



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.018.04.2021

Pan Konrad Łukaszewski  
Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego  
im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi  
ul. Milionowa 14  
93-113 Łódź

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi <sup>1</sup> ul. Milionowa 14, Poradnia geriatryczna <sup>2</sup> ul. Przyrodnicza 7/9 w Łodzi.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konrad Łukaszewski, Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi, od dnia 1 lipca 2016 r. do chwili obecnej.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń, 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi, 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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Zuzanna Sieradzka, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/126/2021 z 9 lipca 2021 r.  (akta kontroli str.1-3)

<sup>1</sup> Dalej „Centrum” lub „Świadczeniodawca”

<sup>2</sup> Dalej „Poradnia”

<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

Świadczeniodawca w latach 2017-2021 zapewniał udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, w większości przypadków z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*<sup>5</sup> oraz umowy z NFZ<sup>6</sup>.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Poradnia dysponowała niezbędnymi do zakresu realizowanych świadczeń zasobami kadrowymi, przy czym nie podawała do publicznej wiadomości informacji o osobach kierujących pracą komórki organizacyjnej oraz udzielających świadczeń w Poradni, pomimo takiego obowiązku wynikającego z §11 ust. 4 pkt 1 i 10a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>7</sup>, a także o sposobie organizacji pracy poradni w przypadku nieobecności jednego z lekarzy, jaki obowiązek wynikał z §9 ust. 3 i 4 zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS. Poradnia posiadała także odpowiedni do realizowanych świadczeń sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewniała wymagany przepisami prawa dostęp do badań laboratoryjnych. Od 2020 r. harmonogramy przyjęć prowadzono zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych<sup>8</sup>, a listy oczekujących przekazywano do NFZ, przy czym, pomimo takiego obowiązku wynikającego z art. 23a ww. ustawy, Poradnia nie posiadała wdrożonego systemu umożliwiającego pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną. W okresie pandemii COVID-19 pacjentom geriatrycznym, poza poradami tradycyjnymi, zapewniano możliwość skorzystania z teleporady lekarskiej. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była zgodnie z wymogami, przy czym u pięciu pacjentów na 20 badanych stwierdzono przypadki nieumieszczenia w historii zdrowia i choroby, sporządzanej w zakresie zrealizowanych porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, informacji o lekach wraz z dawkowaniem. Pomimo, iż Poradnia nie posiadała opracowanych procedur oceny geriatrycznej oraz wewnętrznych zasad dotyczących opieki nad pacjentem geriatrycznym, w części przypadków wobec pacjentów stosowano geriatryczne procedury diagnostyczno-terapeutyczne, zależne od diagnozy lekarskiej. Z uwagi na wielospecjalizacyjny charakter Centrum, współpraca Świadczeniodawcy w zakresie zapewnienia prawidłowej i kompleksowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi w głównej mierze miała charakter wewnętrzny w ramach oddziałów szpitalnych, poradni POZ i specjalistycznych oraz ZOL, była także realizowana w oparciu o zadania realizowane wspólnie z władzami samorządowymi.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>9</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

### 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Opis stanu  
faktycznego

1.1 Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego

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

<sup>5</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, tom 21.

<sup>6</sup> Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 poz. 320)

<sup>8</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285), dalej „ustawa o świadczeniach zdrowotnych”.

<sup>9</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.

publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym było Miasto Łódź<sup>10</sup>. W ramach struktury organizacyjnej Centrum funkcjonuje Poradnia Geriatryczna, podlegająca Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Centrum, nad którą nadzór merytoryczny sprawuje kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego<sup>11</sup>. Poradnia utworzona została z dniem 5 października 2015 r., a funkcjonowanie rozpoczęła od dnia 30 czerwca 2016r.<sup>12</sup>

(akta kontroli str.3-8, 291-292)

Jakość świadczonych w Poradni usług, objęta była nadzorem szeregu osób i komórek organizacyjnych, w tym m.in. Działu Zarządzania Jakością w zakresie skarg, które dodatkowo analizowane były na posiedzeniach Rady Społecznej Centrum. Poradnia objęta była nadzorem merytorycznym, weryfikującym czy potrzeby pacjentów w zakresie spełniania standardów NFZ<sup>13</sup> są zaspokojone. Ponadto, nadzór nad całością udzielanych świadczeń sprawował Dyrektor ds. Medycznych. Z kolei przewidywania potrzeb pacjentów, zgodnie z wyjaśnieniem p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, sprowadzają się do dokładnego monitorowania Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Łódzkiego oraz Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa łódzkiego oraz poszczególnych komunikatów NFZ i Ministra Zdrowia. Centrum wykonuje zadania w zakresie świadczeń zdrowotnych przewidzianych i zaplanowanych przez NFZ, który ocenia potrzeby pacjentów, zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, a następnie formułuje te potrzeby w formie planu, funkcjonującego z ramach sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego oraz świadczeń kontraktowanych przez NFZ odrębnie. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum nie jest uprawnione do samodzielnych przesunięć, czy też udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nieprzewidzianych umową z NFZ.

