



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W POZNANIU

LPO.410.10.4.2024

Pan
Karol Mońko
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Wolsztynie
ul. Wschowska 3
64-200 Wolsztyn

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/056 Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie ¹ ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn
Kierownik jednostki kontrolowanej	Karol Mońko, Dyrektor SPZOZ ² , od 1 stycznia 2020 r., wcześniej pełniący obowiązki Dyrektora od 1 października 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja zadań w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów i osiągnięcie planowanych efektów tych działań.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 (do dnia zakończenia kontroli ³) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, o ile miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Aneta Kalinowska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/073/2024 z 7 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1-10)

¹ Dalej: SPZOZ, Szpital lub Zakład.

² Dalej: Dyrektor.

³ Tj. do 8 sierpnia 2024 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2022-2024 (do 8 sierpnia) zadania w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów były realizowane prawidłowo przez należącą do Szpitala Poradnię Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁶ współpracującą z innymi komórkami organizacyjnymi pozostającymi w strukturze SPZOZ.

Świadczenia udzielane przez poradnię POZ pacjentom w wieku powyżej 60. roku życia⁷ obejmowały głównie porady ambulatoryjne i recepturowe, teleporady oraz wizyty domowe. Lekarze poradni POZ wystawiali skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych⁸, przy czym w przypadku pacjentów 60+ najwięcej skierowań wydano do neurologa i do psychiatrii a tylko jedno do geriatry⁹.

Badanie dokumentacji dotyczącej 10 spośród 12 pacjentów poradni POZ cierpiących na choroby neurodegeneracyjne wykazało, że w czterech przypadkach zdiagnozowanie tej choroby nastąpiło w poradni POZ. Pozostałym pacjentom diagnozę postawiono m.in. w poradniach specjalistycznych lub podczas pobytu w szpitalnym oddziale neurologicznym. Lekarze poradni POZ udzielający porad pacjentom mieli wiedzę o historii ich leczenia poza tą poradnią, a dotyczące tego informacje znajdowały się w dokumentacji medycznej.

Badanie dokumentacji medycznej 80 pacjentów 60+, w tym dwóch osób ze zdiagnozowanymi chorobami neurodegeneracyjnymi, wykazało m.in., że w okresie objętym kontrolą siedmiu pacjentom wystawiono skierowania do neurologa, a jednemu do psychiatrii, natomiast pacjentów nie kierowano do geriatry. Lekarze poradni POZ objęli badaniami internistycznymi poszerzonymi 44 pacjentów, a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu, nie odnotowali natomiast w dokumentacji medycznej zastosowania do oceny stanu pacjentów innych standaryzowanych skal wykorzystywanych, np. w całościowej ocenie geriatrycznej. U żadnego z pacjentów w wieku powyżej 75 lat¹⁰ nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w art. 36 ust. 3 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej z dnia 17 sierpnia 2023 r.¹¹, co wynikało głównie z braku na terenie województwa centrum zdrowia 75+.

Przygotowanie zawodowe personelu poradni POZ, tj. specjalizacja w dziedzinie medycyny rodzinnej i w zakresie chorób wewnętrznych w przypadku lekarzy oraz specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego i pielęgniarstwa rodzinnego a także kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pozwalały świadczyć usługi lekarskie i pielęgniarstwa dla pacjentów w każdym wieku, a więc również dla osób starszych. W okresie objętym kontrolą lekarze i pielęgniarki poradni POZ¹² nie doształcali się w przedmiocie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi i wsparcia dla ich rodzin, co wynikało m.in. z braku możliwości sfinansowania przez SPZOZ kosztów takich szkoleń lekarzom i pielęgniarkom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: poradnia POZ.

⁷ Dalej: 60+.

⁸ Skierowania lekarskie, o których mowa w art. 57 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), dalej: ustawa o świadczeniach.

⁹ W 2022 r.

¹⁰ Dalej: 75+.

¹¹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1831, dalej: ustawa o opiece geriatrycznej.

¹² Wg stanu na 31 marca 2024 r., świadczeń w poradni POZ udzielało dziewięciu lekarzy i pięć pielęgniarek.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Liczba pacjentów SPZOZ objętych świadczeniami w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, wg stanu na 31 marca 2024 r., wynosiła 6 929 osób, w tym: 4 678 osób (67,5% ogółu) w przedziale wiekowym 0-59 lat, 1 578 osób (22,8%) w przedziale 60-74 lata, 673 osoby (9,7%) w wieku 75+. Pacjenci poradni POZ z chorobami neurodegeneracyjnymi w liczbie 12 stanowili 0,2% ogółu, przy czym w poszczególnych ww. grupach wiekowych było to odpowiednio: jedna osoba, sześć oraz pięć osób, co stanowiło odpowiednio: 0,02%, 0,4% i 0,8% wszystkich pacjentów w danej grupie.

