



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.023.03.2021

Pan  
lek. med. Włodzimierz Migacz  
Dyrektor Naczelny  
Katowickie Centrum Onkologii  
ul. Raciborska 26  
40-074 Katowice

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/21/072 Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej**

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Katowickie Centrum Onkologii w Katowicach, ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice <sup>1</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	lek. med. Włodzimierz Migacz, Dyrektor Naczelny <sup>2</sup> od 25 września 1998 r. do nadal.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.</li><li>2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatricznej.</li><li>3. Efekty opieki geriatricznej - dla pacjentów.</li></ol>
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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Beata Olejnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/176/2021 z 10 sierpnia 2021 r.</li><li>2. Witold Wilk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/175/2021 z 10 sierpnia 2021 r</li></ol> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str.1-3;8)</p>

---

<sup>1</sup> Dalej: Szpital, Centrum lub Jednostka.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor lub Kierownik.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Organizacja wewnętrznych struktur Szpitala oraz wdrożone procedury oceny geriatrycznej stosowane w Szpitalu pozwalały na skuteczne i zgodne ze standardami opieki geriatrycznej udzielanie świadczeń pacjentom korzystającym ze świadczeń medycznych oferowanych przez Centrum. Oddział Geriatryczny<sup>5</sup> jak i Poradnia Geriatryczna<sup>6</sup> były odpowiednio wyposażone, a sprzęt do udzielania świadczeń miał aktualne badania i przeglądy techniczne. Centrum zapewniło odpowiednie warunki lokalowe niezbędne do opieki nad pacjentami geriatrycznymi. Świadczeniobiorcy zarówno Oddziału jak i Poradni mieli zapewniony dostęp do badań diagnostycznych, a świadczeń udzielano w warunkach poszanowania ich prawa do godności i intymności. Ciągłość udzielania świadczeń na Oddziale i w Poradni zapewniał personel medyczny w liczbie i z wykształceniem odpowiadającym standardom. Zdaniem NIK, współpraca Poradni i Oddziału ze specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami POZ i instytucjami pomocy społecznej gwarantowała osobom objętym leczeniem zadowalający poziom opieki medycznej. W okresie objętym kontrolą, do Centrum oraz do OW NFZ<sup>7</sup> nie wpłynęły skargi na funkcjonowanie Oddziału i Poradni. NIK zwraca jednak uwagę, na niewłaściwą organizację pracy lekarzy zatrudnionych w Oddziale Szpitala, którzy łącząc zatrudnienie na umowę o pracę oraz udzielając świadczeń medycznych w formie umów cywilnoprawnych naruszają kodeksowe normy czasu wolnego przynależne lekarzom i kontynuują udzielanie świadczeń w wymiarze czasu pracy przekraczającym 24 godziny na dobę. NIK zwraca uwagę, że niezapewnienie lekarzom odpowiedniego czasu odpoczynku mogło powodować ich przemęczenie i również negatywnie wpływać na sposób udzielania świadczeń, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenia zdrowia samych lekarzy. Stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzonych elektronicznie harmonogramów przyjęć pacjentów, w tym listy oczekujących, zarówno na Oddziale jak i w Poradni, które stanowią bezpośrednie źródło danych statystycznych raportowanych do NFZ i zawierają informację o funkcjonowaniu Centrum. Powyższe dotyczy również wielomiesięcznych opóźnień, do których doszło w zgłaszaniu do OW NFZ informacji o zmianach w zakresie liczby lekarzy udzielających świadczeń medycznych w Poradni w okresie od sierpnia 2020 r. do września 2021 r.

---

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dalej: *Oddział*.

<sup>6</sup> Dalej: *Przychodnia* lub *Poradnia*.

<sup>7</sup> Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1. Organem założycielskim Szpitala było Województwo Śląskie. Centrum było wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego<sup>9</sup> oraz rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Szpital mógł, zgodnie ze Statutem<sup>10</sup> prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność, w tym działalność gospodarczą, inną niż działalność lecznicza.

Pracę Oddziału Geriatrycznego<sup>11</sup> oraz Poradni Geriatrycznej<sup>12</sup> nadzorował – zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego Katowickiego Centrum Onkologii<sup>13</sup> Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Oddziałem Geriatrycznym (jak i innymi Oddziałami Centrum), kierował i zarządzał – „Zarządzający Oddziałem”, który ponosił odpowiedzialność za działalność, organizację i sprawne funkcjonowanie Oddziału pod względem medycznym (leczniczym) i administracyjnym. Ponadto, zgodnie z zapisami Regulaminu Zarządzający Oddziałem odpowiadał m.in. za: prawidłową realizację kontraktów z OW NFZ i innymi podmiotami, rzetelną kontrolę rozliczeń powierzonych kontraktów i jakość udzielanych świadczeń.

Poradnią kierował i zarządzał „Zarządzający Poradnią” odpowiadający za: prawidłowe jej funkcjonowanie pod względem medycznym (leczniczym), organizacyjnym, finansowym, merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym. Ponadto, zarządzający poszczególnymi Poradniami odpowiadali za prawidłową realizację umów z NFZ i innymi podmiotami oraz rzetelne rozliczanie kontraktów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, a także, za jakość udzielanych świadczeń oraz efektywność pracy nadzorowanych zespołów i personelu zatrudnionego w Poradniach. 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 Śląskiego, jako Szpital onkologiczny lub pulmonologiczny. Liczba miejsc na Oddziale do lutego 2020 r. wynosiła 59, a od lutego 2020 r. 39.

Ww. liczba łóżek na Oddziale, wykazana również w Regulaminie w liczbie 39 (w tym dwa łóżka intensywnej opieki medycznej) była aktualna i zgodna danymi zawartymi w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>14</sup>. Lekarze zatrudnieni w Poradni, do dnia zmiany jej lokalizacji, przyjmowali pacjentów trzy dni w tygodniu: w poniedziałki, wtorki i środy w łącznym wymiarze 13 godzin, z czego, w poniedziałki i środy przez cztery godziny, a we wtorki przez pięć godzin.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Dalej: *Wojewoda*.

<sup>10</sup> tj. Statut Katowickiego Centrum Onkologii – Załącznik do Uchwały Nr V/12/19/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r.

<sup>11</sup> Mieszczący się w Szpitalu Geriatryczno-Onkologicznym w Katowicach przy ul. Józefowskiej 119.

<sup>12</sup> Mieszcząca się w Katowicach przy ulicy Józefowskiej 119 (w ramach Zespołu nr 2 „A”), a od dnia 18 sierpnia 2021 r. uruchomiona w nowej lokalizacji przy ul. Raciborskiej 28 (w ramach Zakładu leczniczego pn. „Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – Zespół nr 1 „A”).

<sup>13</sup> Tj. Regulaminu w brzmieniu obowiązującym w okresie prowadzenia niniejszych czynności kontrolnych, przyjętego Uchwałą nr 8/1/8/2021 Rady Społecznej Katowickiego Centrum Onkologii z dnia 22 kwietnia 2021 r.; dalej: *Regulamin*.

<sup>14</sup> Wg stanu na 24 sierpnia 2021 r.

Od 16 sierpnia 2021 r. po zmianie siedziby Poradni, porad udzielano trzy dni w tygodniu, po cztery godziny w poniedziałki, środy i czwartki od 8:00 do 12:00.

(akta kontroli str. 4-7; 9-78; 271-272; 373-390; 592-596; 724-737; 909)

2. W Centrum opracowano i stosowano procedury oceny geriatrycznej, o których mowa w § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>15</sup>. Od czerwca 2015 r. w Centrum wdrożono „Przesiewową Ocenę Geriatryczną” i „Rozszerzoną Ocenę Geriatryczną”<sup>16</sup>, stanowiące załącznik do formularza historii choroby FA-OS1-OS5-KJ1 i będące załącznikami do Standardu Akredytacyjnego SA-OS1-KJ1<sup>17</sup>. O wdrożeniu ww. Ocen, jak wyjaśnił Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, powiadomiono pracowników za pośrednictwem korespondencji wewnętrznej i zobowiązano do stosowania. Oceny fizykalne osób przyjmowanych do hospitalizacji w Centrum, sporządzono między innymi w oparciu o skalę Katza i Testy Sprawności Umysłowej (AMTS<sup>18</sup>) rekomendowane przez Towarzystwo Gerontologiczne i opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia w 2013 r.<sup>19</sup>

(akta kontroli str. 738-745)

Stosowanie ww. procedur przy przyjęciach na inne oddziały niż Geriatryczny zweryfikowano dokonując oględzin dokumentacji medycznej 15 pacjentów w wieku 65+ przyjętych<sup>20</sup> na Oddziały: Chirurgii Onkologicznej (trzech pacjentów), Chorób Płuc, Ginekologiczny i Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych (po czterech pacjentów).

Oględziny wybranej do kontroli dokumentacji medycznej 15 pacjentów z ww. Oddziałów wykazało, że przy przyjmowaniu pacjentów w wieku 65 lat i powyżej, personel medyczny stosował przyjęte w Centrum procedury oceny geriatrycznej.

(akta kontroli str. 746; 755-762)

3. Na Oddziale stosowano opracowane i zalecane w standardach postępowania w opiece geriatrycznej procedury oceny i opieki geriatrycznej, do których należały: ocena wstępna /dotycząca każdego pacjenta przyjmowanego na Oddział/, której dokonywano w oparciu o skalę: VES-13<sup>21</sup>, Katza<sup>22</sup>, Padlewskiej<sup>23</sup> i SGA<sup>24</sup>. W zależności od rozpoznanych u pacjenta przyjmowanego na Oddział problemów zdrowotnych, na Oddziale wdrażano karty i procedury: oceny i kontroli bólu, zabiegów w pracowni fizjoterapii, zapobiegania upadkom, profilaktyki odleżyn lub stosowania przymusu bezpośredniego. W ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzono badania diagnostyczne, badania dodatkowe wykonywane w pracowniach Centrum lub innych jednostkach, wdrażano leczenie farmakologiczne i prowadzono opiekę pielęgniarską. Jak wyjaśniła Zarządzająca Oddziałem, przy wypisie, każdy pacjent otrzymywał: kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zawierającą, poza ustawowymi informacjami, ocenę geriatryczną,

<sup>15</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.; dalej: rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych.

<sup>16</sup> Dalej: Oceny.

<sup>17</sup> W Szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.