Centrum wdrożyło system zarządzania jakością spełniający normę ISO 9001:2015, obejmujący m.in. ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w zakresie geriatry na ul. Przyrodniczej 7/9 w Łodzi<sup>14</sup>. Dodatkowo w dniu 18 marca 2018 r. w Poradni przeprowadzono audyt wewnętrzny, którego celem była weryfikacja zgodności Zintegrowanego Systemu Zarządzania z wymogami ww. normy oraz normy OHSAS 18001:2007 oraz spełnianie wymogów standardów akredytacyjnych. W wyniku audytu nie stwierdzono niezgodności w zakresie m.in. procedury postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inny materiał potencjalnie zakaźny; prowadzenia dokumentacji medycznej; przechowywania leków i prowadzenia gospodarki odpadami zakaźnymi; dostępu do pomieszczeń; znajomości procedury BHP i zgłaszania skarg i wniosków. Jako potencjał do doskonalenia wskazano na zabezpieczenie gabinetu zabiegowego.

(akta kontroli str.275-288, 292-294, 306-309)

W badanym okresie Poradnia funkcjonowała przez trzy dni w tygodniu: wtorek w godzinach 14:00 – 18:00, czwartek w godzinach 08:00-12:00 oraz w piątek w godzinach 08:00-12:00 (tygodniowy wymiar czasu pracy Poradni wynosi 12 godzin) zgodnie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ oraz listą obecności personelu<sup>15</sup>.

(akta kontroli str.49-60, 72, 115-125)

<sup>10</sup> Statut Centrum wprowadzony uchwałą nr XLII/1310/21 Rady Miejskiej w Łodzi z 12 maja 2021 r. (Dz. Urz. WŁ z czerwca 2021 r., poz. 2524), oraz obowiązujący w okresie wcześniejszym statut wprowadzony w życie uchwałą nr LX/1425/17 z 15 listopada 2017 r. (Dz. Urz. WŁ poz. 5139).

<sup>11</sup> Regulamin Organizacyjny MCM im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi – zarządzenie nr 2.5.2019 z 10 maja 2019 r., aneksowany w dniu 22 lutego 2021 r.

<sup>12</sup>Zgodnie z księgą rejestrową podmiotu nr 4685 - wpis według stanu na 13 lipca 2021 r.

<sup>13</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia

<sup>14</sup> Aktualny certyfikat wydany został 24 lipca 2020 r. z terminem ważności do 29 lipca 2023 r. W okresach wcześniejszych certyfikaty potwierdzające spełnianie przez Centrum normy ISO 9001:2015 (a także normy OHSAS 18001:2007) obowiązywały w okresie od 30 lipca 2014 r. do 29 lipca 2017 r., oraz od 4 lipca 2017 r. do 29 lipca 2020 r.

<sup>15</sup> Za sierpień 2017-2020 i czerwiec 2021 r.

1.2 Poradnia nie posiadała opracowanych procedur całościowej oceny geriatrycznej pacjenta (dalej „COG”), co zgodnie z wyjaśnieniem p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wynikało z faktu, iż świadczenie COG nie jest świadczeniem do rozliczenia w ramach umowy z NFZ i Poradnia nie jest zobowiązana do jej przeprowadzania. Jednocześnie wyjaśnił, że w ramach ww. oceny od dnia 4 lipca 2016 r. jednolitą diagnozę pacjentów geriatrycznych zapewniał formularz FD/112 *Karta całościowej oceny geriatrycznej pacjenta* stanowiący załącznik nr 11b do zarządzenia nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 30 czerwca 2016 r.

(akta kontroli str.289-310)

1.3 W kontrolowanej jednostce nie opracowano wewnętrznych zasad (procedur) dotyczących opieki nad pacjentami geriatrycznymi, co zgodnie z wyjaśnieniem p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wynikało z braku takiego obowiązku prawnego. Dyrektor wyjaśnił również, że w sposób wyczerpujący kwestię tą reguluje rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>16</sup> oraz zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>17</sup>. Jak wyjaśnił Dyrektor lekarz kierujący pacjenta do poradni specjalistycznej do skierowania dołącza wyniki badań, które aktualnie pacjent posiada, a lekarz specjalista ustala proces diagnostyczno-terapeutyczny, który w zależności od schorzenia jest indywidualny dla pacjenta. W sytuacji, w której pacjent nie posiada aktualnych badań, lekarz w Poradni zleca je bezpośrednio w Poradni decydując o dalszym procesie diagnostycznym.

