



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4110-001-03/2014

R/13/008

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/13/008 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Aniela Tazbir-Wierzbicka, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 90807 z dnia 28 marca 2014 r. Julita Łuczak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 87403 z dnia 13 marca 2014 r. dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz (dalej SPZZLO)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 1 sierpnia 2005 r. Dyrektorem SPZZLO jest Małgorzata Zaława-Dąbrowska. (dowód: akta kontroli str. 1168)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie, stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na jej prawidłowe funkcjonowanie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywnie oceniono rzetelne rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych adresowanych do pacjentów w wieku podeszłym oraz spełnianie warunków udzielania tych świadczeń z uwzględnieniem standardów postępowania w opiece geriatrycznej.

Nieprawidłowości dotyczyły nieterminowego zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia zmian do umowy dotyczących zasobów sprzętowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna (dalej POZ) realizowane było na podstawie umowy Nr 07R-1-00060-01-01/07-00-01017-11-06/06 zawartej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) w dniu 31.01.2011 r. oraz późniejszych aneksów.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

Koszty świadczeń udzielonych w POZ, zrefundowanych przez NFZ, w poszczególnych latach 2011 – 2013, wyniosły odpowiednio: 21.082.704,50 zł, 21.386.119,20 zł, 21.783.115,72 zł. Udział kosztów świadczeń udzielonych osobom w wieku podeszłym w tym okresie stanowił 16,9%, 17,1% i 16,9%.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – świadczenia w zakresie geriatryi została zawarta w dniu 1 lutego 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 18 – 263)

Pierwotne wartości umów na poszczególne lata były zmieniane aneksami w zależności od poziomu ich realizacji w pierwszym okresie rozliczeniowym. Faktyczne wykonanie umów, w stosunku do wartości z aneksów, zawierało się w przedziale od 98,3% do 100,0%, w porównaniu do wartości pierwotnych było to od 22,5% do 80,8%.

(dowód: akta kontroli str. 1151)

Umowa o realizację świadczeń opieki zdrowotnej – Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień – świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne została zawarta w dniu 19 stycznia 2011 r.

Pierwotna wartość umowy na 2011 r. wynosiła 144.900 zł. Umowa po zmianach uwzględniała 26520 jednostek w cenie 11,50 zł o łącznej wartości 304.980 zł. Faktycznie wykonano 100% wartości aneksowanych umów. W 2012 r. pierwotna wartość umowy wynosiła 173.880 zł. Po aneksach umowa obejmowała 18121 jednostek w cenie 11,50 zł o łącznej wartości 208.391,50 zł. Faktyczne wykonanie wyniosło 17010 jednostek o wartości 195.615 zł, co stanowiło 93,9% wartości umowy po zmianach. W 2013 r. pierwotnie umowę zawarto na kwotę 207.575 zł. Po aneksach umowa uwzględniała 19400 jednostek w cenie 11,50 zł o wartości 223.100 zł, faktyczne wykonanie wyniosło 100%.

(dowód: akta kontroli str. 1151)

Pani Małgorzata Zaława-Dąbrowska, Dyrektor SPZZLO wyjaśniła, że nowopowstałe komórki organizacyjne (Poradnia Geriatryczna i Oddział Dzienny Psychiatryczny Geriatryczny) przygotowane były na realizację znacznie większej liczby świadczeń niż zostały zakontraktowane przez NFZ. Wartości umów uzależnione są od posiadanych przez NFZ środków oraz polityki zdrowotnej. Przedstawiane w formie propozycji plany rzeczowo-finansowe określają liczbę jednostek rozliczeniowych oraz cenę za tzw. punkt. W zawartej umowie obowiązują dwa okresy rozliczeniowe – styczeń-czerwiec oraz lipiec-grudzień. Po zakończeniu każdego okresu rozliczeniowego, świadczeniodawca ma możliwość przeprowadzenia renegotiacji umowy polegającej na dostosowaniu planu rzeczowo-finansowego do faktycznego wykonania w ramach posiadanych środków (półrocznej wartości umowy). Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjne Opieka Specjalistyczna – świadczenia w zakresie geriatryi poddane zostały renegotiacji, ponieważ przeznaczone na działalność poradni środki nie zostały wykorzystane w 100%.

SPZZLO przewidywał w pierwszym etapie działalności niewykonania świadczeń. Proces pozyskiwania pacjentów przez nowe poradnie trwa od 3 do 5 lat. SPZZLO prowadził akcję informacyjno-promującą dla pacjentów wymagających opieki geriatrycznej, lekarze POZ uświadamiali i zachęcali do profesjonalnej opieki geriatrycznej, łamiąc istniejące wśród podopiecznych bariery. Informacje o możliwości skorzystania z konsultacji geriatrycznej zostały zamieszczone w kwartalniku „Zdrowie Pacjenta”, lokalnych gazetkach, na stronie internetowej SPZZLO oraz w ulotkach i na plakatach informacyjnych. W przypadku niewykonania

rocznego planu na 2011 r. wartość zakresu została zmniejszona na rok 2012 i utrzymana w roku 2013. Niewykonania w poradni geriatrycznej wynikały również z problemu pozyskania do pracy większej liczby lekarzy geriatrów.

Wykonanie kontraktu przez Oddział Dzienny przekroczyło natomiast 100%. Duże zapotrzebowanie na świadczenia w Oddziale Dziennym ma związek z jego specyfiką. Zajęcia trwają kilka godzin i prowadzone są przez wyspecjalizowaną kadrę, co gwarantuje pacjentowi kompleksową terapię podczas turnusu i zapewnia opiekę nad osobami starszymi, często z ograniczoną sprawnością.