<sup>18</sup> Abbreviaed Mental Test Score

<sup>19</sup> Ich celem jest określenie stanu funkcji motorycznych, poznawczych oraz stanu emocjonalnego osób w wieku kwalifikowanym do objęcia opieką geriatryczną przyjmowanych na Oddziały inne niż Geriatryczny w Centrum.

<sup>20</sup> Pacjenci przyjęci w okresie od 10 lipca 2021 r. do 10 sierpnia 2021 r.

<sup>21</sup> Vulnerable Elders Survey 13. Skala zaadaptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia, zalecana do stosowania przez świadczeniodawców na podstawie wywiadu bezpośredniego.

<sup>22</sup> Skala życia codziennego ADL.

<sup>23</sup> Karta oceny czynników ryzyka żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej hospitalizowanych.

<sup>24</sup> Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia.

psychologiczną i rehabilitacyjną, a także zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia – Kartę całościowej oceny geriatrycznej.

(akta kontroli str. 322-370)

4. W okresie objętym kontrolą (do końca I półrocza 2021 r.) ze świadczeń medycznych w Oddziale skorzystało 3 323 pacjentów, z czego: w 2017 r. – 986, w 2018 r. – 983, w 2019 r. – 860, w 2020 r. – 343 i w I kwartale 2021 r. – 151. Najliczniejszą grupą osób hospitalizowanych w ww. okresie byli pacjenci w przedziale wiekowym 81-85 lat (831 pacjentów<sup>25</sup>) i (kolejno malejąco) w przedziałach wiekowych: 86-90 lat (694<sup>26</sup>), 76-80 lat (610<sup>27</sup>), powyżej 90 lat (461<sup>28</sup>), 71-75 lat (379<sup>29</sup>), 66-70 lat (229<sup>30</sup>), 61-65 lat (110<sup>31</sup>) i do 60 roku życia (dziewięciu<sup>32</sup>).

W II półroczu 2019 r. na Oddziale hospitalizowano łącznie 424 pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy Katowic (311 osób, tj. 73,4%) następnie: Siemianowic (39 osób, tj. 9,2%), powiatu będzińskiego (12 osób, tj. 2,8%), Sosnowca (11 osób, tj. 2,6%) i Dąbrowy Górniczej (dziewięć osób, tj. 2,1%)<sup>33</sup>.

W II półroczu 2019 r. i 2020 r. hospitalizacji w Oddziale do trzech dni wymagało odpowiednio: 31 i 20 pacjentów, od czterech do siedmiu dni: 56 i 28 pacjentów, od ośmiu do 14 dni: 211 i 98 pacjentów, od 15 do 21 dni: 93 i 29 pacjentów, powyżej 21 dni: 29 i pięciu pacjentów.

W latach 2017 - 2020<sup>34</sup>, w Poradni przyjęto łącznie 3 344 pacjentów, z czego: w 2017 r. – 1 010, w 2018 r. – 986, w 2019 r. – 1 068 i w 2020 r. – 280. Najliczniejszą grupę korzystających z Poradni stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 81-85 lat (967<sup>35</sup>, tj. 29%) i dalej (malejąco) w przedziałach wiekowych: 76-80 lat (869<sup>36</sup>, tj. 26%), 86-90 lat (519<sup>37</sup>, tj. 15,5%), 71-75 lat (492<sup>38</sup>, tj. 14,7%), 66-70 lat (274<sup>39</sup>, tj. 8,2%), powyżej 90 lat (173<sup>40</sup>, tj. 5,2%), 61-65 lat (45<sup>41</sup>, tj. 1,3%) i do 60 roku życia (pięciu<sup>42</sup>, tj. 0,2%). Z 454 osób, które w II półroczu 2019 r. skorzystały z Poradni, 367 pacjentów (tj. 80,8%) stanowili mieszkańcy Katowic, 27 pacjentów (tj. 6%) stanowili mieszkańcy: Chorzowa, Bytomia – 14 pacjentów (3,1%), Rudy Śląskiej – 13 pacjentów (tj. 2,9%). Pozostałych 33 pacjentów Poradni to mieszkańcy: Będzina (cztery osoby), Czeladzi (pięć osób), Dąbrowy Górniczej (jedna osoba), Mysłowic (osiem osób), Siemianowic Śląskich (dwie osoby),

<sup>25</sup> Z czego: w 2017 r. – 232, w 2018 r. – 268, w 2019 r. – 229, w 2020 r. – 86 i w I kwartale 2021 r. – 16.

<sup>26</sup> Z czego: w 2017 r. – 260, w 2018 r. – 184, w 2019 r. – 160, w 2020 r. – 65 i w I kwartale 2021 r. – 25.

<sup>27</sup> Z czego: w 2017 r. – 119, w 2018 r. – 203, w 2019 r. – 185, w 2020 r. – 77 i w I kwartale 2021 r. – 26.

<sup>28</sup> Z czego: w 2017 r. – 238, w 2018 r. – 96, w 2019 r. – 80, w 2020 r. – 33 i w I kwartale 2021 r. – 14.

<sup>29</sup> Z czego: w 2017 r. – 80, w 2018 r. – 116, w 2019 r. – 118, w 2020 r. – 42 i w I kwartale 2021 r. – 23.

<sup>30</sup> Z czego: w 2017 r. – 51, w 2018 r. – 73, w 2019 r. – 58, w 2020 r. – 22 i w I półroczu 2021 r. – 25.

<sup>31</sup> Z czego: w 2017 r. – sześciu, w 2018 r. – 40, w 2019 r. – 25, w 2020 r. – 18 i w I półroczu 2021 r. – 21.

<sup>32</sup> Z czego: w 2018 r. – trzech, w 2019 r. – pięciu i w I kwartale 2021 r. – jeden.

<sup>33</sup> Pozostałe 42 osoby, hospitalizowane w II półroczu 2019 r. to mieszkańcy: Powiatów: bielskiego, bieruńsko-łędzińskiego, myszkowskiego, tarnogórskiego, zawierciańskiego i żywieckiego oraz mieszkańcy: Bytomia, Chorzowa, Gliwic, Jaworzna, Mysłowic, Rudy Śląskiej, Świętochłowic i Zabrze.

<sup>34</sup> W I kwartale 2021 r. nie udzielano porad w Poradni.

<sup>35</sup> Z czego: w 2017 r. – 302, w 2018 r. – 284, w 2019 r. – 310 i w 2020 r. – 71.

<sup>36</sup> Z czego: w 2017 r. – 244, w 2018 r. – 263, w 2019 r. – 296 i w 2020 r. – 66.

<sup>37</sup> Z czego: w 2017 r. – 164, w 2018 r. – 159, w 2019 r. – 147 i w 2020 r. – 49.

<sup>38</sup> Z czego: w 2017 r. – 140, w 2018 r. – 127, w 2019 r. – 175 i w 2020 r. – 50.

<sup>39</sup> Z czego: w 2017 r. – 90, w 2018 r. – 82, w 2019 r. – 81 i w 2020 r. – 21.

<sup>40</sup> Z czego: w 2017 r. – 57, w 2018 r. – 48, w 2019 r. – 53 i w 2020 r. – 15.

<sup>41</sup> Z czego: w 2017 r. – 12, w 2018 r. – 20, w 2019 r. – sześciu i w 2020 r. – siedmiu.

<sup>42</sup> Z czego: w 2017 r. – jeden, w 2018 r. – trzech, w 2020 r. – jeden.

Sosnowca (dwie osoby), Sączowa (jedna osoba), Ustronia (jedna osoba), Zabrze (trzy osoby) oraz pięć osób spoza Województwa Śląskiego.

Funkcjonowanie Poradni Centrum, zweryfikowano na próbie 20 (tj.26,7%) z 75<sup>43</sup> pacjentów zarejestrowanych pierwszorazowo w 2017 r. Stwierdzono, że w badanej próbie: dwóch skorzystało jeden raz ze świadczeń poradni, od dwóch do pięciu razy ze świadczeń skorzystało dziewięciu pacjentów, od sześciu do 10 razy ze świadczeń skorzystało czterech pacjentów, od 11 do 15 razy Poradnię odwiedziło w okresie objętym kontrolą czterech pacjentów. Tylko jeden pacjent skorzystał z porad lekarza Poradni łącznie 17 razy, a ostatnia wizyta miała miejsce 11 lutego 2020 r.

Czas oczekiwania w Centrum na udzielenie świadczeń geriatrycznych dla przypadków stabilnych i pilnych wynosił:

- na 1 stycznia 2018 r.:
  - na Oddziale– odpowiednio: dziewięć i sześć dni;
  - w Poradni– odpowiednio: 15 i dwa dni;
- na 1 stycznia 2019 r.:
  - na Oddziale– odpowiednio: 12 i 11 dni;
  - w Poradni– odpowiednio: dziewięć i dwa dni;
- na 1 stycznia 2020 r.:
  - na Oddziale– odpowiednio: 27 i 21 dni;
  - w Poradni– odpowiednio: 20 i dwa dni;

(akta kontroli str. 224-228; 371-372; 391)

5. Na 31 grudnia świadczeń medycznych na Oddziale udzielały:

- w 2017 r. – 33 osoby zatrudnione na umowę o pracę, w tym: pięciu lekarzy<sup>44</sup>, zatrudnionych w wymiarze pięciu etatów, 25 pielęgniarek zatrudnionych w wymiarze 24,03 etatu, dwóch fizjoterapeutów w wymiarze 1,02 etatu i jeden pełnoetatowy psycholog;

- w 2018 r. – 33 osoby zatrudnione na umowę o pracę, w tym: pięciu lekarzy<sup>45</sup> zatrudnionych w wymiarze pięciu etatów oraz 24 pielęgniarki zatrudnione w wymiarze 23,53 etatu, jeden fizjoterapeuta na 0,51 etatu, jeden psycholog, jeden opiekun medyczny i jedna higienistka szpitalna (każdy zatrudniony na pełny etat);

- w 2019 r. – zatrudnionych na umowę o pracę było 36 osób, w tym: pięciu lekarzy<sup>46</sup> zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, 25 pielęgniarek w wymiarze 24,06 etatu, jeden fizjoterapeuta w wymiarze 0,51 etatu, jeden psycholog na 0,49 etatu, trzech opiekunów medycznych każdy zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy i higienistka szpitalna w wymiarze jednego etatu;

- w 2020 r. – zatrudnione na umowę o pracę w Oddziale 33 osoby, w tym: pięciu lekarzy<sup>47</sup> zatrudnionych w wymiarze 4,26 etatu, 24 pielęgniarki zatrudnione w wymiarze 23,06 etatu, jeden psycholog zatrudniony na 0,26 etatu, dwóch opiekunów medycznych i jedna higienistka szpitala zatrudnieni w wymiarze jednego etatu każdy.

