



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.009.01.2021

Jolanta Dankiewicz  
Szpital na Wyspie Sp. z o.o.  
ul. Pszenna 2  
68-200 Żary

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach (dalej: <i>Szpital</i> ), ul. Pszenna 2, 68-200 Żary
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jolanta Dankiewicz, Prezes Zarządu, od 27 czerwca 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Wiesław Olszański, Prezes Zarządu, od 26 czerwca 2005 r. do 26 czerwca 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń. 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry. 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 okresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Anna Huziej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli numer LZG/46/2021 z 9 czerwca 2021 r.  (akta kontroli str.1-5)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu zapewniono pacjentom oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej opiekę zgodną z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń pod względem wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną. Nie zapewniono natomiast wymaganej liczby pielęgniarek<sup>3</sup>. Nie zawsze również personel udzielający świadczeń był na bieżąco zgłaszany do NFZ.

Procedurę oceny geriatrycznej pacjentów w wieku powyżej 60 lat przyjmowanych na oddział geriatryczny wdrożono z niemal trzyletnim opóźnieniem, a dla pozostałych oddziałów Szpitala - dopiero w trakcie kontroli NIK. Pacjentom nie zapewniono Całościowej Oceny Geriatrycznej.

Świadczeniodawca stosował wobec pacjentów hospitalizowanych na oddziale i pacjentów poradni jednolite zasady przyjęć. Pacjenci, co do zasady, przyjmowani byli według kolejności wpisu na listę oczekujących, a w przypadku przyjęć na oddział geriatryczny uwzględniano również indywidualną sytuację chorego. Pacjentom poradni nie umożliwiono rejestracji drogą elektroniczną. Harmonogramy przyjęć nie zawierały jednak wszystkich wymaganych danych, a przekazane do NFZ informacje dotyczące liczby oczekujących na przyjęcie na oddział nie były w pełni rzetelne.

Dokumentacja medyczna w pełni odzwierciedlała rodzaj i zakres udzielonej pomocy, stwierdzono jednostkowe przypadki (cztery z 30 zbadanych) realizowania obowiązków dotyczących gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych zgód i oświadczeń niezgodnie z przepisami oraz brak czytelności dokumentacji.

Udzielanie świadczeń pacjentom geriatrycznym oddziału zorganizowano w sposób odpowiadający szczególnym potrzebom osób starszych, mogących mieć trudności w poruszaniu się. Zapewniono podstawowe wyposażenie poradni (za wyjątkiem sprzętu do udzielania pierwszej pomocy, który nie znajdował się w poradni, ale był dostępny w budynku, w którym znajduje się poradnia) oraz dostęp do wymaganych i rekomendowanych *Standardami*<sup>4</sup> badań. Dodatkowe wyposażenie poradni geriatrycznej, zalecane w Standardach, było dostępne na oddziałach Szpitala.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1.1. Szpital realizuje w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych świadczenia opieki zdrowotnej:

- w zakresie leczenia szpitalnego (stacjonarnego) na oddziale geriatrycznym (dalej: *oddział*) na podstawie umowy numer 0403/0023/17/PSZ i 0403/0023/21/PSZ z dnia 29 września 2017 r. zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: *LOW NFZ*)<sup>6</sup>. Na oddziale (w latach 2015-2021) znajdowały się 23 łóżka,

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> W latach 2017-2020 według stanu na dzień 31.12. każdego roku.

<sup>4</sup> *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Warszawa, 31 stycznia 2013.

<sup>5</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>6</sup> Umowa obowiązuje od 1.10.2017 r.; do 30.09.2017 r. świadczenia były realizowane w oparciu o umowę nr 0403/0023/17 z 14.12.2010 r.

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w poradni geriatrycznej (dalej: *poradnia*), na podstawie umowy numer 0402/0050/18/II z dnia 29 czerwca 2018 r. Poradnia geriatryczna funkcjonuje od dnia 1 lipca 2018 r., pacjenci przyjmowani są raz w tygodniu od godziny 10 do 13.30<sup>7</sup>.

Kierowanie oddziałem geriatrycznym oraz obsługę poradni geriatrycznej powierzono lekarzowi specjalście geriatry.

(akta kontroli str.6-176)

Od 1 października 2017 r. Szpital zakwalifikował się do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego<sup>8</sup>.

1.2. Stosownie do §6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>9</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*) świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Okres dostosowawczy do opracowania i wdrożenia ww. procedury zakończył się w dniu 30 czerwca 2016 r. - § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach<sup>10</sup>.

W dniu 20 czerwca 2019 r. Prezes Szpitala zatwierdziła Procedurę oceny geriatrycznej, i z tym dniem ustalił obowiązującą w oddziale geriatrycznym. Procedura ta została wprowadzona prawie trzy lata po upływie terminu wynikającego z wyżej powołanych przepisów, a ponadto nie spełniała wymogów wynikających z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, bowiem obowiązywała tylko na oddziale geriatrycznym.

(akta kontroli str. 177-182)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że interpretacja przez nas przepisów w tym zakresie okazała się niewłaściwa, gdyż byliśmy przekonani, że ocena geriatryczna pacjenta po 60 roku życia dotyczy wyłącznie pacjentów na oddziale geriatrycznym w przypadku jego posiadania. Procedura została wprowadzona w czerwcu 2019 r. z powodu przeoczenia zmian w przepisach w tym zakresie.

(akta kontroli str.183-193)

W dniu 28 czerwca 2021 r. Prezes Szpitala zatwierdziła Wewnętrzną Instrukcję Szczegółową pn. Ocena geriatryczna, obowiązującą na oddziałach szpitalnych z wyjątkiem oddziału dziecięcego, noworodkowego i ginekologiczno - położniczego, w przypadku pacjentów po 60 roku życia. Z procedurą zapoznano personel komórek organizacyjnych, w których wymagane było jej stosowanie.

(akta kontroli str.194-204)

1.3. W Szpitalu nie opracowano procedur dedykowanych wyłącznie pacjentom oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej. W zakresie opieki nad pacjentami geriatrycznymi obowiązywały m.in. procedury dotyczące:

- ✓ profilaktyki przeciwoleżynowej i postępowania w przypadku odleżyn, której celem było zmniejszenie ryzyka ich rozwoju, podjęcie działań

<sup>7</sup> Od 09.07.2018 r., do 08.07.2021 r. czas pracy poradni wynosił trzy dni w tygodniu (od środy do piątku) łącznie 12 godzin.

<sup>8</sup> <https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubuskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz/>

<sup>9</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 290, ze zm.

<sup>10</sup> Dz.U. 1441, ze zm.

przeciwodleżynowych, zmniejszenie występowania odleżyn oraz ochrona pacjenta przed pogłębieniem powstałej odleżyny lub jej wyleczenie oraz zmniejszenie ryzyka rozwoju innych. Pielęgniarka w czasie trzech godzin od przyjęcia na oddział dokonuje oceny ryzyka wystąpienia odleżyn według skali punktowej NORTON<sup>11</sup>. W przypadku stwierdzenia odleżyn zakładana jest karta obserwacji i leczenia oraz obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn. Wspólnie z lekarzem opracowywany jest plan postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego, według 5-stopniowej klasyfikacji ran Torrance'a;

- ✓ żywienia enteralnego – celem procedury było ujednoczenie sposobu podaży diety do żołądka, z zachowaniem zasad septyki i antyseptyki oraz procedur sanitarno-epidemiologicznych;
- ✓ bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów, której celem było minimalizowanie negatywnych skutków związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem chorych, zmniejszenie ryzyka urazów u osób sprawujących opiekę, jak również u pacjentów;
- ✓ oceny i leczenia bólu, w której opisano m.in. kategorie zabiegów i schematy leczenia bólu.

Procedura profilaktyki przeciwodleżynowej i postępowania w przypadku odleżyn oraz żywienia enteralnego odnosiły się w swej treści do określonych w standardach opieki geriatrycznej procedur diagnostyczno-terapeutycznych.

(akta kontroli str. 205-262, 514)

Szpital nie ubiegał się o certyfikat akredytacyjny.

(akta kontroli str. 187-193)

**1.4.** W latach 2017-2021 (I kwartał) na oddziale geriatrycznym hospitalizowano odpowiednio: 1.056; 1.068; 1063; 889 i 256 pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 81 - 85 lat – łącznie 1.040 pacjentów oraz pacjenci w wieku 86-90 lat – łącznie 948 pacjentów. Najmniejszą grupę stanowili pacjenci do 65 roku życia - łącznie 171 (w tym 11 do 60 roku życia).

(akta kontroli str. 263)

W II półroczu 2019 r. na oddziale hospitalizowano 523 pacjentów, w tym 341 (tj. 65,2%) z powiatu żarskiego, 132 (tj. 25,2%) z powiatu żagańskiego, 46 (tj. 8,8%) z innych powiatów województwa lubuskiego<sup>12</sup> oraz czterech pacjentów (tj. 0,8%) spoza województwa<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 264)

W II półroczu 2019 r. i II półroczu 2020 r. hospitalizowano odpowiednio: 523 i 441 pacjentów. Czas hospitalizacji wynosił przeważnie od 4 do 7 dni (w II półroczu 2019 r. - 266 pacjentów, tj. 50,9% wszystkich pacjentów, a w II półroczu 2020 r. - 208 pacjentów, tj. 47,2%<sup>14</sup>).