(dowód: akta kontroli str. 770 – 771)

Koszty w stosunku do przychodów uzyskanych z NFZ z tytułu realizacji umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej w Poradni Geriatrycznej w poszczególnych latach 2011 – 2013 wynosiły odpowiednio 80,3%, 71,0% oraz 74,4%. W przypadku Oddziału Dziennego koszty stanowiły 93,5%, 153,9% oraz 138,1%.

(dowód: akta kontroli str. 1279, 1284-1285)

Pani Dyrektor wyjaśniła, że w odniesieniu do Oddziału Dziennego główną przyczyną przewagi kosztów nad refundacją otrzymaną z NFZ jest niska wycena tego świadczenia oraz możliwość objęcia opieką oddziału zbyt małej liczby osób. Część kosztów funkcjonowania Oddziału jest rozliczana w stosunku do zajmowanej powierzchni. Należą do nich koszty mediów (energia, ogrzewanie), podatku od nieruchomości, amortyzacji związanej z remontem przychodni, itp. Wysokość tych kosztów nie zależy od ilości przyjętych pacjentów. W 2011 r. NFZ zapłacił za nadwykonania i przekazał środki dużo wyższe niż zakładał kontrakt, stąd wynik Oddziału w tym roku jest korzystniejszy niż w latach późniejszych, kiedy finansowanie NFZ było na znacznie niższym poziomie.

Ponad połowę kosztów stanowią koszty związane z zatrudnieniem personelu. W 2012 i w 2013 r. personel Oddziału był zatrudniony na umowę o pracę, koszty osobowe i wszystkie koszty pośrednie z tym związane uległy więc zwiększeniu. Kosztów tych nie można ograniczyć.

Pozostała część kosztów związana jest głównie z bezpośrednim funkcjonowaniem Oddziału. Należą do nich wydatki na zakup artykułów biurowych i innych wykorzystywanych podczas zajęć z pacjentami, zakup artykułów spożywczych, środków czystości, itp.

Różnicę pomiędzy kosztami a kwotą finansowania z NFZ, SPZZLO pokrywa ze środków własnych. Są to środki z przychodów komercyjnych (wynajmowanie powierzchni aptekom, świadczenie odpłatnych usług medycznych, wpływów z medycyny pracy, itp.). Biorąc pod uwagę już istniejące zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną, jak również przewidywania co do zapotrzebowania na ten rodzaj opieki w przyszłości w związku z postępującym starzeniem się społeczeństwa, podjęta została decyzja o utrzymaniu Oddziału i dofinansowaniu jego działalności ze środków własnych, do czasu uzyskania z NFZ finansowania na zadowalającym poziomie. Od początku Oddział był przygotowany organizacyjnie i lokalowo na przyjęcie około 30 pacjentów.

W Poradni Geriatrycznej podstawowym kosztem jest koszt związany z zatrudnieniem lekarza geriatry. W Poradni zatrudniony był jeden lekarz na podstawie umowy cywilnoprawnej, na działalność został przeznaczony gabinet już wcześniej wyposażony. Koszty amortyzacji, mediów, usług obcych rozliczane w stosunku do powierzchni nie są wysokie, dlatego też finansowanie z NFZ w przypadku Poradni jest wystarczające. Pani Dyrektor podkreśliła jednak, że jest to finansowanie na minimalnym poziomie, pozwalające zatrudnić lekarzy geriatrów

w minimalnym, wymaganym przez NFZ wymiarze czasu pracy. Zwiększenie czasu świadczenia usług będzie wymagało dodatkowych środków z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1279, 1284-1285)

Z tytułu realizacji umów dotyczących świadczeń udzielanych osobom w wieku podeszłym NFZ sporadycznie nakładał kary a ich wysokość była mało znacząca w odniesieniu do rozmiarów prowadzonej działalności.

(dowód: akta kontroli str. 1299-1302, 1312)

Ustalone
nieprawidłowości

W wyniku oględzin pomieszczeń Poradni Geriatrycznej, dokonanych w dniu 10 kwietnia 2014 r. stwierdzono, że w gabinecie zabiegowym znajdował się aparat EKG MAC 1200 ST, rok produkcji 2008, nr księgi inwentarzowej ST 1234, o numerze fabrycznym 550046513, w gabinecie ginekologicznym znajdował się aparat USG Toshiba SSA – 550A, rok produkcji 2005 o numerze fabrycznym P 5573111, nr inwentarzowy 802-995. W złożonej przez SPZZLO ofercie oraz w zawartej z NFZ umowie wykazano sprzęt różniący się od sprzętu znajdującego się fizycznie w lokalizacji. Informacja o aktualizacji sprzętu została utworzona w dniu 18 kwietnia 2014 r. (przekazana do NFZ w dniu 23 kwietnia 2014 r.), tj. po dokonaniu oględzin przez kontrolerów NIK.

