



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.009.02.2021

Edyta Broniewska  
Prezes Zarządu

NZOZ Szpital im. dr nauk medycznych  
R. Śmigiełskiego Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 5  
66-440 Skwierzyna

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigieckiego Sp. z o. o., 66-440 Skwierzyzna, ul. Szpitalna 5 (dalej: <i>Szpital</i> lub <i>Spółka</i> )
Kierownik jednostki kontrolowanej	Edyta Broniewska, Prezes Zarządu, od 27.08.2019 r. (dalej: <i>Prezes</i> ) W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Anna Złotowska od 14.06.2019 r., Edyta Broniewska od 22.05.2019 r., Robert Makówka od 18.01.2019 r., Wiesława Cieplicka od 19.02.2018 r., Szymon Jankowski od 5.10.2017 r., Krzysztof Albiński od 30.05.2017 r., Zbigniew Benda od 1.08.2014 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.</li><li>2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry.</li><li>3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 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	Patrycja Woźniak, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/45/2021 z 09.06.2021 r.

(akta kontroli str. 1-9)

<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 odcinka geriatrycznego Oddziału Internistyczno-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 wykwalifikowanego personelu, tj. lekarzy geriatrów lub gerontologów i pielęgniarek<sup>3</sup>. Nie zawsze również personel udzielający świadczeń był na bieżąco zgłaszany do NFZ.

Już w 2015 r. opracowano procedurę oceny geriatrycznej pacjentów w wieku powyżej 60 lat przyjmowanych na oddziały szpitalne, jednakże została ona wdrożona dopiero w trakcie kontroli NIK.

Świadczeniodawca stosował wobec pacjentów hospitalizowanych na odcinku geriatrycznym Oddziału i pacjentów poradni jednolite zasady przyjęć. Zarówno pacjenci Oddziału, jak i zgłaszający się po poradę, przyjmowani byli na bieżąco. Nie umożliwiono jednak pacjentom rejestracji do poradni drogą elektroniczną.

Niezgodnie z przepisami realizowano obowiązki dotyczące gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych zgód i oświadczeń w odniesieniu do sześciu z 41 pacjentów. Niemniej jednak, dokumentacja medyczna w pełni odzwierciedlała rodzaj i zakres udzielonej pomocy.

Udzielanie świadczeń pacjentom geriatrycznym Oddziału, jak i poradni, zorganizowano w sposób odpowiadający szczególnym potrzebom osób starszych, mogących mieć trudności w poruszaniu się. Zapewniono podstawowe wyposażenie poradni oraz dostęp do wymaganych i rekomendowanych *Standardami*<sup>4</sup> badań.

Zapewniono dodatkowo zalecane wyposażenie w poradni geriatrycznej, obecne w gabinecie zlokalizowanym w pobliżu. Nie zapewniono natomiast Całościowej Oceny Geriatrycznej. W celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem przy Szpitalu utworzono POZ, zwiększono liczbę łóżek w Zakładzie Opieki Leczniczej wyodrębnionym w Szpitalu, rozszerzono działalność rehabilitacji ambulatoryjnej o rehabilitację domową, wznowiono działalność poradni ortopedycznej.

## 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<sup>6</sup> realizuje w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego (stacjonarnego) na Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) w poradni geriatrycznej na podstawie umowy nr 0403/0014/17/PSZ z dnia

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

<sup>3</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej sierpień w każdym roku w okresie 2017-2020 r. oraz stan 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.

<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> Udziałowcami Szpitala są: Miasto i Gmina Skwierzyna (1 436 udziałów) i Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o. (12 636 udziałów).

29.09.2017 r. zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: *LOW NFZ*)<sup>7</sup>.

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

(akta kontroli str. 10-175; 785-792)

W Szpitalu funkcjonuje Oddział Internistyczno-Geriatriczny (dalej: *Oddział*), w ramach którego wyodrębniono odcinek dedykowany pacjentom geriatrycznym.

Pacjentom geriatrycznym zapewniono :

- w latach 2015-2018<sup>8</sup> – 10 miejsc (przy łącznej liczbie łóżek w oddziale – 27),
- w latach 2019-2021<sup>9</sup> - 8 miejsc (przy łącznej liczbie łóżek w oddziale – 22).

(akta kontroli str. 176, 185)

Działalnością Szpitala kieruje Prezes Zarządu, któremu bezpośrednio podlegają: Kierownik ds. Medycznych, Naczelną Pielęgniarka oraz stanowiska samodzielne.

Za koordynację Oddziału odpowiedzialny jest Kierownik Oddziału, specjalista chorób wewnętrznych, podlegający bezpośrednio Kierownikowi ds. Medycznych. Do zadań Oddziału należy m.in.:

- diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia, układu oddechowego, przewodu pokarmowego,
- całodobowe monitorowanie parametrów życiowych przy pomocy kardiomonitorów,
- diagnostyka i leczenie cukrzycy oraz edukacja pacjentów,
- przyjęcie chorych do opieki geriatrycznej,
- opieka psychologiczna,
- rehabilitacja w oddziale,
- wykonywanie: badań holterowskich z monitorowaniem czynności serca i ciśnienia tętniczego, EKG, badań spirometrycznych, USG<sup>10</sup>,
- konsultacje pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych na innych oddziałach szpitalnych.

(akta kontroli str. 186-236, 238-257)

Zgodnie z harmonogramem poradnia geriatryczna funkcjonowała:

- w latach 2017-2019<sup>11</sup> trzy dni w tygodniu, łącznie 13 godzin tygodniowo;
- w latach 2020-2021 r.<sup>12</sup> jeden dzień w tygodniu przez 4 godziny.

<sup>7</sup> Umowa obowiązuje od 1.10.2017 r.; do 30.06.2017 r. świadczenia były realizowane w oparciu o umowę nr 0403/0014/17 z 13.12.2010 o treści określonej aneksem nr 100 z 5.01.2017 do tejże umowy (leczenie szpitalne) i umowę nr 0402/0078/16 z 22.12.2010 r. o treści określonej aneksem nr 85 z 28.12.2016 r. do tejże umowy (AOS), w okresie od 1.07.2017 r. do 30.09.2017 r. w oparciu o aneks 109 z 19.06.2017 r. do umowy 0403/0014/17 (leczenie szpitalne) i aneks nr 91 z 19.06.2017 r. do umowy 0402/0078/17 (AOS).

<sup>8</sup> Według stanu na dzień 31.12.2015 r., 31.12.2016 r., 31.12.2017 r., 31.12.2018 r.

<sup>9</sup> Wg stanu na dzień 31.12.2019 r., 31.12.2020 r., 30.06.2021 r. Na dzień 31.03.2021 r. – Oddział Internistyczno-Geriatriczny w całości przekształcony w oddział covidowy.

<sup>10</sup> Jamy brzusznej, tarczycy, oceny gruczołu krokowego i echokardiografii.

<sup>11</sup> Według stanu na dzień 31.12.2017 r., 31.12.2018 r. i 31.12.2019 r.

<sup>12</sup> Według stanu na dzień 31.12.2020 r., 31.03.2021 r. i 30.06.2021 r.

(akta kontroli str. 176, 542-547)

W okresie od 20.11.2019 r. do 31.12.2019 r., na wniosek Zarządu Szpitala i za zgodą Dyrektora LOW NFZ, ze względu na brak lekarzy, przerwano udzielanie świadczeń przez poradnię geriatryczną. Poradnia wznowiła działalność od początku 2020 roku. Pomimo czasowej przerwy w pracy poradni, nie zgłoszono zmian w zasobach kadrowych w tym zakresie – według harmonogramu, świadczeń w poradni udzielało trzech lekarzy (więcej pkt 1.5. wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 490-493, 574-576, 802-803)

Kontrola skuteczności w zakresie rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów geriatrycznych, prowadzona jest na podstawie badania opinii pacjentów. Celem badania jest zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z określonymi wymaganiami (więcej pkt 3.4. wystąpienia pokontrolnego).

Prezes Zarządu wskazała: *Pełnomocnik ISO corocznie przeprowadza audyty wewnętrzne, sprawdzające jakość świadczonych usług w Szpitalu. Skuteczność tych kontroli odzwierciedla zerowa ilość skarg na Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym.*

(akta kontroli str. 802-806)

**1.2.** Prezes Zarządu Spółki Grupy Nowy Szpital Sp. z o.o. w Szczecinie, z którym Szpital w Skwierzynie łączy umowa na świadczenie usług<sup>13</sup>, w 2015 r. opracował procedurę oceny geriatrycznej pacjenta przy przyjęciu na oddział, jako rozwiązania rekomendowanego<sup>14</sup>.

Celem ww. procedury jest poprawa jakości opieki nad pacjentami w wieku ponad 60 lat oraz optymalizacja organizacji opieki nad takim pacjentem. Zgodnie z jej treścią, przy przyjęciu na oddział, pielęgniarka przeprowadza z pacjentem ankietę stanowiącą załącznik do procedury oraz – w miarę możliwości – potwierdza otrzymane informacje u opiekuna pacjenta.

Ankieta umożliwia zebranie i ocenę punktową informacji z zakresu samooceny stanu zdrowia oraz trudności w wykonaniu wybranych czynności (m.in. pochylanie, kucanie, klękanie, podnoszenie, dźwiganie, pisanie, utrzymywanie drobnych przedmiotów, robienie zakupów, rozporządzanie pieniędzmi, kąpiel, itp.). Ilość otrzymanych punktów może wskazywać na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat, w związku z czym, pacjent kwalifikuje się do grupy o podwyższonym stopniu monitoringu.