(akta kontroli str. 265)

<sup>11</sup> Skala dotyczy oceny czynników ryzyka tj.: stan fizyczny (dobry, dość dobry, średni/zły, bardzo ciężki), stan świadomości (pełna przytomność i świadomość, apatia, splątanie, zaburzenie świadomości, stupor lub śpiączka), przemieszczanie się (samodzielne, z asystą, tylko na wózku, stale w łóżku), samodzielność przy zmianie pozycji (pełna, ograniczona, bardzo ograniczona, całkowita niesprawność), czynność zwieraczy i cewki: pełna sprawność zwieraczy, sporadyczne moczenie, zazwyczaj nietrzymanie moczu, całkowite nietrzymanie moczu i stolca).

<sup>12</sup> Powiat zielonogórski – 15, krośnieński – 29, świebodziński – 2.

<sup>13</sup> Województwo dolnośląskie – 2, podkarpackie – 1, zachodniopomorskie – 1.

<sup>14</sup> Liczba pacjentów hospitalizowanych do 3 dni wynosiła, odpowiednio, 60 (tj. 11,5% wszystkich pacjentów) i 76 (17,2%); od 8 do 14 dni hospitalizowano odpowiednio, 172 (32,9% wszystkich pacjentów) i 141 (32%). Czas hospitalizacji w przypadku, odpowiednio, 23 (4,4%) i 11 (2,5%) pacjentów wynosił od 15 do 21 dni, a powyżej 21 dni hospitalizowano, odpowiednio, 2 (0,4%) i 5 (1,1% pacjentów).

Poradnia geriatryczna funkcjonuje w Szpitalu od dnia 1 lipca 2018 r. W okresie od 1 lipca 2018 r. do 2021 r. (I kwartał) z porad skorzystało łącznie 22 pacjentów (każdy z pacjentów skorzystał z jednej porady), tj. odpowiednio: 4, 11, 5 i 2. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 76-85 lat – łącznie 13.

(akta kontroli str. 266-268)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że *geriatra często kojarzy się pacjentom z leczeniem ludzi bardzo starych lub niedołącznych, więc wcześniej nie korzystają z jego porad, a mogliby już po ukończeniu 60-tego roku życia*. Brak zainteresowania pacjentów świadczeniami oferowanymi przez poradnię leży po stronie lekarzy POZ, którzy nie korzystają z możliwości konsultacji pacjenta geriatrycznego pod względem wielochorobowości, wybierając w zamian skierowania do innych specjalistów.

(akta kontroli str. 269-272)

Spośród 10 pacjentów, którzy skorzystali z porad w II półroczu 2019 r. pięciu (tj. 50%) zamieszkiwało powiat żarski<sup>15</sup>.

(akta kontroli str.267)

Według stanu na dzień 1 stycznia 2018 - 2021 r. czas oczekiwania na przyjęcie na oddział geriatryczny dla przypadków stabilnych wynosił odpowiednio: siedem, 11, 13 i 33 dni (a dla przypadków pilnych: 0). Liczba oczekujących na przyjęcie na oddział geriatryczny w tym okresie (przypadki stabilne) wynosiła odpowiednio: 8, 5, 53, 30. Czas oczekiwania na wizytę w poradni geriatrycznej (dla przypadków stabilnych) według stanu na dzień 1 stycznia 2019-2021 r. wynosił odpowiednio: 0, 10 i 0 dni (a dla przypadków pilnych: 0 dni).

Nie było pacjentów oczekujących na przyjęcie na oddział w trybie pilnym ani oczekujących na wizytę w poradni geriatrycznej

(akta kontroli str.273, 537)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że przyczyną wydłużenia czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział była epidemia covid19. Pacjenci z chorobą sars-cov2 musieli być izolowani, co skutkowało ograniczeniem liczby dostępnych miejsc dla pozostałych pacjentów. Ponadto prawie cały personel oddziału chorował na covid-19.

(akta kontroli str. 274-286)

**1.5. W zakresie zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu na oddziale geriatrycznym ustalono, że:**

- w latach 2017-2020<sup>16</sup> na oddziale zatrudniano dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrycznej, w wymiarze dwóch etatów przeliczeniowych w latach 2017-2018 oraz 1,79 etatu przeliczeniowego w latach 2019-2020, co było zgodne z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego określonymi w załączniku numer 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. W latach 2017-2020<sup>17</sup> obecność lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrycznej zapewniano codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 14.35 lub 7.25 do 15 oraz w trakcie dyżurów medycznych pełnionych przez lekarzy tej specjalności.

(akta kontroli str. 287-297)

<sup>15</sup> Ponadto z porad skorzystało: 2 pacjentów (20%) było mieszkańcami powiatu żagańskiego, 2 powiatu zielonogórskiego, a jeden (10%) powiatu nowosolskiego).

<sup>16</sup> Według stanu na dzień 31.12. każdego roku.

<sup>17</sup> Ustaleń dokonano na podstawie czasu pracy lekarzy w miesiącu sierpniu każdego roku.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że: *staramy się utrzymać jak najwyższy wskaźnik zatrudnienia geriatrów*. W badanym okresie oddział geriatryczny spełniał wymagania Ministra Zdrowia w zakresie zatrudnienia geriatrów. Niemniej jednak Szpital czyni ciągle starania o zwiększenie zatrudnienia geriatrów poprzez prowadzenie m.in. specjalizacji lekarskiej, jako jednostka posiadająca akredytację Ministra Zdrowia. Zmniejszenie wymiaru zatrudnienia geriatrów w badanym okresie wynikało z ograniczenia wymiaru etatu przez jednego z lekarzy (o 0,21).

(akta kontroli str. 298-301)

- w Szpitalu spełniono warunki, określone w załączniku numer 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, dotyczące zatrudnienia na oddziale geriatrycznym pielęgniarek o specjalności pielęgniarstwo zachowawcze i opieki długoterminowej<sup>18</sup> oraz fizjoterapeutów<sup>19</sup> i psychologa,
- stan zatrudnienia personelu pielęgniarskiego na oddziale geriatrycznym w latach 2017-2020<sup>20</sup> przedstawiał się następująco:
  - 2017-2018 zapewniono 13,5 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 17,58 etatu przeliczeniowego (niedobór 4,08 etatu),
  - 2019-2020<sup>21</sup> zapewniono, odpowiednio: 12,5 i 13,35 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 13,8 etatu przeliczeniowego (niedobór 1,3 i 0,45 etatu),

co było niezgodne z ustalonymi normami zatrudnienia w latach 2017-2018<sup>22</sup>, a od 2019 r. z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla geriatry, określonymi w załączniku nr 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

(akta kontroli str. 287-290, 302)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że przyczyną powyższego były braki personelu pielęgniarskiego. Sytuacja taka skłoniła Szpital do poszukiwania rozwiązań w zakresie powierzenia czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych opiekunom medycznym (w latach 2017-2019 zatrudniano opiekunów medycznych w wymiarze 2 etatów, w 2020 r. – 3 etatów, a w 2021 r.- w wymiarze 4 etatów).

Aktualnie zatrudnienie pielęgniarek<sup>23</sup> w przeliczeniu na etat wynosi 13,8 i jest zgodne z wymaganiami.

(akta kontroli str. 298-301)

W okresie objętym próbą<sup>24</sup> ustalono, że część osób udzielających świadczeń w Oddziale (jedna pielęgniarka i opiekunowie medyczni – dwóch w latach 2017-

<sup>18</sup> Na oddziale geriatry w latach 2017-2019 zatrudniona była jedna pielęgniarka o specjalności pielęgniarstwo zachowawcze, w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego i trzy pielęgniarki o specjalności pielęgniarstwa opieki długoterminowej, w wymiarze trzech etatów przeliczeniowych; natomiast w 2020 r. zatrudniona była jedna pielęgniarka (w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego) o specjalności pielęgniarstwo zachowawcze i pięć pielęgniarek (w wymiarze 3,69 etatu przeliczeniowego) o specjalności pielęgniarstwa opieki długoterminowej

<sup>19</sup> W latach 2017-2020 zatrudniano 2 fizjoterapeutów, w wymiarze 1,07 etatu.

<sup>20</sup> Według stanu na 31.12. każdego roku.

<sup>21</sup> Z zastrzeżeniem, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1840) od 20 października 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji jest zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców. Następnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 638) przedłużono zwolnienie, o którym mowa do dnia 30 września 2021 r.

<sup>22</sup> Przyjętymi przez Szpital na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 28 grudnia 2012 r. sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. poz. 1545).

<sup>23</sup> W czerwcu 2021 r. zatrudnienie personelu pielęgniarskiego zwiększono o 0,45 w etatu.

<sup>24</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 4 miesiące tj. sierpień w każdym z lat 2017-2020.

2019 i trzech w 2020 r.) nie zostało zgłoszonych w NFZ, a ponadto w latach 2018-2020 jako sekretarkę medyczną wykazywano osobę, która już nie zajmowała tego stanowiska, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>25</sup> (dalej: *rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów*), zgodnie, z którym świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej<sup>26</sup>, zgodnie z harmonogramem. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi OW NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia (§ 6 ust. 2 ww. załącznika).