(dowód: akta kontroli str. 1193, 1206-1207, 1337-1339)

Zgodnie z przepisami Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku (Dz.U. Nr 81 poz. 484) oraz obowiązującymi przepisami zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, dokonywanie zmian umownych w zakresie personelu medycznego, harmonogramu czasu pracy, miejsca realizacji świadczeń oraz innych (np. wykaz podwykonawców, sprzęt) wymaga zgłoszenia tego faktu Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Rozdział 3 § 6 ust. 2 powyższego rozporządzenia nakłada na świadczeniodawcę obowiązek informowania Dyrektora OW NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym powstanie zmian albo w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Pani Dyrektor wyjaśniła, że oferta konkursowa została sporządzona w październiku 2010 r. i wówczas wykazany w niej sprzęt znajdował się w Poradni Geriatrycznej. Następnie aparaty te zostały wymienione na inne. Aktualizacja zasobów sprzętu została zgłoszona do NFZ. Wymiana sprzętu została dokonana między placówkami, o czym nie poinformowano pracownika odpowiedzialnego za zasoby sprzętu w SPZZLO, dlatego też NFZ został poinformowany o tym fakcie z opóźnieniem. W dniach 19 – 20 marca 2014 r. oraz 25 marca 2014 r. został przeprowadzony spis z natury środków trwałych i wyposażenia obejmujący również Poradnię Geriatryczną. Po zakończeniu rozliczania spisu zmiany te zostałyby wykazane i zgłoszone do NFZ za pośrednictwem Portalu SZOI. Osoba nadzorująca stan wyposażenia medycznego w placówce została poinformowana o konieczności bieżącego zgłaszania każdorazowych zmian.

(dowód: akta kontroli str. 1353)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w zbadanym obszarze. SPZZLO rzetelnie realizował i rozliczał umowy o udzielanie świadczeń opieki medycznej zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia a stwierdzone nieprawidłowości nie wpływały na funkcjonowanie przychodni.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w wieku podeszłym (w wieku 65+)

2.1. Podstawowa Opieka Zdrowotna

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011 – 2013 udział osób w wieku powyżej 65 roku życia w ogólnej liczbie pacjentów POZ zawierał się w przedziale od 21,0% do 21,25%. Odsetek porad POZ udzielonych osobom, które ukończyły 65 rok życia w tym samym okresie wynosił w poszczególnych przychodniach od 7,5% do 70,0%, a odsetek porad domowych – od 27,9% do 96,6%.

(dowód: akta kontroli str. 914-957, 1307-1309, 1313-1314)

Stawka kapitacyjna w przypadku deklaracji do lekarza, w latach 2011 – 2013, wynosiła 8,00 zł miesięcznie, do pielęgniarki – 2,22 zł. Współczynnik korygujący dla osób w wieku podeszłym w okresie od stycznia do sierpnia 2011 r. wynosił 1,8, począwszy od września 2011 do końca roku 2013 – 2,0. Współczynnik korygujący dotyczący osób, którym udzielono porad w związku z leczeniem chorób układu krążenia i cukrzycy – bez względu na wiek – w latach 2011 – 2013 wynosił 3,0.

(dowód: akta kontroli str. 1310)

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej² w poszczególnych latach 2011 – 2013 świadczenia zdrowotne osobom w wieku podeszłym były udzielane przez:

- w 2011 r. – 10 lekarzy w łącznym wymiarze 6,61 etatu,
- w 2012 r. – 10 lekarzy w łącznym wymiarze 6,42 etatu,
- w 2013 r. – 12 lekarzy w łącznym wymiarze 7,19 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 1153-1154)

Personel SPZZLO podnosił kwalifikacje w ramach szkoleń i kursów w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, były to m.in.:

- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej w ramach Projektu Systemowego pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki³, (3 pielęgniarki) – celem kursu było doskonalenie kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, jednostka kształcąca – Akademia Zdrowia,
- kurs specjalizacyjny „Rehabilitacja w wybranych chorobach ludzi starych” (1 fizjoterapeuta) – celem kursu było podniesienie kwalifikacji poprzez nabycie wiedzy na temat ludzi starych, jednostka kształcąca – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
- kurs „Opieka nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi – warsztaty stosowanej psychologii społecznej i opieki zdrowotnej” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach realizacji projektu „Edukacja przez Całe Życie” – program Collegium Civitas (1 pielęgniarka – koordynator Oddziału Dziennego Psychogeriatrycznego) – celem kursu było podniesienie kwalifikacji poprzez nabycie wiedzy i umiejętności w postępowaniu z ludźmi starymi i niepełnosprawnymi.

² Przychodnia Szajnochy 8.

³ Na podstawie programu kształcenia zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 18 kwietnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1208-1209, 1211-1219)

W POZ świadczenia zdrowotne adresowane do osób w podeszłym wieku są realizowane zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami.

Na pierwszej wizycie przeprowadzany jest wywiad zdrowotny, podczas którego pacjent powinien podać informacje o ogólnym stanie zdrowia i istotnych problemach zdrowotnych (choroby przewlekłe, przebyte poważne choroby, pobyty w szpitalu lub sanatorium, przebyte zabiegi chirurgiczne, uczulenia, uzależnienia, itp.). Przeprowadzany jest również wywiad rodzinno-środowiskowy (nowotwory w rodzinie, choroby metaboliczne, uzależnienia w rodzinie, warunki mieszkaniowe), przy czym pacjent nie ma obowiązku udzielania lekarzowi tych informacji. Następnie wykonuje się lekarskie badanie przedmiotowe. Zebrane w ten sposób dane są odnotowywane w historii zdrowia i choroby pacjenta. W zależności od stanu zdrowia pacjenta i jego indywidualnych potrzeb czas trwania wizyty jest zróżnicowany, średnio wynosi ok. 15 minut.