W okresie objętym kontrolą, łączna liczba pacjentów objętych opieką poradni POZ nie zmieniała się istotnie i wynosiła: 7 158 na koniec 2022 r., 6 977 na koniec 2023 r. i 6 929 na 31 marca 2024 r. Udział w ogólnej liczbie pacjentów poradni POZ pacjentów 60+ również utrzymywał się na zbliżonym poziomie, tj. wynosił odpowiednio: 31,4% (2 248 osób), 32,7% (2 280 osób) i 32,5% (2 251 osób).

W latach 2022-2024 (I kw.) świadczenia udzielane pacjentom 60+ obejmowały przede wszystkim porady ambulatoryjne (odpowiednio: 6 708, 7 996 i 2 332 porad) oraz porady recepturowe (odpowiednio: 6 251, 6 959 i 1 830). Liczba udzielonych w tym okresie osobom starszym teleporad wynosiła odpowiednio: 975, 694 i 187 teleporad, natomiast wizyt domowych, odpowiednio: 271, 171 i 48 wizyt. W latach 2022-2023¹³ średnio na pacjenta 60+ przypadało rocznie: 3–3,5 porad ambulatoryjnych, 2,8–3 porad recepturowych, 0,3–0,4 teleporad i 0,08 – 0,1 wizyt domowych. Dla porównania w tym samym okresie osobie w wieku poniżej 60. roku życia udzielono rocznie średnio: 2–2,4 porad recepturowych, 0,6 porady recepturowej, 0,3–0,5 teleporad i 0,01 wizyt domowych.

(akta kontroli str. 176-179)

W latach 2022-2024 (I kw.), na podstawie umowy zawartej z NFZ¹⁴ na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej SPZOZ rozliczył z tytułu wybranych świadczeń¹⁵ środki finansowe w wysokości odpowiednio: 2 262,8 tys. zł, 2 497,9 tys. zł i 641,8 tys. zł. Dotyczyły one przede wszystkim świadczeń lekarza poradni POZ, których wartość w poszczególnych latach wynosiła odpowiednio: 2 262,2 tys. zł, 2 426,8 tys. zł i 605,3 tys. zł. Znacząco niższe kwoty odnosiły się do świadczeń lekarza poradni POZ z tytułu opieki nad pacjentem z wielochorobowością (69,0 tys. zł w 2023 r. i 34,7 tys. zł w 2024 r.¹⁶) oraz do budżetu powierzonego diagnostycznego (0,6 tys. zł w 2022 r., 2,1 tys. zł w 2023 r. i 1,7 tys. zł w 2024 r.¹⁷).

Wprowadzony przez NFZ i stosowany w SPZOZ sposób rozliczenia świadczeń nie umożliwiał wyodrębnienia wartości świadczeń udzielonych pacjentom z chorobami neurodegeneracyjnymi.

(akta kontroli str. 189-196)

W ramach opieki nad osobami starszymi, lekarze poradni POZ wystawiali m.in. skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych. Z analizy danych dotyczących trzech wybranych grup świadczeń wynika, że pacjenci 60+ otrzymali w okresie objętym kontrolą:

¹³ Z porównania wyłączono rok 2024 r. z uwagi na krótki okres, za jaki dostępne są dane (do 31 marca).

¹⁴ Umowa Nr 150003539/0113/0632/2/16/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

¹⁵ Dotyczy świadczeń o kodach: 01.0010.094.01 – świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 01.0010.119.11 - budżet powierzony diagnostyczny i 01.0010.124.11 - świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – opieka nad pacjentem z wielochorobowością.

¹⁶ Kod świadczenia 01.0010.124.11 świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – opieka nad pacjentem z wielochorobowością został wprowadzony przez NFZ od 1 lipca 2023 r.

¹⁷ Kod świadczenia 01.0010.119.11 budżet powierzony diagnostyczny został wprowadzony przez NFZ od 1 lipca 2022 r.

- 352 skierowania do neurologa (w tym: 150 w 2022 r., 153 w 2023 r. i 49 do końca marca 2024 r.),
- 12 skierowań do psychiatry¹⁸ (w tym: po pięć w 2022 i 2023 r. i dwa do końca marca 2024 r.)
- jedno skierowanie do geriatry (w 2022 r.).