Na 30 czerwca 2021 r. świadczeń medycznych na Oddziale udzielały 33 osoby:

- pięciu lekarzy, zatrudnionych na umowę o pracę w łącznym wymiarze czasu pracy na 4,26 etatu;
- 24 pielęgniarki zatrudnione w wymiarze 23,53 etatu,
- jeden psycholog zatrudniony w wymiarze 0,5 etatu,

<sup>43</sup> Średni wiek pacjentów wynosił 79,4 lat.

<sup>44</sup> Czterech ze specjalizacją z geriatry i jeden ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych.

<sup>45</sup> J.w.

<sup>46</sup> J.w.

<sup>47</sup> J.w.

- dwóch opiekunów medycznych, każdy zatrudniony na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy,
- jedna higienistka szpitalna zatrudniona na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

Ww. personel medyczny, w latach 2017-2021 był wymieniony w Umowach z NFZ w Załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-Zasoby”.

Według stanu na 31 grudnia 2019 r. na Oddziale geriatrycznym, stosunek liczby łóżek (58) do liczby etatów przeliczeniowych (26,06) pielęgniarek wynosił 0,4 i był niższy o 0,2 od równoważnika etatu pielęgniarskiego wynoszącego 0,6 etatu na jedno łóżko określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych. Warunki realizacji świadczeń Centrum spełniało od lutego 2020 r., kiedy to liczba łóżek na Oddziale została zmniejszona do 39, a liczba zatrudnionych pielęgniarek w przeliczeniu na etat wyniosła 23,6.

(akta kontroli str. 269-270; 272-273; 516-583)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>48</sup>, Dyrektor Centrum ustalał w okresie objętym kontrolą, normy zatrudnienia pielęgniarek, w tym pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale<sup>49</sup>, po uprzednim zaopiniowaniu norm przez strony wymienione w pkt 1 i 2 art. 50 ww. ustawy. Normy zatrudnienia ustalano z częstotliwością, o której mowa w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. ws. sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach niebędących przedsiębiorcami<sup>50</sup>.

(akta kontroli str. 763-798)

6. Zatrudnieni na umowy cywilnoprawne lekarze, zgodnie z zapisami Regulaminu organizacyjnego Centrum, zapewniali ciągłość udzielania świadczeń na dyżurach w dni powszednie w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy, w tym w niedziele i w święta. W latach 2017-2020, dyżury w ramach zatrudnienia na umowy cywilnoprawne na Oddziale pełniło od siedmiu do dziewięciu lekarzy<sup>51</sup>, w tym pięciu równolegle zatrudnionych w Centrum w Oddziale na umowę o pracę.

(akta kontroli str. 36; 516-520; 621-708; 747-754)

Badanie grafików dyżurów pełnionych przez lekarzy na Oddziale w miesiącu sierpniu w latach 2017 – 2020, wykazało, że w ww. miesiącach pięciu z dyżurujących w ww. okresach lekarzy, 50 razy pełniło dyżury trwające ponad 24 godziny, przy czym czterech z nich pełniło te dyżury (49 razy) łącząc zatrudnienie w Centrum na umowę o pracę z zatrudnieniem na umowy cywilnoprawne. Powyższe, jako stan nieprawidłowy opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 621-639; 655-666; 799-807; 1159)

W Poradni, w okresie od 2017 r. do 5 sierpnia 2020 r. świadczeń zdrowotnych udzielało dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych na okresy od stycznia 2017 r. do końca grudnia 2018 r. i od stycznia 2019 r. do końca grudnia 2020 r. Jedna<sup>52</sup> z ww. umów została rozwiązana przez lekarza udzielającego świadczeń z dniem 6 sierpnia 2020 r. W związku z powyższym od 7 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. i od stycznia 2021 r.

<sup>48</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711. Dalej: *Ustawa o działalności leczniczej*.

<sup>49</sup> Od 1 stycznia 2019 r. wyliczenia norm zatrudnienia pielęgniarek przeprowadzano wg równoważników etatów na jedno łóżko, który dla Oddziału wynosił 0,6 etatu na łóżko. Minimalna norma zatrudnienia dla Oddziału w związku z tym wynosiła 23,4 etatu.

<sup>50</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

<sup>51</sup> W 2017 r. i 2019 r. – po ośmiu, w 2018 r. – dziewięciu i w 2020 r. siedmiu. Powyższe zweryfikowano w oparciu o wykazy lekarzy pełniących dyżury w sierpniu w latach 2017 – 2020.

<sup>52</sup> Nr 442/44/10/18 zawarta w dniu 6 listopada 2018 r.



do 26 lipca 2021 r.<sup>53</sup> świadczeń medycznych w Poradni udzielał jeden lekarz zatrudniony na umowy cywilnoprawne i równolegle zatrudniony na umowę o pracę w Oddziale nieprzerwanie w całym badanym okresie.

(akta kontroli str. 597-620; 753; 1171-1175; 1178)

Z dniem 27 lipca 2021 r. udzielanie świadczeń w Poradni, Dyrektor Centrum powierzył trzem lekarzom, zawierając z nimi aneksy do umów o pracę rozszerzające obowiązki pełnienia dyżurów na Oddziale o świadczenie usług medycznych w Poradni.

(akta kontroli str. 749-752; 823)

Danych o potencjale wykonawczym Centrum przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z NFZ<sup>54</sup> w zakresie funkcjonowania Poradni znajdujących się w Załączniku nr 2 do umowy, pomimo istotnych zmian w obsadzie kadry medycznej udzielającej świadczeń, mających miejsce w badanym okresie<sup>55</sup>, nie zaktualizowano aż do dnia 8 września 2021 r., kiedy Dyrektor Centrum zawarł z OW NFZ Aneks Nr 24 do umowy, obowiązujący w zakresie Poradni od 16 sierpnia 2021 r. tj. od dnia, w którym Dyrektor OW NFZ, wyraził zgodę na przeniesienie Poradni Centrum z ul. Józefowskiej 119 w Katowicach do nowej lokalizacji przy ul. Raciborskiej 28 w Katowicach. Korekt w zakresie personelu lekarskiego, udzielającego świadczeń nie dokonano do 17 sierpnia 2021 r. również w „Portal Potencjału” OW NFZ. Zagadnienie to szczegółowo przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 592-618; 725-737; 824-897)

Z czterech lekarzy udzielających świadczeń w Poradni w latach 2017 – 2021 dwóch posiadało specjalizację z zakresu geriatricy, a dwóch pozostałych posiadało specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. Ww. wzięły udział w czterech szkoleniach o tematyce dotyczącej geriatricy.

(akta kontroli str. 584; 588-591; 646-647; 750-752)

7. W oparciu o przeprowadzone w toku niniejszej kontroli oględziny pomieszczeń Poradni w jej nowej lokalizacji przy ul. Raciborskiej 28 w Katowicach (w budynku Poradni Wielospecjalistycznych), stwierdzono, że pacjentom nie udostępniano w miejscu udzielania świadczeń wszystkich informacji, o których mowa w § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>56</sup>. W toku oględzin stwierdzono, że świadczeniobiorcom nie udostępniono informacji o osobach kierujących pracą Poradni Wielospecjalistycznych, zasad zapisów na porady i wizyty, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, a także nie udostępniono w sposób umożliwiający świadczeniobiorcom zapoznanie się z prawami pacjenta. W pozostałych zakresach, o których mowa w § 11 w ust. 4, pkt 4, 7, 8, 9, 10, 11 pomieszczenia Poradni Wielospecjalistycznych, do których przeniesiono Poradnię spełniały wymóg ww. rozporządzenia.

Sprzęt, będący na wyposażeniu Poradni odpowiadał wymaganiom określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, umowie zawartej z OW NFZ, a także odpowiadał standardom postępowania w opiece geriatricy<sup>57</sup>.

<sup>53</sup> Na podstawie Umowy cywilnoprawnej nr 10/10/01/2021 zawartej w dniu 15 stycznia 2021 r. zawarta na okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2022 r. Strona umowy, aktualnie nie udziela świadczeń w Poradni, pozostając w gotowości do ich udzielania w zależności od potrzeb kadrowych Centrum.

<sup>54</sup> Umowa nr 121/100559/03/8/2020 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dalej: *Umowa*.

<sup>55</sup> Od października 2020 r. do września 2021 r. Dyrektor Centrum zawarł z OW NFZ osiem aneksów do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320. Dalej: *Rozporządzenie ws. owu*.

<sup>57</sup> Na wyposażeniu poradni znajdował się sprzęt dostępny w miejscu bądź w lokalizacji, na który składały się: glukometr, USG, EKG, defibrylator, aparat rentgenowski, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, waga

W zakresie wyposażenia Poradni w sprzęt, stwierdzono, że jego rzeczywista lokalizacja i dostęp nie są zgodne z danymi zawartymi w aneksie nr 24 do umowy z OW NFZ w załączniku nr 2 – harmonogram – zasoby. Różnice dotyczyły określenia miejsca dostępności: aparatów do badań USG i EKG.

Stwierdzone w trakcie oględzin ww. braki w udostępnianiu świadczeniobiorcom informacji wymaganych w § 11 ust. 4 rozporządzenia ws. owu oraz korektę danych dotyczących lokalizacji ww. sprzętu, Zarządzający Poradnią Specjalistyczną uzupełnił i skorygował w trakcie trwania czynności kontrolnych.