(dowód: akta kontroli str. 1322-1323)

Czynna opieka u osób w wieku podeszłym, u których rozpoznano choroby przewlekłe, sprawowana jest przez lekarza POZ oraz w uzasadnionych przypadkach wspomagana konsultacjami lekarza specjalisty. Przed wdrożeniem leczenia, lekarz omawia z pacjentem proponowane postępowanie terapeutyczne, w przypadku stwierdzenia czynników wpływających na stan zdrowia pacjenta, lekarz przeprowadza rozmowę edukacyjną. W uzasadnionych medycznie przypadkach pacjentom z chorobami przewlekłymi lekarz POZ zakłada kartę dyspanseryjną, która ułatwia monitorowanie przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W SPZZLO prowadzonych jest 5 grup dyspanseryjnych u pacjentów dorosłych, z zakresu: nadciśnienia tętniczego, POCHP, cukrzycy, chorób zwyrodnieniowych stawów, otyłości. Wybrane przez lekarza spośród pacjentów osoby z ww. chorobami, zostają włączone do grupy dyspanseryjnej i objęte wzmożoną opieką. Lekarz POZ zakładając kartę dyspanseryjną planuje wizyty kontrolne w zależności od stanu zdrowia pacjenta co 3, 6 lub 12 miesięcy, decyduje o badaniach kontrolnych, wizytach u lekarzy specjalistów, omawia z pacjentem przebieg choroby, przeprowadza instruktaż dotyczący trybu życia. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe są pod opieką poradni specjalistycznych.

(dowód: akta kontroli str. 1341-1342, 1352)

Świadczeniobiorcy mogą zarejestrować się na wizytę do lekarza telefonicznie, osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej, drogą elektroniczną. W POZ pacjenci rejestrujący się na wizytę wprowadzani są do systemu e-Kolejkowanie celem rezerwacji terminu.

(dowód: akta kontroli str. 1324-1326)

W toku badania dokumentacji medycznej⁴ kontroli poddano 34 losowo wybrane karty historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku podeszłym, którzy korzystali ze świadczeń lekarzy POZ w Przychodni przy ul Szajnochy 8 we wrześniu 2013 r. (3% ogółu pacjentów, którzy ukończyli 65 rok życia). Wśród pacjentów dominowały kobiety, których było 65% w stosunku do 35% mężczyzn.

Zarejestrowano łącznie 949 wizyt, w tym u lekarza prowadzącego – 836, co stanowiło 88,4%, odnotowano 40 wizyt domowych (4,2%). We wszystkich kartach odnotowano informacje z wywiadu o ogólnym stanie zdrowia i istotnych problemach zdrowotnych. Informacje z wywiadu rodzinnego i środowiskowego zamieszczono

⁴ Dane osobowe zostały zanonimizowane, badanie przeprowadzono w obecności osób posiadających dostęp do dokumentacji medycznej.

jedynie w 5 kartach (14,7%). Skierowanie na badania i wizytę do specjalisty otrzymało 26 pacjentów (76,5%). Najczęściej pacjentów kierowano do lekarza specjalisty ortopedy, kardiologa, urologa, endokrynologa, pulmonologa. Nie odnotowano skierowania do lekarza geriatry. Informacje od lekarzy specjalistów zamieszczono w 33 kartach (97,1%). Istotne informacje dotyczące pacjentów w wieku podeszłym, takie jak zaburzenia równowagi, zaburzenia pamięci, problemy z chodzeniem, znalazły się w 23 kartach pacjentów (67,6%).

(dowód: akta kontroli str. 1178-1185)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W POZ nie dokonywano obliczeń wskaźnika masy ciała (BMI) i nie przy okazji każdej wizyty mierzono ciśnienie tętnicze krwi pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 1178-1185)

Pani Małgorzata Zaława-Dąbrowska, Dyrektor SPZZLO wyjaśniła, że lekarz POZ ocenia stan odżywienia pacjenta oraz ew. nadmiar lub niedobór masy ciała na podstawie badania fizykalnego. Wpisy wskaźnika BMI znajdują się w dokumentacji pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną. Czasami lekarz podczas wizyty kieruje pacjenta do gabinetu zabiegowego celem dokonania pomiaru wysokości i masy ciała oraz ewentualnego wyliczenia przez pielęgniarkę wskaźnika BMI.

Lekarze POZ nie zawsze wykonują pomiary ciśnienia tętniczego (RR), ponieważ większość pacjentów prowadzi książeczki pomiarów RR i mierzy ciśnienie w domu, zgodnie z zaleceniami (codziennie, dwa lub kilka razy dziennie), co odnotowywane jest w książeczkach pomiarów. Niejednokrotnie pacjent nie życzy sobie pomiaru w gabinecie twierdząc, że pomiaru dokonuje regularnie w domu.

(dowód: akta kontroli str. 1343)

Lekarze POZ nie stosują żadnej ze standaryzowanych skal służących ocenie stanu funkcjonalnego pacjenta w podeszłym wieku.

(dowód: akta kontroli str. 1178-1185)

Pani Dyrektor wyjaśniła, że zakres badań przedmiotowych pacjenta ustala lekarz w trakcie wizyty. Lekarze POZ dokonują ogólnej oceny stanu funkcjonalności chorego (sprawność, orientacja, itp.) i w uzasadnionych medycznie przypadkach pacjent jest kierowany do pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej celem wykonania standaryzowanych skal, np. skali Barthel. W dokumentacji pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych znajdują się wyniki oceny skali Barthel, z którymi lekarz POZ w każdej chwili może się zapoznać.