(akta kontroli str. 303-323)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że ww. pielęgniarka poza pracą w oddziale obsługuje pracownię EEG i jest wykazana w portalu, jako obsługująca tę pracownię. Nie wiedzieliśmy o możliwości wprowadzenia do portalu świadczeniodawcy opiekunów medycznych, dopiero w toku kontroli taką możliwość zauważyliśmy. Dane dotyczące sekretarek medycznych nie zostały uaktualnione w portalu świadczeniodawcy z powodu przeoczenia.

(akta kontroli str. 269-272)

W latach 2017-2020<sup>27</sup> świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę udzielało łącznie trzech lekarzy<sup>28</sup>. Analiza czasu pracy tych lekarzy (w miesiącu sierpniu każdego roku) wykazała, że:

- w 2017 r. normatywny czas pracy wynosił 166 godzin 50 minut, a faktycznie przepracowany przez lekarza rezydenta 176 godzin 50 minut, natomiast lekarz stażysta pracował w wymiarze 7 godzin 35 minut;
- w 2018 r. normatywny czas pracy wynosił 166 godzin 50 min, a czas pracy faktycznie przepracowany przez tych lekarzy 179 godzin 20 min oraz 192 godziny pięć minut;
- w 2019 r. – normatywny czas pracy wynosił 159 godzin 15 minut, a faktycznie przepracowany: 191 godzin 15 minut, 231 godzin 15 minut oraz 47 godzin 10 minut;
- 2020 r. – normatywny czas pracy wynosił 151 godzin 40 minut, a faktycznie przepracowany: 207 godzin 40 minut i 231 godzin 40 minut.

Każdy z lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wyraził na piśmie zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o której mowa w art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>29</sup>.

(akta kontroli str. 292-297, 324-336)

Porad w poradni geriatrycznej udzielał lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii, co było zgodne z wymogami określonymi w załączniku numer 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

<sup>25</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

<sup>27</sup> Według stanu na sierpień każdego roku.

<sup>28</sup> Jeden lekarz w latach 2017-2020 (do października 2017 r. lekarz stażysta, od listopada 2017 r. – rezydent), jeden lekarz w latach 2017-2019 (lekarz rezydent) i jeden lekarz w latach 2019-2020.

<sup>29</sup> Dz.U. 2021 r. poz. 711, ze zm.



z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>30</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS*).

Podstawą udzielania świadczeń w poradni geriatrycznej, przez ww. lekarza, była umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz kierowanie i zarządzanie oddziałem geriatrycznym<sup>31</sup>. Na podstawie ww. umowy kierownik oddziału geriatrycznego został zobowiązany do obsługi poradni geriatrycznej zgodnie z harmonogramem. W umowie nie przewidziano odrębnego wynagrodzenia za udzielanie świadczeń w poradni, a czas pracy w poradni nie był odrębnie ewidencjonowany. Zgodnie z harmonogramem do umowy z NFZ świadczenia w poradni były udzielane w każdy wtorek od 10 do 13.30.

Z dokumentacji pacjentów, którzy zostali przyjęci w poradni w latach 2018-2021 wynikało, że wszystkie wizyty odbyły się we wtorek.

(akta kontroli str. 337-340, 167-176, 268)

Lekarz udzielający porad w poradni geriatrycznej oświadczył, że do czasu rozpoczęcia pandemii corocznie uczestniczył w konferencjach Lekarzy Kolegium Specjalistów z zakresu geriatry oraz konferencjach *Geriatrya po dyplomie*.

(akta kontroli str. 341)

**1.6.** Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych w wybranych miesiącach objętych kontrolą<sup>32</sup> wykazała, że w 78 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, z czego w:

- 2017 r. – 21 przypadków;
- 2018 r. – 22 przypadki;
- 2019 r. – 17 przypadków;
- 2020 r. – 18 przypadków.

W siedmiu z ww. przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin (maksymalnie 56 godzin).

(akta kontroli str. 292-297)

Prezes Szpitala wyjaśnił, że obsada dyżuru medycznego w oddziałach o profilu zachowawczym może być łączona z innym oddziałem zachowawczym. Sytuacja taka występuje w oddziale geriatrycznym, na którym dyżury pełnione są przez lekarzy zatrudnionych w ramach umowy cywilnoprawnej zarówno w geriatry, jak i oddziale chorób wewnętrznych. Lekarze zatrudnieni w oddziale geriatrycznym (udzielający świadczeń nieprzerwanie ponad 24 godziny) pełnili dyżury medyczne oraz udzielali świadczeń w godzinach od 7-15 wraz z innymi lekarzami stanowiącymi niezbędną obsadę oddziału szpitalnego. Mając na względzie realizację opieki geriatrycznej, a w szczególności wykonywanie procedur diagnostyczno-terapeutycznych, pielęgniarских, fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych głównie między godziną 7 a 15 przez obsadę oddziału – nie zachodzi niebezpieczeństwo pogorszenia jakości udzielanych usług hospitalizowanym pacjentom. Udzielanie świadczeń przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin jest dobrowolne i uzgodnione indywidualnie w miesięcznych grafikach pracy.

(akta kontroli str. 342-347)

Zdaniem NIK, dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez czas przekraczający 48 godzin może – wskutek zmęczenia,

<sup>30</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>31</sup> Umowa numer 26/2018 z dnia 01.03.2018 r. wraz z aneksem z dnia 08.07.2018 r.

<sup>32</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 4 miesiące tj. sierpień w każdym z lat 2017-2020.

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.

1.7. W poradni geriatrycznej umieszczone były informacje o godzinach i miejscu udzielania świadczeń oraz informacje na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Informacje były kompletne, czytelne oraz zgodne ze stanem faktycznym.

Wymagane § 11 ust. 4 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów dane - umieszczone były na tablicach informacyjnych znajdujących się w budynku poradni.

(akta kontroli str. 348-356)

1.8. Oględziny pomieszczeń Oddziału i Izby Przyjęć wykazały, że Szpital nie spełniał wszystkich warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>33</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań*).

Na oddziale geriatrycznym znajdowały się m.in.:

- osiem sal chorych (dwie sale dwułożkowe, dwie sale trzyłożkowe, trzy sale czterołożkowe i jedna sala jednołożkowa, pełniąca funkcję izolatki<sup>34</sup>,
- dwa pomieszczenia sanitarno-higieniczne, wyposażone w natrysk i przystosowane dla pacjentów niepełnosprawnych,
- jedna toaleta dedykowana dla pacjentów izolatki,
- jeden pokój zabiegowy,
- jeden pokój badań,
- pomieszczenie porządkowe, miejsce na czystą bieliznę oraz brudownik.

Oględziny sal pacjentów wykazały m.in., że:

- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między nimi umożliwiające swobodny dostęp do pacjentów, za wyjątkiem jednej sali dwułożkowej, co było niezgodne z § 18 ust. 1 i 19 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań,
- szerokość czterech sal (jednej dwułożkowej, dwóch trzyłożkowych i jednej jednołożkowej) pozwalała na wyprowadzenie łóżka z pokoju, natomiast w czterech salach nie było to możliwe (trzy sale czterołożkowe i jedna sala dwułożkowa), co było niezgodne z § 20 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

(akta kontroli str. 357-369)

W odniesieniu do powyższych nieprawidłowości Prezes Szpitala wyjaśniła, że oddział znajduje się w starym obiekcie i istniejące tam warunki nie pozwalają na spełnienie wszystkich wymagań. Ponadto na oddziale umieszczono maksymalną liczbę łóżek z uwagi na duże zapotrzebowanie pacjentów. Jednocześnie Prezes Szpitala wyjaśniła, że obecnie nie ma możliwości zmniejszenia liczby łóżek w salach celem poprawy warunków pobytu pacjenta, ponieważ jest to jedyny oddział w województwie i takie działania znacznie ograniczyłyby dostęp do opieki pacjentom geriatrycznym. Szpital otrzymał pozytywną opinię wojewody dotyczącą budowy

<sup>33</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.

<sup>34</sup> Powstała w związku z pandemią covid-19.

dodatkowego skrzydła m.in. na potrzeby oddziału geriatrycznego i jest w trakcie przygotowania projektu budowlanego Przeniesienie oddziału do nowego skrzydła pozwoli m.in. na zwiększenie liczby łóżek na oddziale i zapewnienie dostępu do łóżek z trzech stron.

(akta kontroli str. 187-193)

Każda z sal chorych posiadała:

- umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- bezpośredni dostęp do światła dziennego,
- czynny system przywoławczy personelu medycznego<sup>35</sup>.

Wszystkie meble znajdujące się w pomieszczeniach Oddziału oraz sposób połączenia ścian z podłogami umożliwiały ich mycie i dezynfekcję.