(akta kontroli str. 898-902; 910-929; 1024-1026; 1160-1166)

8. W wyniku przeprowadzonych oględzin pomieszczeń Oddziału, ustalono, że Oddział zlokalizowany był w Katowicach przy ul. Józefowskiej 119. W Oddziale znajdowało się dziewięć sal z łózkami dla pacjentów (łącznie 39 łóżek szpitalnych), gabinet diagnostyczno-zabiegowy, dwie izolatki, sala intensywnego nadzoru medycznego oraz świetlica. Oddział zajmował pomieszczenia na trzecim i czwartym piętrze (dla pacjentów i personelu medycznego dostępna była winda). W Oddziale znajdowały się dwa pomieszczenia do składowania brudnej bielizny (po jednym na trzecim i czwartym piętrze), magazyn do składowania czystej bielizny oraz miejsce na odpady. Wyznaczono również miejsce do przechowywania środków czystości i preparatów myjąco-dezynfekcyjnych. Na trzecim i czwartym piętrze znajdowały się pomieszczenia higieniczno-sanitarne (dla kobiet i mężczyzn), które były dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych (zamontowano poręcze/ułatwienia oraz system przywoławczy). W Oddziale zapewniono pacjentom poczucie intymności i godności (w oknach znajdowały się rolety, a łóżka przedzielono parawanami). Podczas oględzin sprawdzono prawidłowość działania systemu przywoławczego zamontowanego w sali nr 311<sup>58</sup>. System ten działał poprawnie. W bezpośrednim sąsiedztwie Oddziału znajdowała się Pracownia Fizjoterapii (na czwartym piętrze), w której była sala gimnastyczna i dwa pomieszczenia do przeprowadzania zabiegów i ćwiczeń. Pacjenci Oddziału mieli dostęp do tej Pracowni. W salach chorych<sup>59</sup>, w pomieszczeniach, w których wykonywano badania i zabiegi oraz w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych znajdowała się umywalka z dostępną ciepłą i zimną wodą, mydłem w płynie, środkiem dezynfekującym oraz ręcznikami jednorazowymi. Ponadto, pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone były w miski ustępowe i natryski oraz przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Łóżka w salach chorych były dostępne z trzech stron, a odstęp między łózkami umożliwiał swobodny do nich dostęp. W salach chorych zapewniono bezpośredni dostęp światła dziennego, a połączenie ścian z podłogami wykonane było w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. Również wykończenie mebli umożliwiało ich mycie i dezynfekcję. W Oddziale nie stwierdzono barier architektonicznych dla ruchu osób niepełnosprawnych.

(akta kontroli str. 930-937)

W wyniku przeprowadzonych oględzin Poradni stwierdzono, że znajdowała się ona w budynku Poradni Wielospecjalistycznej przy ul. Raciborskiej 28 w Katowicach.

---

lekarska, dopplerowski detektor przepływu tętniczego, zestawy do 24 godzinnej ambulatoryjnej rejestracji: EKG i ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetr, spirometr. Ponadto w gabinecie znajdował się wózek do przewozu pacjentów.

<sup>58</sup> System przywoławczy zainstalowany był w salach chorych i w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.

<sup>59</sup> Oględzinom poddano pięć sal chorych o nr: 203, 206, 207, 209 i 311.

Wejście do budynku dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych. Pacjentom zapewniono poczucie intymności i godności<sup>60</sup>.

(akta kontroli str. 898-902)

Przeprowadzona, w 2018 r., przez Państwową Inspekcję Sanitarną kontrola dotycząca m.in. spełniania wymogów na Oddziale i w Poradni, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej (tj. warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych), nie wykazała istotnych nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 957-963)

Użytkowany w Oddziale i Poradni sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały warunkom określonym w umowie z OW NFZ. W Oddziale znajdowały się m.in.: cztery kardiomitory, pięć aparatów EKG, trzy defibrylatory, aparat do USG, dwa respiratory, 10 pomp infuzyjnych (strzykawkowych), cztery zestawy AMBU, sześć zestawów do intubacji, pięć ssaków medycznych, cztery glukometry, cztery pulsoksymetry, cztery inhalatory elektryczne, dwa podnośniki, osiem materacy przeciwoleżynowych, dwa łóżka intensywnej opieki medycznej, 15 wózków dla niepełnosprawnych, 15 balkoników. Z kolei Poradnia wyposażona była m.in. w: aparat do USG, aparat do EKG, RTG, defibrylator, ciśnieniomierz, glukometr, pulsoksymetr, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, dopplerowski detektor przepływu tętniczego krwi, waga lekarska, wózek, a w lokalizacji spirometr. W Pracowni Fizjoterapii znajdował się aparat do krioterapii, aparat do ultradźwięków, trzy aparaty do elektroterapii, aparat do magnetoterapii, pięć aparatów do światłolecznictwa i aparat do laseroterapii. Wyżej wymieniony sprzęt (aparatura medyczna) posiadał aktualne przeglądy techniczne, potwierdzające ich sprawność oraz zgodność z normami i założeniami producenta.

(akta kontroli str. 898-902; 930-937)

9. W okresie kontrolowanym, Szpital zapewnił dostęp do badań i procedur medycznych wszystkim pacjentom korzystającym z jego świadczeń, zawierając ogółem 15 umów, których przedmiotem było wykonywanie na rzecz Centrum badań diagnostycznych laboratoryjnych – specjalistycznych<sup>61</sup> i badań densytometrycznych<sup>62</sup>. W przypadku umów na wykonywanie badań laboratoryjnych – specjalistycznych, przyjmujący zamówienie, w każdym przypadku, odbierał materiał do badań i dostarczał wyniki wykonanych badań do Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej Centrum przy ul. Raciborskiej. Badania densytometryczne, w badanym okresie wykonywano poza lokalizacją Centrum. Miejsca udzielania przedmiotowych świadczeń oddalone były<sup>63</sup>, w zależności od obranej trasy, od 3,7 km do 4,9 km od lokalizacji Oddziału i Poradni przy ul. Józefowskiej 119 w Katowicach, a po zmianie siedziby Poradni i przeniesieniu jej na ul. Raciborską 27 w Katowicach od 1,6 km do 2,3 km. Od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. Centrum nie posiadało stałej umowy na wykonywanie badań densytometrycznych. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w ww. zakresie nie udało się podpisać umowy na realizację badań ze względu na brak ofert. Badania u pacjentów wykonywano w trybie z wolnej ręki poza konkursem, przy czym badań densytometrycznych dla pacjentów Oddziału w okresie objętym kontrolą nie wykonywano. Dostęp do

<sup>60</sup> Pomieszczenie, w którym przyjmował lekarz geriatra wyposażono w zamek elektroniczny uniemożliwiający wejście osób nieuprawnionych podczas badania, w pomieszczeniu nie było okien, działała wentylacja grawitacyjna.

<sup>61</sup> 13 umów.

<sup>62</sup> Dwie umowy.

<sup>63</sup> Odległość pomiędzy Oddziałem Geriatrycznym i Poradnią Geriatryczną Centrum podano na podstawie danych zawartych w portalu <https://www.google.com/maps> wyliczoną dla ruchu samochodowego.

pozostałych badań diagnostycznych dla osób korzystających z Poradni zapewnił Szpital.

(akta kontroli str. 392-511; 709; 714-723; 736)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Przekroczenie przez lekarzy, udzielających świadczeń na Oddziale, czasu pracy na dyżurach trwających ponad 24 godziny na dobę w ramach łączenia różnych form zatrudnienia (zatrudnienia na umowy o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych). Powyższych przypadków przekroczenia 24 godzinnego dyżuru stwierdzono łącznie 49, badając grafiki dyżurów oraz listy obecności lekarzy łączących zatrudnienie w formie umowy o pracę i na umowy cywilnoprawne udzielających świadczeń na Oddziale w miesiącu sierpniu w latach od 2017 do 2020, z czego:

- w sierpniu 2017 r. stwierdzono 15<sup>64</sup> przypadków dyżurów pełnionych przez lekarzy nieprzerwanie powyżej 24 godzin,
- w sierpniu 2018 r. stwierdzono 14<sup>65</sup> przypadków dyżurów pełnionych przez lekarzy nieprzerwanie powyżej 24 godzin,
- w sierpniu 2019 r. stwierdzono dziewięć<sup>66</sup> przypadków dyżurów pełnionych przez lekarzy nieprzerwanie powyżej 24 godzin,
- w sierpniu 2020 r. stwierdzono 11<sup>67</sup> takich przypadków.

(akta kontroli str. 621-639; 655-666; 799-807;1159)

W zaistniałych powyżej przypadkach omijano przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którymi pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny ww. okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Ponadto, art. 132 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>68</sup>, zawiera analogiczny zapis dotyczący nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że Centrum „(...) w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2021, poz. 711) udzieliło zamówienia na świadczenia zdrowotne w określonym zakresie przez podmioty legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanej dalej „przyjmującym zamówienie”. W okresie objętym zapytaniem zabezpieczenie świadczeń w godzinach popołudniowych i nocnych w całości była realizowana przez podmioty zewnętrzne wyłonione w trybie konkursu na podstawie umowy cywilnoprawnej. Wybór trybu zabezpieczenia pracy oddziału poza ustawowymi godzinami ordynacji był wynikiem braku możliwości zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w innym niż zastosowanym trybie z uwagi na permanentne braki personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach geriatrycznych.”

(akta kontroli str. 903-904)

<sup>64</sup> Z czego: 13 dyżurów trwających 31 godzin 35 min, jeden dyżur trwający 48 godzin i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>65</sup> Z czego: 13 dyżurów trwających 31 godzin 35 minut i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>66</sup> Z czego: osiem dyżurów trwających 31 godzin i 35 minut i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>67</sup> Z czego: 10 dyżurów trwających 31 godzin i 35 minut i jeden dyżur trwający nieprzerwanie 55 godzin i 35 minut.

<sup>68</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1320. Dalej: *Kodeks pracy*.

Zdaniem NIK, dopuszczenie przez Szpital do opisanych powyżej sytuacji, w których lekarze udzielali świadczeń pacjentom Oddziału na podstawie umowy o pracę, a następnie bezpośrednio po dyżurze trwającym 7:35 min pełnili dyżury w tym samym Oddziale na podstawie umowy cywilnoprawnej było obejściem obowiązujących przepisów prawa dotyczących nieprzerwanego odpoczynku dobowego pracownika, w wymiarze co najmniej 11 godzin. NIK zwraca również uwagę na fakt, że dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

2. Niezgłoszenie w okresie do dnia 5 sierpnia 2020 r. do 8 września 2021 r. w trybie § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie owu dyrektorowi OW NFZ korekty w „Załączniku Nr 2 – Harmonogram – Zasoby” do umowy nr 121/100559/03/8/2021 zawartej z OW NFZ, wynikających ze zmian kadrowych przy udzielaniu świadczeń w Poradni, które nastąpiły:

- z dniem 6 sierpnia 2020 r. w wyniku rozwiązania umowy cywilnoprawnej z jednym z lekarzy udzielających świadczeń w Poradni,
- z dniem 27 lipca 2021 r., kiedy udzielanie świadczeń w Poradni powierzono trzem lekarzom zatrudnionym w Centrum na umowy o pracę.