(dowód: akta kontroli str. 1344)

Wśród historii zdrowia i choroby pacjenta objętych badaniem, nie było żadnego skierowania do lekarza geriatry, mimo występowania u pacjentów wielochorobowości oraz objawów takich jak: zaburzenia pamięci, osłabienia, upadki, zaburzenia równowagi, drżenie rąk, itp.

(dowód: akta kontroli str. 1178-1185)

Pani Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci z objawami zaburzeń pamięci, upadków, zaburzeń równowagi, drżenia rąk najczęściej kierowani są przez lekarzy POZ do poradni neurologicznej. Lekarze POZ na propozycję skierowania pacjenta do poradni geriatrycznej czy do oddziału dziennego psychiatrycznego geriatrycznego często spotykają się z kategoryczną odmową. Bardzo często odmowa przyjęcia skierowania do poradni geriatrycznej spowodowana jest brakiem akceptacji procesu starzenia ze strony pacjenta.

Do lekarza geriatry kierowani są przede wszystkim pacjenci po 65 roku życia z zaburzeniami somatycznymi nasilonymi przez zaburzenia psychiatryczne (depresja, otępienie), polipragmazją (stosowaniem dużej ilości leków, często o działaniu przeciwnym), u których opieka lekarza rodzinnego wymaga wsparcia specjalisty.

(dowód: akta kontroli str. 1345)

2.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – świadczenia w zakresie geriatry

Opis stanu faktycznego

W Poradni Geriatrycznej w poszczególnych latach 2011 – 2013 świadczeń udzielał 1 lekarz specjalista geriatry w wymiarze 0,31 etatu oraz 1 pielęgniarka w wymiarze 0,31 etatu. Zatrudnienie większej liczby lekarzy nie było możliwe z uwagi na ogólnokrajowe vacaty w tej specjalizacji. Poradnia Geriatryczna była dostępna dla pacjentów trzy razy w tygodniu, po 4 godziny.⁵ W okresie styczeń – luty 2014 r. z przyczyn losowych lekarz geriatra nie świadczył usług medycznych w Poradni. Fakt ten został zgłoszony do MOW NFZ. Od 3 marca 2014 r. w Poradni jest zatrudniony lekarz geriatra, który przyjmuje pacjentów 1 raz w tygodniu przez 3 godziny.

(dowód: akta kontroli str. 1163-1167, 1193, 1277, 1332)

Pani Dyrektor wyjaśniła, że większa dostępność dla pacjentów do świadczeń geriatrycznych będzie możliwa dopiero po powrocie do pracy poprzedniego lekarza. Od lipca 2014 r. w Poradni przewidywane jest zatrudnienie dwóch lekarzy geriatrów.

(dowód: akta kontroli str. 1349)

Pacjenci w wieku podeszłym, poza poradnią geriatryczną, najczęściej byli pacjentami poradni⁶: urologicznej (w 2011 r. – 75,6% wszystkich porad udzielono osobom w wieku podeszłym, w 2012 r. – 74,1%, w 2013 r. – 71,2%), osteoporozy (w 2011 r. – 86,3%, w 2012 r. – 67,3%, w 2013 r. – 69,6%) oraz diabetologicznej (w 2011 r. – 60,3%, w 2012 r. – 59,4%, w 2013 r. – 60,9%).

(dowód: akta kontroli str. 958-1067)

Liczba pacjentów Poradni systematycznie rośnie, w roku 2011 przyjęto 125 pacjentów, w 2012 – 154, w 2013 – 175. Liczba udzielonych porad również rosła i w ww. okresie wynosiła odpowiednio: 410, 669 i 797.

(dowód: akta kontroli str. 768-769, 1280)

Występowały znaczące różnice w liczbie pacjentów przyjętych w Poradni Geriatrycznej, np. w styczniu 2012 udzielono 40 porad, w październiku 2012 – 81 porad, co spowodowane było absencjami zatrudnionego personelu.

(dowód: akta kontroli str. 1280, 1282-1283)

Poradnia obejmuje opieką pacjentów, którzy ukończyli 60 rok życia. Do Poradni Geriatrycznej trafiają oni z powodu różnych problemów zdrowotnych, co wymusza odmienny sposób postępowania, oparty jednak na określonych wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych.

(dowód: akta kontroli str. 1288, 1320)

Poradnia stosuje ogólnie przyjęte zasady opieki nad pacjentami. Prewencja dotyczy przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, utrzymania sprawności ruchowej

⁵ W okresie styczeń – luty 2014 r. z przyczyn losowych lekarz geriatra nie świadczył usług medycznych w Poradni, fakt ten został zgłoszony do MOW NFZ. Od 3 marca 2014 r. jest zatrudniony lekarz geriatra, który przyjmuje pacjentów 1 raz w tygodniu przez 3 godziny.

⁶ Według sprawozdań ZD-3, dotyczy wszystkich przychodni SPZZLO.

pacjenta, itp. W celu aktywizacji społecznej udzielane są m.in. informacje na temat działających na terenie dzielnicy ośrodków wsparcia seniorów (ośrodki dzienne, kluby seniora).