(akta kontroli str. 237, 258-261)

Personel medyczny nie został zapoznany z niniejszą procedurą<sup>15</sup>, a analiza dokumentacji medycznej 15 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej<sup>16</sup>, którzy ukończyli 65 r.ż., przyjętych na oddział w maju 2021 r. wykazała, że procedura nie jest stosowana. Zgodnie z § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>17</sup> (dalej: *rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych w szpitalach*) świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji

<sup>13</sup> Z dnia 1.01.2018 umowa franczyzy i świadczenia usług, wcześniej umowa z dnia 1.12.2011 r.

<sup>14</sup> Dla Grupy Nowy Szpital Sp. z o.o.

<sup>15</sup> Potwierdzenie zapoznania się z procedurą stanowi zał. nr 2 do procedury, który w toku kontroli nie został przedstawiony, stan na dzień 17.06.2021 r.

<sup>16</sup> Poza Oddziałem Internistyczno-Geriatrycznym w Szpitalu funkcjonuje Oddział Chirurgii Ogólnej.

<sup>17</sup> Dz. U. 2021 r. poz. 290, ze zm.

i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

Kierownik ds. Medycznych odpowiedzialna za nadzór nad sprawowaną dokumentacją oraz Prezes Zarządu Szpitala wyjaśniły, że procedura oceny geriatrycznej pacjenta została opracowana, ale w związku ze zmianami kadrowymi została przeoczona. Zarząd Szpitala zobowiązał się do jak najszybszego wdrożenia ww. procedury.

W toku kontroli Prezes Spółki wprowadziła zarządzeniem wewnętrznym z dnia 16 lipca 2021 roku<sup>18</sup>, procedurę oceny geriatrycznej przy przyjęciu na oddział, a odpowiedzialny za jej stosowanie personel medyczny zapoznał się z jej treścią i zobowiązał się do jej realizacji.

(akta kontroli str. 312-320, 503-504)

1.3. W Szpitalu nie opracowano procedur dedykowanych wyłącznie pacjentom Oddziału Internistyczno-Geriatrycznego i poradni geriatrycznej. Kierownik ds. Medycznych wskazała, że: *Szpital w Skwierzynie posiada procedury ogólnoszpitalne, pielęgnacyjne. Po wprowadzeniu standardów opieki geriatrycznej pacjentów w 2013 roku nasze procedury okazały się być dostosowane do wymogów standardów, więc nie wymagały aktualizacji. Personel Szpitala zapewnia opiekę pacjentom geriatrycznym stosując ww. procedury<sup>19</sup>. (...) Pielęgniarka wykonuje czynności pielęgnacyjne, rozmawia z rodziną pacjenta, edukuje.*

(akta kontroli str. 312-314)

Opracowane i funkcjonujące od 2009 r. w Szpitalu procedury swym zakresem obejmują wszystkie oddziały szpitalne. Procedury dotyczą podejmowanych czynności bezpośrednio w stosunku do pacjenta, jak i jego otoczenia, w tym przede wszystkim jego rodziny i opiekunów.

Wybrane procedury odnoszą się w swej treści do określonych w standardach opieki geriatrycznej procedur diagnostyczno-terapeutycznych i dotyczą m.in.:<sup>20</sup>

- a) postępowania podczas realizacji opieki pielęgnacyjnej - pielęgniarka w zależności od stanu pacjenta edukuje, doradza, prowadzi działania zmierzające do samoopieki i samorealizacji w zakresie m.in.:
- oddychania,
  - krążenia,
  - odżywiania i nawadniania,
  - skóry (np.: zmienia pozycję pacjenta, myje, osusza, masuje),
  - odczuwania komfortu (np.: zapewnia warunki do odpoczynku, poprawia samopoczucie),
  - utrzymania aktywności fizycznej: pomaga w wykonywaniu ćwiczeń, mobilizuje do samoobsługi i niezależności,

<sup>18</sup> Obowiązującym od dnia jego podpisania.

<sup>19</sup> Procedura gromadzenia danych o pacjencie, komunikowania się pielęgniarka – pacjent, planowania opieki pielęgnarskiej, ustalania diagnozy pielęgnarskiej, postępowania podczas realizacji opieki pielęgnarskiej, postępowania etycznego, zapobiegania odleżynom, wykonania toalety całego ciała w łóżku.

<sup>20</sup> Stosowanie procedur uzależniono od stanu pacjenta; w szczególności określono przypadki, w których wykonywania poszczególnych czynności nie należy podejmować (np. nie wykonuje się ćwiczeń biernych głowy pacjentowi po udarze).

- funkcjonowania psychicznego: uspokaja, zachęca, pomaga w trudnych sytuacjach radzenia sobie z chorobą: przygotowuje do samopielęgnacji, kontroli stanu zdrowia, aktywności fizycznej, żywienia, współpracuje z pacjentem, jego środowiskiem (kontakty z rodziną) oraz całym zespołem zaangażowanym w opiekę nad pacjentem,
- b) postępowania etycznego - personel medyczny szanuje godność osobistą pacjenta, skutecznie walczy z dolegliwościami somatycznymi, dba o zachowanie intymności chorego, daje wsparcie rodzinie pacjenta;
- c) zapobiegania odleżynom - pielęgniarka ocenia ryzyko wystąpienia odleżyn według skali NORTON<sup>21</sup> bądź stopień wystąpienia odleżyn (raz dziennie u wszystkich pacjentów). W przypadku wystąpienia odleżyn zostają podjęte określone zasady pielęgnacji m.in.: dokładna toaleta 1-2 razy dziennie, oklepywanie, masowanie, zmiana pozycji leżącego, stosowanie udogodnień w celu odciążenia miejsc narażonych, pomoc w aktywności, uruchamianie pacjenta, uświadamianie i mobilizowanie do zmian pozycji, edukacja pacjenta i rodziny w działaniach pielęgnacyjnych i profilaktyce odleżyn w warunkach domowych. Pacjent zagrożony odleżynami bądź posiadający odleżyny ma ustalony indywidualny plan opieki;
- d) wykonywania masażu pleców i pośladków – w celu zapobiegania powstaniu odleżyn;
- e) postępowania przy przemieszczaniu i ułożeniu chorego – w celu zapobiegania tworzeniu się odleżyn, przykurczom stawowym, sublokacji w stawach, zanikom mięśniowym, zakrzepowemu zapaleniu żył i w celu poprawy samopoczucia pacjenta;
- f) postępowania podczas stosowania udogodnień u pacjenta leżącego – stosowanie małych poduszek, podłóżników, poduszek klinowych wypełnionych powietrzem, wałków, podpórek, wałeczków z gąbki;
- g) wykonywania ćwiczeń biernych – w celu usamodzielnienia się chorego, zmniejszenia spastyczności mięśni, zapobiegania przykurczom mięśni, torebki i więzadeł stawów, zapaleniom płuc i odleżynom, ćwiczenia obejmują kończyny górne i dolne oraz głowy.

(akta kontroli str. 271-307, 312-314)

Personel pielęgniarski zatrudniony w Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym zapoznał się z obowiązującymi procedurami i zobowiązał się do ich przestrzegania.

(akta kontroli str. 307-311)

Szpital nie ubiegał się o certyfikat akredytacyjny.

(akta kontroli str. 666-670)

1.4. W okresie objętym kontrolą w Oddziale hospitalizowanych było: w 2017 r. – 225, w 2018 r. – 256, w 2019 r. – 181, w 2020 r. – 68 i w I kwartale 2021 r. – 25 pacjentów geriatrycznych. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 81-85 lat – łącznie 208 pacjentów i w wieku 86-90 – łącznie 185 pacjentów; najmniej

<sup>21</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).

hospitalizowano pacjentów do 65 roku życia – 13, w tym jednego pacjenta poniżej 60 lat.

W drugim półroczu 2019 r. hospitalizowano 77 pacjentów, z czego 47% z nich zamieszkiwało w Skwierzynie. Pozostali pochodzili z 12 innych miejscowości w województwie lubuskim, jeden pacjent był spoza województwa.

Okres hospitalizacji w II półroczu 2019 r. i 2020 r. najczęściej mieścił się w przedziale 4-7 dni – tyle czasu na Oddziale spędziło odpowiednio 42 (55% wszystkich pacjentów) i 11 pacjentów (44%). Odnotowano tylko jeden przypadek hospitalizacji trwający dłużej niż 21 dni – w I półroczu 2019 r.

(akta kontroli str. 177, 179, 181)

Działalność poradni obrazują poniższe dane:

- z porady najwięcej tj. 11 pacjentów skorzystało w 2017 r.: jeden pacjent w wieku 71-75 lat, po czterech w wieku 76-80 lat i 81-85 lat oraz dwóch w wieku 86-90 lat;
- w 2018 r. z porady skorzystało 9 pacjentów: jeden pacjent w wieku 66-70 lat, po trzech w wieku 76-80 i 81-85 oraz dwóch w wieku 86-90 lat;
- w 2020 r. porady geriatrycznej udzielono jednemu pacjentowi w wieku 71-75 lat;
- w 2019 r. i I kwartale 2021 r. z poradni nie skorzystał żaden pacjent.

(akta kontroli str. 178, 180)

W 2017 r. z poradni geriatrycznej w ramach wizyty pierwszorazowej skorzystało trzech pacjentów, w przypadku dwóch były to wizyty jednorazowe, w jednym przypadku pacjent odbył jeszcze jedną wizytę w poradni w okresie objętym kontrolą. W całym okresie objętym kontrolą z poradni skorzystało 14 pacjentów. Wizyty miały charakter zarówno jednorazowy (trzy przypadki), jak i wielorazowy (11 przypadków)<sup>22</sup>. W tym okresie pacjenci otrzymali od dwóch do sześciu porad.

(akta kontroli str. 182-183)

Zarówno w przypadku Oddziału, jak i poradni geriatrycznej, pacjenci nie musieli oczekiwać na udzielenie świadczenia<sup>23</sup> – pierwszy wolny termin, w przypadku przyjęcia na Oddział, przypadał na kolejny dzień<sup>24</sup>, a w przypadku poradni na najbliższy dzień pracy poradni.

