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, tj. informację o godzinach i miejscu udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informację na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych³⁵.

Wewnątrz budynku Przychodni na tablicach informacyjnych umieszczono wszystkie informacje wymagane w § 11 ust. 4 ww. rozporządzenia, w tym informacje dotyczące: imion i nazwisk osób kierujących pracą Przychodni; imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania (harmonogram przyjęć pacjentów w gabinecie geriatrycznym był zgodny z informacjami przekazywanymi do NFZ); zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy; praw pacjenta; zasad potwierdzania prawa do świadczeń; adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego; adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Funduszu; adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki

³⁴ Dalej „Przychodnia”.

³⁵ <https://www.emc-sa.pl/nasze-placowki/katowice-szpital-geriatryczny-im-jana-pawla-ii>. Na terenie Szpitala stworzono wszelkie udogodnienia dla osób starszych i osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, w tym m.in. podjazdy bez barier i windy.

zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia; informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Dodatkowo na tablicy ogłoszeń umieszczono informację dotyczącą zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporad.

Ustalono, że w informacji w Poradni, w tym na drzwiach gabinetu nr 10 zapisano, że jeden z lekarzy geriatrów przyjmuje w piątki od godziny 13:00 do 18:00, co dawało w skali miesiąca sierpnia 2021 r. 20 godzin. Informacja była zgodna z danymi wykazanymi do NFZ, jednak niezgodna z umową świadczenia usług medycznych zawartą z lekarzem, w której lekarz zobowiązał się udzielać świadczeń medycznych w Poradni w wymiarze 16 godzin miesięcznie. Dyrektor Szpitala wyjaśniła w tej sprawie, że „Zapis umowny dot. 16 godzin pracy w poradni geriatrycznej wobec zgłoszenia 20 godzin dostępności w ramach poradni geriatrycznej do NFZ stanowi błąd zapisu umowy. Lekarz przyjmuje w godzinach pracy poradni zgłoszonych do NFZ i udziela świadczeń pacjentom zapisanym do poradni na dany dzień”.

(akta kontroli str.349-358)

1.8 Oględziny wykazały, że Szpital dysponował odpowiednimi dla wykonywanej działalności leczniczej w zakresie geriatryi pomieszczeniami i był wyposażony w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną.

a) Zgodnie z art. 22 ust. 1-2 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia i urządzenia Szpitala odpowiadały wymaganiom odpowiednim dla wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie geriatryi, w zakresie warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych.

Zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁶, pomieszczenia Szpitala były zlokalizowane w zespole czterech budynków, w których znajdowały się:

- budynek A – Zespół przychodni specjalistycznych, w tym Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej³⁷, Poradnie specjalistyczne (m.in.: Poradnia Geriatryczna), recepcja, część administracyjna;
- budynek B – pracownia RTG i dentyometrii;
- budynek C – Izba przyjęć do Szpitala, gabinety lekarskie, gabinet zabiegowy, oddziały szpitalne;
- budynek D – Oddział Geriatryi (zlokalizowany na dwóch piętrach), Oddział rehabilitacji, Centrum badawczo rozwojowe, Dzienny dom opieki medycznej.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń Szpitala umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie (§ 16 ww. rozporządzenia).

Oględziny pomieszczeń Oddziału Geriatryi Szpitala³⁸ wykazały, że stosownie do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu m.in.:

- Izba przyjęć Szpitala miała bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd dla jednego pojazdu. W skład Izby przyjęć wchodził

³⁶ Dz. U. poz. 595, ze zm.

³⁷ Dalej „POZ”.

³⁸ Szczegółowym oględzinom poddano po trzy sale, w których przebywali pacjenci na każdym piętrze.

punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia; pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala; pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,

- Oddział zlokalizowany był na pierwszym³⁹ i drugim⁴⁰ piętrze budynku, pacjenci mieli dostęp do windy, nie stwierdzono barier architektonicznych dla ruchu osób niepełnosprawnych, ciągi komunikacyjne i korytarze były „oporęczowane”; Oddział był wyposażony w odpowiednie oświetlenie w nocy (w pokojach łóżkowych oświetlenie przypodłogowe), system przywoławczy w salach chorych oraz pomieszczeniach sanitarno-higienicznych był sprawny, a reakcja personelu następowała bez zbędnej zwłoki⁴¹,
- w pokojach łóżkowych zapewniono dostępność do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych; odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów; łóżka miały regulowaną wysokość z możliwością założenia drabinek; szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka; wszystkie pokoje łóżkowe były wyposażone w węzły sanitarne, w tym miskę klozetową, w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki; meble w pomieszczeniach umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję; połączenie ścian z podłogami było wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję; w pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp światła dziennego,
- pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi wyposażone były w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, wyposażone były w zlew z baterią,
- każde pomieszczenie sanitarne ogólne (poza salami chorych) wyposażone było w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki,
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone były w natrysk przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- punkty nadzoru pielęgniarskiego zlokalizowane były w miejscu zapewniającym możliwość obserwacji (w centralnej części oddziału, zlokalizowany na każdej kondygnacji) a obok tych punktów zlokalizowano gabinety zabiegowe,
- na potrzeby pacjentów były wykorzystywane przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne (osiem urządzeń); wózki dla osób niepełnosprawnych; podnośniki (dwa urządzenia); materace przeciwoleżynowe (10 sztuk),
- Oddział miał dostęp do sali rehabilitacyjnej zlokalizowanej na parterze budynku oraz miał dostęp do sprzętu do fizykoterapii takiego jak aparaty do

³⁹ 11 pokoi łóżkowych (w tym 9 sal x 3 łóżka; 1 sala x 2 łóżka; 1 sala x 1 łóżko) 30 łóżek.

⁴⁰ 9 pokoi łóżkowych (w tym 8 sal x 3 łóżka; 1 sala x 2 łóżka, 1 sala x 1 łóżko) 27 łóżek.