(akta kontroli str. 750; 752; 823)

Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, wyjaśnił, że „(...) zaistniała sytuacja jest skutkiem niedopatrzenia związanego z dużym nakładem pracy oraz niedoborami personelu, odpowiedzialnego za wprowadzanie danych do Portalu NFZ podczas pandemii SARS-CoV-2”.

(akta kontroli str. 991)

NIK, nie podziela powyższego stanowiska. W okresie od 15 października 2020 r. do 8 września 2021 r., ośmiokrotnie Dyrektor Centrum aneksował z OW NFZ Umowę, w której, w Załączniku nr 2 określone zostały również zasoby kadrowe między innymi Poradni. W związku z powyższym, nic nie stało na przeszkodzie, by nie dopełniwszy obowiązku w terminie przewidzianym rozporządzeniem, dokonać stosownego zgłoszenia, w jednym z siedmiu aneksów, które zawarto przed 8 września 2021 r.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja wewnętrznych struktur Szpitala oraz wdrożone procedury oceny geriatrycznej stosowane w Szpitalu pozwalały na skuteczne i zgodne ze standardami opieki geriatrycznej udzielanie świadczeń pacjentom korzystającym ze świadczeń medycznych oferowanych przez Centrum. Oddział i Poradnia były odpowiednio wyposażone, a sprzęt do udzielania świadczeń, miał aktualne badania i przeglądy techniczne. Centrum zapewniło odpowiednie warunki lokalowe niezbędne do opieki nad pacjentami geriatrycznymi. Świadczeniobiorcy w Oddziale i Poradni mieli dostęp do badań diagnostycznych, a świadczeń udzielano w warunkach poszanowania ich prawa do godności i intymności. Ciągłość udzielania świadczeń na Oddziale i w Poradni zapewniał personel medyczny w liczbie i z wykształceniem odpowiadającym standardom. NIK zwraca jednak uwagę, na niewłaściwą organizację pracy lekarzy zatrudnionych w Oddziale Szpitala, którzy łącząc zatrudnienie na umowę o pracę oraz udzielając świadczeń medycznych w formie umów cywilnoprawnych naruszali kodeksowe normy czasu wolnego przynależne lekarzom i niejednokrotnie kontynuowali udzielania świadczeń

w wymiarze czasu pracy przekraczającym 24 godziny na dobę. Ponadto, NIK stwierdza również, że w zbadanym zakresie Centrum nierzetelnie podchodziło do obowiązku zgłaszania zmian w zasobach kadrowych osób udzielających świadczeń medycznych w Poradni w okresie od sierpnia 2020 r. do września 2021 r.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

1. Na podstawie danych z systemu informatycznego<sup>69</sup> Centrum, wynika, że w latach 2017 – 2021, średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w Poradni i Oddziale nie przekroczył 60 dni<sup>70</sup> (dotyczy zarówno przypadków pilnych jak i stabilnych). Centrum przekazywało do NFZ informacje o listach oczekujących na przyjęcie do Poradni jak i na Oddział. Dane do NFZ przekazywano w podziale na przypadki pilne i stabilne, raportowano liczbę przyjętych na Oddział w miesiącu również w ww. podziale, a także przesyłano informacje o liczbie osób, którym udzielono świadczeń w Poradni, w danym miesiącu. Ww. informacje generowane były automatycznie z systemów informatycznych wysyłano w odstępach miesięcznych.

(akta kontroli str. 1029-1030)

Harmonogramy przyjęć w latach 2017 – 2019 były kompletne i zawierały dane i informacje, o których mowa w art. 19a ust. 4 i art. 20 ust. 2 pkt 3 lit b-h oraz j ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>71</sup>. Natomiast harmonogramy przyjęć z lat 2020 i 2021 nie zawierały danych wymaganych w ww. przepisach, co przedstawiono w sekcji – *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1031-1157)

Na podstawie zbadanej próby 20 pacjentów leczonych w Poradni, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w okresie pandemii COVID-19<sup>72</sup>, ustalono, że wszyscy objęci próbą pacjenci nie zostali ujęci w harmonogramie przyjęć, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 985-987)

Przyjęcia na Oddział odbywały się zgodnie z wdrożonymi procedurami *Standard Izby Przyjęć – przyjęcie planowe* i *Standard Izby Przyjęć – przyjęcie pilne*. Na podstawie zbadanej próby 20 pacjentów Oddziału wpisanych na listę oczekujących w latach 2017-2019<sup>73</sup> ustalono, że średni czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału wyniósł 12 dni, w tym najkrótszy czas oczekiwania wyniósł trzy dni, a najdłuższy 26 dni. Z kolei na podstawie zbadanej próby 20 pacjentów Oddziału wpisanych na listę w latach 2020-2021 (w okresie pandemii COVID-19)<sup>74</sup> stwierdzono, że średni czas oczekiwania na przyjęcie wyniósł sześć dni, w tym najkrótszy czas oczekiwania wyniósł dwa dni, a najdłuższy 15 dni. W zakresie krótszego (o sześć dni) średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do Oddziału w latach 2020-2021, w porównaniu do lat 2017-2019, Zarządzająca Oddziałem wyjaśniła, że w okresach zawieszenia działalności oddziału „covidowego” na bieżąco przyjmowano pacjentów, po zgłoszeniu się ze skierowaniem. Wynikało to z faktu, iż w czasie udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, nie prowadzono rejestracji planowanych przyjęć, ponieważ termin ponownego podjęcia działalności w zakresie

<sup>69</sup> Badaniem objęto 10 harmonogramów przyjęć za: marzec i październik 2017 r., kwiecień i listopad 2018 r., maj i grudzień 2019 r., styczeń, sierpień 2020 r. oraz czerwiec i lipiec 2021 r.

<sup>70</sup> Wyznacznik przyjęty na potrzeby kontroli.

<sup>71</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm. Dalej: *Ustawa o świadczeniach zdrowotnych*.

<sup>72</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy.

<sup>73</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy.

<sup>74</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy.

geriatrii był ustalany w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej. W związku z tym mając do dyspozycji ponownie otwarty Oddział z pełną liczbą wolnych łóżek można było szybciej realizować hospitalizacje w zakresie geriatrii.

(akta kontroli str. 964-983)

Na podstawie zbadanej próby 30 pacjentów, którzy przed pierwszą wizytą byli wpisani na listę oczekujących<sup>75</sup> ustalono, że średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie porady lekarskiej wyniósł 16 dni, w tym najkrótszy czas oczekiwania wyniósł cztery dni, a najdłuższy 46 dni.

(akta kontroli str. 964-965; 984; 1018-1022)

2. W latach 2020-2021 nie było pacjentów zarejestrowanych do Poradni Geriatrycznej drogą elektroniczną. W Centrum wprowadzono w marcu 2021 r. elektroniczny system obsługi Poradni Wielospecjalistycznej mMedica, który m.in. miał umożliwić bezpośrednią rejestrację przez Internet do poszczególnych poradni specjalistycznych, w tym geriatrycznej (wchodząc na stronę <https://pormpi.kco.katowice.pl>). Jednak – jak ustalono w toku kontroli – pacjenci nie mieli możliwości zarejestrowania się w powyższy sposób, gdyż link do tej strony nie był zamieszczony na stronie internetowej Centrum. Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym wyjaśnił, że „strona wykazała krytyczną podatność bezpieczeństwa, w związku z czym jest w trakcie modyfikacji i dlatego link do strony nie został ujawniony na stronie Szpitala”. Przeprowadzony, w sierpniu 2021 r., na zlecenie Centrum, audyt bezpieczeństwa serwisu mMedica – moduł rejestracja, wykazał wysoką podatność nieautoryzowanego pobrania konfiguracji aplikacji. W związku z tym zwrócono się do producenta serwisu mMedica o usunięcie powyższego problemu. Po jego usunięciu, 15 września 2021 r., zamieszczono link do strony <https://pormpi.kco.katowice.pl>, pod ikoną eRejestracja znajdującą się na stronie internetowej Centrum. Wchodząc w eRejestracja następowało przekierowanie na stronę <https://pormpi.kco.katowice.pl> i po zalogowaniu się, pacjent miał możliwość wybrania m.in. poradni specjalistycznej, lekarza oraz zarezerwowania terminu wizyty.

(akta kontroli str. 815-818; 1001-1008)

3. W Centrum czasowo wyłączono z działalności Oddziały Geriatrii i Dermatologiczny Zespołu Nr 2 w Katowicach przy ul. Józefowskiej 119, przekształcając je w Oddział izolacyjny dla pacjentów z infekcją COVID-19. Informację o czasowym wyłączeniu ww. Oddziałów przekazano do OW NFZ w dniu 13 marca 2021 r. podając, iż wyłączenie podyktowane było koniecznością izolowania pacjentów z koronawirusem od pacjentów z chorobami nowotworowymi. Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym wyjaśnił, że „Decyzję o utworzeniu w Zespole Nr 2 Oddziału dla pacjentów z COVID-19 otrzymaliśmy w marcu 2020 r., z wyprzedzeniem /2-3 tygodnie/, co pozwoliło na zakończenie procesów terapeutyczno-diagnostycznych u chorych przebywających wówczas na Oddziale Geriatrycznym. Jednocześnie stopniowo, prowadzono przygotowanie zespołu i wyposażenia, do nowych wymagań. Ze wszystkich wypisanych w marcu 2020 r. pacjentów, tylko jedna osoba, nie kwalifikowała się do wypisu, stąd została przekazana do O/Chorób Wewnętrznych w Zespole Nr 1 KCO /ul. Raciborska/ - celem kontynuacji leczenia. Na czas pandemii funkcję zabezpieczenia leczenia dla pacjentów Geriatrycznych na stałe przyjął wymieniony Oddział Chorób Wewnętrznych. Zaznaczam, że każdorazowo zmieniając profil Oddziału /na O/Covid-19/ uzyskiwaliśmy odpowiedni czas pozwalający na dokończenie prowadzonych działań medycznych u naszych chorych. Jednocześnie dodaję, iż w okresach zawieszenia działalności O/Geriatrycznego, żaden odebrany

<sup>75</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy.

telefon z prośbą o poradę zarówno osób potrzebujących, jak i kolegów lekarzy nie pozostawał bez odpowiedzi. Udzielaliśmy porad odnośnie terapii, korygowania leków, dalszego postępowania itp.” W 2020 r. na Oddziale terminy przyjęć zmieniono 65 pacjentom, z czego w 14 przypadkach terminy zmieniono z przyczyn organizacyjnych, a w 51 przypadkach termin, jak wyjaśnił Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, ulegał zmianie z „(...) możliwości szybszego przyjęcia pacjenta, w przypadku niezgłoszenia się i/lub rezygnacji pacjenta z ustalonego terminu. W tych przypadkach chorzy oczekujący z zaznaczoną potrzebą szybszego przyjęcia zostają telefonicznie wzywani w pierwszym wolnym terminie. Pozostałe przesunięcia terminów realizowane są wyłącznie na życzenie pacjentów/opiekunów głównie z osobistych powodów.”