(akta kontroli str. 184)

**1.5.** W okresie objętym kontrolą wszyscy lekarze udzielający świadczeń na Oddziale zatrudnieni byli w oparciu o umowy cywilnoprawne.

(akta kontroli str. 370-379)

W okresie objętym próbą<sup>25</sup> ustalono, że część osób udzielających świadczeń w Oddziale (2 lekarzy, 4 pielęgniarki) nie zostało zgłoszonych w NFZ, 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>26</sup>, zgodnie z którym świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia

<sup>22</sup> Przy czym w 9 przypadkach pierwsza wizyta miała miejsce przed 2017 r.

<sup>23</sup> Wg stanu na dzień 1 stycznia każdego z lat 2018-2021.

<sup>24</sup> 2 stycznia każdego z lat 2018-2021.

<sup>25</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 4 miesiące tj. sierpień w każdym z lat 2017-2020.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.



15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej<sup>27</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).

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynika, że zgłoszeń nie dokonano omyłkowo, przy czym jedna osoba nie udzielała stale świadczeń w Oddziale, jedna udzielała świadczeń w innych komórkach, jedna rozpoczęła udzielanie świadczeń wcześniej niż było to wstępnie zaplanowane i jedna, która miała pierwotnie udzielać świadczeń krócej, a ostatecznie udzielała ich dłużej, tj. do końca miesiąca. Dodatkowo Prezes wskazała, że: *Zróżnicowanie wykonalności umów (umów o pracę/cywilnoprawnych, a umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) może powodować niepoprawność daty zgłoszenia danej osoby do takiej umowy.*

Pomimo przerwy w działalności poradni z powodu braku lekarzy deklarujących chęć udzielania świadczeń (patrz pkt 1.1. wystąpienia pokontrolnego) nie zgłoszono w zasobach kadrowych zmian w tym zakresie<sup>28</sup>. Prezes Szpitala wyjaśniła: *poradnia geriatryczna w okresie od dnia 20.11.2019 r. do dnia 31.12.2019 r. miała zgłoszoną do NFZ przerwę w udzielaniu świadczeń, na którą NFZ wyraził zgodę.*

(akta kontroli str. 370-379, 469-492)

Lekarze udzielający świadczeń w poradni geriatrycznej posiadali niezbędne kwalifikacje – w okresie objętym kontrolą w poradni świadczeń udzielało łącznie czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry. W latach 2017-2019<sup>29</sup> w poradni geriatrycznej świadczeń udzielało trzech lekarzy geriatrów, w łącznym w wymiarze 0,36 etatu przeliczeniowego, a w latach 2020-2021 (I półrocze)<sup>30</sup> jeden lekarz, w wymiarze 0,12 etatu przeliczeniowego.

Prezes Szpitala wskazała, że: *Lekarze, którzy świadczyli usługi w poradni geriatrycznej nie dostarczali do Szpitala informacji o odbytych szkolenia.*

(akta kontroli str. 370-387, 762)

Na Oddziale zapewniono całodobową opiekę lekarską, jednak w zakresie zapewnienia równoważnika co najmniej jednego etatu lekarza o specjalności w dziedzinie gerontologii lub geriatry (nie dotyczy dyżuru medycznego) na Oddziale stwierdzono:

a) spełnienie wymogu w latach 2017-2018:

- w sierpniu 2017 r. i 2018 r. na Oddziale świadczeń udzielało dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, w łącznym wymiarze odpowiednio: 3,86 etatu przeliczeniowego i 2,49 etatu przeliczeniowego<sup>31</sup>, przy zapewnieniu obecności lekarza specjalisty co najmniej w każdy dzień roboczy;
- na dzień 31 grudnia 2017 r. i 2018 r. Szpital zatrudniał na Oddziale odpowiednio: trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, w łącznym wymiarze 3,22 etatu przeliczeniowego i pięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, w łącznym wymiarze 2,3 etatu przeliczeniowego,

<sup>27</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

<sup>28</sup> W harmonogramie, do końca 2019 r. wykazanych było 3 lekarzy udzielających świadczeń w poradni.

<sup>29</sup> Wg stanu na dzień 31.12.2017 r., 31.12.2018 r., 19.11.2019 r (w okresie 20.11.2019-31.12.2019 r. – przerwa w działalności poradni).

<sup>30</sup> Wg stanu na dzień 31.12.2020 r. i 30.06.2021 r.

<sup>31</sup> Przy czym dwóch lekarzy zapewniło w 2017 r. łącznie 3,86 etatu przeliczeniowego tj. jeden 2,04 etatu przeliczeniowego i drugi 1,82 etatu przeliczeniowego, a w 2018 r. łącznie 2,49 etatu przeliczeniowego tj. jeden 1,65 etatu przeliczeniowego i drugi 0,84 etatu przeliczeniowego.

co było zgodne z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla geriatry, określonymi w załączniku nr 3 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*.

b) niespełnienie wymogu w latach 2019-2020 (I półrocze):

- w sierpniu 2019 r. na Oddziale lekarz geriatra obecny był przez 58 h (0,36 etatu przeliczeniowego), a sierpniu 2020 r. 84 h (0,53 etatu przeliczeniowego),
- na dzień 31 grudnia 2019 r. i 2020 r. na Oddziale zapewniono lekarza geriatrę odpowiednio w wymiarze: 0,94 etatu, i 0,87 etatu przeliczeniowego,

co było niegodne z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla geriatry, określonymi w załączniku nr 3 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *W kontrolowanym okresie na podstawie decyzji Wojewody Lubuskiego z dnia 30 października 2020 r. do 15 grudnia 2020 r. Oddział Internistyczno-Geriatryczny funkcjonował jako oddział Covidowy, w związku z powyższym nie obowiązywał nas wymóg dotyczący pełnego etatu geriatry. Sierpień 2019 r. i sierpień 2020 r. to okres urlopowy. Zarząd cały czas stara się pozyskać geriatrę na pełen etat, jednak okres pandemii tego nie ułatwia*<sup>32</sup>.

(akta kontroli str. 370-468)

Poza specjalistami w dziedzinie geriatry na Oddziale w latach 2017-2020<sup>33</sup> świadczeń udzielało odpowiednio:

- dwóch lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (0,26 etatu przeliczeniowego), dwóch innych lekarzy (1,51 etatu przeliczeniowego), w tym jeden specjalista (1,03 etatu przeliczeniowego),
- siedmiu lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (1,63 etatu przeliczeniowego),
- siedmiu lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (3,69 etatu przeliczeniowego) i jeden inny specjalista (0,09 etatu przeliczeniowego),
- sześciu lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych (3,13 etatu przeliczeniowego) i jeden inny specjalista (1,36 etatu przeliczeniowego).

(akta kontroli str. 380-387)

Zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla geriatry, określonymi w załączniku nr 3 *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*, spełnił wymagania w zakresie zatrudnienia fizjoterapeuty (co najmniej jeden etat) i psychologa (co najmniej 0,5 etatu), tj.:

- w okresie objętym próbą Szpital zatrudniał od jednego do czterech fizjoterapeutów, posiadających kwalifikacje, o których mowa w *rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*, w łącznym wymiarze od 1,85 etatu przeliczeniowego na koniec 2017 r., po 2 etaty przeliczeniowe na koniec 2018 r. i 4 etaty przeliczeniowe na koniec lat 2019 i 2020;

<sup>32</sup> W ramach złożonych wyjaśnień w zakresie braku spełnienia wymogu zatrudnienia lekarza geriatry Prezes Zarządu nie odniosła się do okresu obejmującego grudzień 2019 r.

<sup>33</sup> Na dzień 31 grudnia każdego z lat 2017-2020.

- w okresie objętym kontrolą<sup>34</sup> Szpital zatrudniał psychologa w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego.

(akta kontroli str. 370-387, 764-770)

Według stanu zatrudnienia personelu pielęgniarskiego na Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym w każdym z lat:

- 2017-2019<sup>35</sup> zapewniono od 12,13 do 13,75 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 13,2 do 13,8 etatu przeliczeniowego<sup>36</sup> (niedobór od 0,05 do 1,07 etatu),
- 2019-2020<sup>37</sup> zapewniono od 11,24 do 12,9 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 13,2 etatu przeliczeniowego (niedobór od 0,3 do 1,96 etatu),

co było niezgodne z ustalonymi normami zatrudnienia<sup>38</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*.

Prezes wyjaśniła, że: *Zakres czasowy kontroli NIK na Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym nałożył się na pandemię koronawirusa. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia szpitale zostały zwolnione z obowiązku zapewnienia wymaganych norm pielęgniarskich pod warunkiem zapewnienia ciągłości procesu leczniczego. W latach 2017-2018 normy pielęgniarskie ustalane były na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. Od 2019 r. normy pielęgniarskie przeliczane są na podstawie ilości łóżek na Oddziale. Należy podkreślić, że mimo problemów kadrowych spowodowanych brakiem pielęgniarek na rynku pracy, zatrudnienie na oddziale Internistyczno-Geriatrycznym odbiega minimalnie od wymaganych norm. Jednocześnie podkreślam, że dla zapewnienia lepszej opieki dla pacjentów Oddziału 21 maja 2021 r. został zatrudniony opiekun medyczny<sup>39</sup>.*

(akta kontroli str. 370-387, 496-502, 677)

W Oddziale zatrudnionych było<sup>40</sup>:

- w 2017 r. 14 pielęgniarek, w tym dwie, które posiadały ukończony kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej (łącznie wymiar zatrudniania 1,84 etatu przeliczeniowego),

<sup>34</sup> Na dzień 31 grudnia każdego z lat 2017-2020.

<sup>35</sup> Według stanu za sierpień 2017 r., grudzień 2017 r., sierpień 2018 r., grudzień 2018 r., sierpień 2019 r.