⁴¹ W trakcie oględzin dokonano za zgodą Naczelnej Pielęgniarki Oddziału próbnego przywołania personelu z pomieszczenia łazienki w Sali chorych oraz z Sali chorych.

krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa i laseroterapii,

- przy Oddziale zlokalizowano świetlicę dla pacjentów, spełniającą funkcję jadalni (w dniu oględzin wszyscy pacjenci z uwagi na zagrożenie epidemiologiczne [COVID – 19] spożywali posiłki w swoich pokojach),
- pacjentom zapewniono poczucie intymności i godności (pokoje diagnostyczne, Izba przyjęć wyposażone były w informacje o trwającym badaniu, okna na wszystkich piętrach były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych),
- instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji posiadały aktualne okresowe badania techniczne (udokumentowane) przeprowadzane zgodnie z zaleceniami producenta,
- W Oddziale wydzielono pomieszczenie do składowania bielizny czystej; pomieszczenie do składowania bielizny brudnej; pomieszczenie na odpady.

W okresie objętym kontrolą Państwowa Inspekcja Sanitarna nie kontrolowała Oddziału geriatrycznego w zakresie spełniania wymogów, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str.185-285)

W strukturze organizacyjnej Szpitala oraz z umowy zawartej z NFZ nie wynikało żeby Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych w ambulatorium.

Oględziny Przychodni wykazały, że poza jednym gabinetem geriatrycznym (w którym świadczeń udzielało trzech lekarzy specjalistów geriatrici), w Poradni wydzielono jeden gabinet pobrań / zabiegowy oraz jeden gabinet zabiegowy.

Pacjentom Poradni zapewniono poczucie intymności i godności (gabinet geriatryczny wyposażony był w wywieszoną plakietkę informacyjną o trwającym badaniu, a okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych).

W okresie objętym kontrolą Państwowa Inspekcja Sanitarna nie kontrolowała Poradni specjalistycznej Szpitala w zakresie spełniania wymogów, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str.185-348)

b) Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały warunkom określonym w umowie z NFZ

Oględziny wykazały, że Poradnia Geriatryczna miała dostęp do sprzętu i aparatury medycznej wymaganej pkt 10, załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej⁴². I tak w miejscu udzielania świadczeń Poradnia dysponowała glukometrami [4 szt.] i miała dostęp do aparatu EKG z zestawem spirometrycznym oraz aparatu USG z trybem m.in. badania naczyń krwionośnych z wykorzystaniem zjawiska Dopplera.

Szpital posiadał na wyposażeniu sprzęt wymagany w pkt 20 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń LSZ, tj. w miejscu udzielania świadczeń kardiomonitor oraz w lokalizacji - aparat EKG 12 - odprowadzeniowy.

Zgodnie z art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁴³ EMC posiadało dokumentację działań serwisowych sprzętu i urządzeń medycznych, w tym m.in. aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań i sprawdzeń oraz dokumentację określającą terminy wykonania następných działań w tym zakresie wynikających z instrukcji używania lub zaleceń

⁴² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń AOS”.

⁴³ Dz. U. z 2020 r. poz. 186, ze zm.

podmiotów, które wykonywały te czynności. Ww. sprzęt był serwisowany w wymaganych terminach w całym okresie objętym kontrolą, był sprawny i posiadał aktualne przeglądy techniczne.

(akta kontroli str.185-296, 332-348, 709-842)

1.9 Badania RTG oraz densytometrii kręgosłupa i kości udowej pacjentów w EMC wykonywano we własnej pracowni zlokalizowanej w budynku B.

Na potrzeby wykonywania badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych EMC zawarła umowy z podmiotami zewnętrznymi zlokalizowanymi w Katowicach:

- badania laboratoryjne - analityczne, biochemiczne, immunologiczne, infekcyjne, cytologiczne, mikrobiologiczne, w kierunku prątką gruźlicy, autoimmunologicznych, mikologicznych⁴⁴;
- badania endoskopowe - m.in. gastroscopia, kolonoskopia, wycinki hist- pat.⁴⁵;
- badania obrazowe ultrasonograficzne - USG stawów; USG: tarczyce, śliniaki, brzuch, miednica mała; przepływy Dopplera⁴⁶;
- badania obrazowe – tomografia komputerowa⁴⁷;
- badania obrazowe - tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny⁴⁸;
- badania histologiczno-patologiczne - m.in. badań histopatologiczne, cytologiczne, biopsje⁴⁹.

(akta kontroli str.296-331)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

EMC zapewnił odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu, który spełniał warunki, co do liczby (poza personelem pielęgniarskim) i wykształcenia.

Sporadycznie występujące przypadki pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych powyżej 24 godzin bez przerwy nie miały wpływu na jakość świadczonej opieki. W Poradni udostępniono pacjentom wszelkie wymagane informacje.

EMC dysponowała odpowiednimi do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, przewidzianymi przepisami prawa pomieszczeniami i była wyposażona w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną. Pomieszczenia spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Pacjentom zapewniono poczucie intymności i godności, a pacjentom w podeszłym wieku i niepełnosprawnym zapewniono wszelkie udogodnienia w poruszaniu się, w tym korzystania z pomieszczeń sanitarnych.

Użytkowany w jednostce sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały warunkom określonym w umowie z NFZ, był sprawny i terminowo poddawany wymaganym przeglądom.

W Poradni Geriatrycznej zapewniono dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.

⁴⁴Umowa z dnia 3 stycznia 2011 r.

⁴⁵ Umowa z 28 stycznia 2020 r.

⁴⁶ Umowa nr 2/2016 z dnia 2 lutego 2016 r.

⁴⁷ Umowa nr 4/2011 z dnia 3 października 2011 r.

⁴⁸ Umowa z dnia 16 września 2010 r.

⁴⁹ Umowa nr ZWPS/DL/47/2019 z dnia 15 lutego 2019 r.

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

2.1. Harmonogramy przyjęć i listy oczekujących były prowadzone w formie elektronicznej i zawierały wszystkie niezbędne dane wynikające z art. 19a-20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁰.