(akta kontroli str. 319; 808-809; 814; 817)

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r. w Poradni udzielono łącznie 283 porady, z czego 23 udzielono w formie teleporad. Od 1 stycznia do 31 marca 2021 r. nie udzielono ani jednej porady w ramach Poradni. Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, wyjaśnił, że „Personel Poradni Geriatrycznej mimo pandemii COVID-19 i związanymi z tym dodatkowymi obowiązkami pozostawał w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni, a działalność Poradni nie została zawieszona. Jednak wprowadzony na terenie Kraju lockdown oraz przekształcenie Szpitala przy ul. Józefowskiej 119 w Szpital Covidowy, spowodowało w niektórych okresach samoistną rezygnację pacjentów z korzystania z porad geriatrycznych.”

(akta kontroli str. 812-818)

Na podstawie zbadanej próby 20 pacjentów leczonych w Poradni, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w okresie pandemii COVID-19<sup>76</sup> ustalono, że w 11 przypadkach świadczenia zostały udzielone w formie teleporady i dotyczyły one kontynuacji leczenia, w tym korygowania leków<sup>77</sup>.

(akta kontroli str. 986, 1010)

4. Na podstawie zbadanej próby 50 pacjentów (30 hospitalizowanych w Oddziale i 20 korzystających z Poradni w latach 2017-2020)<sup>78</sup> ustalono, że prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentów geriatrycznych. Dokumentacja ta zawierała m.in. 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. W dokumentacji medycznej, wszystkich objętych próbą hospitalizowanych pacjentów, znajdowały się karty: indywidualnej opieki prowadzonej przez pielęgniarkę, obserwacji, gorączkowe, zleceń lekarskich, informacyjne z leczenia szpitalnego, indywidualnej opieki terapeutycznej (w przypadku korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych), a także wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji w przypadku ich udzielenia.

(akta kontroli str. 964-965)

---

<sup>76</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy. Spośród 20 pacjentów, 12 udzielono po raz pierwszy świadczenia w Poradni w okresie pandemii COVID-19.

<sup>77</sup> Udzielone teleporady dotyczyły kontynuacji leczenia, przy czym w trzech przypadkach były to porady pierwszorazowe udzielone pacjentom, którzy wcześniej byli leczeni w Oddziale Geriatrycznym Centrum (wizyty kontrolne w Poradni).

<sup>78</sup> Doboru próby dokonano w sposób losowy. Spośród 30 hospitalizowanych pacjentów w latach 2017-2021, 13 z nich hospitalizowano w okresie pandemii COVID-19. Wśród 20 pacjentów leczonych w Poradni Geriatrycznej, 14 z nich rozpoczęło leczenie w latach 2017-2021.



5. W okresie objętym kontrolą (do końca I kwartału 2021 r.) w Szpitalu nie odnotowano przypadków zgonu pacjentów na Izbie Przyjęć.

(akta kontroli str. 229)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Nieujęcie w harmonogramie przyjęć pacjentów leczonych w Poradni. Na podstawie zbadanej próby 20 pacjentów Poradni, którym udzielono świadczenia zdrowotne w okresie pandemii COVID-19, ustalono, że żaden z objętych próbą nie został ujęty w harmonogramie przyjęć, dotyczyło to zarówno pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy, jak i kontynuujących leczenie. Powyższe nie spełniało wymogu określonego w art. 19a ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Zarządzająca Oddziałem Geriatrycznym wyjaśniła, że „w przypadkach bezpośredniego zgłoszenia się pacjenta do Poradni Geriatrycznej, w czasie pracy lekarza geriatry, wizyty realizowane były na bieżąco (przyjmowano każdego pacjenta, który osobiście zgłosił się). Stąd możliwość nieuwjęcia tych osób w harmonogramie przyjęć.”

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że obowiązkiem świadczeniodawcy jest umieszczenie pacjenta w harmonogramie przyjęć.

(akta kontroli str. 986-990)

2. Nierzetelne prowadzenie harmonogramów przyjęć pacjentów na Oddział, które stwierdzono na przykładzie badanej próby za miesiące styczeń i lipiec 2020 r. oraz czerwiec i lipiec 2021 r., polegające na:

a) niezamieszczeniu w ww. harmonogramach danych, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tj. identyfikatora skierowania, a także danych, o których mowa w pkt f) wyżej cytowanego art. 20 ust. 2 – rozpoznania lub powodu przyjęcia na Oddział, oraz pozostałych danych identyfikujących skierowanie, określonych w systemie AMMS<sup>79</sup>, takich, jak: nazwy świadczeniodawcy kierującego pacjenta na Oddział, danych lekarza wystawiającego skierowanie. Powyższe stwierdzono w 177 przypadkach (tj. 76,3% badanej próby) na 232 pacjentów ujętych w harmonogramach przyjęć<sup>80</sup>, z czego:

- w harmonogramie przyjęć za styczeń 2020 r. na 91 przyjętych na Oddział, ww. danych nie wprowadzono w 39 przypadkach (tj. 42,9%);

- w harmonogramie przyjęć za lipiec 2020 r. na 26 pacjentów przyjętych na Oddział, ww. danych nie zamieszczono w 23 przypadkach (tj. 88,5%);

- w harmonogramie przyjęć za czerwiec 2021 r. na 59 przyjętych na Oddział, brak ww. danych stwierdzono w każdym przypadku;

- w harmonogramie przyjęć za lipiec 2021 r. na 56 przyjętych na Oddział, brak ww. danych również stwierdzono w 100%;

b) późniejszym dokonywaniu wpisu pacjenta do harmonogramu przyjęć w stosunku do daty jego przyjęcia na Oddział, stwierdzone w 108 przypadkach (tj. 46,6%) na 232 ujętych w harmonogramach przyjęć, z czego:

- w harmonogramie przyjęć za styczeń 2020 r. na 91 przyjętych na Oddział, ww. opóźnienie w dokonaniu wpisu stwierdzono w 10 przypadkach (tj. 10,9%);

- w harmonogramie przyjęć za lipiec 2020 r. na 26 przyjętych na Oddział ww. opóźnienie w dokonaniu wpisu stwierdzono w 17 przypadkach (tj. 65,4%);

<sup>79</sup> Asseco Medical Management Solutions.

<sup>80</sup> Badaniem objęto harmonogramy przyjęć za marzec i październik 2017 r., kwiecień i listopad 2018 r., maj i grudzień 2019 r., styczeń i sierpień 2020 r. oraz czerwiec i lipiec 2021 r.

- w harmonogramie przyjęć za czerwiec 2021 r. na 59 przyjętych na Oddział ww. opóźnienie w dokonaniu wpisu stwierdzono w 49 przypadkach (tj. 83,1%);
- w harmonogramie przyjęć za lipiec 2021 r. na 56 przyjętych na Oddział ww. opóźnienie w dokonaniu wpisu stwierdzono w 32 przypadkach (tj. 57,1%).

(akta kontroli str. 1096-1158)

Składający wyjaśnienia Zastępcy Zarządzającego Oddziałem i Kontraktem Medycznym Oddziału Geriatrycznego<sup>81</sup> podał, że:

ad a) „W roku 2020 większość skierowań do tut. Oddziału było w formie „papierowej” a nie e-skierowań. Znaczna część terminów przyjęć była ustalana telefonicznie i z tego powodu, a także ze względu na to, że zwykle był to kontakt z osobami starszymi lub w podeszłym wieku, uzyskanie w ten sposób wszystkich wymienionych w pytaniu informacji było niemożliwe, a dostarczenie skierowania do Oddziału bardzo trudne i wspomniane dane były uzupełniane przy przyjęciu. W okresie pandemii COVID szpital był zamknięty dla osób niebędących pracownikami i pacjentami, co uniemożliwiało osobiste dostarczenie skierowania. Problem powyższy rozwiązuje wprowadzenie obowiązku e-skierowań do szpitala, ponieważ podanie numeru PESEL i PIN pozwala na automatyczne uzyskanie wszystkich wymaganych informacji. Obecnie wpisujemy do harmonogramu przyjęć tylko e-skierowania.”

(akta kontroli str. 1167; 1169)

NIK zauważa, że odsetek stwierdzonych nieprawidłowości, polegających na niezamieszczaniu danych podmiotu kierującego na Oddział systematycznie rósł od stycznia 2020 r. do lipca 2021 r. Ponadto, oględziny dokumentacji medycznej, pacjentów przyjmowanych na Oddział potwierdziły, że skierowania pacjentów do hospitalizacji na Oddziale, znajdowały się w każdym egzemplarzu badanej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, co dawało personelowi Szpitala możliwość uzupełnienia danych ze skierowań w harmonogramie przyjęć w każdym dowolnym terminie.

(akta kontroli str. 979; 1012-1017)

ad b) „W Oddziale Geriatrycznym dyżuruje 1 lekarz. W jego zakresie obowiązków, poza bieżącą opieką nad pacjentami oddziału, a w latach poprzednich także nad pacjentami Oddziału Dermatologii jest także informowanie rodzin i opiekunów pacjentów o ich stanie zdrowia i postępach diagnostyki i terapii oraz przyjmowanie osób kierowanych w trybie pilnym w SOR KCO. Biorąc pod uwagę duże obciążenie powyższymi obowiązkami oraz fakt, że samo przyjęcie pacjenta w trybie pilnym wymaga, poza jego zbadaniem i zleceniem badań diagnostycznych i terapii. Tym samym wpis do harmonogramu przyjęć pacjentów przyjętych po południu i w nocy był wykonywany w dniu następnym, a wpis pacjentów przyjętych w czasie weekendu w poniedziałek po danym weekendzie. Zostało to już skorygowane i obecnie wpisu do harmonogramu przyjęć dokonuje w godzinach pracy sekretarka medyczna, a poza nimi lekarz dyżurny.”

