



LKI.430.004.2021  
Nr ewid. 42/2021/P/21/072/LKI

Informacja o wynikach kontroli

**FUNKCJONOWANIE  
MEDYCZNEJ OPIEKI GERIATRYCZNEJ**

DELEGATURA W KIELCACH

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

### Informacja o wynikach kontroli

#### Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

Dyrektor Delegatury NIK w Kielcach



Grzegorz Walendzik

#### Akceptuję:

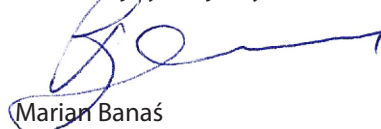
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 03.02.2022

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	7
2. OCENA OGÓLNA .....	14
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	15
4. WNIOSKI.....	20
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	21
5.1. Ministerstwo Zdrowia.....	21
5.1.1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej.....	21
5.1.2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku .....	32
5.2. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.....	34
5.2.1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej.....	35
5.2.2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku .....	38
5.3. Oddziały Wojewódzkie NFZ .....	43
5.3.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.....	44
5.3.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatrii .....	60
5.4. Świadczeniodawcy .....	68
5.4.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.....	69
5.4.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatrii .....	77
5.4.3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów .....	81
6. ZAŁĄCZNIKI .....	88
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	88
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	91
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	95
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	97
6.5. Ekspertyza dotycząca optymalnych warunków opieki geriatrycznej oraz zasad postępowania w tej opiece. Propozycja kształtu opieki geriatrycznej, opracowana przez dr. n. med. Jarosława Derejczyka.....	98
6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....	112
6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra .....	123

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

- COG** całościowa ocena geriatryczna, tj. wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określania problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych starszego pacjenta przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często również pracownik socjalny<sup>1</sup>;
- geriatria** dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego<sup>2</sup>; zajmuje się głównie stanami wielochorobowymi i ich skutkami funkcjonalnymi, do których usposabia starzenie; stanowi kompleksowe, integrujące różne dziedziny medycyny, spojrzenie na pacjenta w starszym wieku pozwalające na optymalne wybory diagnostyki i leczenia (co także zmniejsza koszty); zapewnia optymalne jakościowo życie w starości – rozwiązuje całościowo problemy zdrowotne i opiekuńcze złożonych patologii wieku podeszłego; do opieki geriatrycznej sensu stricto kwalifikują się osoby z grupy seniorów (65+) zagrożone nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, zniedołężnieniem, pogorszeniem jakości życia lub zgonem, w przebiegu chorób zależnych od wieku (wyłaniane za pomocą oceny skalą VES-13<sup>3</sup>);
- gerontologia** wielodyscyplinarny kierunek naukowy dotyczący wszystkich aspektów starzenia się, włączając w to czynniki zdrowotne, biologiczne, socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne i środowiskowe. Wyróżnia się trzy główne działy: gerontologia doświadczalna (zajmująca się mechanizmami starzenia się na modelach zwierzęcych), kliniczna, czyli geriatria (medycyna wieku podeszłego) oraz społeczna (najbardziej rozbudowana obejmująca np. gerontopsychologię, gerontopedagogikę<sup>4</sup>;
- MZ, Ministerstwo** Ministerstwo Zdrowia;
- NFZ** Narodowy Fundusz Zdrowia;
- NIGRiR, Instytut** Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji;
- NPZ** Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020<sup>5</sup>. Jest to dokument strategiczny ustanawiany w celu realizacji polityki zdrowia publicznego;
- OW NFZ** oddział wojewódzki NFZ;
- pacjent** osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>6</sup>);

<sup>1</sup> *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, nr 2, 33–47).

<sup>2</sup> *Geriatria*, prof. dr hab. Tomasz Grodzicki; Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia. [http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/7689/51\\_geriatria\\_13072011.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0003/7689/51_geriatria_13072011.pdf)

<sup>3</sup> Barbara Gryglewska, Anna Głuszewska, Stanisław Górski, Tomasz Grodzicki, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum. *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych*; Gerontologia Polska, tom 21, nr 2, 48–53 ISSN 1425–4956.