<sup>36</sup> Norma wg etatu przeliczeniowego wynosiła odpowiednio: w sierpniu 2017 r. i grudniu 2018 r. – 13,4; grudniu 2017 r. – 13,8; sierpniu 2018 r. – 13,2; sierpniu 2019 r. – 13,6.

<sup>37</sup> Według stanu za grudzień 2019 r., sierpień 2020 r. i grudzień 2020 r. 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>38</sup> Przyjętymi przez Szpital na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*, (Dz. U. poz. 1545).

<sup>39</sup> W ramach złożonych wyjaśnień w zakresie braku spełnienia norm zatrudnienia pielęgniarek Prezes Zarządu nie odniosła się do okresu sprzed pandemii.

<sup>40</sup> Na podstawie sierpnia każdego z lat 2017-2020.

- w 2018 r. 16 pielęgniarek w tym jedna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego (w wymiarze 0,6 etatu przeliczeniowego), dwie, które posiadały ukończony kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej (łącznie wymiar zatrudniania 1,46 etatu przeliczeniowego),
- w 2019 r. – 13 pielęgniarek, w tym jedna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej (w wymiarze 1,53 etatu przeliczeniowego),
- w 2020 r. – 11 pielęgniarek w tym 1, która ukończyła kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej (w wymiarze 1,38 etatu przeliczeniowego).

W ramach zatrudnienia, o którym mowa powyżej, w każdym z lat 2017-2020 na Oddziale świadczeń udzielały także dwie pielęgniarki po kursie specjalistycznym z podstaw opieki paliatywnej (2 etaty przeliczeniowe) oraz w 2018 r. i 2019 r. jedna pielęgniarka po kursie specjalistycznym z kompleksowej opieki nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego (w wymiarze odpowiednio 0,45 i 0,53 etatu przeliczeniowego).

Zgodnie z załącznikiem nr 3 *rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych w szpitalach* świadczeniodawca w zakresie personelu pielęgniarstwa zapewnia równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej. Niniejsze Świadczeniodawca zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>41</sup> jest zobligowany spełnić nie później niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

(akta kontroli str. 370-379)

**1.6.** Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych w wybranych miesiącach objętych kontrolą<sup>42</sup> wykazała, że w 45 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, z czego w:

- 2017 r. – 15 przypadków;
- 2018 r. – 11 przypadków;
- 2019 r. – 13 przypadków;
- 2020 r. – 6 przypadków.

W sześciu z ww. przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, tj. 51, 54, 65, 120, 150 i 240 godzin.

(akta kontroli str. 388-468)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że: *Wszyscy lekarze udzielający świadczeń w Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym zatrudnieni są w oparciu o umowy kontraktowe,*

<sup>41</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 2012, ze zm.

<sup>42</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 4 miesiące tj. sierpień w każdym z lat 2017-2020.

*dla których nie istnieją żadne ograniczenia czy limity czasu pracy. Lekarze dobrowolnie decydują się na świadczenie pracy w określonych okresach i wymiarze czasu. Grafiki akceptowane są przez Zarząd Szpitala. Należy zwrócić uwagę, że sytuacja dotyczy sierpnia – okresu urlopowego. Szpital mimo braków kadrowych musi zapewnić ciągłość pracy. Nie bez znaczenia jest również trudna sytuacja na rynku pracy – brak specjalistów. Ponadto sytuacje bardzo długiego, jednorazowego czasu pracy dotyczą w szczególności jednego lekarza. Nigdy nie dotarła do mnie informacja o sytuacji związanej z długim czasem pracy, czy to ze strony personelu medycznego czy pacjentów. Nie było skarg co do jakości świadczonych usług czy bezpieczeństwa pacjentów. Gdyby nasi lekarze nie zadeklarowali woli pracy i pozostania na dyżurze powyżej 24 godzin nie byłibyśmy w stanie spełnić wymogów Ministerstwa Zdrowia i NFZ, co do zapewnienia ciągłości pracy oddziału z całodobową opieką lekarską.*

Zdaniem NIK, dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres czasu może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(akta kontroli str. 494-502)

**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 Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>43</sup> umieszczone były na drzwiach głównych wejścia do budynku poradni, przy punkcie rejestracji, na tablicy informacyjnej poradni oraz drzwiach gabinetu poradni.

(akta kontroli str. 321-322, 326, 357-361)

**1.8.** Oględziny pomieszczeń Oddziału i Izby Przyjęć wykazały, że Szpital spełnił warunki określone 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>44</sup>.

W ramach odcinka geriatrycznego funkcjonują:

- trzy sale chorych (jedna dwulóżkowa z pełnym węzłem sanitarnym i dwie trzyosobowe, w tym jedna z pełnym węzłem sanitarnym),
- łazienka przystosowana do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych,
- pokój zabiegowy,

<sup>43</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm. M.in.: imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń, godziny i miejsce ich udzielania, zasady zapisów na wizyty, prawa pacjenta, tryb składania skarg i wniosków, prawa pacjenta; zasad potwierdzania prawa do świadczeń, adres oraz numer telefonu najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; numery telefonów alarmowych "112" i "999", adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Funduszu, adres i numer 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, informacja o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

<sup>44</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.

- pokój badań.

Każdy pokój (dwu- i trzyłóżkowy) poddany oględzinom<sup>45</sup> posiadał:

- łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz odstępy między nimi umożliwiające swobodny dostęp do pacjentów i szerokość pozwalająca na wyprowadzenie łóżka z pokoju,
- 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>46</sup>.

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

(akta kontroli str. 321-324, 327-345)

Izba Przyjęć posiadała:

- bezpośrednie, zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej jednym pojazdem,
- punkt rejestracji i poczekalnię,
- pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala<sup>47</sup>,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

(akta kontroli str. 321-324, 356)

Poradnia geriatryczna funkcjonuje na pierwszym piętrze w budynku D, zlokalizowanym w kompleksie budynków Szpitala. Budynek wyposażony jest w udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami – zewnętrzna winda z podjazdem, prowadząca bezpośrednio na poziom, na którym znajduje się punkt rejestracji, gabinet poradni i gabinet zabiegowy.

(akta kontroli str. 321-322, 325-326, 357-364)

Pokoje badań i pokoje zabiegowe zlokalizowane zarówno na Oddziale, Izbie Przyjęć i poradni<sup>48</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,
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne z miską ustępową, dozownik z mydłem w płynie, 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

<sup>45</sup> Oględziny przeprowadzono we wszystkich (tj. trzech) salach dla pacjentów geriatrycznych.

<sup>46</sup> System zainstalowany przy każdym łóżku i w łazienkach.

<sup>47</sup> W Izbie Przyjęć funkcjonuje gabinet zabiegowy i pokój przyjęć (badań).

<sup>48</sup> 2 pokoje badań i 3 pokoje zabiegowe (po 1 pokoju badań i pokoju zabiegowym w Oddziale i Izbie Przyjęć i 1 pokój zabiegowy przy poradni).

postronnych<sup>49</sup>. Niemniej jednak drzwi do tych gabinetów nie były zabezpieczone w sposób, który uniemożliwiałby wejście do nich osobom postronnym podczas trwającego badania.

Z wyjaśnień Prezes Szpitala wynika, że lekarz podczas przeprowadzania badania zamyka gabinet, a na drzwiach gabinetów zostały już umieszczone informacje „*Nie wchodzić bez wezwania. Trwa badanie.*”

(akta kontroli str. 321-364, 496-502)

W okresie objętym kontrolą Państwowa Inspekcja Sanitarna, w rezultacie przeprowadzonych kontroli, stwierdziła następujące nieprawidłowości dotyczące Oddziału:

- w 2017 r. – ubytki ścian uniemożliwiające prawidłowe procesy mycia i dezynfekcji,
- w 2018 r. – brak płuczki-dezynfektora.

W obu przypadkach nieprawidłowości usunięto w terminach określonych w wydanych decyzjach.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w odniesieniu do poradni.

(akta kontroli str. 590-591, 620-626)

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<sup>50</sup>.

Wymagany sprzęt i aparatura medyczna zostały zgłoszone do LOW NFZ, były sprawne technicznie oraz posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty<sup>51</sup>, stosownie do zapisów § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>52</sup>.

Zgodnie z § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>53</sup>, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami i były dokumentowane.

Stwierdzono natomiast, że w 2018 r. przeglądu klimatyzatora funkcjonującego na Oddziale dokonano z ponad 4-miesięcznym opóźnieniem<sup>54</sup>, co stanowi naruszenie ww. przepisu, zgodnie z którym przeglądu urządzeń klimatyzacji należy dokonywać zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.

---

<sup>49</sup> We wszystkich oknach zamontowano rolety, bądź folię maskującą. Szklane, przesuwne drzwi pokoju zabiegowego w Izbie Przyjęć zabezpieczono folią maskującą.

<sup>50</sup> Badaniem objęto 17 jednostek sprzętowych funkcjonujących na Oddziale, w tym trzy aparaty EKG, dwa kardiomonitoringi, 4 pompy infuzyjne oraz po jednym z następujących urządzeń: defibrylator, holter, respirator, spirometr, cykloergometr, ssak, kardiostymulator i urządzenie do przenoszenia pacjenta.

<sup>51</sup> Przeglądy dokonywane były z częstotliwością określoną przez producenta/autoryzowany serwis, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.

<sup>52</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>53</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.; do 31.03.2019 r. § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. poz. 739, uchylone z dniem 01.04.2019 r.