Oznacza to, że zarówno w 2022 r. jak i w roku 2023 lekarze poradni POZ skierowali do neurologa 6,7% wszystkich pacjentów 60+, natomiast do geriatry - tylko w 2022 r. 0,04% tych pacjentów.

Wystawiając skierowania, lekarze najczęściej podawali jako rozpoznanie następujące choroby: zaburzenia korzeni i splotów nerwowych¹⁹ – 35 skierowań, zawroty głowy i odurzenie²⁰ – 34 skierowania i ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej²¹ – 11 skierowań. Spośród chorób neurodegeneracyjnych wskazywano na skierowaniach: chorobę Parkinsona (G20) – dziewięć przypadków, chorobę Alzheimera (G30) – dwa przypadki, otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej (F02) – dwa przypadki i otępienie w chorobie Alzheimera (F00) – jeden przypadek.

(akta kontroli str. 180-187)

Odnosząc się do małej liczby skierowań do geriatry wystawionych przez lekarzy poradni POZ, Dyrektor wskazał jako przyczynę brak dostępu do lekarzy o tej specjalności i podał, że w województwie wielkopolskim jest tylko pięć poradni geriatrycznych posiadających umowę z NFZ i są one zlokalizowane w znacznej odległości od Wolsztyna²².

(akta kontroli str. 197-199)

Lekarze świadczący usługi w ramach poradni POZ wystawili w okresie od początku 2022 r. do 31 marca 2024 r. 11 skierowań dla osób starszych do zakładów opiekuńczych, z tego trzy w 2022 r., siedem w 2023 r. i jedno do końca marca 2024 r. Oznaczało to, że odsetek pacjentów 60+, którzy otrzymali skierowania wynosił w 2022 r. 0,1%, a w 2023 r. 0,3%²³. Jako rozpoznania podawano najczęściej miażdżycę (I70) – siedem przypadków i otępienie nieokreślone (F03) – dwa przypadki. Wystawiono też po jednym skierowaniu z rozpoznaniem otępienia naczyniowego (F01) i następstwa chorób naczyniowych mózgu (I69).

Powyższe dane odnoszą się wyłącznie do pacjentów, których skierowano do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, będącego w strukturze SPZOZ w Wolsztynie²⁴ i nie uwzględniają skierowań do innych tego typu zakładów. Wynika to z faktu, że skierowania do zakładów opiekuńczych wystawiane były zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami²⁵ wyłącznie w postaci papierowej i przekazywane pacjentowi celem przedłożenia w zakładzie, a w poradni POZ dokonywana jest adnotacja w dokumentacji medycznej pacjenta.

(akta kontroli str.188)

Dyrektor, odnosząc się do kwestii nieprowadzenia w SPZOZ rejestru lub ewidencji wszystkich wystawionych pacjentom poradni POZ skierowań do zakładów opiekuńczych, wyjaśnił, że przepisy nie nakazują ewidencjonowania tych skierowań.

¹⁸ Zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach skierowanie do psychiatry nie jest wymagane.

¹⁹ Kod G54 wg klasyfikacji ICD-10, czyli Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i problemów zdrowotnych, stworzonej przez Światową Organizację Zdrowia.

²⁰ Kod R42.

²¹ Kod G55.

²² Trzy w Poznaniu i po jednej w Swarzędzu i Koninie.

²³ Z porównania wyłączono rok 2024 r. z uwagi na krótki okres, za jaki dostępne są dane (do 31 marca).

²⁴ Dane pozyskano z bazy SPZOZ, która zawiera m.in. informacje dotyczące pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, w tym informacje o podmiocie, który wystawił skierowanie do zakładu.

²⁵ Art. 59aa ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach oraz wydane na tej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej z dnia 15 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 103).

(akta kontroli str. 197-199)

Przepisy art. 3, 4 i 5 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r.²⁶ stanowią m.in., że podstawowa opieka zdrowotna ma na celu koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia, która to koordynacja polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji. Koordynację zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Uwzględniając powyższe NIK wskazuje, że brak dostępnych danych dotyczących pacjentów, których skierowano do zakładów opiekuńczych, a tym samym brak możliwości weryfikacji w zakresie skuteczności tych skierowań nie sprzyja efektywnej koordynacji działań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do danego pacjenta.

2. Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane były w ramach SPZOZ w Wolsztynie w trzech lokalizacjach: w poradni POZ w Wolsztynie oraz w filiach w Obrze i Świętnie. Łącznie, w okresie objętym kontrolą, świadczeń udzielało odpowiednio:

- wg stanu na koniec 2022 r. i 2023 r.: ośmiu lekarzy i pięć pielęgniarek,
- wg stanu na koniec marca 2024 r.: dziewięciu lekarzy i pięć pielęgniarek.