(akta kontroli str. 357-369)

W budynku, w którym jest umieszczony oddział geriatryczny znajduje się izba przyjęć, dla pacjentów oddziału geriatrycznego i wewnętrznego, która posiadała:

- bezpośrednie, zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej jednym pojazdem,
- poczekalnię,
- pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala,
- łazienkę wyposażoną w natrysk i przystosowaną dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W izbie przyjęć dla pacjentów oddziału geriatrycznego i wewnętrznego brakowało punktu rejestracji pacjentów oraz pomieszczenia sanitarno-higienicznego wyposażonego w wózek wannę (znajdowało się pomieszczenie z natryskiem przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym osób poruszających się na wózkach, które nie spełniało warunków pomieszczenia sanitarno-higienicznego), co było niezgodne z wymogami określonymi w punkcie I załącznika do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

(akta kontroli str. 357-369)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że wynika to z warunków architektonicznych obiektu, w którym znajduje się izba przyjęć dla ww. oddziałów, które uniemożliwiają jego modernizację. Prowadzenie izby przyjęć w lokalizacji oddziału, pomimo tego, że nie spełnia ona wszystkich wymogów pozwala na zapewnienie komfortu przyjmowanym pacjentom, ponieważ nie są oni narażeni na niedogodności związane z transportem z centralnej izby przyjęć. Prezes Szpitala wskazała również, że Centralna Izba Przyjęć działa w głównym budynku Szpitala i spełnia wszelkie wymogi higieniczno-sanitarne. Ponadto Szpital planuje podjęcie działań polegających na rozbudowie budynku głównego i docelowo pozyskanie powierzchni pozwalającej na centralizację wszystkich izb przyjęć.

(akta kontroli str. 370-372)

Poradnia geriatryczna znajdowała się w budynku poradni zlokalizowanym przy ul. Skarbowej 2 w Żarach (tj. w odległości około 2 km od budynku Szpitala). Poradnia geriatryczna funkcjonuje na pierwszym piętrze. Budynek wyposażony jest

<sup>35</sup> System zainstalowany przy każdym łóżku i w łazienkach.

w udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami – podjazd, którym można dostać się na parter budynku (gdzie znajduje się rejestracja, gabinet zabiegowy i gabinet RTG) oraz winda, którą dostać się na pierwsze piętro, na którym znajduje się gabinet poradni i przylegający do niego pokój badań.

(akta kontroli str. 348-356)

Pomieszczenia, w których były wykonywane badania/zabiegi<sup>36</sup> były wyposażone w:

- umywalkę z ciepłą i zimną wodą,
- dozownik z mydłem w płynie oraz dozownik z płynem dezynfekcyjnym,
- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Pokoje, o których mowa, zapewniały poszanowanie intymności i godności pacjentów dzięki zastosowaniu parawanów oraz zabezpieczeniu okien przed dostępem osób postronnych. Do pokoju badań w poradni nie ma wejścia bezpośrednio z korytarza, tylko przez gabinet lekarski (gabinet lekarski i pokój badań były oddzielone drzwiami). Drzwi do pozostałych pomieszczeń poddanych oględzinom, w których były wykonywane badania/zabiegi<sup>37</sup>, nie były zabezpieczone w sposób, który uniemożliwiałby wejście do nich osobom postronnym podczas trwającego badania.

(akta kontroli str. 348-369)

Z wyjaśnień Prezes Szpitala wynika, że w trakcie badania czy przyjęcia pacjenta na drzwiach znajduje się informacja *Bez wezwania proszę nie wchodzić* bądź drzwi są zamykane od wewnątrz.

(akta kontroli str. 370-372)

Pomieszczenia sanitarno-higieniczne znajdujące się na oddziale i w budynku poradni były wyposażone w miskę ustępową, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach w zakresie zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywane na oddziale<sup>38</sup>, były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do zapisów § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

W gabinecie poradni dostępny jest glukometr oraz elektrokardiograf, a w lokalizacji znajduje się USG.

(akta kontroli str. 348-369, 407-409)

W dyżurce lekarskiej na oddziale geriatrycznym zainstalowany jest klimatyzator, podlegający okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej, niż co 12 miesięcy, stosownie do § 40 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

(akta kontroli str. 357-369)

<sup>36</sup> Pokój badań na oddziale geriatrycznym i w izbie przyjęć oraz w poradni, gabinet zabiegowy na oddziale i w budynku poradni.

<sup>37</sup> Gabinet zabiegowy na oddziale i w budynku poradni, pokoje badań na oddziale i w poradni.

<sup>38</sup> Badaniem objęto 15 pozycji: 5 kardiomonitörów, 2 aparaty EKG, 1 defibrylator, 1 pulsoksymetr, 2 holtery ciśnieniowe, 3 pompy strzykawkowe, 1 holter EKG.

W okresie objętym kontrolą Państwowa Inspekcja Sanitarna, w rezultacie przeprowadzonych kontroli, nie stwierdziła nieprawidłowości dotyczących oddziału, a pomieszczenia poradni geriatrycznej nie były przedmiotem kontroli.

(akta kontroli str. 523)

**1.9.** Pacjentom poradni geriatrycznej zapewniono dostęp do badań, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS, tj.:

- badania laboratoryjne i mikrobiologiczne - materiał do badań pobierany jest w gabinecie zabiegowym znajdującym się w budynku poradni. Laboratorium Szpitala jest wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych<sup>39</sup>, a ponadto na wykonywanie tych badań w całym okresie objętym kontrolą Szpital posiadał umowy zawarte z laboratoriami wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
- RTG – realizowane w pracowni badań RTG funkcjonującej w budynku, w którym znajduje się poradnia,
- densytometria kręgosłupa i kości udowej - na prowadzenie tych badań w całym okresie objętym kontrolą Szpital posiadał zawartą umowę z podmiotem zewnętrznym<sup>40</sup>.

(akta kontroli str. 372)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Procedurę oceny geriatrycznej dla pacjentów oddziału geriatrycznego wdrożono 20 czerwca 2019 r., tj. z przekroczeniem obowiązującego terminu niemal o trzy lata, a dla wymaganych oddziałów Szpitala procedura ta została wdrożona dopiero w toku kontroli, tj. w dniu 28 czerwca 2021 r.
2. Część personelu medycznego (jedna pielęgniarka i trzech opiekunów medycznych) udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na Oddziale w okresie objętym kontrolą, pomimo wymogu, nie została zgłoszona do NFZ.
3. W całym okresie objętym kontrolą<sup>41</sup> nie zapewniono na Oddziale personelu pielęgniarskiego w wymaganym, minimalnym wymiarze, etatów przeliczeniowych.
4. Nie wszystkie sale chorych oraz izba przyjęć dla pacjentów oddziału geriatrycznego spełniały wymagania określone w przepisach.

OCENA CZĄSTKOWA

Opieka nad pacjentami oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej była sprawowana zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń pod względem wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną. Nie zapewniono jednak w pełni wymagań dotyczących minimalnej liczby pielęgniarek<sup>42</sup>. Nie zawsze również personel udzielający świadczeń był na bieżąco zgłaszany do NFZ.

Procedura oceny geriatrycznej pacjentów w wieku powyżej 60 lat przyjmowanych na oddział geriatryczny została wdrożona z niemal trzyletnim opóźnieniem, a dla pozostałych oddziałów - dopiero w toku kontroli.

<sup>39</sup> Pod poz. 290, [https://kidl.org.pl/laboratory/index?LaboratorySearch%5Bentry\\_number%5D=&LaboratorySearch%5Bregistry\\_date%5D=&LaboratorySearch%5Bname%5D=&LaboratorySearch%5Bstreet%5D=&LaboratorySearch%5Bzip\\_code%5D=&LaboratorySearch%5Bcity%5D=%C5%BCary&LaboratorySearch%5Bentity\\_name%5D=szpital+na+Wyspie&LaboratorySearch%5Bprovince\\_id%5D=4&id=4](https://kidl.org.pl/laboratory/index?LaboratorySearch%5Bentry_number%5D=&LaboratorySearch%5Bregistry_date%5D=&LaboratorySearch%5Bname%5D=&LaboratorySearch%5Bstreet%5D=&LaboratorySearch%5Bzip_code%5D=&LaboratorySearch%5Bcity%5D=%C5%BCary&LaboratorySearch%5Bentity_name%5D=szpital+na+Wyspie&LaboratorySearch%5Bprovince_id%5D=4&id=4)

<sup>40</sup> Z siedzibą w Zielonej Górze.

<sup>41</sup> Na podstawie próby obejmującej stan zatrudnienia w grudniu każdego z lat 2017-2020, z wyłączeniem okresu dla którego Minister Zdrowia zawiesił obowiązek spełniania norm personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, tj. od 20 października 2020 r.

<sup>42</sup> Na podstawie stanu zatrudnienia na koniec każdego z tych lat stwierdzono, że w latach 2019-2020 nie zapewniono na Oddziale lekarza geriatry lub gerontologii w wymiarze równoważnika co najmniej 1 etatu przeliczeniowego oraz w latach 2017-2020 nie zapewniono personelu pielęgniarskiego w wymaganym minimalnym wymiarze zatrudnienia.

Zdaniem NIK, stwierdzone przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin mogą stwarzać ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

2.1. W harmonogramach przyjęć nie wskazano części informacji wymaganych art. 19a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>43</sup> (dalej: *ustawa o świadczeniach zdrowotnych*), tj. identyfikatora skierowania oraz rozpoznania lub powodu przyjęcia, a w okresie od lipca do września 2019 r. nie wskazywano również kategorii świadczeniobiorcy.