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynika, że: *w przypadku zwolnienia się miejsca na liście oczekujących, propozycję realizacji porady/przyjęcia kierowano do osoby następującej z listy kolejkowej przypadków pilnych.*

Z obserwacji Dyrektor Szpitala wynika, że *w ciągu ostatniego roku całkowicie wygasa strumień skierowań w trybie normalnym. Nagminne są przypadki gdy po przekazaniu w recepcji informacji o orientacyjnym czasie przyjęcia w trybie normalnym w krótkim czasie dostarczane jest kolejne skierowanie z takim samym rozpoznaniem, lecz z adnotacją „pilne”.*

Dyrektor wyjaśniła, że: *do czasu pandemii (marzec 2020 r.) skierowanie pod względem merytorycznym weryfikował lekarz Izby Przyjęć i poprzez odręczny wpis na skierowaniu przekazywał pracownikom recepcji decyzję o wpisaniu do listy oczekujących na przyjęcie w stanie pilnym. Na tym etapie weryfikacji lekarz izby przyjęć miał możliwość wyselekcjonowania przypadków wymagających przyjęcia w trybie pilnym, przyspieszonym z uwagi na stan zagrożenia życia lub zdrowia kierowanego do szpitala. Dla transparentności tego procesu od czasu objęcia stanowiska nowego Kierownika oddziału (czerwiec 2018 r.) powołany został roboczy zespół (w jego skład wchodził ordynator, jego zastępca i starszy asystent oddziału), który kolegialnie raz w tygodniu analizował kierowane do zespołu wnioski lekarzy izby przyjęć o przyspieszenie przyjęcia.*

Opisany wyżej model pozostawiał w gestii Kierownika oddziału proporcje między przyjmowanymi z listy normalnej i pilnej. W reakcji na realny napływ rodzaju skierowań zwiększał się procent przyjmowanych z listy pilnej.

W opinii zarządzających szpitalem tak funkcjonujący tryb wystawiania skierowań dla przypadków stabilnych i pilnych wyczerpał swoje założenia i jest systemowo dysfunkcyjny. Lekarze kierują pacjentów wprowadzając adnotacje „pilne” bez żadnego weryfikowalnego kryterium, co w efekcie prowadzi do sytuacji, że z listy oczekujących na przyjęcia w trybie normalnym jest dobieranych coraz mniej pacjentów. Możliwa jest więc paradoksalna sytuacja, że z listy „stabilnej” pacjenci nie będą przyjmowani.

Opisywany wyżej praktykowany sposób przyjęć pacjentów do szpitala uległ całkowitej zmianie po wybuchu pandemii (marzec 2020 r.). Od tego momentu realizowano wytyczne Ministerstwa Zdrowia⁵¹ w sprawie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu epidemii. W początkowej fazie epidemii (marzec, kwiecień) wstrzymano przyjęcia poza przypadkami pilnymi i stanami nagłymi. Hospitalizacjami obejmowano pacjentów geriatrycznych, którym pomocy odmawiały okoliczne szpitale. Wydana rekomendacja MZ o nierealizowaniu świadczeń planowych w ogóle stawiała pod znakiem zapytania funkcjonowanie szpitala

Mimo to w okresach gdy dochodziło do ograniczenia tempa zakażeń Szpital realizował przyjęcia również z listy oczekujących w trybie stabilnym. Tym niemniej kontrakt roczny w zakresie hospitalizacji wyłącznie z powodów pandemii został zrealizowany w 84% w 2020 r.

Ostatecznie, co również wynika z wyjaśnień Dyrektor Szpitala, to do lekarza należy ocena stanu zdrowia pacjenta przedstawiającego skierowanie i w razie stwierdzenia

⁵⁰ Dz.U. z 2021 r. poz. 1285.

⁵¹ Dalej „MZ”.

zagrożenia dla zdrowia i/lub życia udzielenie porady w trybie nagłym, bądź przesunięcie pacjenta na liście oczekujących/ w harmonogramie przyjęć.

(akta kontroli str. 843-846,843-846,847-850)

W związku z powyższym niemożliwe jest dokonanie oceny czy przyjęcia na Oddział Geriatryczny oraz na wizyty w Poradni Geriatrycznej odbywały się biorąc pod uwagę kryteria sprawiedliwości i równego traktowania pacjentów.

b) Na podstawie badania próby 10 raportów⁵² dotyczących list osób oczekujących na udzielenie świadczenia (na Oddziale Geriatrycznym i w Poradni Geriatrycznej) przekazywanych na koniec miesiąca do NFZ stwierdzono, że świadczeniodawca prawidłowo przekazywał Funduszowi informacje o liczbie osób wpisanych na listy oczekujących.

(akta kontroli str. 154-166,877-878)

c) Badania przestrzegania zasad ustalania kolejności dostępu do świadczeń geriatrycznych dokonano na podstawie analizy trzech prób pacjentów wpisanych na listy oczekujących⁵³ (dwóch prób 20 osobowych – Oddział Geriatryczny i 30 osobowej próby w Poradni Geriatrycznej).

W latach 2017 – 2019 pacjenci wpisani na listę oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatryczny oczekiwali:

- pacjenci z kategorią „stabilny” (ośmioro w próbie) od 146 do 322 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 237 dni;
- pacjenci z kategorią „pilny” (12 w próbie) od 4 do 132 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 60 dni.

W okresie pandemii (lata 2020 – 2021) pacjenci wpisani na listę oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatryczny oczekiwali:

- pacjenci z kategorią „stabilny” (siedmiu w próbie) od 45 do 627 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 383 dni;
- pacjenci z kategorią „pilny” (13 w próbie) od do 3 do 371 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 42 dni.

W latach 2017 – 2021 pacjenci wpisani na listę oczekujących na wizytę w Poradni Geriatrycznej oczekiwali:

- pacjenci z kategorią „stabilny” (24 w próbie) od 0 do 168 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 70 dni;
- pacjenci z kategorią „pilny” (sześciu w próbie) od 4 do 28 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 15 dni.

Na 20 pacjentów (z próby) oczekujących na przyjęcie na Oddział Geriatryczny powyżej 60 dni oczekiwało:

- w latach 2020 – 2021 – siedmiu pacjentów (35% próby);
- w latach 2017 – 2019 - 13 pacjentów (65 % próby).