(akta kontroli str.272-273, 289-310)

1.4 W latach 2017 – 2021 (I kw.) porady geriatrycznej w Poradni udzielono odpowiednio 468, 506, 577, 527 i 243 pacjentom. W głównej mierze byli to pacjenci pomiędzy 81-85 rokiem życia (odpowiednio 126, 122, 134, 133 i 59 pacjentów), pomiędzy 76-80 rokiem życia (odpowiednio: 97, 102, 103, 92, 37 pacjentów) oraz pomiędzy 71-75 rokiem życia (odpowiednio 73, 94, 115, 107, 60 pacjentów). Najmniejszą grupę wiekową pacjentów stanowiły osoby do 60 roku życia (tylko jednej pacjent przez okres objęty kontrolą<sup>18</sup>) oraz pomiędzy 61-65 rokiem życia (odpowiednio: 6, 2, 3, 6 i 0 pacjentów).

Przeważającą część pacjentów tj. 93,1% stanowili<sup>19</sup> mieszkańcy powiatu łódzkiego (338 na 363 pacjentów korzystających z poradni ogółem). Z poradni korzystali także mieszkańcy powiatu zgierskiego (8), zduńskowolskiego (3), wieluńskiego (1), pabianickiego (4), łódzkiego wschodniego (2), łaskiego (2) i łowickiego (1) oraz cztery osoby spoza województwa łódzkiego.

(akta kontroli str. 70-71)

Na próbie 20 pacjentów, których pierwsza wizyta w Poradni odbyła się w 2017 r. stwierdzono, że w badanym okresie skorzystali oni łącznie z 185 porad, w tym najmniejsza liczba wizyt pacjenta wyniosła pięć, a największa 15.

(akta kontroli str.92)

Czas oczekiwania na udzielanie świadczeń geriatrycznych w Poradni według stanu na pierwszego stycznia 2018, 2019, 2020 i 2021 r. wynosił odpowiednio: 29, 112, 27, 4 dni przy odpowiednio 84, 121, 94 i 8 stabilnych przypadkach i żadnym przypadku pilnym. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum tak długi czas oczekiwania podyktowany był wyznaczaniem terminów wizyty z uwzględnieniem dogodnych dla pacjenta warunków, uwzględniających jego indywidualną, życiową sytuację, wynikających z okoliczności takich jak m.in. leczenie sanatoryjne, planowane hospitalizacje, rehabilitacja ambulatoryjna, a także wyjazdy długoterminowe.

<sup>16</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357), dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

<sup>17</sup> Zarządzenie nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

<sup>18</sup> w 2020 r.

<sup>19</sup> Próba pacjentów korzystających z poradni w II półroczu 2019 r.

W konsekwencji terminy wizyty pacjenta wyznaczane były dłuższe niż wynikało to z faktycznych możliwości Centrum. Dodatkowo Dyrektor Centrum wyjaśnił, że w wielu przypadkach umówieni pierwszorazowo pacjenci bez uprzedzenia nie stawiali się na umówioną wizytę.

(akta kontroli str.79, 316-317)

**1.5** W Poradni, w okresie objętym kontrolą oraz stosownie do umowy zawartej z NFZ, pracowały trzy osoby, w tym dwóch lekarzy specjalistów z zakresu geriatrici – zatrudnionych na 0,15 etatu przeliczeniowego każdy oraz pielęgniarki<sup>20</sup> (w latach 2017-2018 na 0,15 etatu, a w latach 2019-2021 na 0,3 etatu przeliczeniowego). Powyższe wskazuje, że zasoby kadrowe poradni były zgodne z §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia, a także z umową z NFZ.

Jeden z ww. lekarzy w badanym okresie dwukrotnie w 2017 i 2018 r. uczestniczył w warsztatach szkoleniowych z psychogeriatrici, a drugi w 2018 r. – w ogólnopolskim kongresie starzenia się.

W przypadku nieobecności jednego z lekarzy w czasie określonym w umowie z NFZ zapewniono dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy Poradni i §9 ust. 3 zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 31 grudnia 2019 r., przy czym nie podawano do publicznej wiadomości, w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy, informacji o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób, naruszając §9 ust. 4 ww. zarządzenia.