Kierownik działu informatyczno-statystycznego wyjaśniła, że: *Przyczyną braku w harmonogramie przyjęć identyfikatora skierowania oraz rozpoznania lub powodu przyjęcia jest fakt, że pacjenci telefonicznie rejestrują się do przyjęcia na oddział i na tej podstawie są wpisywani do harmonogramu przyjęć. Rozpoznanie ze skierowania jest wpisywane przy przyjęciu pacjenta na oddział. W okresie od lipca do września 2019 r. w harmonogramie przyjęć, prowadzonym w systemie AMMS, nie było możliwości wpisania kategorii świadczeniodawcy. Możliwość taka istnieje dopiero od października 2019 r.*

(akta kontroli str. 374-375, 519-522)

Informacje o osobach oczekujących na przyjęcie na Oddział i do poradni geriatrycznej<sup>44</sup> były każdorazowo w terminie przekazywane do NFZ wraz z dołączoną listą osób.

(akta kontroli str. 376-379)

Na podstawie próby 40 pacjentów<sup>45</sup>, którzy przed przyjęciem na oddział geriatry byli wpisani na listę oczekujących ustalono m.in., że:

- ✓ kategoria medyczna wskazana w skierowaniu brzmiała: „stabilny”;
- ✓ czas oczekiwania na przyjęcie na oddział wynosił od dwóch do 32 dni (w jednym przypadku pacjent został przyjęty w dniu wpisania na listę oczekujących<sup>46</sup>), natomiast średni czas oczekiwania wynosił około 12 dni (w latach 2017-2019 średni czas oczekiwania wynosił około 13 dni, a w latach 2020-2021 - 10 dni);
- ✓ czas oczekiwania na przyjęcie na oddział „przed pandemią” wynosił od dwóch do 32 dni (średnio około 12 dni), a w czasie jej trwania od 4<sup>47</sup> do 21 dni (średnio około 11 dni),
  
- ✓ stwierdzono przypadki, w których pacjent wpisany później na listę oczekujących został przyjęty na oddział przez pacjentem wpisanym wcześniej<sup>48</sup>.

(akta kontroli str. 380-382)

<sup>43</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>44</sup> Ustaleń dokonano na podstawie list oczekujących za miesiące: kwiecień, lipiec i wrzesień 2019 r.; luty i październik 2020 r. oraz styczeń, luty, marzec, kwiecień i czerwiec 2021 r.

<sup>45</sup> W tym: 20 wpisanych na listę w latach 2017-2019 i 20 wpisanych na listę w latach 2017-2021.

<sup>46</sup> Pacjent wpisany na listę oczekujących 22.06.2021 r., planowany termin przyjęcia 24.06.2021 r., ostatecznie pacjent został przyjęty 22.06.2021 r.

<sup>47</sup> Przy czym w jednym przypadku pacjent został przyjęty w dniu wpisania na listę oczekujących, co opisano powyżej.

<sup>48</sup> Np. pacjent wpisany na listę 19.10.2018 r. został przyjęty 20.11.2018 r.; a pacjent wpisany 30.10.2018 r. został przyjęty 13.11.2018 r.; pacjent wpisany 17.02.2020 r. został przyjęty 03.03.2020 r., a pacjent wpisany 26.02.2020 r. został przyjęty 02.03.2020 r.

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że o terminie przyjęcia nie decyduje kolejność zgłoszenia, ale sytuacja kliniczna i socjalnobytowa chorego. Staramy się na podstawie wywiadu, pytań oraz przedstawionych (jeśli są) wyników badań określić pilność przyjęcia.

(akta kontroli str. 274-286)

W Szpitalu przestrzegano ustalonych zasad przyjęcia do oddziału geriatrycznego, z których wynikało m.in., że: przyjęcie jest możliwe na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza rodzinnego lub innego lekarza specjalistę, przyjęcie w trybie planowym odbywa się po wcześniejszym wpisaniu w kolejkę oczekujących oraz ustaleniu terminu przyjęcia.

(akta kontroli str. 380-383)

Zgodnie z ustalonymi zasadami warunkiem przyjęcia do poradni geriatrycznej było posiadanie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które winno zostać zarejestrowane osobiście (w rejestracji poradni) lub telefonicznie.

(akta kontroli str. 384)

Na podstawie próby 12 pacjentów, którzy przed przyjęciem w poradni byli wpisani na listę oczekujących ustalono m.in., że:

- ✓ kategoria medyczna wskazana w skierowaniu w 11 przypadkach brzmiała: „stabilny”, a w jednym przypadku pilny
- ✓ czas oczekiwania na przyjęcie w poradni wynosił od jednego do 20 dni (przypadki stabilne) i osiem dni dla przypadku pilnego, natomiast średni czas oczekiwania wynosił około 11 dni (dla przypadków pilnych);
- ✓ czas oczekiwania na przyjęcie w poradni „przed pandemią” wynosił od sześciu do 20 dni (średnio około 12 dni), a w czasie jej trwania od 1 do 7 dni,
- ✓ pacjenci byli przyjmowani w poradni w kolejności odpowiadającej dacie wpisu do harmonogramu przyjęć.

(akta kontroli str.398)

Analiza danych wynikających z list oczekujących na przyjęcie na oddział geriatryczny, przekazanych do NFZ za miesiąc kwiecień, lipiec i wrzesień 2019 r.; luty i październik 2020 r. oraz za okres od stycznia do czerwca 2021 r. wykazała, że:

- dane wykazane za lipiec i wrzesień 2019 r. były zgodne z danymi wynikającymi z systemu AMMS;
- liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział geriatryczny przekazana do NFZ za miesiąc luty 2020 r. oraz okres od stycznia do czerwca 2021 r. wynosiła: 94, 35, 45, 60, 81, 87, 33; podczas gdy faktycznie na przyjęcie na oddział oczekiwało: 92, 35, 36, 40, 44, 39 i 27 pacjentów;
- liczba pacjentów skreślonych w lutym 2020 r. oraz w okresie od stycznia do czerwca 2020 r. wykazanych w informacji do NFZ: 48, 0; 1; 4; 2; 5 i 87; podczas gdy faktycznie skreślono: 49, 0; 10; 17; 17; 17 i 61 pacjentów;
- liczba pacjentów skreślonych w miesiącu z powodu wykonania świadczenia wykazana w informacji do NFZ za miesiąc luty 2020 r. oraz okres od stycznia do czerwca 2021 r. wynosiła, odpowiednio: 47, 0, 0; 1; 2; 3; 0; natomiast faktycznie liczba przyjętych przedstawiała się następująco: 48, 0; 10; 14; 16; 17 i 22;
- liczba pacjentów skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z powodu wykonania świadczenia przekazana do NFZ za kwiecień 2019 r., luty 2020

r. oraz okres od lutego do czerwca 2021 r. wynosiła, 155, 104, 0, 1, 3, 6 i 5, natomiast faktycznie wynosiła: 154, 105, 10, 24, 40, 47 i 55.

(akta kontroli str.385-386)

Kierownik działu informatyczno-statystycznego wyjaśniła, że: w przypadku danych za okres od stycznia do czerwca 2021 r. wynikało to z błędnego dokonywania wpisów w dokumentacji pacjentów, którzy przed przyjęciem na oddział byli wpisani na listę oczekujących. Pracownik izby przyjęć na nowo wpisywał pacjenta już wcześniej znajdującego się na liście oczekujących i oznaczał go, jako „przyjęty na bieżąco”. Powyższe spowodowało, że ten sam pacjent figurował w harmonogramie przyjęć dwukrotnie tj. jako „oczekujący” i jako „przyjęty” na bieżąco. Wpisy w dokumentacji zostaną skorygowane i do NFZ zostaną przekazane prawidłowe dane dotyczące liczby oczekujących i przyjętych na oddział w powyższych miesiącach. W odniesieniu do danych za kwiecień 2019 i luty 2020 r. kierownik wyjaśniła, że: nie umiem wyjaśnić przyczyn powyższych rozbieżności. Mogą być one wynikiem korekty wpisów (np. data zakończenia pobytu na oddziale lub skreślenia z listy oczekujących) dokonanych po przekazaniu do NFZ danych za dany miesiąc.

(akta kontroli str. 374-375, 385-390)

Listy oczekujących na przyjęcie w poradni geriatrycznej, przekazanych do NFZ za miesiąc kwiecień, lipiec i wrzesień 2019 r.; luty i październik 2020 r. oraz za okres od stycznia do czerwca 2021 r. były zgodne ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 508-509)

**2.2.** Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, począwszy od 1 stycznia 2020 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych 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<sup>49</sup>.

Pacjentom poradni geriatrycznej nie zapewniono możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że przyczyną powyższego jest brak środków finansowych na pełną informatyzację Szpitala, a tym samym zapewnienie pacjentom możliwości elektronicznej rejestracji. Pomimo podjętych starań Szpital nie otrzymał środków finansowych<sup>50</sup> na wdrożenie e-rejestracji. W Szpitalu podjęto działania związane z informatyzacją i wdrożono część elektronicznej dokumentacji medycznej (e-recepta, e-skierowanie, ruch chorych, karta informacyjna). Aktualnie rozpoczęto działania mające na celu m.in. wprowadzenie 30 nowych dokumentów medycznych, w tym m.in. e-rejestracja, e-wiadomości, e-wywiad, e-swiadczenia, e-dokumentacja.