<sup>54</sup> Nr fabryczny jednostki sprzętowej: E003051, przegląd 17.07.2017 r., a następnie 28.11.2018 r. W 2019 r. klimatyzator został wycofany z użytkowania – w ramach przeglądu technicznego w 2019 r. stwierdzono, że nie kwalifikuje się do naprawy.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że: *Zlecenie na przegląd klimatyzatora zostało przesłane w wymaganym terminie<sup>55</sup>, ale ze względu na niewielki rynek serwisantów, a także okres wakacyjno-urlopowy przegląd odbył się w możliwie najszybszym terminie. Zapewniamy, że dokładamy wszelkich starań, żeby przeglądy odbywały się w terminie.*

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym przy poradni dostępny jest glukometr oraz elektrokardiograf. W zakresie badań ultrasonograficznych Szpital zapewnia badania pacjentów poradni w ramach własnej pracowni USG.

(akta kontroli str. 496-502, 548-573)

**1.9.** Pacjentom poradni geriatrycznej zapewniono dostęp do badań, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>56</sup>, tj.:

- badania laboratoryjne i mikrobiologiczne - materiał do badań pobierany jest w laboratorium Szpitala zlokalizowanym na parterze jednego z budynków mieszczącego się w kompleksie Szpitala. Na prowadzenie tych badań w całym okresie objętym kontrolą Szpital posiadał zawartą umowę z laboratorium wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych<sup>57</sup>,
- RTG – realizowane w pracowni badań RTG funkcjonującej w budynku głównym Szpitala (winda),
- densytometria kręgosłupa i kości udowej - na prowadzenie tych badań w całym okresie objętym kontrolą Szpital posiadał zawartą umowę z podmiotem zewnętrznym<sup>58</sup>.

(akta kontroli str. 321-322,325-326, 366-369, 807-809)

Stwierzone  
nieprawidłowości

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

1. W całym okresie objętym kontrolą, aż do dnia 16 lipca 2021 r. w Szpitalu nie wdrożono procedury oceny geriatrycznej pacjenta.
2. Część personelu medycznego (2 lekarzy i 4 pielęgniarki) udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na Oddziale w okresie objętym kontrolą, pomimo wymogu, nie została zgłoszona do NFZ.
3. W latach 2019-2020<sup>59</sup> nie zapewniono na Oddziale równoważnika co najmniej jednego etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) lekarza specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatryi.
4. W całym okresie objętym kontrolą<sup>60</sup> nie zapewniono na Oddziale personelu pielęgniarskiego w wymaganym, minimalnym wymiarze, etatów przeliczeniowych.

<sup>55</sup> W toku kontroli nie przedstawiono przedmiotowego zlecenia.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>57</sup> Laboratorium wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych pod poz. 906, [https://kidl.org.pl/laboratory/index?LaboratorySearch%5Bentry\\_number%5D=&LaboratorySearch%5Bregistr\\_y\\_date%5D=&LaboratorySearch%5Bname%5D=&LaboratorySearch%5Bstreet%5D=&LaboratorySearch%5Bzip\\_code%5D=&LaboratorySearch%5Bcity%5D=&LaboratorySearch%5Bentity\\_name%5D=syvevo&LaboratorySearch%5Bprovince\\_id%5D=4&id=4&sort=entity\\_name](https://kidl.org.pl/laboratory/index?LaboratorySearch%5Bentry_number%5D=&LaboratorySearch%5Bregistr_y_date%5D=&LaboratorySearch%5Bname%5D=&LaboratorySearch%5Bstreet%5D=&LaboratorySearch%5Bzip_code%5D=&LaboratorySearch%5Bcity%5D=&LaboratorySearch%5Bentity_name%5D=syvevo&LaboratorySearch%5Bprovince_id%5D=4&id=4&sort=entity_name), dostęp: 1.07.2021 r.

<sup>58</sup> Z siedzibą w Zielonej Górze.

<sup>59</sup> Na podstawie próby obejmującej sierpień 2019 r. i sierpień 2020 r, oraz według stanu zatrudnienia na dzień 31 grudnia 2019 r. i 2020 r.



5. W 2018 r. przeglądu funkcjonującego na Oddziale klimatyzatora dokonano z ponad czteromiesięcznym opóźnieniem.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Opieka nad pacjentami odcinka geriatrycznego Oddziału Internistyczno-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 liczby wykwalifikowanego personelu, tj. lekarzy geriatrów lub gerontologów i pielęgniarek<sup>61</sup>. Nie zawsze również personel udzielający świadczeń był na bieżąco zgłaszany do NFZ.

Już w 2015 r. opracowano procedurę oceny geriatrycznej pacjentów w wieku powyżej 60 lat przyjmowanych na oddziały szpitalne, jednakże nie została ona wdrożona<sup>62</sup>. Dopiero w trakcie kontroli Prezes Zarządu wydała zarządzenie w sprawie obowiązku stosowania procedury, a zobowiązani do jej realizacji pracownicy potwierdzili zapoznanie się z nim.

Zdaniem NIK, 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. Z prowadzonych przez świadczeniodawcę harmonogramów przyjęć na Oddział wynika, że każdorazowo<sup>63</sup>, bez względu na kategorię wpisu<sup>64</sup>, planowana data przyjęcia była tożsama z rzeczywistą datą przyjęcia.

Pacjenci poradni geriatrycznej każdorazowo byli przyjmowani na bieżąco, stąd nie było potrzeby wpisywania ich na listę oczekujących.

W harmonogramach 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>65</sup> (dalej: *ustawa o świadczeniach zdrowotnych*), tj. identyfikatora skierowania oraz rozpoznania lub powodu przyjęcia.

Prezes Zarządu wskazała: *W harmonogramach przyjęć na Oddział Internistyczno-Geriatryczny w przypadku pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem nie wskazano rozpoznania i identyfikatora skierowania, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ponieważ lekarz przyjmujący pacjenta na Izbie Przyjęć jest lekarzem pracującym na Oddziale. W związku z powyższym rozpoznanie wstępne zostaje wpisane na etapie przyjęcia na Oddział. Jednocześnie podkreślam, że od 01.01.2022 roku problemu nie będzie w związku z wprowadzeniem e-skierowań, z których automatycznie sczytywane są dane.*

(akta kontroli str. 679-718, 802-806)

<sup>60</sup> Na podstawie próby obejmującej stan zatrudnienia w sierpniu i 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>61</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej sierpień w każdym roku w okresie 2017-2020 r. oraz stan 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.

<sup>62</sup> Na podstawie próby obejmującej 15 pacjentów w wieku 65+ Oddziału Chirurgii Ogólnej.

<sup>63</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 10 list oczekujących na przyjęcie na Oddział i 10 list oczekujących na przyjęcie do poradni geriatrycznej obejmujących następujące okresy: marzec 2017 r., październik 2017 r., luty 2018 r., wrzesień 2018 r., kwiecień 2019 r., listopad 2019 r., maj 2020 r., listopad 2020 r., styczeń 2021 r. i marzec 2021 r.

<sup>64</sup> Tj. przyjęty w stanie nagłym, przyjęty na bieżąco.

<sup>65</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

Informacje o osobach oczekujących na przyjęcie na Oddział i do poradni geriatrycznej były każdorazowo w terminie przekazywane do NFZ. W obu przypadkach nie było pacjentów oczekujących, w każdym przypadku dołączono listę osób<sup>66</sup>.

(akta kontroli str. 679, 719)

Zasady przyjęcia do Szpitala uregulowano w regulaminie organizacyjnym. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniem zgody tej osoby<sup>67</sup>. Jednocześnie:

- w przypadku stwierdzenia przez lekarza potrzeby niezwłocznego przyjęcia do Szpitala, a ze względu na brak miejsc lub względy epidemiologiczne nie ma możliwości przyjęcia, po udzieleniu mu niezbędnej pomocy Szpital, po wcześniejszym uzgodnieniu, zapewnia przewiezienie takiej osoby do innej placówki;
- jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia, a Szpital nie ma możliwości przyjęcia, Kierownik Oddziału lub inny upoważniony lekarz wyznacza termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala.

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne udzielane są według kolejności zgłoszeń.

(akta kontroli str. 195-196, 202, 761)

Na podstawie badania dokumentacji medycznej 21 pacjentów<sup>68</sup> przyjętych na odcinek geriatryczny Oddziału ustalono, że data wpisania na listę była tożsama z datą przyjęcia na Oddział. W 12 przypadkach podstawą przyjęcia było skierowanie<sup>69</sup>, pozostałe przypadki związane były z przyjęciem pacjenta w stanie nagłym.

(akta kontroli str. 505, 757-758)

**2.2.** Rejestracja do poradni geriatrycznej możliwa jest za pośrednictwem Call Center lub osobiście. W Spółce obowiązuje wzorzec postępowania Call Center<sup>70</sup>, zgodnie z którym personel zobligowany jest do: - zarejestrowania pacjenta i zaktualizowania jego danych, - poinformowania o dacie wizyty, numerze gabinetu, nazwiska lekarza, - wysłania SMS z terminem wizyty (jeśli pacjent wyraził na to zgodę), - poinformowanie o odwołaniu/przesunięciu wizyty, - poinformowania o możliwości rejestracji przez Internet (tam, gdzie jest to możliwe) i przekazanie zasad takiej rejestracji, - udzielenie informacji m.in. o: poradniach, pracowniach, oddziałach świadczących usługi w szpitalu, podanie numerów telefonów do poszczególnych jednostek w szpitalu, wskazanie terminów do specjalistów, pracowni.

(akta kontroli str. 202, 668, 775-777)

<sup>66</sup> Osoby widniejące na listach z kategorią „oczekujący” były pacjentami odcinka internistycznego.

<sup>67</sup> Lub jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego chyba że na mocy odrębnych przepisów przyjęcie do Szpitala możliwe jest bez uzyskania takiej zgody.

<sup>68</sup> W harmonogramach przyjęć za lata 2017-2019 ujęto tylko 1 pacjenta, w okresie 2020-2021 do próby wyznaczono 20 pacjentów wpisanych na listę oczekujących.

<sup>69</sup> Przy czym w 1 przypadku w dokumentacji medycznej nie dołączono skierowania.