⁵² W latach 2017 - 2020 informacje przekazywane na dzień 31 grudnia i 30 czerwca, w 2021 r. informacja na 31 stycznia i 30 czerwca.

⁵³ Próby zostały wytypowane poprzez losowanie proste za pomocą „Pomocnika kontrolera” z rejestrów pacjentów Oddziału i Poradni.

Na 30 pacjentów (z próby) oczekujących na wizytę w Poradni Geriatrycznej w latach 2017 – 2021, 14 (47% próby) oczekiwało powyżej 60 dni.

(akta kontroli str. 167-172)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *pacjentom pierwszorazowym posiadającym skierowanie do poradni geriatrycznej, w momencie rejestracji skierowania, wyznaczany jest termin przyjęcia zgodnie z zasadą pierwszego wolnego terminu. Lekarz ma prawo przyspieszenia terminu udzielenia świadczenia jeżeli oceni, że stan zdrowia pacjenta tego wymaga, co stanowi główną przyczynę realizacji wizyty w terminie krótszym niż wynika to z kolejki oczekujących. Pacjenci, którzy nie chcą oczekiwać w kolejce oczekujących na pierwszy wolny termin często też decydują na pierwszą wizytę w trybie komercyjnym i wtedy termin kolejnej wizyty (dla systemu publicznego termin pierwszorazowy) jest odległy w odniesieniu do terminu rejestracji skierowania. Wielu pacjentów mimo zarejestrowania skierowania i wyznaczeniu terminu wizyty ostatecznie z wizyty rezygnuje (informując lub nie informując o tym świadczeniodawcę) lub w okresie oczekiwania następuje zgon pacjenta.*

Ponadto zdaniem Dyrektora Szpitala: *Głównym elementem określającym możliwość skrócenia kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń jest wartość środków przeznaczonych przez NFZ na ich udzielanie. Świadczeniodawca w pełni realizuje umowę z NFZ w zakresie wykorzystania powierzonych środków, dlatego też, rozkład przyjęć pacjentów do oddziału geriatrycznego w skali roku jest uzależniony nie od posiadanego potencjału, ale od wysokości kontraktu przeznaczanego przez NFZ na ten cel. Szpital faktycznie dysponował i dysponuje większym potencjałem do realizacji świadczeń niż wynika to z wartości zrealizowanych procedur.*

(akta kontroli str.851-859,860-867)

2.2 ECM nie umożliwił pacjentom umawianie się na wizyty w Poradni drogą elektroniczną, co szczegółowo opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str.555-559, 707-708)

2.3 Szpital nie ograniczył dostępu do świadczeń w okresie epidemii SARS-CoV-2. W okresie 2020 - 2021 teleporady nie były jedyną formą udzielania świadczeń przez Poradnię Geriatryczną. Lekarze byli dostępni na miejscu zgodnie z grafiką, a charakter wizyty zależał przede wszystkim od decyzji pacjenta i jego opiekunów. Jeżeli podczas teleporady omawiane problemy zdrowotne wskazywały na konieczność wizyty osobistej, pacjentowi wyznaczano termin wizyty w formie tradycyjnej.

Na podstawie badania próby 20 pacjentów⁵⁴, którym po raz pierwszy udzielono porady w Poradni Geriatrycznej w 2017 r. stwierdzono, że część porad była realizowana w sposób tradycyjny, a część miała formę teleporady. Dwóm pacjentom spośród siedmiu, którym udzielono teleporady udzielono jednej teleporady, jednemu pacjentowi udzielono dwóch teleporad, jednemu udzielono trzech teleporad, jednemu udzielono siedmiu teleporad.

Z badania próby 10 pacjentów⁵⁵, którym w okresie epidemii udzielono pierwszej porady w Poradni Geriatrycznej wynikało, że trzem pacjentom udzielono porad za pośrednictwem systemów informatycznych, lub środków łączności.

Jednemu pacjentowi (spośród trzech, którym udzielono w tym okresie teleporady) pierwsza rada została udzielona za pośrednictwem środków łączności .

⁵⁴ Próba została wytypowana na podstawie losowania prostego z list pacjentów Poradni Geriatrycznej, których pierwsza wizyta w Poradni Geriatrycznej miała miejsce w 2017 r. Losowanie przeprowadzono przy pomocy „Pomocnika kontrolera”.

⁵⁵ Próbę dobrano na podstawie losowania prostego zrealizowanego przy pomocy „Pomocnika kontrolera” z wykazu pacjentów Poradni Geriatrycznej, którym w latach 2020 – 2021 udzielono pierwszej porady.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że porada została udzielona w formie tradycyjnej, jedynie system błędnie przypisał kod porady, dlatego też była wykazywana jako porada za pośrednictwem środków teleinformatycznych i środków łączności.

(akta kontroli str. 843-846,847-850)

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r. w Poradni Geriatrycznej udzielono 1,9 tys. porad z czego 1,4 tys. miało formę tradycyjną (wizyta) oraz udzielono 577 teleporad.

W pierwszym kwartale 2021 r. w Poradni Geriatrycznej udzielono 520 porad: 336 w formie wizyt oraz 184 teleporady.

Oddział Geriatryczny zawiesił działalność w okresie od godz. 20:00 w dniu 23 października 2020 r. do godz. 7:00 w dniu 9 listopada 2020 r. z powodu zidentyfikowania ogniska epidemicznego głównie wśród pracowników Oddziału (61% absencji). O konieczności zawieszenia działalności Oddziału NFZ został niezwłocznie powiadomiony.

W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. siedmiu pacjentom odmówiono przyjęcia na Oddział Geriatryczny (dwóm osobom z powodów epidemiologicznych, trzech pacjentów nie wyraziło zgody na leczenie, jeden pacjent zasłabł przy przyjęciu – pacjenta skierowano na inny Oddział, jeden pacjent był leczony na innym Oddziale – brak wskazań do hospitalizacji na Oddziale Geriatrycznym).