(akta kontroli str. 391-394))

<sup>49</sup> Z wyłączeniem okresu od 1.04.2020 r. do 31.08.2020 r. – zawieszenie obowiązku wynikającego z art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych, na podstawie art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U. z 2020 r. poz. 1842, ze zm. oraz zgodnie z art. 7ab ww. ustawy na czas okresów, w których świadczeniodawca zobowiązany był do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, którzy tym pacjentom udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku.

<sup>50</sup> Z Osi Priorytetowej 2 Rozwój Cyfrowy, działanie 2.1. Rozwój społeczeństwa informacyjnego.



2.3. Liczba porad udzielonych w poradni geriatrycznej, według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. i 31 marca 2021 r. wynosiła odpowiednio: pięć<sup>51</sup> i dwie<sup>52</sup>. Wszystkie porady miały charakter tradycyjny, nie udzielano teleporad.

(akta kontroli str. 395-396)

W latach 2017-2021 nie miały miejsca przypadki zawieszenia działalności oddziału geriatrycznej.

(akta kontroli str. 183-186)

W okresie od marca 2020 r. dziewięciu pacjentom odmówiono przyjęcia na oddział geriatrycznej: w pięciu przypadkach dotyczyło to pacjentów z dodatnim testem antygenowym (pacjentów skierowano na oddział covid), a czterech pacjentów nie wymagało hospitalizacji.

Nie wystąpiły przypadki odmowy przyjęć planowych.

(akta kontroli str.397)

2.4. Badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2020 wykazało m.in., że:

- w 24 z 30 przypadków pacjent złożył oświadczenie, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów *dokumentacji medycznej* oraz sposobu jej przetwarzania<sup>53</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji z 2020 r.*) i poprzedzającego go rozporządzenia w tej samej sprawie z 9 listopada 2015 r.<sup>54</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji z 2015 r.*), w dwóch przypadkach zawarto adnotację *podpis niemożliwy*, w trzech przypadkach oświadczenie podpisała córka pacjenta, a w jednym przypadku oświadczenie podpisała inna osoba (nie wskazano kim jest dla pacjenta).

(akta kontroli str.399-401)

Prezes Szpitala wyjaśnił, że *dokumentacja medyczna, której ze względu na stan zdrowia nie mógł podpisać sam pacjent podpisywana była przez osobę sprawującą opiekę nad pacjentem.*

(akta kontroli str. 370-372)

W świetle § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji z 2015 r., który stanowi, że w przypadku, gdy pacjent nie złożył oświadczenia adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, postępowanie to nie było prawidłowe.

- zgodę na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego oraz na przyjęcie do Szpitala wyraziło 23 z 30 pacjentów, w sześciu przypadkach znajdowała się adnotacja *podpis niemożliwy*, a w jednym przypadku brakowało podpisu pacjenta, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji z 2015 r.

(akta kontroli str. 399-401)

---

<sup>51</sup> Styczeń, luty, sierpień – po 1, czerwiec – 2.

<sup>52</sup> Styczeń, luty – po 1.

<sup>53</sup> Dz.U. poz. 666, ze zm.

<sup>54</sup> Dz.U. poz. 2069.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że brak zgody wynikał z braku możliwości jej podpisania z uwagi na stan kliniczny pacjenta. Personel nie zamieścił stosownej adnotacji z powodu przeoczenia.

(akta kontroli str. 370-372)

W dokumentacji każdego z hospitalizowanych pacjentów, o których mowa powyżej znajdowały się natomiast:

- karty: indywidualnej opieki pielęgniarskiej, obserwacji, gorączkowa, zleceń lekarskich,
- wyniki badań diagnostycznych,
- karty informacyjne z wynikami badań wraz z opisem i wypisem ze szpitala.

(akta kontroli str. 399-401)

**2.5.** W strukturze organizacyjnej Szpitala nie wyodrębniono Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

(akta kontroli str. 515)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Harmonogramy przyjęć nie zawierały wszystkich wymaganych informacji, o których mowa w ustawie o świadczeniach zdrowotnych.
2. Przekazane do NFZ dane dotyczące liczby oczekujących na udzielenie świadczenia na oddziale geriatrycznym nie były w pełni rzetelne.
3. Wbrew wymogom nie umożliwiono świadczeniobiorcom umawiania się na wizyty do poradni geriatrycznej drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia począwszy od 1 stycznia 2020 r.
4. Oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych wraz ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej zostały podpisane przez inne osoby (w przypadku czterech pacjentów), a w przypadku jednego z ww. pacjentów brakowało również zgody na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego i zgody na przyjęcie do Szpitala.

**OCENA CZĄSTKOWA**

Świadczeniodawca stosował wobec pacjentów hospitalizowanych na Oddziale i pacjentów poradni jednolite zasady przyjęć. Pacjenci, co do zasady, byli przyjmowani według kolejności wpisu na listę oczekujących, a w przypadku przyjęć na oddział geriatryczny uwzględniano również indywidualną sytuację chorego. Harmonogramy przyjęć nie zawierały wszystkich wymaganych danych, a przekazane do NFZ informacje dotyczące liczby oczekujących na przyjęcie na oddział nie były w pełni rzetelne. Pacjentom poradni nie umożliwiono rejestracji drogą elektroniczną.

Dokumentacja medyczna w pełni odzwierciedlała rodzaj i zakres udzielonej pomocy. Stwierdzono jednostkowe przypadki realizowania obowiązków dotyczących gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych zgód i oświadczeń niezgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

### 3. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

**3.1.** Oddział geriatryczny został dostosowany do potrzeb osób starszych poprzez wyposażenie ciągów komunikacyjnych (korytarz) i natryski w łazienkach w poręcze. Zarówno przy łóżkach, jak i w łazienkach, funkcjonował system przywoławczy, a lokalizacja dyżurki pielęgniarskiej umożliwiała bezpośredni nadzór nad pacjentami (oddział usytuowany na jednym poziomie). Dyżurka pielęgniarek została usytuowana przy sali intensywnego nadzoru, z możliwością obserwacji sali przez szybę.

(akta kontroli str. 357-369)

Poradnia została wyposażona w podstawowe urządzenia i sprzęty, o których mowa w *Standardach*, tj.: aparat EKG, aparat do mierzenia ciśnienia, glukometr i wagę, a sprzęt do udzielania pierwszej pomocy był dostępny w poradni chirurgicznej i dermatologicznej znajdującej się w tym samym budynku. Pacjentom zapewniono dostęp do rekomendowanych badań, o których mowa ww. *Standardach*, tj:

- w budynku, w którym znajdowała się poradnia<sup>55</sup>: badania laboratoryjne, USG, RTG, histologiczno-patologiczne,
- w budynku Szpitala<sup>56</sup>: badania endoskopowe, tomograf,
- w podmiotach zewnętrznych: rezonans magnetyczny i badania densytometryczne.

Stwierdzono brak sprzętu rekomendowanego dla wyposażenia poradni geriatrycznej w *Standardach* tj.: defibrylator, kardiomonitor, dopplerowski detektor przepływu tętniczego, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego, pulsoksymetr, nebulizator i spirometr.

(akta kontroli str. 348-356)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że wyposażenie poradni spełnia wymagania określone w przepisach. Wskazane urządzenia są zalecanym dodatkowym wyposażeniem poradni geriatrycznej.

akta kontroli str. 410-411)

Sprzęt rekomendowany w *Standardach* jest dostępny na oddziale geriatrycznym, wewnętrznym oraz dziecięcym (spirometr). Prezes Szpitala wyjaśniła, że spirometr jest udostępniany pacjentom geriatrycznym w razie potrzeby.

akta kontroli str. 410-425)

**3.2.** Analiza zatrudnienia na oddziale geriatrycznym (w latach 2017-2020<sup>57</sup>) w odniesieniu do *Standardów* wykazała m.in., że:

- w latach 2017-2020 świadczeń na oddziale udzielało odpowiednio: 16 (w 2017 r.); 11 (w latach 2018-2020), lekarzy, w tym dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, z których jeden był kierownikiem oddziału. Liczba lekarzy przypadających na jedno łóżko<sup>58</sup> w poszczególnych latach wynosiła: 0,5 (2017 r.), 0,4 (2018-2020), co było zgodne ze *Standardami*;

<sup>55</sup> Przy ul. Skarbowej 2.

<sup>56</sup> Przy ul. Pszennej 2.

<sup>57</sup> Według stanu na grudzień 2017, 2018, 2019 i 2020 r.

<sup>58</sup> Bez uwzględnienia lekarzy z trakcie specjalizacji z geriatry, z którymi zawarto nieodpłatne umowy o szkolenia specjalizacyjne.