Wszyscy lekarze i dwie pielęgniarki realizowali zadania powierzone przez SPZOZ na podstawie umów cywilnoprawnych, natomiast trzy pielęgniarki były zatrudnione na podstawie umów o pracę. W tej grupie czterej lekarze posiadali specjalizacje (pediatria, choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna), pozostali nie posiadali kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny.

W latach 2022-2024 (I kw.) lekarze i pielęgniarki poradni POZ nie doksztalali się w przedmiocie opieki nad osobami starszymi, w tym w szczególności opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi i wsparcia dla ich rodzin.

Dyrektor wyjaśnił, że szkolenia w ww. zakresie nie są wymagane przez NFZ, a ponadto SPZOZ nie ma możliwości finansowania kosztów takich szkoleń z uwagi na przyjętą formę zatrudnienia lekarzy – umowy cywilnoprawne. Odnosząc się do pytania: czy podejmując współpracę z lekarzami i pielęgniarkami, poradnia POZ dokonywała weryfikacji w zakresie posiadania przez te osoby kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia, które w sposób szczególny dotyczyły opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi i wsparcia ich opiekunów, Dyrektor wskazał na brak formalnego obowiązku dokonywania takiej weryfikacji. Jego zdaniem, przygotowanie zawodowe personelu, tj. specjalizacja w dziedzinie medycyny rodzinnej i w zakresie chorób wewnętrznych w przypadku lekarzy oraz specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego i pielęgniarstwa rodzinnego a także kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej pozwalają na świadczenie usług lekarskich i pielęgniarzkich dla pacjentów w każdym wieku, a więc również dla osób starszych. Dyrektor poinformował o braku lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej do udzielania świadczeń zdrowotnych w publicznych jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie przyznał, że szkolenia i kursy dla lekarzy świadczących usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w przedmiocie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi i wsparcia ich opiekunów są zasadne ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne mające na celu opiekę nad osobami starszymi.

(akta kontroli str. 217-221)

²⁶ Dz.U. z 2022 r. poz. 2527.

W złożonych wyjaśnieniach lekarze i pielęgniarka²⁷ zatrudnieni w poradni POZ na podstawie umów cywilnoprawnych potwierdzili, że w okresie objętym kontrolą nie doksztalcali się w przedmiocie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi. Jednocześnie, w ich ocenie szkolenia i kursy w powyższym zakresie są potrzebne, jednak obecnie ze względu na małą ich dostępność i wysokie koszty²⁸ nie cieszą się zainteresowaniem poza wąską grupą lekarzy realizujących się zawodowo w opiece geriatrycznej. Jeden z lekarzy zgłosił propozycję, aby lekarze poradni POZ byli informowani o możliwościach wzięcia udziału w takich szkoleniach lub kursach oraz aby były one bezpłatne.

(akta kontroli str. 264-278)

3. Badanie dokumentacji medycznej²⁹ dotyczącej 10 spośród 12 pacjentów poradni POZ ze zdiagnozowanymi chorobami neurodegeneracyjnymi wykazało, że w czterech przypadkach diagnoza została postawiona przez lekarza poradni POZ, przy czym u trzech pacjentów miało to miejsce w okresie objętym kontrolą (dwóch w 2022 r. i jeden w 2023 r.), a u jednego wcześniej (w 2013 r.). Pozostali pacjenci zostali zdiagnozowani w poradniach specjalistycznych (np. neurologicznej, poradni zdrowia psychicznego) lub podczas pobytu w oddziale neurologicznym w szpitalu. U pacjentów objętych badaniem stwierdzono od jednej do sześciu chorób przewlekłych, a z chorób neurodegeneracyjnych najczęściej występowała choroba Parkinsona (G20 - cztery osoby). Pozostałe rozpoznania to: choroba Alzheimera (G30 – 2 osoby), otępienie w chorobie Alzheimera (F00 – dwie osoby) i otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej (F02 – dwie osoby). W związku z wielochorobowością badani pacjenci przyjmowali stale od trzech do 10 leków. W okresie objętym kontrolą, pacjentom udzielano w poradni POZ najczęściej następujących świadczeń: badanie fizykalne, wystawienie recepty, skierowanie do lekarza specjalisty, skierowanie na badania laboratoryjne i na prześwietlenia, skierowanie na rehabilitację. Lekarze poradni POZ wystawiali również zlecenia na wyroby medyczne, zlecenia na transport medyczny, zaświadczenia o stanie zdrowia, a jednego pacjenta skierowano do zakładu opiekuńczego. Z wpisów w dokumentacji medycznej wynika, że lekarze udzielający porad mieli wiedzę o historii leczenia pacjentów poza poradnią POZ, a informacje w tym zakresie były odnotowywane lub wynikały z załączonych dokumentów, takich jak np. karta leczenia szpitalnego, informacja od lekarza specjalisty, wyniki badań, prześwietleń.