Od 1 stycznia 2021 r. do 8 lipca 2021 r. 13 pacjentom odmówiono przyjęcia na Oddział Geriatryczny (ośmiu pacjentom z powodów epidemiologicznych – dodatni wynik testu na COVID-19 przy przyjęciu, jednemu pacjentowi ze względu na obecność zakażeń na Oddziale – ustalono termin przyjęcia za siedem dni, dwóch pacjentów nie wyraziło zgody na leczenie, jeden pacjent był w trakcie kwarantanny – ustalono termin przyjęcia po jej zakończeniu, u jednego pacjenta – konieczna była hospitalizacja na innym Oddziale).

(akta kontroli str.19-21,22-52,380-384,497)

2.4 Szpital prawidłowo prowadził dokumentację medyczną pacjentów leczonych na Oddziale Geriatrycznym. Z przeprowadzonego szczegółowego badania próby dokumentacji pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Geriatrycznym wynika, że⁵⁶ dokumentacja indywidualna pacjentów zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Do historii choroby pacjentów dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez pielęgniarkę, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji.

Ze szczegółowego badania próby⁵⁷ dokumentacji pacjentów, którym udzielono świadczeń w Poradni Geriatrycznej wynika, że dokumentacja, była prowadzona prawidłowo w każdym z badanych przypadków, tj. zawierała m.in.: datę porady, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza udzielającego porady. Braki stwierdzone w dokumentacji

⁵⁶ Próba dokumentacji do badania została wybrana losowo i zawierała dokumentację 30 hospitalizowanych pacjentów, w tym również pacjentów którzy rozpoczęli leczenie w okresie 2017-2020 oraz 10 hospitalizowanych w 2020 r. (w okresie pandemii).

⁵⁷ Próba składała się z losowo wybranej dokumentacji 20 pacjentów korzystających z Poradni w latach 2017-2020, w tym również pacjentów którzy rozpoczęli leczenie w tym okresie.

pacjentów dotyczyły oświadczeń pacjentów odnośnie: udzielania informacji o stanie zdrowia, wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 360-366)

2.5 W strukturze organizacyjnej Szpitala nie było Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Szpital nie realizował przyjęć w trybie nagłym, przyjęcia realizowane były w sposób planowy za pośrednictwem Izby Przyjęć.

(akta kontroli str. 140)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Szpital nieprawidłowo prowadził dokumentację pacjentów, którym udzielano świadczeń w Poradni Geriatrycznej. W dokumentacji wszystkich 20 pacjentów z badanej próby nie zamieszczano oświadczeń pacjentów o:

- wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁸, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą;
- upoważnieniu do dostępu do dokumentacji o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta;
- wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 16-18 ustawy o prawach pacjenta;

co było niezgodnie z § 8 ust. 1 pkt. 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁹.

(akta kontroli str. 360-366)

Dyrektor Medyczny wyjaśnił, że pacjenci Poradni Geriatrycznej często nie byli w stanie wypełnić oświadczeń, lub wykazywali niechęć do uczynienia tego. Zgoda pacjenta na leczenie udzielana była w sposób domniemany. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że pomimo braku pisemnych oświadczeń o możliwości udostępniania dokumentacji medycznej, prawo to nie było ograniczane. Z wyjaśnień Dyrektora Medycznego wynika, że w Szpitalu opracowywana jest procedura mająca na celu uregulowane powyższych kwestii.

(akta kontroli str. 19-21,22-52)

NIK zauważa, że pacjenci Poradni Geriatrycznej zwykle przychodzą na wizytę wraz z opiekunem, bądź przedstawicielem ustawowym, osoby te mogły pomóc pacjentowi w wypełnieniu oświadczeń. W przypadku problemów z wypełnieniem tych oświadczeń pomocą powinni służyć również pracownicy Poradni.

2. Szpital nie umożliwił pacjentom Poradni Geriatrycznej umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶⁰ zgodnie, z którym taka możliwość powinna być udostępniona pacjentom od 1 stycznia 2020 r.⁶¹.

⁵⁸ Dz.U. z 2020 r. poz. 849; dalej „ustawa o prawach pacjenta”.

⁵⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 666, ze zm.

⁶⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

⁶¹ Na podstawie art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi

Dyrektor wyjaśniła, że: „Funkcjonalność e-rejestracji dla poradni geriatrycznej była niedostępna z przyczyn błędu technicznego i funkcjonalność ta została niezwłocznie przywrócona po zidentyfikowaniu tej nieprawidłowości. Obecnie funkcja e-rejestracji jest dostępna. Aplikacja e-rejestracji dostarczona przez dostawcę szpitalnego systemu informatycznego zawiera jednak wiele wad funkcjonalnych, których dostawca nie skorygował mimo zgłaszanych uwag, przez co narzędzie to nie jest w pełni użyteczne - np. brak możliwości podania danych skierowania. Pacjenci umawiani na wizyty otrzymują sms z potwierdzeniem zarejestrowanej wizyty oraz sms'owe przypomnienie o wizycie jeden dzień przed jej terminem (o ile podadzą do kontaktu numer telefonu komórkowego)”.

(akta kontroli str.555-559, 707-708)

OCENA CZĄSTKOWA

Realizacja świadczeń była zorganizowana prawidłowo. W jednostce prowadzono harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących, które prawidłowo sprawozdawano do NFZ. Ocena prawidłowości przyjęć na Oddział i do Poradni – zgodnie z kryteriami równości i sprawiedliwości, nie jest możliwa, gdyż ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta np. poza kolejnością, podejmuje lekarz. Dokumentacja pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Geriatrycznym była prowadzona prawidłowo. Pacjentom nie zapewniono możliwości zarejestrowania się elektronicznie poprzez e-rejestrację. W trakcie kontroli uruchomiono taką możliwość, jednak system nie był w pełni funkcjonalny. Nieprawidłowo była również prowadzona dokumentacja pacjentów w Poradni Geriatrycznej – nie zawierała wymaganych przepisami prawa zgód i oświadczeń.

OBSZAR

3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

3.1 Oględziny wykazały, że pomieszczenia Oddziału były dostosowane do potrzeb osób starszych, w tym m.in. ciągi komunikacyjne i korytarze były wyposażone w poręcze, w miejscach przebywania chorych, tj. w salach chorych, w węzłach sanitarnych znajdował się sprawny system przywoławczy, dyżurki pielęgniarskie na obydwu piętrach zlokalizowano w centrum oddziału, w miejscach pozwalających na obserwację wszystkich sal chorych, co umożliwiło prowadzenie sprawnego nadzoru pielęgniarskiego.