(akta kontroli str.73-78, 93-102, 115-119, 311-333)

**1.6** W latach objętych kontrolą w Poradni jeden z lekarzy zatrudniony był na podstawie umowy cywilnoprawnej, a drugi na podstawie umowy o pracę. Na podstawie list obecności za sierpień lat 2017-2020 i czerwiec 2021 r. stwierdzono, że lekarze dokonywali wpisu na listach prowadzonych odrębnie dla Poradni, przy których listach już uprzednio w formie komputerowej odnotowano godziny pracy lekarza. Fakt pracy w tych godzinach lekarz potwierdzał własnoręcznym podpisem. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum w przypadku personelu zatrudnionego na podstawie umowy o pracę weryfikacja czasu pracy odbywała się poprzez podpisy na listach obecności. Z kolei w przypadku umów cywilnoprawnych – poprzez weryfikację liczby świadczeń udzielonych w danym okresie, dlatego też na wystawianych przez lekarza kontraktowego fakturach VAT nie odnoszono się do liczby przepracowanych godzin, a do liczby świadczeń.

NIK wskazuje, że taka forma weryfikacji czasu pracy lekarza uniemożliwiała faktyczne potwierdzenie godzin przez niego przepracowanych w Poradni.

(akta kontroli str.115-157, 311-329)

**1.7** W Poradni udostępniono pacjentom informacje, o których mowa w §11 ust. 4 pkt 2-11 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym informacje o miejscu i godzinach udzielania świadczeń, z wyjątkiem tych danych, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 10a ww. przepisu.

(akta kontroli str.93-102)

**1.8** Poradnia składała się z trzech pomieszczeń: gabinetu lekarskiego, zabiegowego oraz rejestracji. Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwiały rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie aparatury i sprzętu medycznego stanowiących jego niezbędne, funkcjonalne wyposażenie, przy czym pokój diagnostyczny nie był wyposażony w automatyczną informację o trwającym badaniu. Zgodnie z oświadczeniem lekarza udzielającego świadczeń w Poradni na czas trwania badania na drzwiach gabinetu wywieszana jest kartka informacyjna, która jednak nie była dostępna w Poradni podczas przeprowadzanych oględzin.

<sup>20</sup> Na dzień przeprowadzania kontroli w Poradni zatrudniano pielęgniarkę – specjalistę pielęgniarstwa geriatricznego – według aneksu nr 8 do umowy nr 051/110009/02/010/21/2 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – 0402 AOS z 5 lipca 2021 r.

Okna pomieszczeń Poradni zabezpieczone były przed dostępem osób postronnych. Do badań wykorzystywano także dostępny na miejscu sprzęt jednorazowego użytku oraz środki dezynfekcyjne.

(akta kontroli str.93-114)

Poradnia dysponowała odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, przewidzianym przepisami prawa sprzętem i aparaturą medyczną, zgodnie z zawartą z NFZ umową. Dla glukometru prowadzono tabelę pomiarów kalibracji, a dla pozostałych sprzętów uwzględnionych w ww. umowie (aparaty RTG<sup>21</sup>, aparat EKG, oraz aparat USG) paszporty techniczne, w których odnotowywano coroczne przeglądy techniczne i testy specjalistyczne. Podczas kontroli w Poradni znajdował się aparat USG o nr seryjnym innym niż wskazywała umowa zawarta z NFZ. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum, z ww. umowy wynika, że sprzęt ma być dostępny w lokalizacji przy ul. Przyrodniczej 7/9 w Łodzi i stosownie do tej umowy znajduje się na I piętrze w ZOL. Do Poradni z kolei, celem przetestowania przez lekarzy, przekazano nowszy, lepszy sprzęt, który po uzyskaniu ich akceptacji, zostanie zgłoszony do NFZ.

(akta kontroli str.93-102, 49-69, 165-265, 320)

**1.9** Poradnia zapewniała dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych bezpośrednio w Poradni, gdzie możliwe było pobieranie próbek, następnie przekazywanych celem analizy do podmiotu, z którym zawarto stosowną umowę. Badania RTG, endoskopowo-obrazowe, histologiczno-patologiczne były przeprowadzane w Centrum oddalonym od Poradni o około 8,5 km. Z kolei świadczenia densytometrii realizowane były na podstawie umowy podpisanej z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, oddalonym od Poradni o ok. 9 km.

(akta kontroli str.93-102, 165-212)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Poradni, w przypadku nieobecności jednego z lekarzy w czasie pracy określonym w umowie z NFZ, nie przestrzegano postanowień §9 ust. 3 i 4 zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, nie podając do publicznej wiadomości - w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy - informacji o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób.

Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum powyższa nieprawidłowość wynikała z faktu zabierania informacji, publikowanych na tablicy ogłoszeń, przez pacjentów lub ich rodziny. Zgodnie z wyjaśnieniem, Centrum zwiększyło częstotliwość weryfikacji poprawności oraz dostępności wszystkich informacji znajdujących się na tablicach ogłoszeń, z zastrzeżeniem, że w czasie epidemii COVID-19 czynności te były czasowo ograniczone. Dyrektor wyjaśnił dodatkowo, że dla poprawy przejrzystości oraz dostępności danych również w formie cyfrowej w 2021 r. uruchomiono nową stronę internetową, bardziej dostępną dla pacjenta senioralnego, gdzie przekazywane są najważniejsze aktualności dotyczące funkcjonowania Poradni.