- w latach 2017-2020 liczba pielęgniarek ze wskazanymi kwalifikacjami<sup>59</sup> przypadająca na dwa łóżka<sup>60</sup>, odpowiadała określonej w Standardach,
- w Standardach określono, że w skład zespołu geriatrycznego winien wchodzić magister rehabilitacji lub fizjoterapii - minimum jeden na 20 łóżek oraz dodatkowo fizjoterapeuta minimum jeden na 40 łóżek, natomiast w Szpitalu na 23 łóżka przypadł jeden magister fizjoterapii oraz dodatkowo fizjoterapeuta,
- wymiar zatrudnienia psychologa wynosił ½ etatu na 23 łóżka, podczas gdy według Standardów wymiar zatrudnienia psychologa to, co najmniej równoważnik ½ etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

(akta kontroli str. 167-176, 287-291, 307-323, 510-513, 516-518)

Prezes Szpitala w zakresie zatrudnienia psychologa i magistra fizjoterapii wyjaśniła, że: różnica między liczbą łóżek w oddziale (23), a liczbą łóżek zastosowaną, jako kryterium w Standardach jest *bardzo dyskretna*. Ponadto wskaźniki wykorzystania łóżek w oddziale w latach 2017-2020, odpowiednio, 90,58%; 87,90%; 92,29%; 76,68%; świadczą o tym, że wszystkie łóżka nie były wykorzystywane jednocześnie. W związku z tym stan zatrudnienia uznano za wystarczający. Istotnym jest także, że wymagania Ministra Zdrowia w zakresie wymiaru zatrudnienia w oddziale psychologa i fizjoterapeuty i wymagania w tym zakresie określone w Standardach nie są spójne.

(akta kontroli str. 298-301)

**3.3.** Na podstawie badania dokumentacji medycznej 23 pacjentów poradni geriatrycznej (wszyscy pacjenci, którzy skorzystali z porad w okresie od 1 lipca 2018 r. do czasu zakończenia kontroli) ustalono, że:

- każdy z pacjentów odbył jedną wizytę w poradni,
- pięciu z 23 pacjentów poradni zostało poddanych ocenie przy pomocy wszystkich lub wybranych skal: VES-13, Barthel, ADL, IADL, MMSE, test zegara i skala depresji (w tym: skala Barthel – jeden pacjent, ADL – dwóch pacjentów, IADL – dwóch pacjentów, VES-13 - jeden pacjent, MMSE – czterech pacjentów, test zegara – dwóch pacjentów, skala depresji – jeden pacjent).

(akta kontroli str. 402-406)

Lekarz pracujący w poradni geriatrycznej wyjaśnił, że sama porada w poradni geriatrycznej bez stosowania skal, ocen - zajmuje godzinę czasu. Jako jedyny geriatra pracując w Oddziale, Poradni, w ZOL muszą pogodzić wykonywanie wszystkich prac bez zaniedbywania pozostałych.

(akta kontroli str. 274-286)

- dla jednego z 23 pacjentów wystawiono skierowanie do poradni diabetologicznej, a 14 z 23 pacjentów otrzymało skierowanie na oddział geriatryczny,
- w historii choroby trzech pacjentów odnotowano informacje o przebytych procesie leczenia, w przypadku 19 pacjentów odnotowano informacje o chorobach pacjenta,
- w jednym przypadku dokumentacja była nieczytelna (dla dwóch pracowników Szpitala uczestniczących w jej badaniu), co było niezgodne

<sup>59</sup> Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa rodzinnego.

<sup>60</sup> W Szpitalu zatrudniano opiekunów medycznych w latach 2017– 2019 – 2 tj. 1 na 11,5 łóżka; w 2020 r. – 3 tj. 1 na 7,7 łóżka.

wymogami określonymi w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji z 2015 r.

(akta kontroli str. 402-406)

Lekarz pracujący w poradni geriatrycznej, który dokonał wpisu, wyjaśnił, że *pismo może brzydkie, ale wyraźne* i zacytował wpis z ww. dokumentacji.

(akta kontroli str. 274-286)

Z powyższych wyjaśnień wynika, że dokumentacja ta była czytelna dla lekarza, który dokonał wpisu. Należy jednak zauważyć, że dokumentacja ta winna być czytelna dla pacjenta i innych osób, które będą z tej dokumentacji korzystać w procesie leczenia pacjenta.

Badanie dokumentacji 30 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2021<sup>61</sup> wykazało m.in., że:

- diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentem w podeszłym wieku nie była prowadzona na podstawie Całościowej Oceny Geriatrycznej,

(akta kontroli str. 402-406)

Kierownik oddziału wyjaśnił, że *do 2018 roku pracowałem w dwuosobowym zespole lekarskim /2 geriatrów/. Do pracy w POZ odszedł jeden geriatra. Dzięki staraniom Pani Prezes Szpitala i moim własnym pozyskaliśmy dwie nowe panie - lekarze ze specjalizacjami nie geriatrycznymi. Geriatria uważana jest wśród lekarzy za mało atrakcyjną. Nie zgłosił się nikt do pracy w oddziale szpitalnym chcący się specjalizować geriatrycznie i pracować w Żarach. Pod moim kierunkiem do tej pory wyszkolono 3 lekarzy specjalistów geriatry, jedna osoba jest na ukończeniu szkolenia przed egzaminami. Zainteresowanie robieniem specjalizacji na przestrzeni lat spadło. Przyczyniła się do tego też trwająca pandemia. Ja osobiście przeszedłem kilka ciężkich chorób. Niecały rok pozostał mi do przejścia na emeryturę. Nie mam zdrowia i siły wykonywać samemu wszystkich procedur by móc każdemu pacjentowi dokonać Całościowej Oceny Geriatrycznej. Jednak przebywającym u nas w oddziale pacjentom wykonujemy prawie wszystkie punkty wykazywane w COG.*

(akta kontroli str. 274-286)

W Szpitalu nie jest rozliczane świadczenie COG finansowane w ramach produktu nr 5.53.01.0001499.

(akta kontroli str. 183-186, 426-428)

- w przypadku wszystkich hospitalizowanych pacjentów lekarz przeprowadził ocenę przy pomocy skali: Barthel, ADL i IADL, a pielęgniarka ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn według skali punktowej NORTON,
- oceny geriatrycznej za pomocą skali VES-13 dokonano dla 22 pacjentów oddziału,

(akta kontroli str. 402-406)

Kierownik oddziału wyjaśnił, że skala VES-13 jest stosowana od 2018 r.

(akta kontroli str. 274-286)

---

<sup>61</sup> Data zakończenia hospitalizacji.

Pacjenci, u których nie zastosowano skali VES – 13 zostali przyjęci na oddział w 2017 r.

(akta kontroli str. 402-406)

- w przypadku wszystkich pacjentów, których dokumentację objęto badaniem przeprowadzono również ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywienia (NUTRITIONAL RISK SCORE NRS),
- z pomocy psychologa skorzystało sześciu pacjentów, a z pomocy fizjoterapeuty dziewięciu pacjentów.

(akta kontroli str. 402-406)

Kierownik oddziału wyjaśnił, że: przyczyną powyższego jest brak wykwalifikowanego personelu. Pracujący u nas psycholog kliniczny dwa razy w tygodniu udziela konsultacji naszym podopiecznym, średnio dwie osoby. Analogicznie przedstawia się sytuacja z fizjoterapeutą. Wiele procedur nie jest możliwych do zrealizowania ze względu na brak kontaktu, współpracy lub ciężki stan kliniczny pacjenta.

(akta kontroli str. 274-286)

- w historii choroby 28 pacjentów, których dokumentację objęto szczegółowym badaniem, odnotowano informacje o przebytych procesie leczenia, w przypadku jednego pacjenta w historii choroby odnotowano informacje o pozostałych chorobach, a w jednym przypadku znajdowała się adnotacja, że pacjent nie był dotychczas leczony,
- pięciu spośród 30 pacjentów z badanej próby było powtórnie hospitalizowanych, powrót pacjentów do Szpitala w czterech przypadkach nastąpił po upływie od 35 do 69 dni<sup>62</sup> od zakończenia pierwszej hospitalizacji, a w jednym przypadku po upływie 419 dni.

(akta kontroli str. 402-406)

**3.4.** W latach 2017-2021 siedmiokrotnie (w okresach półrocznych) przeprowadzono badania ankietowe satysfakcji pacjentów. Z raportu z ankiet satysfakcji pacjentów za I półrocze 2021 sporządzonego na podstawie ankiet wypełnionych przez 47 pacjentów oddziału geriatry wynikało m.in., że:

- łatwość dostania się do Szpitala bardzo dobrze oceniło 17 pacjentów, 24 pacjentów dobrze, a 6 pacjentów przeciętnie,
- szybkość załatwienia formalności związanych z przyjęciem do Szpitala bardzo dobrze oceniło 31 pacjentów, dobrze – 5 pacjentów, przeciętnie – 7, a czterech pacjentów źle,
- uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowanie ze strony lekarzy bardzo dobrze oceniło 34 pacjentów, a dobrze 13,
- przekazywanie informacji na temat przebiegu choroby bardzo dobrze oceniło 32 pacjentów, dobrze 11, a przeciętnie 4,
- poszanowanie intymności podczas badań lekarskich: bardzo dobrze – 30 pacjentów, dobrze – 15, przeciętnie – 2,
- dostępność lekarza w dzień: bardzo dobrze 35, dobrze 10, przeciętnie 2, natomiast dostępność lekarza w godzinach wieczornych nocnych bardzo dobrze oceniło 3 pacjentów, dobrze – 40, a przeciętnie 4,
- przestrzeganie praw pacjenta: bardzo dobrze – 32, dobrze – 15,
- usługi świadczone w Szpitalu zostały ocenione bardzo dobrze przez 38 pacjentów, a dobrze przez 9 pacjentów.