(akta kontroli str. 222)

Badanie dokumentacji medycznej dotyczącej 80 pacjentów wybranych losowo spośród pacjentów 60+ , w tym 40 w przedziale wiekowym 60-74 i 40 w wieku 75+ objętych opieką w latach 2022-2024 wykazało, że u jednego pacjenta zdiagnozowano otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej (F02) i u jednego otępienie nieokreślone (F03), w pozostałych przypadkach nie odnotowano chorób neurodegeneracyjnych. U pacjentów stwierdzono od jednej do siedmiu chorób przewlekłych, tylko jedna osoba nie miała zdiagnozowanej żadnej takiej choroby i nie przyjmowała na stałe leków. Pozostali pacjenci przyjmowali stale od jednego do ośmiu leków. Z wpisów w dokumentacji medycznej wynikało, że lekarze udzielający porad mieli wiedzę o historii leczenia pacjentów poza poradnią POZ, informacje w tym zakresie były odnotowywane lub wynikały z załączonych dokumentów, takich jak np. karta leczenia szpitalnego, informacja od lekarza specjalisty, wyniki badań, prześwietleń. Spośród 80 pacjentów tylko w dwóch przypadkach lekarz poradni POZ

²⁷ Wyjaśnień w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. e udzieliło dziewięciu lekarzy i jedna pielęgniarka.

²⁸ Jako koszt wskazano również utracone przychody w okresie trwania kursu w sytuacji, gdy większość lekarzy poradni POZ zatrudnianych jest na podstawie umów cywilnoprawnych.

²⁹ Badanie przeprowadzono na podstawie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, określonej w § 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 798).

uzyskał w trakcie wywiadu informacje dotyczące ewentualnych zaburzeń pamięci³⁰, przy czym nie zostały one potwierdzone. W okresie objętym kontrolą siedmiu pacjentom lekarze wystawili skierowania na badania specjalistyczne neurologiczne i jednemu na badania psychiatryczne, natomiast nie odnotowano skierowań na badania geriatryczne. Badaniem internistycznym poszerzonym objęto 44 pacjentów (20 z grupy wiekowej 60-74 i 24 z grupy 75+), a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu³¹. Badanie kontrolne wykazało, że lekarze nie odnotowali w dokumentacji medycznej zastosowania innych standaryzowanych skal w badaniu przedmiotowym, wykorzystywanych w całościowej ocenie geriatrycznej, takich jak np.: ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym, ocena funkcji poznawczych (np. test rysowania zegara), ocena chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek., ocena stanu odżywienia za pomocą testów MNA, czy ocena sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna – za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE. Ustalono również, że u żadnego z pacjentów 75+ nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w art. 36 ust. 3 ustawy o opiece geriatrycznej.

(akta kontroli str. 223-231)

Zgodnie z art. 36 ust. 3 ustawy o opiece geriatrycznej, wstępną ocenę geriatryczną poprzedzającą skierowanie osoby do centrum zdrowia 75+ przeprowadza lekarz lub pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, po uzyskaniu zgody osoby uprawnionej, w terminie 6 miesięcy od dnia ukończenia przez tę osobę 75. roku życia, a następnie w zależności od stanu zdrowia, nie rzadziej jednak niż raz na rok. W myśl art. 52 tej ustawy, w przypadku osób, które ukończyły 75. rok życia przed dniem wejścia w życie ustawy (tj. przed 1 stycznia 2024 r.), wstępną ocenę geriatryczną, o której mowa w art. 36 ust. 3, przeprowadza się w terminie roku od dnia wejścia w życie ustawy (tj. do 31 grudnia 2024 r.).