<sup>4</sup> Fabiś A., Wawrzyniak J., Chabiela A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna wydawnicza Impuls, Kraków 2015, s. 13.

<sup>5</sup> Dz. U. poz. 1492.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

<b>pacjent geriatryczny</b>	pacjent, który zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osiągnął przynajmniej 60 lat i został skierowany do geriatry; zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu;
<b>polifarmakoterapia</b>	racjonalne, poparte dowodami medycznymi bezpieczne i skuteczne, równoczesne stosowanie kilku leków;
<b>polipragmazja</b>	nieracjonalne, niewłaściwe podawanie większej liczby leków, przy czym w stosunku do co najmniej niektórych z nich brakuje obiektywnych dowodów medycznych na użyteczność terapeutyczną są natomiast dowody, że mogą być potencjalnie szkodliwe;
<b>PSZ</b>	System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, tzw. sieć szpitali;
<b>rozporządzenie z 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. <i>w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</i> <sup>7</sup> ;
<b>rozporządzenie z 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. <i>w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</i> <sup>8</sup> ;
<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. <i>w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</i> <sup>9</sup> ;
<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. <i>w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego</i> <sup>10</sup> ;
<b>rozporządzenie z 2012 r. w sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. <i>w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą</i> <sup>11</sup> ;
<b>rozporządzenie z 2019 r. w sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. <i>w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą</i> <sup>12</sup> ;

<sup>7</sup> Dz. U. poz. 2069; uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

<sup>8</sup> Dz. U. poz. 666, ze zm.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

<sup>11</sup> Dz. U. poz. 739; uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

<sup>12</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.

<b>szpital</b>	zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> <sup>13</sup> );
<b>świadczenie zdrowotne</b>	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy <i>o działalności leczniczej</i> );
<b>ustawa o NIK</b>	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> <sup>14</sup> ;
<b>ustawa o świadczeniach zdrowotnych</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> <sup>15</sup> ;
<b>ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z COVID-19</b>	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. <i>o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych</i> <sup>16</sup> .

<sup>13</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095.

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy pacjentom zapewniono prawidłową i wystarczającą medyczną opiekę geriatryczną?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy proces udzielania świadczeń dotyczących geriatryi został zorganizowany prawidłowo?
2. Czy prawidłowo realizowano świadczenia z zakresu geriatryi?
3. Czy realizacja przyjętej polityki zdrowotnej i świadczeń dotyczących geriatryi stanowiła wystarczającą pomoc dla pacjentów?

## Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, pięć OW NFZ, 12 podmiotów leczniczych (świadczeniodawców)

## Okres objęty kontrolą

2017–2021, do dnia zakończenia kontroli (6 października 2021 r.)

W okresie minionych 30 lat obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Proces starzenia się ludności Polski, będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności.

W końcu 2019 r. liczba ludności Polski wyniosła 38,4 mln, w tym ponad 9,7 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 25%). W stosunku do 2015 r., liczba osób w wieku powyżej 60 lat zwiększyła się o ponad 900 tys.

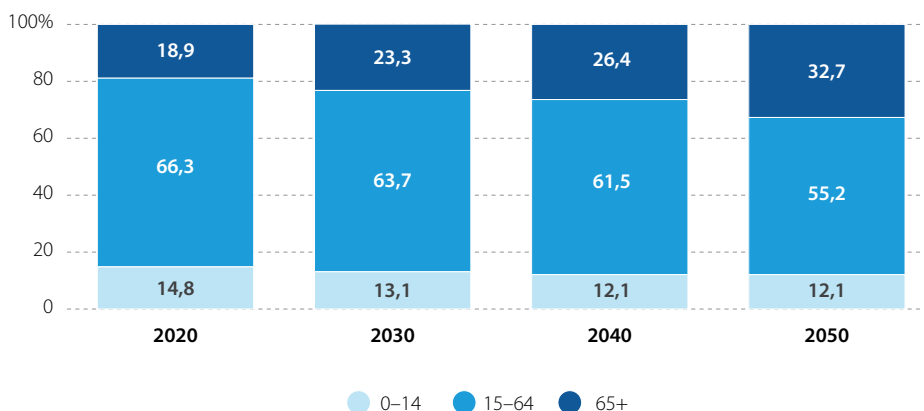
Tabela nr 1  
Ludność Polski w 2019 r.