(akta kontroli str. 429-487)

<sup>62</sup> 35 dni – 1 pacjent, 46 dni – 1 pacjent, 69 dni – 2 pacjentów.

**3.5.** Oddział geriatryczny współpracuje z lekarzami różnych specjalności na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W razie potrzeb nawiązywana jest współpraca z takimi instytucjami jak: OPS PCPR, DPS. Współpraca ta odbywała się na zasadach ogólnych, bez zawierania umów i dotyczyła m.in. przyznawania usług opiekuńczych, zasiłków, skierowania do domu pomocy społecznej oraz przekazania pacjenta do takiego domu, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny i środki pomocnicze.

Współpraca z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatryki była nawiązywana przez kierownika oddziału geriatryki w razie wystąpienia wątpliwości terapeutycznych. Skutkiem konsultacji było wsparcie merytoryczne, ustalenie dalszego toku postępowania z pacjentem.

(akta kontroli str. 488-490)

**3.6.** W latach 2017-2021 opieka nad pacjentami świadczona na oddziale i w poradni geriatrycznej była przedmiotem dwóch kontroli przeprowadzonych przez inne podmioty.

W dniu 18 grudnia 2018 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatryki przeprowadził kontrolę, której przedmiotem była Ocena dostępności do świadczeń medycznych w dziedzinie geriatryki<sup>63</sup>. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości mających wpływ na dostęp do świadczeń medycznych. Konsultant stwierdził, że oddział posiada 23 łóżka w 7 salach<sup>64</sup>, ze względu na niewielkie powierzchnie sal, a co za tym idzie utrudniony dostęp do łóżek, zdaniem konsultanta, bezwzględnie wskazane byłoby zmniejszenie liczby łóżek w salach.

(akta kontroli str. 494)

Prezes zarządu wskazała, że kontrola przeprowadzona przez konsultanta dotyczyła oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych i w tym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości. Zdaniem Prezesa *zmniejszenie liczby łóżek jest tylko opcjonalnym rozwiązaniem, o czym świadczy określenie „wskazane byłoby, a nie np. należy”*. Ponadto prezes zarządu wskazała, że skutkiem zmniejszenia liczby łóżek byłoby ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, co w dzisiejszych warunkach demograficznych nie jest pożądane. Poinformowała również, że po kontroli osobiście rozmawiała z konsultantem i poinformowała, że Szpital podjął starania mające na celu poprawę warunków lokalowych na oddziale geriatryki.

(akta kontroli str. 488-490)

W dniu 2 lutego 2017 r. wojewoda lubuski wydał pozytywną opinię o celowości inwestycji rozbudowy funkcjonującego budynku Szpitala o dodatkowe skrzydło skomunikowane z pozostałą częścią Szpitala w celu centralizacji wszystkich komórek organizacyjnych funkcjonujących w innych budynkach szpitalnych. Do dobudowanej części obiektu zostanie przeniesiony m.in. oddział geriatryki. Aktualnie czynione są starania o pozyskanie środków na ten cel. W dniu 28 kwietnia 2021 r. została podpisana umowa w sprawie udzielenia przez powiat żarski dotacji<sup>65</sup> dla Szpitala w kwocie 500 tys. zł, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów inwestycji związanych z dostosowaniem głównego budynku Szpitala do centralizacji oddziałów

<sup>63</sup> Analizie poddano dane dotyczące hospitalizacji za okres 01.01.2018 r. do 30.11.2018 r.

<sup>64</sup> Trzy sale czterolóżkowe, trzy sale trzyłóżkowe, jedna sala dwulóżkowa.

<sup>65</sup> Ze środków Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych związanych z przeciwdziałaniem covid -19.

szpitalnych. Środki te zostaną przeznaczone na wymianę rozdzielni prądu, stacji transformatorowej oraz opracowanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego.

(akta kontroli str. 491-493)

W dniu 22 czerwca 2021 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego przeprowadził na oddziale kontrolę dostępności świadczeń zdrowotnych. W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w zakresie warunków lokalowych i wydano zalecenie poprawy warunków socjalno – bytowych lokalowych oraz usprawnienie korzystania z badań diagnostycznym bez przemieszczania się „w odległe zakątki Szpitala”.

(akta kontroli str.495-502)

W odpowiedzi na powyższe zalecenie Szpital wskazał m.in., że nie ma obecnie możliwości zmniejszenia liczby łóżek w salach.

(akta kontroli str. 503)

Podejmowane przez Szpital działania mające na celu poprawę sytuacji pacjentów opisano w punkcie 1.8. i 3.6. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

**3.7.** W latach 2017-2021 do Szpitala wpłynęła jedna skarga<sup>66</sup> dotycząca udzielanych świadczeń geriatrycznych. Przedmiotem skargi był brak należytej opieki nad pacjentem oddziału geriatrycznego. Zdaniem skarżącego (wnuk pacjenta) nie były realizowane prawa pacjenta zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>67</sup>. Skarżący wskazywał m.in. na to, że pacjentowi nie jest podawany tlen ani płyny dożylnie, brak założonej sondy do karmienia oraz całkowity brak zainteresowania ze strony personelu i chęci leczenia pacjenta.

Wnoszący skargę nie został zawiadomiony o sposobie jej załatwienia, co było niezgodne z przepisem art. 237 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>68</sup> (dalej: *Kpa*).

(akta kontroli str. 504)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że w związku ze złożoną skargą kierownik oddziału złożył stosowne wyjaśnienia dotyczące przebiegu i sposobu leczenia, wykonanych badań, sposobu odżywiania pacjenta, a także jej stanu ogólnego. Prezes podkreśliła, że jedyną osobą upoważnioną do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjentki była jej córka, w związku z czym wyjaśnienia lekarza nie mogły zostać przekazane wnoszącemu skargę. Prezes wskazała również, że *prawdopodobnie informacja o braku możliwości przesłania szczegółowych wyjaśnień została przekazana telefonicznie, a niedopatrzeniem było nie wysłanie pisemnej odpowiedzi w przedmiotowej sprawie.*

(akta kontroli str. 505-506)

Kierownik oddziału uznał wszystkie zarzuty zawarte w skardze za całkowicie bezzasadne. Zdaniem kierownika są to pomówienia.

(akta kontroli str. 507)

---

<sup>66</sup> 19.02.2018 r.

<sup>67</sup> Tj. art. 7 ust. 1 - stosownie do którego pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz art. 8, który stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych (Dz.U. 2020 r., poz. 849).

<sup>68</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.



Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

1. Nieczytelna dokumentacja medyczna (jedna<sup>69</sup> z 53 badanych), co stanowiło naruszenie przepisu § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.
2. Brak zawiadomienia skarżącego o sposobie załatwienia wniesionej skargi, co stanowiło naruszenie art. 237 § 3 Kpa.

OCENA CZĄSTKOWA

Udzielanie świadczeń pacjentom geriatrycznym Oddziału zorganizowano w sposób odpowiadający szczególnym potrzebom osób starszych, mogących mieć trudności w poruszaniu się. Zapewniono podstawowe wyposażenie poradni (za wyjątkiem sprzętu do udzielania pierwszej pomocy, który nie znajdował się w poradni, ale był dostępny w budynku, w którym mieściła się poradnia) oraz dostęp do wymaganych i rekomendowanych *Standardami* badań. Dodatkowe wyposażenie poradni geriatrycznej, zalecane w Standardach, było dostępne na oddziałach Szpitala.

Pacjentom nie zapewniono Całościowej Oceny Geriatrycznej tj. wielowymiarowego, interdyscyplinarnego procesu diagnostycznego przez określony zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły pojedynczych przypadków braku czytelności dokumentacji medycznej i braku zawiadomienia skarżącego o sposobie załatwienia skargi.

## IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykazane w harmonogramie poprzez terminowe zgłaszanie niezbędnych zmian do NFZ w zakresie personelu medycznego.
2. Umożliwienie świadczeniobiorcom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących.
3. Podejmowanie dalszych działań mających na celu zapewnienie na oddziale geriatrycznym i w izbie przyjęć wymaganych dla pomieszczeń warunków.
4. Prowadzenie harmonogramów przyjęć pacjentów zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych.
5. Przekazywanie do NFZ rzetelnych danych o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia.
6. Uzyskiwanie od pacjentów i gromadzenie w dokumentacji wymaganych oświadczeń i zgód oraz zapewnienie czytelności dokumentacji medycznej.
7. Załatwianie skarg w sposób określony w przepisach Kpa.

<sup>69</sup> Pacjent przyjęty w poradni w 2019 r.

## 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 Zielonej Górze. 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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Zielona Góra, 23 września 2021 r.

Kontroler  
Anna Huziej  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

.....  
*podpis*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze  
p.o. Dyrektora  
Włodzimierz Stobrawa

.....  
*podpis*