(akta kontroli str.93-114, 341-346)

2. W Poradni, wbrew wymogom wynikającym z §11 ust. 4 pkt 1 i 10a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie podano do publicznej wiadomości - wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych - informacji o imionach i nazwiskach osób

<sup>21</sup> Jeden wyłączony z użytkowania od 1 lipca 2021 r.

kierujących pracą komórki organizacyjnej i udzielających świadczeń w Poradni oraz nie zamieszczono adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Jak wyjaśnił Dyrektor, powyższa nieprawidłowość spowodowana była regularnym zabieraniem publikowanych informacji przez pacjentów, lub ich zrywaniem i niszczeniem przez osoby trzecie. Jednocześnie Dyrektor wyjaśnił, że pracownik Działu Organizacyjno-Prawnego Centrum dokonywał raz/dwa razy w miesiącu, na zgłoszenie pracowników ich uzupełnienia. Jednak z uwagi na pandemię COVID-19 wejścia pracowników administracji w miejsca udzielania świadczeń zostały ograniczone do minimum. W toku kontroli NIK uzupełniono brakujące wykazy.

(akta kontroli str.93-114, 311-320)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Świadczeniodawca zapewnił wynikające z umowy z NFZ i z przepisów prawa niezbędne, do opieki nad pacjentami geriatrycznymi, warunki organizacyjne i lokalowe. Poradnia dysponowała także odpowiednią liczbą wykwalifikowanego personelu medycznego, przy czym, pomimo takiego obowiązku, informacja o imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej oraz udzielających świadczeń w Poradni nie była podana do publicznej wiadomości w miejscu udzielania świadczeń. Dodatkowo, w przypadku nieobecności jednego z lekarzy w czasie pracy jednostki określonym w umowie z NFZ, nie podawano do publicznej wiadomości w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy informacji o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Poradnia dysponowała wymaganym przepisami prawa sprzętem i aparaturą medyczną, podlegającą regularnym przeglądom i zapewniała wymagany przepisami prawa dostęp do badań.

#### OBSZAR

## 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatryi

#### Opis stanu faktycznego

2.1 Harmonogramy przyjęć do Poradni, o których mowa w art. 19a ustawy o świadczeniach zdrowotnych prowadzono od stycznia 2020 r. w sposób zgodny z ww. ustawą.

Na próbie 46 pacjentów, którzy przed pierwszą wizytą byli wpisani na listy oczekujących stwierdzono, że wszystkie te przypadki zakwalifikowano jako stabilne. Średni czas oczekiwania wynosił w latach 2017-2020 odpowiednio 54,2, 111,6, 198 i 85,6 dni, co spowodowane było m.in. wyznaczaniem odległego terminu wizyty na wniosek pacjenta, wielokrotnym przesuwaniem terminu wizyty przez pacjenta oraz niestawianiem się pacjenta na wizytę w wyznaczonym terminie. Z kolei w 2021 r. czas oczekiwania na wizytę 26 pacjentów objętych kontrolą wynosił średnio 1,7 dnia.

Informacja o listach oczekujących za luty i czerwiec lat 2017-2021 przekazywana była do OW NFZ, a potem do NFZ zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

(akta kontroli str.80-88, 397-406)

2.2. Poradnia nie posiadała systemu umawiania się pacjentów na wizyty drogą elektroniczną, a w konsekwencji opracowanych procedur w ww. zakresie. Dlatego też w latach 2020-2021 żaden z pacjentów nie skorzystał z takiej możliwości.

(akta kontroli str.271)



**2.3** W 2020 r. na 955 udzielonych porad ogółem, 79 z nich przeprowadzono w formie teleporady. W 2021 r.<sup>22</sup> stosunek ten wynosił 189 porad ogółem do czterech teleporad.

Z próby 20 pacjentów korzystających ze świadczeń realizowanych przez Poradnię w okresie pandemii, pięciu pacjentom udzielono łącznie dziesięciu teleporad, a brak bezpośredniej wizyty w Poradni związany był m.in. z obawą o zdrowie w związku z pandemią COVID-19.

(akta kontroli str.86 89-91, 360-396)

**2.4** Na próbie 20 pacjentów korzystających ze świadczeń Poradni, w tym 10 rozpoczynających leczenie w okresie objętym kontrolą<sup>23</sup> stwierdzono, że dokumentacja medyczna pacjentów każdorazowo zawierała oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, dokumentacji ze wskazaniem danych osób upoważnionych. Dokumentacja indywidualna prowadzona była zgodnie z §38 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej<sup>24</sup>, przy czym u pięciu pacjentów w historii zdrowia i choroby stwierdzono przypadki nieodnotowania informacji o lekach wraz z dawkowaniem.