Grupy wieku	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
<b>w tys.</b>			
<b>Ogółem</b>	38 382,6	18 567,1	19 815,5
<b>W tym 60 lat i więcej</b>	9 703,7	4 064,4	5 639,3
<b>60–64 lata</b>	2 756,6	1 295,8	1 460,9
<b>65–69</b>	2 462,4	1 102,6	1 359,8
<b>70–74</b>	1 754,7	741,3	1 013,4
<b>75–79</b>	1 038,2	398,1	640,1
<b>80–84</b>	879,6	298,1	581,5
<b>85 i więcej</b>	812,1	228,6	581,5
<b>w%</b>			
<b>Ogółem</b>	100,0	100,0	100,0
<b>W tym 60 lat i więcej</b>	25,3	21,9	28,5
<b>60 lat i więcej=100</b>			
<b>60–64 lata</b>	28,4	31,9	25,9
<b>65–69</b>	25,4	27,1	24,1
<b>70–74</b>	18,1	18,2	18,0
<b>75–79</b>	10,7	9,8	11,4
<b>80–84</b>	9,1	7,3	10,3
<b>85 i więcej</b>	8,4	5,6	10,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres nr 1

Prognoza ludności Polski według biologicznych grup wieku (w procentach)



Źródło. opracowanie własne na podstawie Prognoza ludności na lata 2014–2050<sup>17</sup> GUS.

Prognoza rozwoju demograficznego opracowana przez GUS do 2050 r. potwierdza niepokojącą sytuację demograficzną Polski. Wg raportu GUS<sup>18</sup>, przewiduje się, że przez kolejnych 25 lat, tj. do około 2040 roku, proces starzenia się ludności najsilniej dotknie województwa podkarpackie, warmińsko-mazurskie i podlaskie. W latach 2015–2040 miary starzenia się dla tych województw pogorszą się najszybciej. Proces starzenia najłagodniej będzie przebiegał w województwach mazowieckim oraz łódzkim i pomorskim. W efekcie „najmłodszymi” regionami w 2040 r. będą pomorskie i wielkopolskie oraz mazowieckie i małopolskie, czyli województwa z silnym rynkiem pracy oraz zapleczem naukowo-badawczym i akademickim. „Najstarszym” regionem pozostanie województwo opolskie, a także świętokrzyskie, podlaskie i łódzkie. Efektem będzie wyraźna zmiana struktury ludności.

Dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej wzmacnia popyt na świadczenia zdrowotne, realizowane w placówkach stacjonarnej (szpitale, zakłady opieki długoterminowej) i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w ramach systemu ratownictwa medycznego, a także w domach pomocy społecznej.

Obserwowane globalne zjawisko starzenia się społeczeństw i dokonujący się postęp w medycynie powoduje wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego. Stanowi to wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Specjaliści wskazują na nagłą potrzebę kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.

Na świecie, od kilkudziesięciu lat, wdrażana jest w systemie opieki medycznej geriatrya, czyli dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego. Geriatrya, integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej życia człowieka<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html>

<sup>18</sup> *Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2019.