Odnosząc się do faktu, że lekarze poradni POZ nie przeprowadzali wstępnej oceny geriatrycznej, Dyrektor wskazał, że powyższe przepisy określają zasady kierowania pacjentów m.in. przez lekarza do centrum zdrowia 75+ (skierowanie wystawia lekarz POZ, jeżeli wynik wstępnej oceny geriatrycznej wynosi mniej niż 6 punktów). Zdaniem Dyrektora, powyższe przepisy pozostają martwe, ponieważ aktualnie nie ma możliwości skierowania pacjenta do centrum zdrowia 75+ gdyż w województwie wielkopolskim nie funkcjonuje żadne takie centrum, a ponadto zgodnie z ustawą termin na przeprowadzenie oceny upływa 31 grudnia 2024 r. W ocenie Dyrektora przeprowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej jest potrzebne i konieczne w przypadku podejrzenia rozpoznania choroby neurodegeneracyjnej zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta według aktualnej wiedzy medycznej. Jako trudności, które mogą ograniczyć lub uniemożliwić przeprowadzenie oceny Dyrektor wskazał brak personelu i zasobów oraz przeciążenie obowiązkami.

(akta kontroli str. 217-221)

Z wyjaśnień lekarzy³² zatrudnionych w poradni POZ na podstawie umów cywilnoprawnych wynikało, że nie przeprowadzali oni wstępnej oceny geriatrycznej pacjentów, oraz rzadko stosowali do oceny stanu pacjentów standaryzowane skale, np. wykorzystywane w całościowej ocenie geriatrycznej. Wśród przyczyn braku dokonywania wstępnej oceny geriatrycznej wskazywali m.in. na fakt, że zgodnie z przepisami wprowadzającymi ten rodzaj świadczenia ocena miała poprzedzać kierowanie pacjenta do centrum zdrowia 75+, a na terenie powiatu takie centrum nie

³⁰ W odniesieniu do jednego pacjenta było to związane z oceną stanu zdrowia dla celów planowanego leczenia uzdrowiskowego, drugi pacjent był diagnozowany w związku z upadkiem

³¹ W razie stwierdzenia potrzeby wystawiano skierowania do dermatologa, okulisty lub laryngologa.

³² Wyjaśnień w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. e udzieliło ośmiu lekarzy.

powstało. Jako istotne ograniczenie lekarze wskazywali często na zbyt małą liczbę personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki) przy dużej liczbie obsługiwanych pacjentów i w konsekwencji krótki czas możliwy do przeznaczenia na wizytę, a także przeciążenie lekarzy obowiązkami (także biurokratycznymi). W ocenie większości lekarzy przeprowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej osób 75+ jest potrzebne i powinno być realizowane na bieżąco w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, chociaż zdaniem niektórych realizowanie jej, szczególnie w zakresie ocennych dysfunkcji, wg określonych schematów obecnie nie ma sensu ze względu na brak systemu kompleksowej, standaryzowanej opieki w skali kraju, obejmującej współdziałanie z gerontologiem, geriatrą, neurorehabilitantem, psychologiem. Zgłoszono również propozycje, aby oceny mogli dokonywać poza lekarzami inni pracownicy służby zdrowia (np. pielęgniarki, pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe), a jako dobre i pomocne rozwiązanie zaproponowano powołanie osoby asystenta medycznego (np. do wykonywania testów). Odnosząc się do kwestii stosowania do oceny stanu pacjentów z grupy wiekowej 65+ standaryzowanych skal, np. wykorzystywanych w całościowej ocenie geriatrycznej, lekarze wskazywali m.in., że pacjenci regularnie korzystający z opieki poradni POZ są dobrze znani lekarzowi i na bieżąco oceniani, jednak niekoniecznie z wykorzystaniem wskazanych wystandaryzowanych skal. Wykorzystuje się natomiast wywiad geriatryczny, badania internistyczne poszerzone o badania neurologiczne, ocenę stanu skóry, wzroku, słuchu, stanu emocjonalnego, w miarę potrzeby rozszerzony wywiad z opiekunem lub ocenę sytuacji środowiskowej.

W wyjaśnieniach wskazano również, że efektem stosowania regularnej oceny geriatrycznej u wszystkich osób starszych, wg proponowanych skal, w obecnych warunkach i przy braku powszechnie dostępnego w całym kraju systemu opieki nad tymi pacjentami, byłoby przede wszystkim znaczne ograniczenie dostępności lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla ogółu pacjentów.

(akta kontroli str. 264-278)

4. W SPZOZ monitorowano poziom satysfakcji pacjentów w systemie ciągłym w formie anonimowych ankiet wrzucanych do skrzynek znajdujących się w oddziałach szpitalnych, w poradniach i pracowniach, a od 2023 r. również w formie ankiet dostępnych na stronie internetowej Szpitala. Badania te dotyczyły ogółu pacjentów i nie były w sposób szczególny ukierunkowane na osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi. Pytania ankietowe dotyczyły m.in. uprzejmości personelu, zainteresowania pacjentem, poszanowania prywatności i intymności pacjenta podczas wizyty, informacji o przebiegu choroby i sposobie leczenia czy warunków panujących w przychodni (w tym wyposażenie, oznakowanie gabinetów i innych pomieszczeń, czystości).