(dowód: akta kontroli str. 1289)

Zbadano 24 losowo wybrane karty historii zdrowia i choroby, co stanowiło 5,3% kart wszystkich pacjentów Poradni, którzy w okresie 2011 – 2013 korzystali ze świadczeń lekarza geriatry. Wśród pacjentów 75% stanowiły kobiety. Wszyscy pacjenci mieli powyżej 65 roku życia, 16 spośród nich (66,7%) ukończyło 80 rok życia. W dokumentacji zarejestrowano łącznie 278 wizyt, w tym 19 wizyt domowych (6,8%). Najczęściej lekarze odnotowywali zaburzenia pamięci świeżej, otępienie, pogorszenie funkcjonowania, zaburzenia nastroju, problemy z chodzeniem. Wystawiono skierowania do poradni rehabilitacyjnej, psychologa, na badania TK głowy. Przeprowadzono 2 rozmowy wspierające, jedną pacjentkę zaproszono do Klubu Seniora.

Informacje o dokonaniu całościowej oceny geriatrycznej (COG) odnotowano w 22 kartach pacjentów (91,6%). U 15 pacjentów przeprowadzono testy MMSE (62,5%), test Barthel wykonano u 3 pacjentów (12,5%).

(dowód: akta kontroli str. 1186-1192)

Pani Dyrektor wyjaśniła, że wykonywanie COG nie należy do obowiązków lekarza zatrudnionego w poradni geriatrycznej leczenia otwartego a odnotowanie przez lekarza Poradni w historii zdrowia i choroby faktu przeprowadzenia takiej oceny jest uogólnionym nazewnictwem używanym przez lekarzy geriatrów, nie odnoszącym się w przypadku AOS do procedur szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 1348)

Udzielając świadczeń lekarz geriatra dokonuje kompleksowej oceny geriatrycznej pacjenta, która polega na dokładnym wywiadzie z uwzględnieniem: wszystkich chorób, pobytów w szpitalu, przyjmowaniu leków, oceny ryzyka upadków i omdleń, wahań wagi ciała, dysfunkcji zwieraczy, oceny stanu emocjonalnego (wykonanie geriatrycznej skali depresji), oceny funkcji poznawczych (test MMSE, test zegara), ocena sprawności funkcjonalnej (skala Barthel, skala ADL), oceny chodu i równowagi (skala Tinetti), ocena stanu odżywiania (test Tinetti), ocena ryzyka powstania odleżyn (skala Norton), mimo iż wykonanie tej procedury w warunkach ambulatoryjnych nie daje SPZZLO możliwości jej rozliczenia.

Ponadto, przeprowadzane jest pełne badanie przedmiotowe z uwzględnieniem badania neurologicznego, a także opracowanie zaleceń dotyczących diety, zaleceń dotyczących aktywności fizycznej i psychospołecznej oraz zaleceń farmakologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1286-1287, 1320, 1348)

W SPZZLO tzw. kolejki oczekujących prowadzone są elektronicznie. Poradnie specjalistyczne mają obowiązek prowadzenia tych „kolejek” tylko dla pacjentów pierwszorazowych. Pacjenci zgłaszający się na kontynuację leczenia nie są wprowadzani do kolejki, a jedynie do systemu e-Kolejkowanie, celem rezerwacji terminu. Osoby zapisujące się elektronicznie informowani są o terminie wizyty tą samą drogą. Każdy pacjent zapisujący się osobiście otrzymuje w rejestracji wydrukowaną z systemu e-Kolejkowanie informację o terminie udzielenia świadczenia. Przy ustalaniu terminu zapisu na wizytę głównym kryterium jest kolejność zgłoszeń. Ponadto brane są również pod uwagę preferencje pacjenta, np. wybrany lekarz, godziny popołudniowe, określony dzień tygodnia itp. W przypadku zgłoszenia przez pacjenta pogorszenia jego stanu zdrowia, SPZZLO koryguje termin

porady w bezpośrednim porozumieniu z lekarzem. W sytuacji, gdy pacjent rezygnuje z zarezerwowanego terminu wizyty, rejestracja powiadamia kolejną osobę z listy o możliwości udzielenia porady we wcześniejszym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 907, 1324-1325)

Zgodnie z przepisami art. 21 pkt 1 ppkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, na podstawie Zarządzenia nr 17/2011 Dyrektora SPZZLO Warszawa-Żoliborz z dnia 2 marca 2011 r. do oceny list oczekujących wyznaczone zostały osoby zajmujące stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Organizacji i Kontraktów Medycznych oraz Kierownika Rejestru Usług Medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 903-906)

Z przeprowadzonej oceny list osób oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego regularnie sporządzane były informacje (dwukrotnie w ciągu roku, za okres styczeń-czerwiec oraz lipiec-grudzień).

(dowód: akta kontroli str. 908-913)

Zgodnie z przepisami art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej SPZZLO przekazywał co miesiąc MOW NFZ informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 oraz pozostałe dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

(dowód: akta kontroli str. 774-785)

W latach 2011 i 2012 w Poradni Geriatrycznej nie były prowadzone kolejki oczekujących, gdyż wszyscy zgłaszający się pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. W czerwcu 2013 r. były cztery osoby oczekujące na udzielenie świadczenia w Poradni Geriatrycznej (rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 44 dni), w grudniu 2013 r. – była to jedna osoba (rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 42 dni).