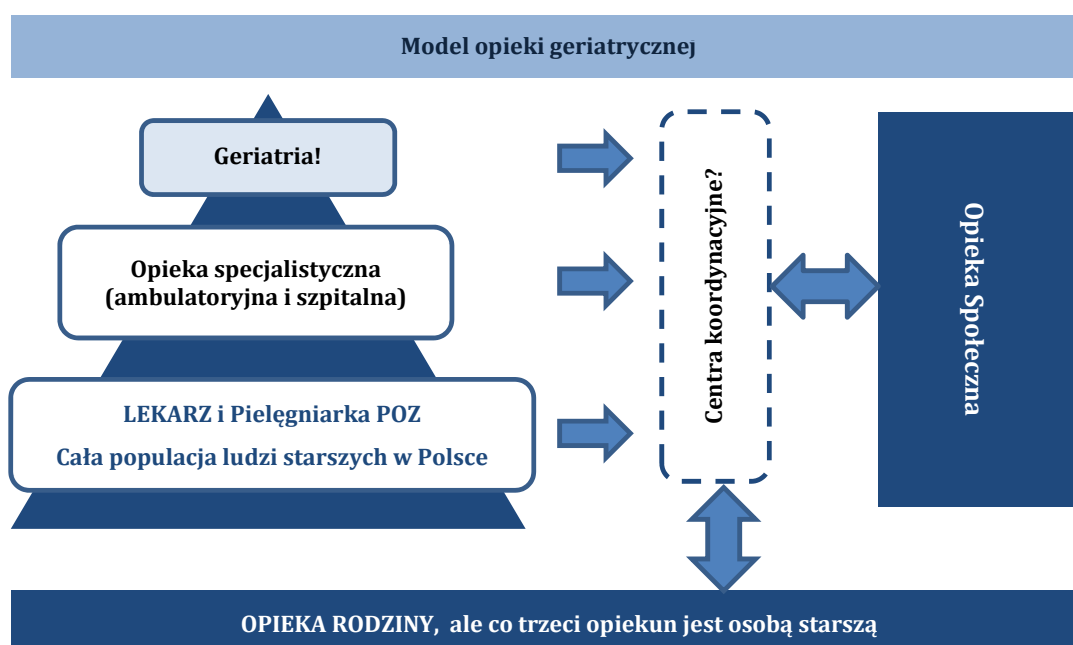
<sup>19</sup> Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J.: *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, Gerontologia Polska 2008, tom 16, nr 3.



## WPROWADZENIE

Z założenia, geriatrycja ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców. Na system opieki geriatrycznej powinny składać się oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową. W taki sposób zorganizowana jest opieka medyczna dla osób w podeszłym wieku w większości krajów tzw. „starej Unii”. Ich doświadczenia wskazują, że specjalistyczne podejście geriatryczne wobec osób w starszym wieku przynosi wymierne korzyści. Pozwala lepiej i skuteczniej rozwiązywać i optymalizować problemy zdrowotne osób starszych, umożliwiając im bardziej komfortowe i samodzielne funkcjonowanie w dłuższym okresie<sup>20</sup>.

Infografika nr 1  
Model opieki geriatrycznej



Źródło: Geriatrycja w Polsce AD.2018, prof. B. Bień.

Podstawą podejścia geriatrycznego jest ocena funkcji pacjenta w zakresie poszczególnych narządów i całego organizmu, która standardowo prowadzona jest w procedurze COG. Procedura ta definiowana jest jako wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określania problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych starszego pacjenta przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często również pracownik socjalny<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Humańska M., Kędziora-Kornatowska K., *Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku*, Gerontologia Polska, 2009; 17(3), s. 126–128.

<sup>21</sup> Skalska A.: *Kompleksowa ocena geriatryczna*. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.) Geriatrycja z elementami gerontologii ogólnej „Via Medica Gdańska” 2007; s. 68–75.

Podejście geriatryczne różni się od konwencjonalnego podejścia medycznego, które tradycyjnie skoncentrowane jest na leczeniu poszczególnych chorób. Naczelnym celem geriatry jest poprawa stanu funkcjonalnego człowieka, głównie w zakresie czynności życia codziennego i jakości życia osób starszych. W literaturze przedmiotu jako główne korzyści wynikające z geriatrycznego podejścia do pacjenta wskazuje się:

- zmniejszenie ryzyka śmierci (o 22% po 12 miesiącach od interwencji szpitalnej, o 14% dla wszystkich);
- zwiększenie prawdopodobieństwa dalszego mieszkania w swym domu (o 47% po 12 miesiącach od interwencji szpitalnych, o 26% dla wszystkich);
- zmniejszone ryzyko ponownego przyjęcia do szpitala (o 12%);
- większa szansa poprawy stanu funkcjonalnego po interwencji szpitalnej (o 72%)<sup>22</sup>.