Lekarze udzielający świadczeń w Poradni dokonywali oceny geriatrycznej pacjentów, na podstawie wywiadu medycznego, a także sporządzając w pięciu przypadkach kartę oceny geriatrycznej, w siedmiu przypadkach dokonując różnych testów oceny pacjenta, w tym m.in. według skali Katza, testu MMSE<sup>25</sup>, CTD, geriatrycznej skali oceny depresji (GDS), testu zegara, czy oceny stanu psychicznego. W ośmiu przypadkach nie dokonano żadnej sformalizowanej oceny geriatrycznej pacjenta. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum COG przeprowadzono dla części pacjentów, których stan kliniczny, podczas przeprowadzonego wywiadu wskazywał na odchylenia od normy, jednak z uwagi na jej rozbudowany charakter, liczne testy, procedura jest rozkładana na kilka wizyt i jako karta zbiorcza pojawia się dopiero przy piątej lub szóstej wizycie. Dyrektor wyjaśnił także, że skala Katza, test MMSE, CTD wskazane w *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*<sup>26</sup> mają zastosowanie głównie w Oddziałach Geriatrycznych i Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych i nie są normami prawa powszechnie obowiązującego.

(akta kontroli str.89-91, 289-294, 311-320)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Poradnia nie zapewniła pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, pomimo takiego obowiązku wynikającego z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym Świadczeniodawca, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w (...) ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Centrum rejestracja elektroniczna była wdrożona do chwili utworzenia nowej strony internetowej. Moduł, który był zintegrowany z systemem Centrum, z uwagi na konieczność zakupu nowej licencji jak i niedostosowanie techniczne, jest nieaktywny do czasu zakończenia negocjacji z dostawcą systemu AMMS. Przy czym wyjaśniono, że z uwagi na m.in. trudności finansowe Centrum (strata w wysokości 8,5 mln zł

<sup>22</sup> Stan na dzień 31 marca 2021 r.

<sup>23</sup> W szczególności w latach 2020 i 2021.

<sup>24</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ. U. z 2020 r. poz. 666 ze zm.) dalej „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

<sup>25</sup> Test Mini Mental State Examination

<sup>26</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, tom 21.

za 2020 r.) rozpoczęcie procedury przetargowej<sup>27</sup> ulega opóźnieniu. Dyrektor wyjaśnił, że postępowanie na zakup licencji wraz z nadzorem autorskim oraz jej wdrożenie nastąpi natychmiast po przekazaniu środków finansowych na ten cel.

(akta kontroli str.271, 311-320)

2. W Poradni, pomimo obowiązku wynikającego z §38 ust. 4 pkt 5) rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, w przypadku pięciu pacjentów na 20 badanych nie umieszczano w poszczególnych historiach zdrowia i choroby, sporządzanych po poradzie lekarskiej, informacji o lekach wraz z dawkowaniem w ilościach odpowiadającym ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydane pacjentowi, pomimo iż zgodnie z ww. dokumentami wskazywano m.in. na zmianę lub kontynuację leczenia, zapisywano informację o wystawieniu recepty bądź o przekazaniu rozpiski leków pacjentowi. W przypadku jednego z ww. pacjentów część leków z e-recept<sup>28</sup> wystawianych w okresie późniejszym niż zrealizowana porada, dopisywano do historii zdrowia i choroby sporządzonej w ramach zrealizowanej kilka lub kilkanaście dni wcześniej poradzie.

Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum powyższa nieprawidłowość wynikała z przeoczenia oraz skomplikowanego procesu analizy stanu klinicznego pacjenta. Wyjaśnił także, że pod kontrolą lekarzy Poradni są pacjenci przychodzący na wizytę cyklicznie, przynoszący ze sobą książeczki samokontroli pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna, pomiaru glukozy oraz listę przyjmowanych leków wraz z ich dawkami oraz sposobem przyjmowania, a lekarz po przeprowadzeniu badania, modyfikuje sposób leczenia i nanosi zmiany na listach leków pacjentów. Dodatkowo Dyrektor Centrum wyjaśnił, że uzupełnianie historii zdrowia i choroby sporządzonej bezpośrednio po wizycie, podyktowane było dobrem pacjenta oraz nieprecyzyjnymi informacjami o kończących się lekach podawanych przez pacjenta podczas porady.