Ankiety analizowane były w okresach kwartalnych, a ich wyniki przekazywano kierownikom oddziałów, komórek oraz dyrekcji, a także pracownikom podczas szkoleń wewnętrznych, co potwierdził Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach. Liczba złożonych ankiet dotyczących funkcjonowania poradni POZ w poszczególnych kwartałach lat 2022 i 2023 mieściła się w przedziale 25-35 sztuk, a w I półroczu 2024 r. wynosiła 29.

Z badań wynikało m.in., że w okresie objętym kontrolą 68-80% pacjentów wystawiało poradni POZ ocenę ogólną bardzo dobrą³³, a 80-90% uznawało placówkę za godną polecenia. Ankietowani najwyższą (bardzo dobrą) ocenę wystawiali personelowi, natomiast rejestracja, opieka lekarska i pielęgniarska oceniane były dobrze lub bardzo dobrze. Pacjenci wskazali, że dużym problemem były okresowe kolejki do rejestracji i do lekarza.

³³ W ankiecie przewidziano następującą skalę dla oceny ogólnej: bardzo dobra, dobra, przeciętna, zła, bardzo zła.

Uwagi zgłaszane w 2021 r. odnoszące się do braku uprzejmości, szacunku, empatii, zrozumienia dla pacjenta zostały rozwiązane dzięki rozmowom wyjaśniającym i dyscyplinującym z personelem (w tym wskazywaniu odpowiednich zachowań i prawidłowej komunikacji z pacjentem).

W ocenie Dyrektora wyniki badań satysfakcji pacjentów służą poprawie i doskonaleniu poziomu świadczeń udzielanych w Szpitalu, zwracają uwagę na zadania i nieprawidłowości, których nie był świadomy, a pozytywne oceny są powodem satysfakcji.

W okresie objętym kontrolą do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta nie wpłynęły skargi od pacjentów dotyczące działalności poradni POZ.

(akta kontroli str. 279-299)

5. SPZOZ posiadał w strukturze komórki organizacyjne współpracujące z poradnią POZ w sferze opieki medycznej nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi. Należały do nich m.in.: Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Rehabilitacyjny, Ośrodek Rehabilitacji Diennej, Pracownia Fizjoterapii, Poradnia Neurologiczna oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy. Wymiernymi efektami tej współpracy było np. umieszczenie 11 pacjentów poradni POZ w ww. Zakładzie w latach 2022-2024.

(akta kontroli str. 32-96)

Odnosząc się do przyczyn braku współpracy SPZOZ w sferze opieki medycznej nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi z lekarzami specjalistami w dziedzinie psychologii i psychiatrii oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry i neurologii, Dyrektor wskazał na niewyraźne lub nieistniejące wytyczne dotyczące tej współpracy, ograniczenia budżetowe, brak personelu i przeciążenie obowiązkami.

Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej we współpracę z lekarzami wskazanymi powyżej specjalności sprzyjałoby lepszej koordynacji działań w celu zapewnienia opieki osobom starszym z chorobami neurodegeneracyjnym oraz ich opiekunom.

(akta kontroli str. 301-306)

W wojewódzkim planie transformacji dla województwa wielkopolskiego na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. (dalej: WPT)³⁴ w części dotyczącej leczenia szpitalnego sformułowano m.in. rekomendację nr 2: *Profilowanie podmiotów leczniczych w celu koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim potencjale (kadra medyczna, sprzęt, liczba wykonywanych procedur).*

Dla tej rekomendacji określono następujące działania wymagające koordynowania na poziomie województwa: *Profilowanie podmiotów leczniczych, które w oddziałach zabiegowych posiadają niski odsetek procedur zabiegowych w kierunku miejsc opieki długoterminowej (ZOL/ZPO), oddziałów geriatrycznych.*

Jako uzasadnienie działania wskazano: *Zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze o odpowiednim doświadczeniu zabiegowym. Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-lecznicze. Zgodnie z KPT³⁵ mając na uwadze optymalizację wykorzystania zasobów, wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa należy intensywnie wspierać rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w oddziały geriatryczne. Poza tym w KPT wskazano, że wraz ze wzrostem liczby pacjentów leczonych w AOS nastąpi spadek obciążenia*

³⁴ WPT stanowi załącznik do obwieszczenia Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji.

³⁵ Krajowy plan transformacji ogłoszony obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 80).

łóżek na oddziałach szpitalnych, należy zatem zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej.