(dowód: akta kontroli str. 774-785, 907)

2.3. Dzienny Oddział Psychiatryczny Geriatryczny

Opis stanu
faktycznego

W Dziennym Ośrodku Psychiatrycznym Geriatrycznym w poszczególnych latach 2011 – 2013 świadczeń udzielało:

- w 2011 r.: 4 lekarzy psychiatrów w łącznym wymiarze 3,262 etatu, 6 psychologów w łącznym wymiarze 5,965 etatu, 1 terapeuta zajęciowy w wymiarze 0,5 etatu, 1 pielęgniarka w łącznym wymiarze 1 etatu,
- w 2012 r.: 3 lekarzy psychiatrów w łącznym wymiarze 0,635 etatu, 3 psychologów w łącznym wymiarze 1,55 etatu, 2 terapeutów zajęciowych w wymiarze 1,08 etatu, 1 pielęgniarka w łącznym wymiarze 0,95 etatu,
- w 2013 r.: 4 lekarzy psychiatrów w łącznym wymiarze 0,503 etatu, 3 psychologów w łącznym wymiarze 1,435 etatu, 1 terapeuta zajęciowy w wymiarze 0,48 etatu, 1 pielęgniarka w wymiarze 0,71 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 1278, 1157-1164)

Osobą kierującą pracami Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Geriatrycznego jest lekarz psychiatra (kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego). Oddział mieści się w budynku przy ul. Elbląskiej 35, z ułatwionym dostępem dla osób niesprawnych

⁷ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

ruchowo (podjazd) na parterze, z wydzieloną szatnią dostępną wyłącznie dla pacjentów Oddziału, toaletą przystosowaną dla osób niepełnosprawnych. W Oddziale znajdują się: pokój wypoczynkowy – pełniący również funkcję pokoju terapeutycznego, sala gimnastyczna z fotelem do masażu, drabinkami, dwoma rowerami treningowymi, a także dwie sale terapeutyczne, w tym jedna z aneksem kuchennym.

Oddział czynny jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 15.35. Zajęcia dla pacjentów odbywają się do godziny 15.00. Podstawą kwalifikacji pacjenta jest skierowanie od lekarza zawierające, między innymi, rozpoznanie jednostki chorobowej pacjenta. W rozmowie kwalifikującej prowadzonej przez psychologa ocenia się aktualny stan pacjenta, tzn. jego orientację w czasie, miejscu oraz w sytuacji własnej, sprawność intelektualną, warunki osobiste, które mają wpływ na nastrój pacjenta i samodzielne radzenie sobie w życiu. W przypadkach wątpliwych wykonywane są testy badające stopień obniżenia pamięci, orientacji oraz radzenia sobie w życiu. W uzasadnionych przypadkach przeprowadza się również rozmowę z rodziną pacjenta. Po zakwalifikowaniu pacjenta przez psychologa jest on przyjmowany przez lekarza psychiatrę, po rozmowie z którym podejmuje się decyzję o przyjęciu pacjenta do oddziału. Maksymalny okres pobytu pacjenta w Oddziale wynosi 12 tygodni. W Oddziale przyjęta została zasada, że pacjent może zostać przyjęty ponownie po upływie co najmniej jednego miesiąca.

Program zajęć organizowany dla pacjentów jest ustalony na podstawie wspólnej zespołowej konsultacji kierownika z całym zespołem Oddziału (psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka). W ramach zajęć leczniczo-rehabilitacyjnych prowadzone są: diagnostyka psychiatryczna, diagnostyka psychologiczna, farmakoterapia, psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia zajęciowa oraz zajęcia rehabilitacyjne polegające na usprawnianiu psychoruchowym. Pacjenci uczestniczą w różnego rodzaju formach terapii, takich jak psychoedukacja, muzykoterapia, trening relaksacyjny, trening asertywności, trening prowadzenia rozmowy, terapia zajęciowa z możliwością rozwijania własnych zainteresowań oraz biblioterapia. Pacjenci korzystają również z odbiornika TV, radiomagnetofonu i odtwarzacza DVD. Harmonogram zajęć w ogólnym zarysie jest jednakowy dla wszystkich pacjentów, ale uwzględnia również indywidualne możliwości i umiejętności pacjentów. Codziennie odbywają się zajęcia terapeutyczne, rozmowy z psychologiem i gimnastyka usprawniająca. Raz w tygodniu, w zależności od preferencji grupy (zainteresowania, możliwości manualne i fizyczne) układany jest program terapii zajęciowej.

(dowód: akta kontroli str. 1198, 1333-1334)

W latach 2011 – 2014 (do dnia 10 kwietnia) na Oddział przyjęto 155 pacjentów (niektórzy byli przyjmowani ponownie). Kobiety stanowiły 88,4% wszystkich pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 1199)

Badaniem objęto 37 losowo wybranych historii chorób pacjentów, co stanowiło 24% wszystkich pacjentów, którzy w ww. okresie przebywali w Oddziale (32 kobiety, tj. 86,5% wszystkich pacjentów oraz 5 mężczyzn, tj. 13,5%). Większość skierowań z zaleceniami pobytu na Oddziale zostało wystawionych w innych placówkach SPZZLO (35 pacjentów, tj. 94,5% wszystkich wystawionych skierowań). Wśród rozpoznań będących powodem skierowania dominowały zespoły depresyjne, organiczne zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia pamięci. Średnia długość pobytu pacjenta na Oddziale w latach 2011 – 2013 wynosiła 49 dni. 97% pacjentów po pobycie na Oddziale zostało wypisanych do domu ze

stwierdzoną poprawą stanu zdrowia. Dalsze leczenie zalecono w stosunku do 31 pacjentów (83,8%), w tym bezwzględnie dalsze leczenie miało podjąć 2 pacjentów (5,4%).