Zgodnie ze Standardami opieki geriatrycznej, personel ww. Poradni miał dostęp do aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego, sprzętu do udzielania pierwszej pomocy, wagi lekarskiej, defibrylatora i kardiomonitora, detektorów przepływu tętniczego, zestawu do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG i rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetru, nebulizatora.

Badania RTG i densytometryczne wykonywano we własnej pracowni w budynku B [oddalony od Poradni o ok. 20 m], natomiast pozostałe badania takie jak: laboratoryjne [na terenie AOS znajdował się punkt pobrania materiału do badań], endoskopowe obrazowe (ultrasonograficzne, tomograficzne, rezonans

sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020 poz. 374), w okresie od 1 kwietnia do 31 sierpnia 2020 r. zawieszony był obowiązek nałożony na świadczeniodawców w art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Z dniem 29 listopada 2020 r. wszedł w życie art. 7ab ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, który stanowi, że w okresie obowiązywania polecenia albo nałożenia obowiązku, o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu oraz w art. 10d ust. 2 i art. 11h ust. 1-3, zobowiązującego podmioty lecznicze do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, które tym pacjentom udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku, zawieszają się wykonywanie obowiązków wynikających z art. 23, art. 23a i art. 23b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla tych zakresów.

magnetyczny), histologiczno-patologiczne zlecano na podstawie zawartych umów podmiotom zewnętrznym, o których mowa w pkt 1.9. niniejszego wystąpienia.

W Przychodni, w tym w Poradni Geriatrycznej [zlokalizowanej na pierwszym piętrze budynku A] nie stwierdzono barier ograniczających możliwość poruszania się seniorów i/lub osób niepełnosprawnych. W budynku działała winda, a ciągi komunikacyjne i pomieszczenia sanitarne uwzględniały potrzeby tych osób.

(akta kontroli str.185-254, 336-348, 349-353)

3.2. Stosownie do zaleceń wynikających ze Standardów opieki geriatrycznej w zakresie składu zespołu geriatrycznego, Szpital zatrudniał dodatkowy personel i według stanu na 31 grudnia lat 2017 – 2020 oraz w 2021 r. (na dzień 30 czerwca) w Oddziale Geriatrycznym spełniano zalecenie wynikające z ww. Standardów, tj. przez cały ww. okres ordynatorem był lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatryki.

Spełniano zalecenie, aby jeden lekarz geriatra albo lekarz, który ukończył, co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatryki przypadał na osiem łóżek. Ii tak w Oddziale jeden lekarz spełniający ww. warunki przypadał odpowiednio na 3,4 łóżka [13 lekarzy], 2,9 łóżka [15 lekarzy], 2,75 łóżka [16 lekarzy], 4,4 łóżka [10 lekarzy] i 4 łóżka [11 lekarzy].

Nie w pełni spełniono zalecenie wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, aby jedna pielęgniarka (z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej) przypadała minimum na dwa łóżka lub jedna na trzy łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony był opiekun medyczny (minimum jeden na siedem łóżek). W Oddziale zatrudniano dodatkowo w ww. okresie odpowiednio 11 opiekunów medycznych [1 na 4 łóżka], 13 opiekunów [1 na 3,4 łóżka], 13 opiekunów [1 na 3,4 łóżka], 11 opiekunów [1 na 4 łóżka] i 10 opiekunów [1 na 4,4 łóżka]. W związku z tym jedna pielęgniarka z ww. kwalifikacjami przypadała odpowiednio na 8,8 łóżka [pięć pielęgniarek spełniających wymagania], jedna pielęgniarka na 11 łóżek [cztery pielęgniarki], jedna pielęgniarka na 2,4 łóżka [18 pielęgniarek], jedna pielęgniarka na 2,75 łóżka [16 pielęgniarek] i jedna pielęgniarka na 4,8 łóżka [dziewięć pielęgniarek].

W Oddziale nie zatrudniano określonych Standardami opieki geriatrycznej magistrów rehabilitacji lub fizjoterapii, natomiast dodatkowo zatrudniano fizjoterapeutów w liczbie siedmiu [jeden fizjoterapeuta na 6,2 łóżka], dziewięciu [jeden fizjoterapeuta na 4,9 łóżka], siedmiu [jeden fizjoterapeuta na 6,2 łóżka], sześciu [jeden fizjoterapeuta na 7,3 łóżka] i sześciu [jeden fizjoterapeuta na 7,3 łóżka] i w tym zakresie spełniono zalecenie wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, które zakładało zatrudnienie minimum jednego fizjoterapeuty na 40 łóżek.

Zatrudniono psychologów w wymiarze 2 etatów [dwie osoby], 3,25 etatu [cztery osoby] i w kolejnych latach po 3 etaty [po 3 osoby], co spełniało zalecenia wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, tj. co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

Ponadto w Oddziale dodatkowo zatrudniono⁶²:

- w latach 2017 – 2020 odpowiednio: jednego ratownika medycznego [1 etat], jednego ratownika medycznego [1 etat], jednego ratownika medycznego [0,5 etatu], dwóch ratowników medycznych [0,5 etatu];
- w latach 2017 – 2020 odpowiednio: dwóch techników elektroradiologii [1,1 etatu], dwóch techników elektroradiologii [1,1 etatu], dwóch techników elektroradiologii [1,1 etatu];
- w latach 2017 – 2020 odpowiednio: farmaceutę [0,5 etatu], farmaceutę [0,5 etatu], farmaceutę [0,5 etatu];
- w latach 2017 – 2019 odpowiednio: diagnostę laboratoryjnego [1 etat], diagnostę laboratoryjnego [1 etat], diagnostę laboratoryjnego [1 etat];
- w latach 2018 – 2021 odpowiednio: dwóch dietetyków [1,75 etatu], dietetyka [0,5 etatu], dietetyka [0,5 etatu];
- w latach 2018 – 2019 odpowiednio: logopedę [0,75 etatu], logopedę [0,25 etatu].