(akta kontroli str. 1167; 1169-1170)

NIK zauważa, że z przyjętej na Oddziale zasady<sup>82</sup> wynika, że jednoosobowe dyżury zapewniają na Oddziale lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach umów cywilnoprawnych w godzinach popołudniowych. Dyżury takie rozpoczynają się w godzinach od 15:00 do 15:35. Przyjęć na Oddział pacjentów<sup>83</sup>, które miały

<sup>81</sup> Dalej: Zastępca Ordynatora Oddziału.

<sup>82</sup> Powyższą regułę stwierdzono badając harmonogramy dyżurów pełnionych przez lekarzy zatrudnionych na umowy cywilnoprawne oraz listy obecności lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę z miesiąca sierpnia w latach 2017-2020.

<sup>83</sup> W czterech z 10 badanych miesięcy

miejsce po godzinie 15: stwierdzono łącznie 25<sup>84</sup> na 108 przyjętych na Oddział pacjentów, u których w harmonogramie przyjęć stwierdzono opóźnienie w dokonaniu wpisu, co stanowi 23,1%. Przyjętych w trybie pilnym pacjentów na Oddział, wg danych z harmonogramu przyjęć Oddziału, było łącznie 14 (w tym dwóch przyjętych na dyżurach w godzinach popołudniowych), z czego sześciu przyjęto w styczniu 2020 r. i ośmiu przyjęto w lipcu 2021 r. Tych 14 pacjentów stanowi 13,0% ze 108 wpisów, w których stwierdzono opóźnienie w dokonaniu rejestracji Pacjenta w harmonogramie w stosunku do daty przyjęcia go na Oddział. Pacjentów, których przyjęto na Oddział w czasie weekendu, w badanej próbie było sześciu<sup>85</sup>, z czego czterech przyjętych w sobotę<sup>86</sup> i dwóch przyjętych w niedzielę<sup>87</sup>. Skala opóźnień w grupie 180 pacjentów, których data wpisu do harmonogramu przyjęć była późniejsza niż data przyjęcia ich na Oddział, to: 64 wpisy dokonane w dniu następnym po przyjęciu (59,3%), 13 wpisów dokonanych po dwóch dniach od przyjęcia (12,0%), po 10 wpisów dokonanych w trzecim i czwartym dniu od daty przyjęcia (9,3%), sześć wpisów po pięciu dniach od dnia przyjęcia (5,5%) i pięć wpisów dokonanych po sześciu dniach od daty przyjęcia pacjenta na Oddział (4,6%).

(akta kontroli str. 621-639; 655-666; 1096-1157; 1159; 1179-1181)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Realizacja świadczeń z zakresu geriatry w Centrum była prawidłowa. Prawidłowo prowadzono indywidualną dokumentację medyczną pacjentów geriatrycznych, w której znajdowały się wymagane oświadczenia pacjentów oraz informacje dotyczące historii choroby. Stwierdzone w badanym obszarze nierzetelne prowadzenie harmonogramu przyjęć i listy oczekujących pacjentów geriatrycznych polegające na niezamieszczaniu danych wymaganych przepisami prawa i dokonywanie wpisów po udzieleniu świadczenia zdrowotnego z kilkudniowym opóźnieniem, zdaniem NIK, podważa wiarygodność danych statystycznych raportowanych do OW NFZ o czasie oczekiwania pacjentów na przyjęcie i - co za tym idzie - zacięra informacje o jakości funkcjonowania Centrum.

### 3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

Opis stanu faktycznego

1. Wprowadzone w Centrum rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną zarówno Oddziału Geriatrycznego, jak i Poradni Geriatrycznej, spełniało wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>88</sup> oraz było zgodne z zaleceniami określonymi w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*<sup>89</sup>. W Poradni zapewniono dostęp do badań laboratoryjnych, endoskopowych, histologiczno-patologicznych, densytometrycznych<sup>90</sup> oraz diagnostyki obrazowej. Poradnia Geriatryczna zlokalizowana była na parterze.

W wyniku przeprowadzonych oględzin w Oddziale Geriatrycznym ustalono, że zainstalowano w salach chorych i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych

<sup>84</sup> Z czego: jeden przypadek przyjęcia w styczniu 2020 r. i 24 przypadki przyjęć w czerwcu i lipcu 2021 r. (w czerwcu 2021 r. – 15 przypadków, a w lipcu 2021 r. dziewięć przypadków). W tym 11 przyjęto po godzinie 22:00.

<sup>85</sup> Pacjenci zarejestrowani pod numerami: 101/2021, 165/2021, 179/2021, 180/2021, 194/2021, 205/2021.

<sup>86</sup> 6 czerwca 2021 r., 17 lipca 2021 r., 24 lipca 2021 r. i 31 lipca 2021 r.

<sup>87</sup> 11 lipca 2021 r. i 18 lipca 2021 r.

<sup>88</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>89</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia w dniu 31 stycznia 2013 r.

<sup>90</sup> W ramach umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.

system przywoławczy, który był sprawny. Dyżurki pielęgniarskie ulokowano w miejscu zapewniającym możliwość sprawowania nadzoru pielęgniarskiego. Pacjenci geriatryczni mieli bezpośredni dostęp do Pracowni Fizjoterapii, w której udzielano im zabiegów rehabilitacyjnych. W Oddziale brak było barier architektonicznych dla ruchu osób niepełnosprawnych oraz zapewniono dostęp do windy. Stwierdzono jednak, że ciągi komunikacyjne (korytarze) nie były wyposażone w poręcze. Zarządzająca Oddziałem Geriatrycznym wyjaśniła, że przyczyną niezamontowania poręczy jest układ pomieszczeń (wraz z wnękami) skierowany koncentrycznie wokół ciągu komunikacyjnego Oddziału. Poszczególne wejścia do pomieszczeń zlokalizowane są blisko siebie. Dodała, że podjęto działania zmierzające do zminimalizowania ryzyka upadków pacjentów (przy przyjęciu pacjenta na Oddział dokonuje się oceny stopnia ograniczenia jego sprawności motorycznej). Jak podała dalej, Oddział posiada wystarczającą liczbę balkoników i wózków, a także zainstalowano system przywoławczy i całodobowe oświetlenie.

(akta kontroli str. 898-902; 930-937; 980-982)

2. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń na Oddziale, zamieszczono w pierwszym obszarze.

3. Na podstawie zbadanej próby 50 pacjentów (w tym 30 hospitalizowanych w Oddziale i 20 leczonych w Poradni)<sup>91</sup> ustalono, że wobec pacjentów stosowano jednolite standardy postępowania w leczeniu pacjentów geriatrycznych. Do oceny stanu pacjenta hospitalizowanego w Oddziale stosowano m.in. standaryzowane skale mierzące poziom funkcji psychicznych i fizycznych: skalę VES-13, test SGA (ocena stanu odżywienia), ocenę podstawowych czynności życia codziennego wg Katza, ocenę ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej wg Padewskiej, test MMSE (krótka ocena stanu umysłowego), test MOCA (ocena funkcji poznawczych), Test Rysowania Zegara, test GDS (geriatryczna skala oceny depresji). Z kolei pacjentom leczonym w Poradni przeprowadzano test MMSE i Test Rysowania Zegara. Każdemu hospitalizowanemu pacjentowi wykonywano badania diagnostyczne EKG, RTG, USG<sup>92</sup>, badania laboratoryjne, pomiar ciśnienia, wagi i wzrostu, a pacjentom leczonym w Poradni – EKG, pomiar ciśnienia, wagi i wzrostu. Spośród 30 hospitalizowanych pacjentów, dwóm zapewniono konsultację specjalistyczną (chirurgiczną, urologiczną), 19 objęto opieką fizjoterapeutyczną, a 18 pacjentów skorzystało z konsultacji psychologa. Wśród 20 pacjentów leczonych w Poradni, ośmiu pacjentów skierowano do oddziału geriatrycznego w celu poszerzonej diagnostyki i leczenia, trzech do lekarzy specjalistów (chorób zakaźnych, hematologa, endokrynologa), a jednego pacjenta na badania endoskopowe i krzepliwości krwi. W dokumentacji medycznej objętych próbą pacjentów odnotowano istotne informacje o przebytych procesie leczenia, a także leczenie pacjenta poza tut. Poradnią i Oddziałem. Czternastu pacjentów, spośród 30, było powtórnie hospitalizowanych w Oddziale.

(akta kontroli str. 1012-1017)

Stwierdzono jednak, że 23 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale oraz siedmiu pacjentom leczonym w Poradni<sup>93</sup> nie przeprowadzono procedury całościowej oceny geriatrycznej<sup>94</sup>. Ponadto, ośmiu hospitalizowanym pacjentom nie przeprowadzono

<sup>91</sup> Sposób doboru próby przedstawiono w pkt III.2.4 wystąpienia pokontrolnego.

<sup>92</sup> Dodatkowo – w zależności od potrzeb – UKG, EEG, TK, dobowy profil glikemii, panendoskopia, kolonoskopia.

<sup>93</sup> W odniesieniu do pierwszorazowych wizyt.

<sup>94</sup> Całościowa ocena geriatryczna – wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez zespół geriatryczny (w skład, którego wchodzi m.in. lekarz geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog) w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych,

oceny psychologicznej. Stosownie do *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*, leczenie szpitalne w oddziale geriatrycznym obejmuje całościową ocenę geriatryczną, leczenie ostrych lub zaostrzonych stanów chorobowych, wykrywanie i eliminację czynników wpływających na pogorszenie zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w szczególności z ograniczoną sprawnością fizyczną lub psychiczną, jak również planowanie dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki celem poprawy jakości jego życia (pkt VI.1). Z kolei, jak wskazano w pkt IV.1.1. ww. standardów, w poradni geriatrycznej w ramach lekarskich procedur diagnostyczno-terapeutycznych wyróżnia się m.in. pierwszorazową poradę lekarską z przeprowadzeniem całościowej oceny geriatrycznej, w tym wykonanie przynajmniej trzech testów. Zarządzająca Oddziałem wyjaśniła, że z uwagi na ograniczoną dostępność fizjoterapeuty i psychologa w Oddziale (przerwy w pracy spowodowane urlopem czy zwolnieniem lekarskim<sup>95</sup>) nie było możliwe przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej. Wskazała, że każdy z hospitalizowanych pacjentów posiadał ocenę geriatryczną (zdrowotną i funkcjonalną) przedstawioną w karcie informacyjnej (wypis) wraz z zaleceniami. W odniesieniu do pacjentów leczonych w Poradni wyjaśniła, że w ramach Poradni świadczenia wykonuje wyłącznie lekarz geriatra. Dokonuje on oceny psychologicznej pacjenta na podstawie badań psychometrycznych i jeżeli jest to konieczne kieruje celem poszerzenia diagnostyki i leczenia do Oddziału. Wskazała, że przekazywanie pacjentów Poradni na konsultacje (psychologiczne czy fizjoterapeutyczne) nie jest praktykowane ze względu na brak takich możliwości (dostępność wizyt w poradniach rehabilitacyjnych czy psychologicznych jest mocna ograniczona).