<sup>70</sup> W Szpitalu opracowano wzorzec postępowania Call Center, wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym z dnia 1.02.2021 r. Jest to centrum usług telefonicznych powołane do rejestracji pacjentów do poradni, pracowni diagnostycznych, podstawowej opieki zdrowotnej, konsultacji, odbioru recept i wyników oraz do szpitala. Ma na celu również odciążenie rejestracji osobistych i telefonicznych dotychczas wykonywanych w Szpitalach Grupy Nowy Szpital.

Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych poczynszy 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>71</sup>.

W toku kontroli ustalono, że elektroniczna rejestracja do poradni geriatrycznej nie funkcjonuje. Prezes Zarządu wskazała: *Na dzień dzisiejszy nie ma możliwości elektronicznej rejestracji pacjentów do poradni geriatrycznej. Szpital jest w końcowej fazie wdrażania e-rejestracji.*

(akta kontroli str. 666-676)

**2.3.** W okresie pandemii koronawirusa z poradni geriatrycznej skorzystał jeden pacjent. Wizyta była pierwszorazowa i została udzielona w sposób tradycyjny<sup>72</sup>.

(akta kontroli str. 178, 759-760)

W związku z decyzjami wojewody lubuskiego<sup>73</sup> w okresie od 28.10.2020 r. do 13.12.2020 r. oraz od 20.03.2021 r. do 10.04.2021 r. Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. W tym czasie działalność Oddziału Internistyczno-Geriatrycznego została zawieszona na potrzeby uruchomienia tzw. oddziału covidowego.

(akta kontroli str. 185, 639-649)

W okresie 2020-2021 (I półrocze) odmówiono przyjęcia 17 pacjentom w wieku 60+<sup>74</sup> i skierowano ich do innych placówek, w tym:

- 13 pacjentom w 2020 r.,
- jednemu pacjentowi w 2021 r., któremu odmówiono hospitalizacji ze względów epidemiologicznych,
- trzem pacjentom w 2021 r. przywiezionych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego, którym odmówiono hospitalizacji ze względu na brak miejsc w izolatoriach.

Prezes Spółki wskazała: *Na początku pandemii Covid-19 z powodu długiego oczekiwania na wyniki testów PCR i przedłużającej się przez to izolacji pacjentów przebywających w Oddziale oraz braku możliwości oczekiwania na wynik na Izbie Przyjęć, sporadycznie zdarzały się odmowy przyjęć przez lekarza dyżurnego. Z posiadanej dokumentacji wiemy, że w związku z pandemią koronawirusa 17 pacjentom odmówiono przyjęcia na Oddział, zostali oni przetransportowani do innego szpitala. Jednak na podstawie dokumentacji nie jesteśmy w stanie podać*

<sup>71</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>72</sup> W ramach procedury 89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta i 89.552 – elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami.

<sup>73</sup> Decyzja BZK-V.0031.167.2020.MWiI z 3.09.2020 r. i BZK-V.0031.32.2020.USoI z 18.03.2021 r.

<sup>74</sup> W tym 14 na podstawie księgi odmów i 3 zgodnie z notatkami sporządzonymi przez lekarzy odmawiających przyjęcia.

przyczyny odmów ani udzielić informacji ilu pacjentów było geriatrycznych. Planowane przełożenie przyjęć pacjentów geriatrycznych nie miało miejsca.

(akta kontroli str. 666-670, 781-784)

W okresie objętym kontrolą doszło do czasowego zaprzestania działalności leczniczej w okresie od 18.01.2019 r. do 27.01.2019 r., ze względu na konieczność wymiany aparatu RTG. Świadczeniodawca wystąpił w dniu 16.01.2019 r. z wnioskiem do wojewody lubuskiego, który to 17.01.2019 r. wydał decyzję o wydaniu zgody na czasowe zaprzestanie działalności leczniczej podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>75</sup>. Niniejsza informacja znajduje odzwierciedlenie w księdze rejestrowej prowadzonej dla Szpitala.

Działalność m.in. Oddziału, na którym hospitalizowani są pacjenci geriatryczni została również zawieszona w okresie od 8.04.2021 r. do 26.04.2021 r. na podstawie decyzji inspekcji sanitarnej<sup>76</sup>, z powodu skażenia ciepłej wody bakterią Legionella.

O każdym z opisanych wyżej przypadków Szpital informował LOW NFZ.

(akta kontroli str. 661, 666-670, 771-774, 778-780)

Z wyjaśnień Prezes Szpitala wynika również, że mimo problemów kadrowych w czasie pandemii koronawirusa, w tym przede wszystkim odsuwania od pracy personelu Oddziału Internistyczno-Geriatrycznego z powodu kwarantanny i izolacji, Szpital nie zawiesił świadczeń w zakresie geriatryi.

(akta kontroli str. 666-670)

**2.4.** Badanie dokumentacji medycznej 41 pacjentów hospitalizowanych na odcinku geriatrycznym Oddziału wykazało, że w przypadku szesnastu pacjentów nie dołączono podpisanego:

- oświadczenia pacjenta 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 pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwaniu dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej,
- zgody na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego,
- zgody na przyjęcie do Szpitala,

przy czym w odniesieniu do dziesięciu z tych pacjentów personel medyczny wskazał w dokumentacji medycznej informację, z której wynika, stan zdrowia pacjenta w jakim został przyjęty uniemożliwiał złożenie podpisu, natomiast w sześciu przypadkach brak jest w dokumentacji medycznej jakichkolwiek informacji wskazujących na przyczynę braku podpisu pacjenta, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów *dokumentacji medycznej* oraz sposobu jej przetwarzania<sup>77</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji z 2020 r.*) i poprzedzającego go rozporządzenia w tej samej sprawie z 9 listopada 2015 r.<sup>78</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji z 2015 r.*)

<sup>75</sup> Decyzja nr WZ-V.9610.3.1.2019.LMac (pierwotny termin zawieszenia działalności: od dnia 18.01.2019 r. do dnia 1.02.2019 r.), zmieniona decyzją nr WZ-V.9610.3.2.2019.LMac z 25.01.2019 r.

<sup>76</sup> Decyzja nr HK-32/2021 z 8 kwietnia 2021 r.

<sup>77</sup> Dz.U. poz. 666, ze zm.

<sup>78</sup> Dz.U. poz. 2069.

Kierownik ds. Medycznych wyjaśniła następująco: *Informuję że wymagane oświadczenia nie zostały dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta z powodu przeoczenia. Sytuacje, o których mowa mają charakter incydentalny i zobowiązuję się zwrócić uwagę personelowi, aby dołożył wszelkich starań żeby podobne sytuacje nie miały miejsca. Zaznaczyła jednocześnie, że w przypadku, stanu zdrowia pacjenta uniemożliwiającego podpis, w dokumentacji medycznej zawarta zostanie odpowiednia adnotacja.*

(akta kontroli str. 507, 511-513, 799-801)

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.

W przypadku pacjentów poradni geriatrycznej<sup>79</sup> dokumentacja medyczna w pełni odzwierciedlała rodzaj i zakres udzielonej pomocy.

(akta kontroli: 506, 511-513)

**2.5.** W latach objętych kontrolą w Szpitalu nie wyodrębniono Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

(akta kontroli str. 763)

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. 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.
3. Do dokumentacji medycznej części (sześciu) pacjentów nie dołączono: 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 uzyskiwaniu dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej, zgody na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego i zgody na przyjęcie do Szpitala.

**OCENA CZĄSTKOWA**

Świadczeniodawca stosował wobec pacjentów hospitalizowanych na odcinku geriatrycznym Oddziału i pacjentów poradni jednolite zasady przyjęć. Zarówno pacjenci Oddziału, jak i zgłaszający się po poradę, przyjmowani byli na bieżąco. Nie umożliwiono jednak pacjentom rejestracji do porani drogą elektroniczną.

Niezgodnie z przepisami *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.* (i poprzedzającego go rozporządzenia z 2015 r.) realizowano obowiązki dotyczące gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych zgód i oświadczeń, bowiem stwierdzono, że dla sześciu (z 41) pacjentów do dokumentacji nie dołączono zgód na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego i zgód

<sup>79</sup> Na próbie obejmującej 14 osób – tj. wszystkich pacjentów korzystających z poradni w okresie objętym kontrolą.

na przyjęcie do Szpitala oraz upoważnień do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych oraz upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji, przy jednoczesnym braku odnotowania przyczyn takiego stanu rzeczy. Niemniej jednak, dokumentacja medyczna w pełni odzwierciedlała rodzaj i zakres udzielonej pomocy.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 3. Efekty opieki geriatrycznej dla pacjentów

**3.1.** Oddział Internistyczno-Geriatryczny, w tym przede wszystkim funkcjonujący w nim odcinek geriatryczny dostosowany został 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). Dodatkowo pokój pielęgniarki oddziałowej ulokowany został bezpośrednio przy pokojach dedykowanych pacjentom geriatrycznym.

(akta kontroli str. 321-324, 327-345)

Poradnia została wyposażona w podstawowe urządzenia i sprzęty, o których mowa w *Standardach*, tj.: aparat EKG, aparat do mierzenia ciśnienia, sprzęt do udzielania pierwszej pomocy, glukometr i wagę. Pacjentom zapewniono dostęp do rekomendowanych badań, o których mowa ww. *Standardach*, tj:

- w kompleksie budynków należących do Szpitala: badania laboratoryjne, USG, RTG, histopatologiczno-patologiczne,
- w podmiotach zewnętrznych: tomograf, rezonans magnetyczny i badania densytometryczne.

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 Prezes Zarządu wyjaśniła następująco: *Sprzęt wymagany przez Ministra Zdrowia w poradni geriatrycznej jest zapewniony. Sprzęt, o którym mówią standardy opieki geriatrycznej znajduje się w gabinecie obok i jest udostępniany w razie potrzeby.*

Dostępność sprzętu rekomendowanego, o którym mowa powyżej, potwierdzono w trakcie oględzin poradni geriatrycznej.