(akta kontroli str.658-662)

3.3 Zarówno na Oddziale Geriatrycznym, jak i w Poradni Geriatrycznej stosowano procedury diagnostyczne i terapeutyczne określone w Standardach opieki geriatrycznej. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 50 pacjentów (20 będących pod opieką Poradni Geriatrycznej i 30 hospitalizowanych w Oddziale Geriatrycznym)⁶³:

- na Oddziale Geriatrycznym do oceny stanu pacjenta stosowano skale mierzące poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, neuropsychologa;
- podstawą diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w podeszłym wieku była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej;
- podczas hospitalizacji na Oddziale pacjentom zapewniono konsultacje następujących specjalistów: ortopedy, neurologa, psychiatry, ginekologa, chirurga naczyniowego, laryngologa, chirurga, rehabilitanta, hematologa, dietetyka, okulisty,
- w Poradni Geriatrycznej stosowano następujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne: zlecano badania laboratoryjne, wykonywano EKG, densytometrię kości, USG jamy brzusznej, USG Doppler tętnic szyjnych, RTG, zlecano dodatkowe badania np. wykonanie tomografii komputerowej⁶⁴ głowy i szyi;
- lekarze udzielający świadczeń w Poradni Geriatrycznej wystawiali skierowania do m.in. pracowni TK, do Poradni Psychologicznej, do Pracowni RTG i USG, do diagnostyki i leczenia w Oddziale Geriatrycznym, do Poradni schorzeń tarczycy, do pracowni fizjoterapii, Poradni Leczenia Bólu, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Kardiologicznej, Pracowni endoskopii, Poradni Neurologicznej, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej;
- wszyscy pacjenci hospitalizowani na Oddziale Geriatrycznym (których dokumentacja została poddana szczegółowemu badaniu) skorzystali z konsultacji psychologicznej. W Poradni Geriatrycznej świadczenia udzielane przez psychologa nie były kontraktowane przez NFZ. W indywidualnych przypadkach lekarz miał możliwość skorzystania z konsultacji psychologa pracującego na Oddziale;
- wszyscy pacjenci hospitalizowani na Oddziale Geriatrycznym (których dokumentacja została poddana szczegółowemu badaniu) skorzystali z pomocy

⁶² W latach 2017-2020 według stanu na 31 grudnia, a w 2021 r. według stanu na 30 czerwca.

⁶³ W tym również pacjentów którzy rozpoczęli leczenie w okresie 2017-2020 oraz 10 hospitalizowanych w 2020 r., a w przypadku Poradni Geriatrycznej próba zawierała również dokumentację pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w okresie objętym kontrolą.

⁶⁴ Dalej „TK”.

fizjoterapeuty i rehabilitanta. W Poradni Geriatrycznej, w indywidualnych przypadkach (trzy przypadki na 20 w próbie – 15%) lekarz kierował do pracowni fizjoterapeutycznej;

- objęcie opieką geriatryczną na Oddziale przyczyniało się do zmniejszenia liczby stosowanych przez pacjentów leków i/lub zmiany leków;
- lekarze świadczący opiekę na Oddziale mieli wiedzę o historii leczenia pacjentów poza Szpitalem – w historii choroby były odnotowywane istotne informacje o przebytych procesach leczenia;
- lekarze udzielający porad w Poradni Geriatrycznej mieli wiedzę o historii leczenia pacjentów poza poradnią, o leczeniu szpitalnym – w historii choroby były odnotowywane istotne informacje o przebytych procesach leczenia;
- ośmiu pacjentów z badanej próby (z 30) w okresie objętym kontrolą było kilkakrotnie hospitalizowanych:
 - a) dwukrotnie hospitalizowanych było trzech pacjentów⁶⁵;
 - b) trzykrotnie hospitalizowanych było trzech pacjentów⁶⁶;
 - c) czterokrotnie hospitalizowany był jeden pacjent⁶⁷;
 - d) jeden pacjent był hospitalizowany 11 - krotnie⁶⁸.

(akta kontroli str.367-378, 379)

3.4 W okresie objętym kontrolą przeprowadzono badania satysfakcji pacjentów zarówno na Oddziale Geriatrycznym jak i w Poradni. Wyniki ankiet satysfakcji były agregowane i publikowane kwartalnie. Podczas badania brano pod uwagę takie czynniki, jak: poziom zadowolenia ze świadczonych usług, sposób przyjęcia i czas załatwienia formalności przy przyjęciu do szpitala, kompetencje personelu i udzielanie niezbędnych informacji, czas oczekiwania w Izbie przyjęć, troskę i wyrozumiałość, udzielanie niezbędnych informacji na temat dalszego procesu leczenia, zapoznanie z oddziałem, czystość sal, czystość łazienek i toalet, czystość i stan pościeli, dogodność pory odwiedzin, oznaczenie oddziałów, jakość podawanych posiłków, informacje na temat stosowanej diety, temperaturę podawanych posiłków, uprzejmość i troskę personelu lekarskiego, przekazywanie informacji na temat przebiegu choroby, informowanie o sposobie i kolejności planowanych zabiegów i badań, dostępność lekarza, uprzejmość i troskę personelu pielęgniarskiego, pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, informowanie o planowanych zabiegach, komfort wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, poszanowanie intymności podczas zabiegów pielęgnacyjnych, szybkość reagowania na wezwania i prośby, dostępność personelu na oddziale, uprzejmość i zachowanie personelu pomocniczego, kompetencje i udzielanie niezbędnych porad rehabilitacyjnych, uprzejmość i troska personelu rehabilitacyjnego, czas oczekiwania na badanie wykonywane na terenie szpitala, wyjaśnianie celowości badania diagnostycznego, uprzejmość personelu wykonującego badania diagnostyczne oraz powód wyboru szpitala. We wszystkich kategoriach Szpital był oceniany bardzo dobrze, bądź dobrze, a pacjenci dokonywali wyboru Szpitala ze względu na lekarza i rodzinę, kolejnym z motywów dokonywania wyboru była lokalizacja Szpitala. Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzono również w okresie pandemii COVID

⁶⁵ Z tego: 1) pobyt na Oddziale Geriatrycznym w listopadzie i grudniu 2017 r., 2) pobyt na Oddziale Geriatrycznym w 2019 r. i 2021 r., 3) dwa pobyty na Oddziale Geriatrycznym w grudniu 2020 r.