(akta kontroli str. 980-983; 1012-1017)

4. W Szpitalu prowadzono badania satysfakcji pacjentów na wszystkich Oddziałach w oparciu o „Procedurę dotyczącą gromadzenia, zbierania i analizowania ankiety szpitalnej”. Badanie satysfakcji pacjentów prowadzono w systemie ciągłym, natomiast analizę udzielonych odpowiedzi sporządzano w kwartalnych odstępach czasu, a kompleksową analizę, co sześć miesięcy<sup>96</sup>. Analiza odpowiedzi udzielonych w 50 ankietach w 2019 r. (19 w I i 31 w II półroczu) i oceny wystawione przez pacjentów Oddziału, wykazała, że badane obszary: przyjęcia do Oddziału, Warunków i samopoczucia pacjentów podczas pobytu, jakości opieki lekarskiej, leczenia przeciwbólowego i opieki pielęgniarskiej, a także ocena jakości pracy salowych i sanitariuszy, zdaniem pacjentów, w ocenie ogólnej, uległy poprawie w II półroczu 2019 r. w stosunku do oceny ogólnej w I półroczu. Na 29 ocenianych cech z ww. obszarów, w II półroczu 2019 r. w stosunku do I półrocza, pacjenci niżej ocenili pięć (17,2%): identyfikowalność personelu, pory odwiedzin, intymność podczas czynności pielęgnacyjnych, uprzejmość sanitariuszy i salowych oraz sposób przekazywania informacji.

Niezapewnienie prywatności pacjentom przebywającym na Oddziale (Standard akredytacyjny PP 13) ze względu na wieloosobowe sale chorych w Oddziale, nie był jedynym z nie w pełni spełnionych standardów akredytacyjnych

---

optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego. Całościowa ocena geriatryczna stanowi platformę wymiany informacji o pacjentach geriatrycznych między członkami zespołu geriatrycznego a innymi świadczeniodawcami. Poza tym ocena ta umożliwia zintegrowanie świadczeń lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna z usługami socjalnymi.

<sup>95</sup> Na Oddziale Geriatrycznym zatrudniony był jeden psycholog.

<sup>96</sup> Zgodnie z procedurą, po sześciu miesiącach od zakończenia analizy, ankiety przekazywano do zniszczenia.

odnoszących się bezpośrednio do Oddziału<sup>97</sup> podczas przeglądu akredytacyjnego przeprowadzonego w listopadzie 2018 r.<sup>98</sup>

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że po przeprowadzeniu przeglądu akredytacyjnego, na Oddziale podjęto działania zmierzające do osiągnięcia pełnej zgodności funkcjonowania Oddziału ze standardami akredytacyjnymi. W tym celu, jak dalej wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. medycznych, zmniejszono liczbę łóżek z 58 do 39, gdyż był to jedyny sposób na spełnienie wymagań związanych z liczbą łóżek i powierzchnią sal chorych. Ponadto pięciu lekarzy zatrudnionych (w okresie prowadzenia czynności kontrolnych) w łącznym wymiarze 4,26 etatu posiadało specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych, a czterech z nich z geriatrici. Gwarancję zachowania prywatności (oprócz zmniejszenia liczby łóżek na salach chorych) zapewniono, montując parawany oddzielające łóżka i stelaże na przepierzenia z zasłonami oraz poprzez wprowadzenie zasady wykonywania badań i rozmów z pacjentami w oddzielnych gabinetach i pracowniach bez obecności osób trzecich.

(akta kontroli str. 230-251; 252-273)

5. Personel Oddziału i Poradni współdziałała ze specjalistami różnych dyscyplin medycznych w ramach organizacji, a także ze służbami pomocy społecznej. Te ostatnie zależne były, jak wyjaśniła Zarządzająca Oddziałem i Kontraktem Medycznym Oddziału, od „(...) aktualnych / ustawowych zaleceń. Zazwyczaj pozostawano w kontakcie telefonicznym z terenowymi ośrodkami pomocy społecznej /MOPS, noclegownie czy ośrodki dla bezdomnych/. Po wezwaniu pracownika socjalnego, w Oddziale następowało ustalenie zakresu świadczeń i konkretnych terminów ich realizacji, jak również wypełnianie wymaganych dokumentów. Obecnie /od 2020 r./ - spotkanie pacjentów i/lub rodzin/opiekunów z pracownikiem socjalnym odbywa się w domu zainteresowanego. Zgłoszenia pacjenta i ustalenia terminu spotkania z pracownikiem socjalnym dokonuje lekarz wypisujący pacjenta z Oddziału. Informacja ta zostaje zawarta w dokumentacji chorego / również karcie informacyjnej – wypisowej.” Ponadto Zarządzająca wyjaśniła, że Pacjenci zarówno Poradni jak i Oddziału mają zapewnioną opiekę i konsultacje tak lekarzy Poradni jak i Oddziału oraz dostęp do specjalistów Centrum w zależności od wymaganego profilu leczenia. W przypadkach, jeśli Centrum nie posiada specjalisty z danego zakresu, chorych przebywających na Oddziale transportuje się na konsultacje do innej placówki medycznej, a informacje o tym fakcie odnotowywane są w oddziałowym zeszycie konsultacji.

(akta kontroli str. 822)

6. Opieka nad pacjentami świadczona na Oddziale oraz w Poradni, była przedmiotem jednej kontroli zewnętrznej w badanym okresie. W lutym 2019 r.<sup>99</sup> kontrolę przeprowadził Konsultant Wojewódzki z Geriatrici<sup>100</sup>. Z kontroli sporządzono Protokół, w którym stwierdzone zostało, że świadczeniodawca nie zabezpiecza odpowiedniej liczby kadry medycznej (lekarzy i pielęgniarek) w stosunku do liczby

<sup>97</sup> Standardy nie w pełni spełnione przez Szpital podczas wizyty akredytacyjnej, w których wizytujący odnieśli się bezpośrednio do braków występujących w Oddziale Geriatrici: KZ 6 –W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej. ZZ 1.1 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami. ŚO 14 – Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.

<sup>98</sup> Szpital uzyskał Akredytację Ministra Zdrowia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w dniu 27 lutego 2019 r.

<sup>99</sup> Kontrolę przeprowadzono 25 lutego 2019 r.

<sup>100</sup> Dalej: *Konsultant*.

58 łóżek<sup>101</sup> na Oddziale. Ponadto stwierdzone zostało, że „nadawanie numerów Księgi Głównej w oddziale dokonywane jest w dokumentacji wstecznie”, a w przedmiocie dotyczącym działalności podmiotu, zawniósł o przebudowę Oddziału do norm akredytacyjnych pod kątem dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron.

Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, wyjaśnił w kwestii wstecznego nadawania numerów Księgi Głównej, że „... zgodnie z obowiązującymi procedurami, w Zespole Nr 2 prowadziły działalność również inne Oddziały /Dermatologiczny, Dermatologia Dziecięca/. Stąd nadawaniem numerów kolejnym hospitalizowanym zajmował się pracownik Izby Przyjęć Z2 /zatrudniony w systemie jednozmianowym tj. od 7:00-15:00/. Pacjenci uzyskiwali numer zgodnie, w kolejności przyjęć /wg godziny przyjęcia/. Ponieważ Oddziały przyjmowały również chorych w trybie ostrodyżurowym /z IP KCO/ przyjęcia odbywały się praktycznie całą dobę. Stąd chorzy przyjęci w godzinach popołudniowo-nocnych, mogli otrzymać numer dokumentacji w dniu następnym, po wpisie do Księgi Szpitala, /który dokonywany był na podstawie Karty przyjęcia, wypełnianej bezpośrednio przy przyjęciu pacjenta do oddziału/. Dotyczyło to również oznakowania dokumentacji /historii choroby/, które następowało po sprawdzeniu danych przez sekretarkę. Nie miało to oczywiście żadnego wpływu na kolejność hospitalizacji, stanowiło jedynie praktyczne dostosowania do naszych możliwości. Obecnie /od marca 2020 r./, w związku z zainstalowaniem w KCO systemu elektronicznej obsługi pacjenta, przy przyjęciu chorego, automatycznie przyznawany jest numer dokumentacji.”

(akta kontroli str. 276-286; 808-809)

Działania podjęte przez Szpital w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami podczas kontroli Konsultanta w zakresie liczebności personelu i dostosowania liczby łóżek do powierzchni sal chorych opisano w punkcie powyżej, niniejszego Wystąpienia Pokontrolnego.

7. W kontrolowanym okresie, do Centrum, jak również do OW NFZ, nie wpłynęły skargi na sposób udzielania świadczeń geriatrycznych w Poradni i Oddziale kontrolowanego Szpitala.

(akta kontroli str. 275; 512-515)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W Centrum stosowano jednolite zasady postępowania w opiece geriatrycznej, a wprowadzone rozwiązania organizacyjne, warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*.

## 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. Rejestrowanie w harmonogramie przyjęć wszystkich pacjentów, którym Centrum udziela świadczeń zdrowotnych.

<sup>101</sup> W dniu przeprowadzania czynności kontrolnych przez Konsultanta, faktyczna liczba łóżek w Oddziale była zgodna z liczbą wynikającą z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i wynosiła 58 łóżek.

2. Zamieszczanie w harmonogramie przyjęć wszystkich, wymaganych przepisami prawa, danych oraz prowadzenie go na bieżąco.
3. Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia lekarzom zatrudnionym na umowy o pracę na Oddziale, kodeksowo zagwarantowanego czasu do 11-godzinnego odpoczynku po zakończeniu dyżuru.

## 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 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 27 września 2021 r.

**Kontrolerzy**  
**Beata Olejnik**  
**specjalista kontroli państwowej**

**Najwyższa Izba Kontroli**  
**Delegatura w Katowicach**

.....