(akta kontroli str.103-114, 311-320, 350-396)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Poradnia zapewniała pacjentom dostęp do świadczeń zarówno w postaci wizyt jak i teleporad, przy czym, pomimo takiego obowiązku, nie umożliwiała pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną z uwagi na brak wdrożonego systemu i opracowanych procedur. Harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących na świadczenie, prowadzono i przekazywano do NFZ w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów Poradni w głównej mierze prowadzona była prawidłowo. Wyjątek stanowiło nieumieszczanie informacji o lekach wraz z dawkowaniem w historii zdrowia i choroby pięciu pacjentów.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

3.1 Wprowadzone w Poradni rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w podeszłym wieku, z uwzględnieniem zaleceń wynikających ze *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej* poprzez m.in. zapewnienie wymaganego sprzętu medycznego tj. aparatu EKG, aparatu USG, zestawu do 24 godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, oraz zestawu do 24 godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, glukometru, wagi lekarskiej, pulsoksymetru, oraz aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego i sprzętu do udzielania pierwszej pomocy. Dodatkowo na terenie Poradni w ZOL znajdowały się, udostępniane na wezwanie, defibrylator oraz kardiomonitor, Holter RR.

<sup>27</sup> Z uwagi na ograniczenia licencyjne, powodujące że istnieje tylko jeden dostawca modułu, a kody źródłowe jak i licencyjne na odsprzedaż nie zostały udzielone umowa może zostać zawarta tylko z jednym wykonawcą.

<sup>28</sup> Wystawianych od stycznia 2020 r.

Poradnia zapewniała dostęp do badań laboratoryjnych, endoskopowo obrazowych i histologiczno-patologicznych oraz densytometrii.

(akta kontroli str.49-69, 93-102, 120-124, 165-269)

**3.2** W latach 2017-2021 w Poradni nie zatrudniano dodatkowego personelu, którego praca mogła mieć wpływ na podniesienie jakości opieki geriatrycznej.

(akta kontroli str.73-77)

**3.3** W wyniku analizy dokumentacji medycznej 20 pacjentów Poradni stwierdzono, że pacjenci nie zostali objęci oceną według skali VES-13 – co zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Centrum wynikało z braku takiego obowiązku prawnego. Jak wskazano we wcześniejszej części wystąpienia, pacjenci objęci byli oceną geriatryczną dokonywaną przez lekarzy stosujących m.in. test MMSE, ocenę według skali KATZ, testy CTD, GDS, czy oceny stanu psychicznego. Wobec ośmiu pacjentów nie zastosowano żadnej sformalizowanej procedury diagnostyki geriatrycznej.

Podczas korzystania z Poradni pacjentom wystawiano w ramach potrzeb skierowania w głównej mierze na badanie USG jamy brzusznej czy serca, RTG, EKG oraz liczne badania laboratoryjne. W jednym przypadku pacjent został skierowany do Poradni Zdrowia Psychicznego, przy czym żaden z pacjentów nie został objęty wsparciem psychologicznym, opieką fizjoterapeutyczną czy skierowany na rehabilitację<sup>29</sup>, a rodziny nie zostały objęte edukacją w zakresie postępowania geriatrycznego, co zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Centrum wynikało z braku stwierdzenia takiej konieczności w wyniku diagnozy lekarskiej.

Lekarze udzielający porad w Poradni mieli wiedzę o historii leczenia pacjenta poza poradnią, w historii zdrowia i choroby odnotowywano, na podstawie wywiadu medycznego, informacje o przebytych leczeniach, a do dokumentacji medycznej załączano wyniki badań i konsultacji.

(akta kontroli str.89-91, 311-321)

**3.4** W Poradni prowadzone są cyklicznie, dwa razy do roku oceny satysfakcji klienta w formie anonimowych ankiet. Ostatnia analiza przeprowadzona została po I półroczu 2021 r. W ramach badania zagregowano dane z 30 ankiet otrzymując odpowiedzi m.in. na pytanie dotyczące zapisów do poradni prowadzonych przez rejestrację (85% oceniło bardzo dobrze „b.db”), oceny pracy rejestracji pod względem: sprawności załatwiania formalności (100% b.db.), poziomu obsługi (100% b.db.), stosunku do klienta (67% b.db, 33% dobrze „db”); oceny pracy lekarza pod względem zapewnienia godności i intymności w trakcie porady (70% b.db, 22% db, 8% przeciętnie); oraz oceny pracy lekarza pod względem przystępności i zrozumienia informacji o stanie zdrowia i zaleceniach (51% b.db, 33% db, 16% przeciętnie).