Najczęściej stwierdzane choroby lub problemy pacjentów geriatrycznych można uporządkować w kolejności: nadciśnienie tętnicze (60%), depresja (52%), nietrzymanie moczu (48%), upadki (41%), otępienie (35%), cukrzyca (31%), niewydolność serca (27%), choroba wrzodowa (22%), niedożywienie białkowo energetyczne (20%), majaczenie (19%), zespoły jatrogenne (17%), przewlekła choroba nerek (17%), choroba Parkinsona (16%) i nowotwory (9%)<sup>23</sup>.

Geriatryka to stosunkowo młoda dziedzina medycyny w Polsce ciągle słabo doceniana. Minister Zdrowia, który, zgodnie z upoważnieniem wynikającym z ustawy o *działalności leczniczej*<sup>24</sup>, ma możliwość określenia standardów postępowania w różnych dziedzinach medycyny, w przypadku geriatryki nie skorzystał z tego uprawnienia. Nie określił w drodze rozporządzenia standardów postępowania w opiece geriatrycznej, pomimo że powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii w 2013 r. opracował takie standardy<sup>25</sup>, a sam Minister Zdrowia w roku 2009 uznał geriatrykę za priorytetową dziedzinę medycyny. Opracowanie takich standardów miało na celu: (1) poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym przez prezentację modelu/wzorca oceny stanu pacjenta geriatrycznego i opieki geriatrycznej (kompleksowość i fachowość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatryki), poprawę dostępności do kwalifikowanych świadczeń geriatrycznych, uproszczenie procedur diagnostycznych dla pacjentów geriatrycznych i zredukowanie liczby wizyt specjalistycznych, ograniczenie polipragmatyzacji, a także odciążenie opiekuna; (2) optymalizację organizacji i ekonomizację wydatków na opiekę nad osobami starszymi. Standardy opieki geriatrycznej opisują organizację miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, skład zespołu geriatrycznego, sposób postępowania z pacjentem geriatrycznym oraz proce-

<sup>22</sup> Bień B.: *Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w Polsce, Kontrola Państwowa* Numer Specjalny 1/2016, s. 41.

<sup>23</sup> Kostka T., Koziarska-Rościszewska M.: *Choroby wieku podeszłego*, Wydanie I.: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 174–176.

<sup>24</sup> Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy o *działalności leczniczej*, minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

<sup>25</sup> Zostały one opublikowane jedynie na łamach kwartalnika *Gerontologia Polska* (2013, tom 21, nr 2, s. 33–47).

dury medyczne w opiece geriatrycznej, zakres świadczeń zdrowotnych opieki geriatrycznej, interdyscyplinarną współpracę zespołu geriatrycznego, a także instytucje geriatryczne świadczące opiekę nad seniorami.

W geriatryi do oceny stanu chorego stosuje się tzw. *całościową ocenę geriatryczną* (COG). Jest to zespół skal i testów do oceny samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu oraz występowania szczególnych problemów geriatrycznych, takich jak upadki, zaburzenia odżywiania, zespół kruchości. Korzystanie z COG służy diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, a także optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego. COG powinna być wykonywana przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, a często także pracownik socjalny. Stosowanie COG w leczeniu pacjenta umożliwia porównywanie wyników tego samego pacjenta po upływie czasu i różnych pacjentów po tym samym czasie. Wyniki COG pozwalają także na wymianę informacji o pacjencie pomiędzy lekarzami, którzy nim się opiekują. Celem COG jest także wdrażanie terapii, rehabilitacji i opieki długoterminowej, koordynacja celów wyznaczonych przez świadczeniodawców oraz optymalne wykorzystanie zasobów pacjenta i systemu. Jednym z elementów COG jest skala VES-13, która służy do kwalifikowania pacjentów powyżej 60. roku życia do opieki geriatrycznej.