(akta kontroli str. 321-322, 325-326, 357-362, 366-367, 496-502, 807-809)

**3.2.** W okresie objętym kontrolą Szpital nie zatrudnił dodatkowego personelu<sup>80</sup>, tj. opiekuna medycznego, rehabilitanta, logopedy czy dietetyka. Zapewniono natomiast opiekę fizjoterapeutów w wymiarze: od 1,85 etatu przeliczeniowego w 2017 r., dwóch etatów w 2018 r. i czterech etatów w latach 2019-2020.

Brak zatrudnienia innych specjalistów, których obecność zgodnie ze *Standardami* wpływa na podniesienie jakości opieki geriatrycznej oraz niezapewnienie zespołu geriatrycznego w składzie rekomendowanym w *Standardach* Prezes Szpitala wyjaśniła następująco: *W NZOZ Szpital w Skwierzynie nie funkcjonuje odrębny Oddział Geriatryczny. Oddział Internistyczno-Geriatryczny jest oddziałem mieszanym. Funkcję ordynatora w Oddziale „mieszanym” pełni jedna osoba - internista. Pomimo że zespół geriatryczny nie ma składu, o jakim mówią standardy w opiece geriatrycznej, pacjenci mają zapewnioną profesjonalną opiekę przez*

<sup>80</sup> Wg stanu na 31 grudnia 2017 r., 2018 r., 2019 r. i 2020 r.

wykwalfikowany zespół medyczny, do czasu pozyskania geriatry na pełen wymiar godzin. W celu zapewnienia lepszej opieki medycznej w maju 2021 r. na oddziale internistyczno-geriatrycznym zatrudniony został opiekun medyczny. Pozostały, dodatkowy personel wzywany jest w razie konieczności, na zlecenie personelu. Do 2017 roku w Szpitalu był zatrudniony dietetyk. Obecnie posiłki zapewnia firma cateringowa, która zatrudnia dietetyka. Posiłki są różnorodne, dieta zrównoważona. Dostosowana zgodnie z zaleceniami lekarza.

Z wyjaśnień Prezes wynika również, że zatrudniony w Oddziale personel jest wystarczający, a w miarę rosnących potrzeb i zasobów finansowych Szpital nadal będzie zatrudniać dodatkowy.

(akta kontroli str. 380-387, 496-502)

**3.3.** Stan zdrowia pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w Oddziale<sup>81</sup> nie podlegał ocenie w oparciu o jedną ze standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa i neuropsychologa. Do diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w podeszłym wieku nie wykorzystywano procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej, o której mowa w *Standardach*.

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

Kierownik Oddziału oraz lekarz geriatra udzielający świadczeń na Oddziale wyjaśnili, że: *Do oceny stanu pacjenta geriatrycznego nie stosowano żadnej ze skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych pacjenta, ponieważ nie są one wymagane przez płatnika. Procedura Oceny Geriatrycznej pacjenta została opracowana, ale w związku ze zmianami kadrowymi została przeoczona. (...) Natomiast Karta Całościowej Oceny Geriatrycznej pacjenta nie jest wykorzystywana w szpitalu, ponieważ nie jest rozliczana przez NFZ. Pomimo braku karty COG pacjenta, diagnostyka leczenia i opieki nad pacjentem zawsze opiera się na ocenie jego stanu zarówno fizycznego, jak i psychicznego przez wykwalfikowany zespół.*

Z wyjaśnień Kierownika Oddziału i lekarza geriatry wynika również, że na Oddziale praktykowana jest edukacja pacjentów i ich rodzin zgodnie z procedurą postępowania podczas realizacji opieki pielęgniarskiej; pielęgniarki podczas pobytu pacjenta na Oddziale na bieżąco, codziennie edukują chorego odnośnie samoopieki; przy wypisie rodzina dostaje wskazówki co do dalszego postępowania z pacjentem w domu, a stopień edukacji pacjenta zależy jest od możliwości kontaktu werbalnego, trudności wynikających z wieku pacjenta.

(akta kontroli str. 508-510, 793-798)

Spośród 41 hospitalizowanych pacjentów geriatrycznych: jeden – otrzymał na Oddziale konsultację chirurgiczną, siedmiu – zostało przeniesionych do Zakładu Opieki Leczniczej, trzem – przy wypisie wystawiono skierowania do lekarzy specjalistów (tj. do kardiologa, diabetologa, hematologa, chirurga i gastroenterologa), jeden – był ponownie hospitalizowany<sup>82</sup>, trzech – zmarło. Trzech pacjentów objęto opieką fizjoterapeutyczną, natomiast żaden nie skorzystał z pomocy psychologa.

Z wyjaśnień Kierownika Oddziału oraz lekarza geriatry udzielającego świadczeń na Oddziale wynika, że brak korzystania z pomocy psychologa przez pacjentów geriatrycznych jest skutkiem negatywnego nastawienia osób starszych wynikającego ze stereotypów, gdyż kontakt z psychologiem kojarzy im się

<sup>81</sup> Na próbie obejmującej 41 pacjentów hospitalizowanych na odcinku geriatrycznym w latach 2017-2021 (I półrocze).

<sup>82</sup> Pacjent został ponownie przyjęty na Oddział na kolejny dzień przypadający po dniu wypisu.

z przyznaniem się do zaburzeń psychicznych. Wśród przyczyn wskazali również stan ogólny pacjenta, który nie pozwala na podjęcie pracy z psychologiem.

Wyjaśnili również, że: *W Szpitalu jest zatrudniony psycholog, który wzywany jest w razie potrzeby. Dążymy do tego, aby każdy pacjent przyjęty na oddział był oceniony przez psychologa. Pacjenci oddziału geriatrycznego Oddziału Internistyczno-Geriatrycznego to pacjenci, u których w większości przypadków stan zdrowia oraz stan psychiczny nie pozwalają na współpracę z fizjoterapeutą. Ponadto, rozpoczęcie pandemii Covid-19 ograniczyło dostępność do rehabilitacji.*

(akta kontroli str. 508-513, 793-798)

W odniesieniu do wszystkich 14 pacjentów poradni stwierdzono, że wobec dziewięciu pacjentów (64%), którzy skorzystali z porady w ramach AOS zastosowano skale mierzące poziom ich funkcji psychicznych i fizycznych:

- skala podstawowych czynności życiowych – skala Katza (ADL) – siedmiu pacjentów,
- ocena złożonych czynności życia codziennego – skala Lawtona (IADL) – dwóch pacjentów,
- ocena sprawności chorego według skali Barthel – ośmiu pacjentów,
- skala oceny równowagi i chodu, ocena ryzyka upadków – skala Tinetti – siedmiu pacjentów,
- skala oceny stanu umysłowego - skala MMSE – siedmiu pacjentów,
- geriatryczna skala oceny depresji – GDS – jeden pacjent,
- montrealaska skala oceny funkcji poznawczych – MoCA – jeden pacjent,
- test rysowania zegara – dwóch pacjentów.

(akta kontroli str. 506-507)

Ustalono, że w ramach zastosowanych lekarskich procedur diagnostyczno-terapeutycznych wynikających ze *Standardów* podczas wizyt w poradni wobec:

- dziewięciu pacjentów<sup>83</sup>, w ramach wizyty pierwszorazowej wykorzystano przynajmniej trzy różne skale,
- dwóch pacjentów, w ramach porady kontrolnej przeprowadzono przynajmniej dwa testy,
- 11 pacjentów miała miejsca wizyta kontrolna (w tym dwóch, o których mowa powyżej).

Pięciu pacjentów podczas wizyty w poradni w okresie objętym kontrolą nie objęto żadnymi testami, czterem pacjentom wydano skierowania m.in. na zabiegi rehabilitacyjne, na Oddział, na tomografię głowy, do neurologa, do dermatologa, na badania laboratoryjne, jednemu zalecono wizytę u psychiatry (nie jest wymagane skierowanie).

Zarówno w dokumentacji medycznej pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w Oddziale, jak i pacjentów, którym udzielono porady geriatrycznej były odnotowywane informacje o dotychczasowym procesie leczenia.

(akta kontroli str. 506-510)

**3.4.** Badanie satysfakcji pacjenta prowadzone było w Szpitalu od 2009 r. Badanie przeprowadzane było w oparciu o ankietę, w której pacjenci według przyjętej skali, oceniali osobno opiekę pielęgniarską i lekarską (w zakresie: troski i życzliwości, reakcji na prośby, dostępności w godzinach nocnych i popołudniowych, udzielania

---

<sup>83</sup> Przy czym siedmiu pacjentów skorzystało z pierwszej porady przed okresem objętym kontrolą.



wyjaśnień i informacji), warunki socjalno-bytowe (tj.: czystość sal chorych, wyposażenie sal chorych, jakość jedzenia, temperaturę posiłków, czystość pomieszczeń na oddziale, liczba łazienek, ogólna ocena szpitala) oraz zapoznanie pacjenta z oddziałem i harmonogramem dnia. Pacjent miał również możliwość wypowiedzenia się na temat aspektów, które według niego należałoby w Szpitalu zmienić.

Na podstawie zebranych ankiet, odpowiedzialny merytorycznie pracownik sporządza analizę wyników. Nie uregulowano szczegółowo okresów, za jaki przeprowadza się analizę – przyjęto, że będzie przeprowadzana dwa razy do roku (w marcu i we wrześniu każdego roku). Z przeprowadzonych dotychczas analiz<sup>84</sup> wynika, że opiekę lekarską i pielęgniarską w zdecydowanej większości pacjenci oceniali bardzo dobrze (przyznając maksymalną liczbę punktów, tj. 5) lub dobrze (przyznając 4 punkty). Żaden z pacjentów nie ocenił opieki źle lub bardzo źle. Sporadyczne przypadki (4 z 97 ankietowanych) przyznania 1-2 punktów dotyczyły jakości i temperatury posiłków oraz czystości pomieszczeń na oddziale.