(dowód: akta kontroli str. 1194-1197)

Zapisy do kolejki oczekujących zostały uruchomione od października 2011 r. W przypadku Oddziału Dziennego kolejki są spowodowane przede wszystkim preferencjami pacjentów dotyczącymi konkretnego terminu turnusu. Maksymalny czas oczekiwania wynosił 63 dni.

(dowód: akta kontroli str. 775-779, 907)

2.4. Działalność dodatkowa

SPZZLO szczególną opieką obejmuje osoby starsze. Wszystkie przychodnie SPZZLO są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych i ograniczonych ruchowo. W 2013 r. zostało uruchomione Biuro Informacji dla Pacjentów o funkcjonowaniu poradni i pracowni diagnostycznych, jego głównymi interesantami są osoby w podeszłym wieku.

W 2010 r. przy SPZZLO powstał Klub Seniora, którego działalność koncentruje się na pomocy psychologicznej, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Klub dostępny jest w poniedziałki od godz. 15.00 do 17.00. Głównym celem Klubu jest uaktywnianie osób w podeszłym wieku, podnoszenie samooceny, przełamywanie stereotypów dotyczących kwestii starzenia się. W ramach działalności Klubu zagwarantowane są różnorodne pod względem tematycznym zajęcia. Klub Seniora finansowany jest w całości ze środków własnych Zakładu uzyskanych z działalności komercyjnej (wynajmu pomieszczeń na potrzeby aptek, sklepu rehabilitacyjnego, itp.).

(dowód: akta kontroli str. 1316-1319)

Ocena cząstkowa

NIK pozytywnie ocenia działalność SPZZLO w zbadanym obszarze. SPZZLO spełniał warunki udzielania świadczeń (Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej – świadczenia w zakresie geriatrici, Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień – świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne), określone przez Ministra Zdrowia w zakresie personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępności badań i procedur.⁸ SPZZLO spełniał również standardy opieki geriatrycznej, określone przez Zespół do Spraw Gerontologii przy Ministrze Zdrowia oraz prowadził działalność dodatkową skierowaną do osób w wieku podeszłym.⁹

3. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia

Lekarz poradni geriatrycznej w razie potrzeby kieruje pacjentów na konsultacje specjalistyczne oraz otrzymuje sformalizowaną informację zwrotną dotyczącą stanu zdrowia pacjenta oraz zaleceń terapeutycznych. Pacjent diagnozowany w kierunku zaburzeń pamięci jest kierowany do psychologa w Poradni mieszczącej się w tym

⁸ POZ – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248) poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), AOS – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 139, poz. 1142 ze zm.) zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653 ze zm.), OPIŁU – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1227) zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia

⁹ Gerontologia Polska 2013, tom 21, nr 2, 33–47 ISSN 1425–4956.

samym budynku. Psycholog wystawia opinię pisemną, w niektórych przypadkach stan zdrowia pacjenta jest omawiany wspólnie przez lekarza geriatrę i psychologa.

Ponadto Poradnia Geriatryczna ściśle współpracuje z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym Geriatrycznym funkcjonującym w tym samym budynku.

Pacjenci mają również możliwość rehabilitacji (ćwiczenia kinezyterapii, masaże i fizykoterapia) w Dziale Fizjoterapii. Poza tym, każdy zatrudniony w SPZZLO specjalista zobligowany jest do ścisłej współpracy z lekarzem geriatrą, polegającej m.in. na konsultacjach telefonicznych.

SPZZLO umożliwia kompleksową opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym poprzez dostęp do wielu poradni specjalistycznych, w tym m.in. poradni neurologicznych, kardiologicznych, ortopedycznej, zdrowia psychicznego, rehabilitacyjnej, itp.

W SPZZLO w opiece nad seniorami uczestniczą również pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, które poza wykonywaniem czynności instrumentalnych udzielają również wsparcia informacyjnego i emocjonalnego pacjentom i ich rodzinom, oceniają sytuację zdrowotną oraz warunki społeczno-bytowe. Codziennie około czterdziestu pielęgniarek udziela świadczeń pacjentom powyżej 65 roku życia w miejscu ich zamieszkania.

Kierowanie pacjentów do ośrodków rehabilitacji, dziennego pobytu, domów pomocy społecznej odbywa się na zasadach ogólnych.

(dowód: akta kontroli, str. 1290-1292)

Zgodnie z art. 30 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹⁰ oraz rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na poszczególne lata 2011 – 2013¹¹ SPZZLO przesyłał sprawozdania statystyczne m.in. MZ-11, MZ-12, MZ-15 do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego oraz do Głównego Urzędu Statystycznego.

(dowód: akta kontroli str. 914-1150)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. SPZZLO spełniał standardy opieki geriatrycznej w tym zakresie.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków.

[...]

¹⁰ Dz.U. z 2012 r. poz. 591 ze zm.

¹¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2011 (Dz.U. Nr 239, poz. 1594), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 lipca 2011 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012 (Dz.U. Nr 173, poz. 1030), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2012 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013 (Dz.U. poz. 1391).

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Warszawa, dnia 02 czerwca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontrolerzy

Dyrektor

Aniela Tazbir-Wierzbicka
główny specjalista kp.



.....
podpis

Piotr Wasilewski



.....
podpis

Julita Łuczak
główny specjalista kp.



.....
podpis