Infografika nr 2

Domeny całościowej oceny geriatrycznej



Źródło: <https://podyplomie.pl/medical-tribune/22407,calosciowa-ocena-geriatryczna-zestaw-skal-czy-cos-wiecej-analiza-przypadkow-klinicznych>.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne<sup>26</sup> opracowało następujące zasady opieki geriatrycznej:

- powszechność opieki – dostęp wszystkich osób starszych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- dostępność opieki – bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia;
- długotrwałość opieki – ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłości chorób;
- jakość opieki – stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez praktyków (doksztalcanie) ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- kompleksowość opieki – całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych (lekarz+pielęgniarka+fizjoterapeuta+pracownik socjalny+inni)<sup>27</sup>.

Opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi jest realizowana w poradniach geriatrycznych (AOS) oraz szpitalnych oddziałach geriatrycznych.

Zwiększająca się liczba osób w wieku 65+ powoduje, że wzrasta zapotrzebowanie na kompleksową opiekę zdrowotną dla seniorów. Jednak niewielka liczba wyspecjalizowanych podmiotów, które ją realizują oraz brak lekarzy geriatrów sprawia, że opieka ta jest niewystarczająca i trudno dostępna dla znacznej części osób w podeszłym wieku. Geriatria jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny w Polsce i stanowi wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji, specjaliści wskazują na nagłą potrzebę kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Problem ten został zauważony przez NIK już wcześniej, w kontroli P/14/062 *Opieka medyczna nad osobami starszymi*. Kontrolą objęto 14 jednostek: Ministerstwo Zdrowia, Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, trzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dziewięć podmiotów leczniczych. Wyniki tej kontroli wykazały, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność opieki geriatrycznej była niewystarczająca, brakowało powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność do opieki geriatrycznej w latach objętych kontrolą (2011–2014) pogorszyła się. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania. Dostęp do świadczeń geriatrycznych był zróżnicowany terytorialnie. Opracowane, przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej* nie zostały wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej,

<sup>26</sup> Ogólnopolska organizacja pozarządowa zrzeszająca gerontologów, geriatrów i inne osoby, które zawodowo lub naukowo związane są z problematyką procesów starzenia się i starości. Celem działalności Towarzystwa jest popieranie i rozwijanie nauk z zakresu gerontologii oraz działanie na rzecz popularyzacji problematyki gerontologii społecznej, klinicznej i teoretycznej.

<sup>27</sup> Bień B.: *Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w Polsce, Kontrola Państwowa Numer Specjalny 1/2016*, s. 45.

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, był ograniczony. W ramach tej kontroli dokonano analizy kosztów leczenia pacjentów po 60. roku życia, w podziale na trzy grupy wiekowe. Jej wyniki jednoznacznie wykazały, że leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne (przeznaczone dla pacjentów powyżej 60. roku życia z wieloma chorobami) jest jednostkowo tańsze o 1380 zł na jednego pacjenta, w ciągu roku po wyjściu ze szpitala, niż leczenie porównywalnych pacjentów po pobycie na oddziałach chorób wewnętrznych.

## 2. OCENA OGÓLNA

Nieprawidłowa i niewystarczająca opieka geriatryczna

**Funkcjonujący w Polsce system medycznej opieki geriatrycznej nie zapewniał seniorom prawidłowej i wystarczającej opieki. Objęte kontrolą podmioty lecznicze na ogół spełniały niezbędne warunki dla realizacji tej opieki, jednak zmagaly się z wieloma problemami, utrudniającymi zapewnienie opieki geriatrycznej na najwyższym poziomie. Wynikały one głównie z braku kompleksowych rozwiązań służących rozwojowi tej dziedziny medycyny. Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia, oddziały wojewódzkie NFZ oraz NIGRiR były nieskoordynowane, fragmentaryczne i okazały się niewystarczające do stworzenia kompleksowego systemu opieki geriatrycznej. Nierówny dostęp do opieki geriatrycznej powoduje, że starsi mieszkańcy niektórych rejonów Polski nadal są pozbawieni możliwości skorzystania z tej formy pomocy.**