(akta kontroli str.290-305, 316-336)

**3.5** W latach objętych kontrolą Poradnia nie posiadała zawartych umów współpracy ze specjalistami różnych dyscyplin medycznych, instytucjami pomocy społecznej i lokalnymi władzami samorządowymi. Jednocześnie, jak wyjaśnił Dyrektor, z uwagi na wielospecjalistyczny charakter Centrum, posiadające w swoich strukturach oddziały o różnym profilu<sup>30</sup>, pacjenci geriatryczni, u których w znacznym stopniu występują różne jednostki chorobowe, mogą oczekiwać pomocy przy wykorzystaniu własnych, wewnętrznych zasobów personelu medycznego, zapewniając większą skuteczność leczenia. Dodatkowo Centrum, dla poszerzenia oferowanego panelu usług medycznych dla pacjentów geriatrycznych, realizowało szereg projektów mających na celu zwiększenie dostępności do usług medycznych, tj.:

<sup>29</sup> Z dokumentacji medycznej jednego z pacjentów wynika, iż zaproponowano mu skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej, przy czym brak dalszych informacji co do wystawienia skierowania jak i jego realizacji.

<sup>30</sup> m.in. oddział chorób wewnętrznych i kardiologii, oddział chirurgiczny ogólny, neurologiczny i udarowy, chirurgii urazowo-ortopedycznej, rehabilitacji.

- Dom Dziennego Pobytu<sup>31</sup> zlokalizowany w budynku, w którym znajduje się Poradnia, zapewniający kompleksową opiekę nad seniorami poprzez m.in. zajęcia i ćwiczenia poprawiające kondycję psychofizyczną. Obiekt został wyposażony w sale sensoryczną, aparat do tlenoterapii, sale terapii zajęciowej, salę ćwiczeń rehabilitacyjnych, ścieżkę zdrowia dla seniorów oraz sale wypoczynku i relaksu;
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – także w tej samej lokalizacji, będący zakładem stacjonarnym, prowadzącym całodobową opiekę, obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym, z uwzględnieniem leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Placówka dedykowana jest głównie pacjentom geriatrycznym, nad którymi opieka w warunkach domowych jest utrudniona bądź niemożliwa. Dodatkowo świadczenia w ZOL udzielają przede wszystkim lekarze o specjalizacji geriatrycznej;
- współpraca z Oddziałem ds. Polityki Senioralnej Urzędu Miasta Łodzi, który koordynuje działania na rzecz łódzkich seniorów służące zwiększeniu ich uczestnictwa w życiu społecznym, w obszarze edukacji, zdrowia, kultury i sportu, dążąc do poprawy stanu zdrowia seniorów z całego województwa łódzkiego;
- organizacja, we współpracy m.in. z Miastem Łódź, bezpłatnych wydarzeń dedykowanych seniorom, które odbywają się także w ww. DDP i są powiązane z promocją zdrowia, konsultacjami medycznymi oraz wpływają na poprawę stanu psychicznego osób najstarszych, narażonych na samotność oraz wykluczenie społeczne.

(akta kontroli str.343-346)

**3.6** Opieka nad pacjentami świadczona w Poradni nie była w badanym okresie przedmiotem kontroli prowadzonych przez zewnętrzne organy i podmioty jak np. NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkich lub krajowych.

(akta kontroli str.293-294)

**3.7** W badanym okresie do Centrum nie wpływały skargi dotyczące świadczeń geriatrycznych udzielanych przez Poradnię.

(akta kontroli str.158)

Stwierdzone  
nieprawidłowości  
**OCENA CZĄSTKOWA**

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Poradnia realizowała przyjętą politykę zdrowotną wobec pacjentów geriatrycznych na podstawie umowy z NFZ, w części uwzględniając także *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, zapewniając dostęp do właściwego sprzętu medycznego jak i badań. Poradnia podejmowała w badanym okresie współpracę w zakresie zapewnienia prawidłowej i kompleksowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi w głównej mierze w ramach własnych oddziałów szpitalnych, poradni POZ i specjalistycznych oraz ZOL i DPP, a także z władzami samorządowymi, celem poprawy zdrowia, w tym stanu psychicznego i samopoczucia pacjentów geriatrycznych.

<sup>31</sup> DDP prowadzony w ramach zadania realizowanego z Budżetu Obywatelskiego Miasta Łodzi i w ramach środków unijnych pozyskanych na ten cel.

## IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Podawanie do publicznej wiadomości - w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy - informacji o sposobie zorganizowania opieki podczas nieobecności lekarzy w okresie pracy Poradni wynikającym z harmonogramu.
2. Wdrożenie w Poradni systemu zapewniającego pacjentom możliwość umawiania się na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia drogą elektroniczną.
3. Zamieszczanie w historii zdrowia i choroby, sporządzanych w zakresie zrealizowanych porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, informacji o lekach wraz z dawkowaniem, w przypadku przepisywania ich pacjentowi.

## 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 Łodzi. 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  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Łódź, 7 września 2021 r.

Kontroler  
Zuzanna Sieradzka  
starszy inspektor k.p.

  
.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Łodzi  
p.o. Dyrektora  
Piotr Walczak

  
.....  
podpis