⁶⁶ Z tego: 1) pobyt na Oddziale Geriatrycznym w lutym 2018 r., lipcu 2019 r. i lipcu 2021 r., 2) pobyt na Oddziale Geriatrycznym we wrześniu 2019, marcu 2020 r. i kwietniu 2021 r., 3) pobyt na Oddziale Geriatrycznym w listopadzie 2018 r., październiku 2020 r., marcu 2021 r.

⁶⁷ Pobyt na Oddziale Geriatrycznym we wrześniu 2017 r., sierpniu 2018 r., wrześniu 2019 r., czerwcu 2021 r.

⁶⁸ Pobyt na Oddziale Geriatrycznym w maju 2018 r., w sierpniu 2019 r., październiku 2019 r., styczniu, lutym, kwietniu, czerwcu, lipcu, sierpniu, wrześniu i październiku 2020 r.

– 19, jednak zaniechano generowania raportów z analizy jej wyników. Ostatni raport ukazał się w II połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 385-496)

3.5 Oddział geriatryczny/Poradnia zatrudniał w charakterze konsultantów lekarzy specjalistów z dziedzin medycyny kluczowych dla pacjenta geriatrycznego: neurologa, psychiatrę, chirurga ogólnego i naczyniowego, ortopedę, okulistę, laryngologa, urologa, ginekologa. Konsultacje odbywały się na zlecenie lekarzy Oddziału Geriatrycznego. Lekarze Poradni Geriatrycznej mieli możliwość skierowania pacjenta na konsultację.

W okresie objętym kontrolą Szpital podjął współpracę z Fundacją Biedronka w zakresie wspólnego programu poprawy żywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych. Ponadto Fundacja Biedronka ma wesprzeć Szpital w wyposażeniu pracowni diagnostycznej dla starszych pacjentów – szacowana wartość wsparcia 600 tys. zł.

Szpital nawiązywał również współpracę z Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego oraz Ministerstwem Zdrowia, aplikując o dofinansowanie na realizację projektów UE ukierunkowanych na deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej dla osób starszych lub wdrażanie wsparcia zdrowotnego i opiekuńczego dla osób starszych zagrożonych wykluczeniem społecznym (ze względu na niesamodzielność, wiek)⁶⁹.

Urząd Miasta Katowice dofinansował programy szczepień przeciwko grypie dla osób starszych oraz Realizował Program Zdrowotny III i IV wiek – który przewidywał przeprowadzenie badań profilaktycznych dla seniorów pod kątem identyfikacji zespołów geriatrycznych i rehabilitację. Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wynika, że współpraca z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie Geriatrii polega na corocznych wizytacjach Szpitala.

(akta kontroli str.19-21,23-25, 883-885)

3.6 Opieka nad pacjentami świadczona na Oddziale Geriatrycznym oraz w Poradni nie były przedmiotem kontroli prowadzonych przez inne organy i podmioty, np. NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkich lub krajowych.

(akta kontroli str. 120-137)

3.7 W okresie objętym kontrolą złożonych zostało pięć skarg dotyczących udzielanych świadczeń geriatrycznych przez Szpital. Wszystkie skargi zostały złożone w formie pisemnej, trzy z nich złożyli członkowie rodzin pacjentów (w tym jedna skarga była anonimowa), jedna została złożona przez Rzecznika Praw Pacjenta i jedna przez NFZ. Dyrekcja szpitala bezzwłocznie rozpatrywała skargi, rzetelnie wyjaśniając okoliczności opisane przez skarżących. W jednym przypadku odpowiedzi na skargę udzielono po upływie 39 dni od jej wpływu. Przyczyną opóźnienia była konieczność uzgodnienia z centralą Spółki treści odpowiedzi.

Z informacji Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że: *w latach 2017 – 2021 nie odnotowano wpływu skarg dot. działalności Szpitala lub Poradni.*

Ponadto do NFZ wpłynęła korespondencja pacjenta, w której zawarto podziękowania za bardzo dobrą opiekę szpitalną sprawowaną przez lekarzy i pielęgniarki.

(akta kontroli str. 145-153)

⁶⁹ Projekty Dzienny Dom Opieki Medycznej – Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój; Smartopieka, Szpital Domowy, Nie daj się na mecie, DOG, DOG II – Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego/ Urz. Marszałkowski. Grant Innowacje Społeczne (gry komputerowe) oraz projekt „EMC Przychodnie POZ przyjazne seniorom.”, w którym opracowano aplikację elementy całościowej oceny geriatrycznej w POZ.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Opieka geriatryczna została zorganizowana w sposób prawidłowy, uwzględniający wszelkie potrzeby pacjentów w podeszłym wieku. Badania i procedury diagnostyczne przeprowadzano zarówno na miejscu, jak i w innych ośrodkach, za każdym razem uwzględniając ograniczenia pacjentów. W Szpitalu zatrudniono dodatkowy personel medyczny uwzględniając zalecenia wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, jednak nie w pełni spełniono wymagania w zakresie zatrudnienia wykwalifikowanego personelu pielęgniarstwa. Zarówno działania Oddziału Geriatrycznego, jak i Poradni były bardzo dobrze oceniane przez pacjentów. Na świadczone usługi nie wnoszono skarg, zdarzały się natomiast pochwały przesyłane do NFZ.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

Wnioski

1. Zapewnienie umieszczania w dokumentacji pacjentów Poradni Geriatrycznej zgód i upoważnień dotyczących udzielania informacji o stanie zdrowia, wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej.
2. Udostępnienie pacjentom możliwości zarejestrowania się w Poradni Geriatrycznej w formie elektronicznej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Katowice, dnia 24 września 2021 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Kinga Kołodziejczyk
Inspektor kontroli państwowej**

.....