(akta kontroli str. 533-541, 678)

Prezes Szpitala wskazała: *Wyniki ankiet służą Zarządowi i pracownikom do oceny jakości opieki i rozwoju potrzeb pacjentów. Umożliwiają podjęcie ewentualnych środków zaradczych w sytuacji, gdyby analiza wyników ankiet wskazała na niezadowolenie pacjentów. (...) Na podstawie otrzymanych wyników ankiet nie było dotąd potrzeby podejmowania żadnych środków zaradczych. Również ze względu na brak skarg składanych przez pacjentów geriatrycznych zarówno oddziału, jak i poradni, nie było konieczności podejmowania działań zaradczych, o których mowa w procedurze poprawy zadowolenia pacjenta.*

(akta kontroli str. 678)

**3.5.** Chcąc zapewnić ciągłość opieki nad pacjentami w Szpitalu utworzono podstawową opiekę zdrowotną (dalej: POZ), Zarząd Spółki współpracuje<sup>85</sup> również z okolicznymi POZ. Zwiększono również liczbę łóżek w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym z 39 do 87 (od dnia 1.02.2020 r.), co było odpowiedzią na duże potrzeby opieki długoterminowej nad pacjentami w podeszłym wieku. Dla pacjentów mających problem z narządami ruchu rozszerzono działalność rehabilitacji ambulatoryjnej o rehabilitację domową oraz wznowiono pracę poradni ortopedycznej.

Dzięki współpracy z ośrodkiem opieki społecznej (dalej: OPS) samotny pacjent lub pacjent wymagający pomocy w codziennym funkcjonowaniu jest przekazywany pod opiekę OPS w Skwierzynie<sup>86</sup>. Prezes Szpitala wskazała również na ścisłą współpracę z Burmistrzem Gminy Skwierzyna, która zaowocowała projektem budowy tarasu dla pacjentów wychodzącego na pas zieleni. Podjęto współpracę z siostrami zakonnymi i jednostką Wojsk Obrony Terytorialnej.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że: *W związku z trwającą pandemią Covid-19 Szpital korzysta z pomocy Wojsk Obrony Terytorialnej na polecenie Wojewody Lubuskiego. Korzystamy ze wsparcia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego poprzez Wydział Kryzysowy. Zarząd wnioskował o pomoc przez aplikację do tego stworzoną w Urzędzie Wojewódzkim. Współpraca z siostrami zakonnymi polega wyłącznie na ustnych ustaleniach. Nie została podpisana w tym zakresie żadna*

<sup>84</sup> W marcu 2021 r. zebrano ankiety, jednak ze względu na sytuację związaną z COVID-19, przede wszystkim konieczność realizacji decyzji wojewody w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 nie sporządzono przedmiotowej analizy.

<sup>85</sup> W toku kontroli nie przedstawiono umów o współpracy z żadnym podmiotem.

<sup>86</sup> Pielęgniarka Oddziałowa przed wypisaniem pacjenta kontaktuje się z pracownikiem OPS w celu poinformowania o wypisie takiego pacjenta do domu i ustalenia dalszej opieki).

umowa/porozumienie. Współpraca z POZ na rzecz pacjentów geriatrycznych uregulowana jest umowami w zakresie diagnostyki, jednocześnie na bieżąco informujemy okoliczne POZ o zakresach świadczeń, z których mogą skorzystać pacjenci. W tym celu organizowane są tzw. „białe soboty” adresowane do pacjentów, którzy bez skierowania mogą skorzystać z różnego rodzaju świadczeń np. badanie USG, mierzenie poziomu cukru, ciśnienia, konsultacje lekarskie. Samorząd terytorialny (Urząd Gminy jest udziałowcem Szpitala w Skwierzynie) wspiera Szpital poprzez dotacje na zakup materiałów i sprzętu oraz przy przeprowadzanych remontach.

(akta kontroli str. 496-502)

**3.6.** W okresie objętym kontrolą konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatryi dwukrotnie (w 2017 r. i 2020 r.) skontrolował dostępność do świadczeń medycznych na Oddziale. W ich rezultacie nie stwierdzono nieprawidłowości, jednakże w ramach zaleceń po kontroli w 2020 r. konsultant wskazał na potrzebę zatrudnienia w pełnym wymiarze godzin lekarza specjalisty geriatry.

Prezes Szpitala poinformowała, że: *Okres pandemii utrudnia pozyskanie wyspecjalizowanego personelu, ponieważ lekarze i pielęgniarki angażowani są do pracy na oddziały tymczasowe. Ponadto Szpital stale podejmuje działania w zakresie pozyskania lekarza specjalisty w dziedzinie geriatryi poprzez umieszczanie ogłoszeń na portalach: medbra.in, medycypraca.pl, mp.pl, konsylium24.pl, izby lekarskie np. szczecińska, bydgoska, białostocka, koszalińska, gorzowska, wielkopolska. Jednak na chwilę obecną nie przyniosło to spodziewanych efektów z powodu braku specjalistów na rynku pracy.*

(akta kontroli str. 315-317, 590-591, 603-607)

W wyniku trzech kontroli LOW NFZ w Zielonej Górze (dwie w 2017 r. i jedna w 2019 r.) w tym dwóch, których przedmiotem była organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatryi (leczenie szpitalne) stwierdził nieprawidłowości i/lub uchybienia oraz wydał zalecenia pokontrolne w związku z m.in.:

- brakiem aktualizacji danych w zakresie personelu udzielającego świadczeń,
- udzielaniem świadczeń przez personel dedykowany do udzielania świadczeń we wskazanym zakresie (na Oddziale) również w ramach transportu międzyszpitalnego,
- brakiem zapewnienia odpowiedniej organizacji pracy personelu w ramach umowy w celu spełnienia wymogów w zakresie równoważników etatów.

Powyższe spowodowało skutki finansowe (w wymiarze od 0,006% do 0,5% kwoty zobowiązania wynikającej z umowy na dany rok) – nałożone kary zostały uiszczone przez Szpital. Każdorazowo poinformowano również Dyrektora LOW NFZ o wdrożeniu i wykonaniu zaleceń pokontrolnych.

Jedna kontrola dotyczyła zabezpieczenia i realizacji świadczeń związanych z rentgenodiagnostyką, w wyniku której stwierdzono brak sprawnego, stacjonarnego aparatu rentgenowskiego w pracowni RTG, w związku z czym nałożono karę finansową w wymiarze 2% zobowiązania wynikającego z umowy na 2017 r. (w tym częściowo z zakresu geriatryi). Nałożona kara została uiszczona w terminie<sup>87</sup>.

(akta kontroli str. 590-602, 608-619, 629-631)

**3.7.** W okresie objętym kontrolą nie wniesiono skarg dotyczących świadczeń udzielanych pacjentom geriatrycznym – zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i ambulatoryjnym.

<sup>87</sup> W ramach zawartej ugody spłatę rozłożono na raty.

(akta kontroli str. 527-532)

W szpitalu funkcjonuje procedura poprawy zadowolenia pacjenta<sup>88</sup>, której celem jest ustalenie zasad postępowania personelu medycznego w przypadkach niezadowolonych z usługi pacjentów lub ich rodzin. Opracowano schemat postępowania przy wystąpieniu niepożądanego zdarzenia wraz ze wskazaniem terminów i osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych etapów działania. Jednym z działań jest zdefiniowanie przyczyn problemu oraz działań, jakie należy podjąć w celu minimalizacji lub eliminacji ryzyka wystąpienia zdarzenia ponownie.

(akta kontroli str. 514-526)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Udzielanie świadczeń pacjentom geriatrycznym Oddziału, jak i poradni, zorganizowano w sposób odpowiadający szczególnym potrzebom osób starszych, mogących mieć trudności w poruszaniu się. Zapewniono podstawowe wyposażenie poradni oraz dostęp do wymaganych i rekomendowanych *Standardami badań*.

Zapewniono dodatkowo zalecane wyposażenie w poradni geriatrycznej, obecne jednakże w gabinecie zlokalizowanym w pobliżu. Nie zapewniono natomiast 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.

W celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem przy Szpitalu utworzono POZ, zwiększono liczbę łóżek w Zakładzie Opieki Leczniczej wyodrębnionym w Szpitalu, rozszerzono działalność rehabilitacji ambulatoryjnej o rehabilitację domową, wznowiono działalność poradni ortopedycznej.

## IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Realizację procedury oceny geriatrycznej pacjenta przy przyjęciu na oddział.
2. Zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykazane w harmonogramie poprzez terminowe zgłaszanie niezbędnych zmian do NFZ w zakresie personelu medycznego.
3. Podejmowanie działań zmierzających do zatrudnienia lekarzy o specjalności gerontologii lub geriatrii w celu zapewnienia na Oddziale równoważnika co najmniej jednego etatu lekarza o wskazanych specjalnościach.
4. Podejmowanie działań zmierzających do zapewnienia personelu pielęgniarskiego w wymiarze odpowiadającym wymaganym minimalnym wymiarom zatrudnienia.
5. Umożliwienie świadczeniobiorcom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących.
6. Prowadzenie harmonogramów przyjęć pacjentów zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych.

<sup>88</sup> Procedura z 2015 r., w obecnym brzmieniu przyjęta zarządzeniem wewnętrznym z dnia 16.10.2020 r.

7. Uzyskiwanie od pacjentów i gromadzenie w dokumentacji wymaganych oświadczeń i zgód.

## 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, 17 września 2021 r.

Delegatura w Zielonej Górze  
p.o. Dyrektora  
Włodzimierz Stobrawa

Kontroler

Najwyższa Izba Kontroli

Patrycja Woźniak  
starszy inspektor k.p.

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*