Ponadto w Mapie potrzeb zdrowotnych³⁶ dla województwa wielkopolskiego w rekomendowanych kierunkach działań ujęto w pkt: 6.2 – *Wzmocnienie opieki dla osób starszych oraz optymalizacja liczby łóżek geriatrycznych*; 6.6 – *Wskazana jest zmiana strukturalno-organizacyjna polegająca na przekształceniu części łóżek szpitalnych w zakład opiekuńczo-leczniczy/ zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy w przypadku oddziału chorób wewnętrznych, gdy struktura sprawozdanych świadczeń wskazuje na leczenie pacjentów w wieku senioralnym oraz chorób przewlekłych* Zakładana jest kontynuacja profilowania podmiotów leczniczych poprzez wygaszanie niektórych zakresów lub tworzenie nowych zwłaszcza o charakterze opieki długoterminowej.

Wynikające z realizacji zadań określonych w WPT, oczekiwane rezultaty określono m.in. następująco: *Świadczenia będą udzielane w podmiotach o odpowiednim zapleczu łóżkowo-sprzętowym oraz doświadczeniu kadry medycznej. Przejęcie przez podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie leczenia szpitalnego na poziomie powiatowym funkcji w innym zakresie opieki stacjonarnej (długoterminowej).*

Wskazano również podmiot odpowiedzialny za realizację ww. zadań: *NFZ we współpracy z organami założycielskimi podmiotów leczniczych oraz kierownikami podmiotów leczniczych oraz wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym m.in.: Liczba miejsc przekształconych na łóżka opieki długoterminowej lub geriatryczne.*

W odniesieniu do powyższych rekomendacji, w SPZOZ podjęto następujące działania mające na celu wzmocnienie opieki nad osobami starszymi: w styczniu 2023 r. powiększono liczbę łóżek w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym o 25, w lipcu 2023 r. zawarto z NFZ wieloletnią umowę na udzielanie tego rodzaju świadczeń, a w kwietniu 2024 r. w związku z przeniesieniem do innej części budynku powiększono Zakład o kolejne pięć łóżek. Obecnie³⁷ łączna liczba łóżek przeznaczonych dla stacjonarnej opieki długoterminowej wynosi 75³⁸.

(akta kontroli str. 307-369)

6. SPZOZ współpracował z ośrodkami pomocy społecznej właściwymi dla miejsca zamieszkania pacjentów, a podejmowane w celu rozwiązywania problemów socjalno-bytowych pacjentów działania, miały również za zadanie wpływać na poprawę stanu ich zdrowia oraz zwiększać efektywność leczenia i skracać okres hospitalizacji do niezbędnego minimum. W ramach tej współpracy możliwe było zgłaszanie do OPS zapotrzebowania na udzielanie różnego rodzaju wsparcia osobom starszym z chorobami neurodegeneracyjnymi. W badanym okresie do zadań jednego z pracowników SPZOZ należało m.in. udzielanie osobom zainteresowanym informacji dotyczących procedur kierowania do zakładu opiekuńczego, domu pomocy społecznej, hospicjum oraz pomocy w przygotowaniu i złożeniu dokumentacji celem umieszczenia pacjenta w placówce. Działania te dotyczyły wszystkich pacjentów poradni POZ, w tym osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi. W badanym okresie współpraca z organizacjami pozarządowymi nie była prowadzona.

W ramach wykonywania zadań w zakresie POZ, nie realizowano programów polityki zdrowotnej, programów edukacyjnych ani badawczo-rozwojowych dotyczących osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi. W wyjaśnieniach Główna Księgowa działająca z upoważnienia Dyrektora podkreśliła, że SPZOZ nie jest placówką badawczo-rozwojową, a działalność poradni POZ realizowana jest na podstawie

³⁶ Dalej : MPZ.

³⁷ Wg stanu na 18 lipca 2024 r.

³⁸ Z pierwotnie posiadanych 45 łóżek, co oznacza wzrost o 67%

umowy z NFZ, który nie kierował do Szpitala programów edukacyjnych i badawczo-rozwojowych. Wskazała również na ograniczenia finansowe, niewystarczającą liczbę personelu, brak odpowiednich szkoleń i przygotowania personelu do prowadzenia takich programów, a także na biurokrację i złożone formalności dotyczące programów.

(akta kontroli str. 301-312)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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 w Poznaniu. 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.

Poznań, 27 sierpnia 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Aneta Kalinowska
starszy inspektor kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Dyrektor
Karolina Wirszyc-Sitkowska
p.o. Dyrektor
Delegatury NIK w Poznaniu
/podpisano elektronicznie/