Kluczowym problemem w rozwoju geriatry w Polsce, dotychczas nierozwiązanym, pozostaje zbyt mała liczba personelu medycznego mającego kwalifikacje w tej dziedzinie. Pomimo uznania geriatry za priorytetową dziedzinę medycyny, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wyborem tej specjalizacji. Niedobór lekarzy geriatrów był główną barierą prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń. Jednocześnie stanowił najważniejszą przyczynę, stwierdzonych w objętych kontrolą szpitalach, przypadków wykonywania przez lekarzy swoich obowiązków nieprzerwanie przez ponad dobę, w skrajnej sytuacji nawet przez 240 godzin. Liczba pielęgniarek mających specjalizację związane z opieką nad starszymi pacjentami również jest niewystarczająca, przez co większość skontrolowanych szpitali miała trudności ze zdobyciem takiego personelu.

Działania MZ i OW NFZ nie doprowadziły do zniwelowania nierównego dostępu do opieki geriatrycznej w Polsce. W województwie śląskim, w 2021 r. funkcjonowało 14 oddziałów geriatrycznych, podczas gdy w województwach podlaskim i zachodniopomorskim – po jednym, a w województwie warmińsko-mazurskim – żaden.

OW NFZ prawidłowo sporządzały plany zakupu świadczeń, uwzględniające świadczenia z zakresu geriatry oraz systematycznie monitorowały wykonywanie tych świadczeń. Działania te nie wiązały się z poprawą dostępności i zapewnieniem równego dostępu do tych świadczeń. Główną przyczyną tego był brak zainteresowania świadczeniodawców ogłaszanymi postępowaniami konkursowymi, co wynikało z ograniczonej liczby personelu medycznego niezbędnego do uruchomienia nowych oddziałów szpitalnych oraz poradni.

W okresie objętym kontrolą nie zmieniły się lub pogorszyły się najważniejsze wskaźniki dotyczące dostępności świadczeń geriatrycznych w objętych kontrolą województwach. Dotyczy to przede wszystkim liczby oddziałów szpitalnych, poradni, personelu, a także wskaźników liczby mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadających na jedno łóżko szpitalne czy lekarza geriatry. Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia geriatryczne występował w województwie śląskim, w którym sieć placówek i liczba lekarzy była na najwyższym poziomie w kraju. W trzech z pięciu województw pacjenci mogli skorzystać ze świadczeń bez oczekiwania na ich udzielenie.

Wciąż brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Minister Zdrowia nie wprowadził do stosowania przepisami powszechnie obowiązującymi standardów opieki geriatrycznej, które powinny wpłynąć na poprawę jakości i efektywności udzielanej opieki. Całościowa Ocena Geriatryczna była w pełni stosowana jedynie w połowie skontrolowanych szpitali.

Ministerstwo Zdrowia oraz NIGRiR pomimo formalnego powołania przy MZ Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej, a w NIGRiR Narodowej Rady Geriatry i Gerontologii, nie wykorzystywały potencjału tych gremiów do wypracowania i wdrożenia rozwiązań służących rozwojowi geriatry. W ocenie NIK, także właściwa współpraca OW NFZ z innymi podmiotami na etapie przygotowywania planów zakupu świadczeń, powinna przyczynić się do rozwiązania problemów tej dziedziny medycyny.

### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Działania Ministra Zdrowia nie przyczyniły się do zniwelowania nierównego dostępu do opieki geriatrycznej na terenie kraju. W województwie śląskim w 2021 r. (1 września) funkcjonowało 14 oddziałów geriatrycznych, podczas gdy w województwach podlaskim i zachodniopomorskim znajdowało się po jednym, a w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego oddziału geriatrycznego. Istnieje ryzyko nieosiągnięcia prognozowanego na 2029 r.<sup>28</sup> zapotrzebowania na łóżka geriatryczne, gdyż na dzień 1 września 2021 r. liczba łóżek geriatrycznych stanowiła jedynie 15% prognozowanej liczby. [str. 20–22]

Nierówny dostęp do opieki geriatrycznej

Minister dostrzegł potrzebę rozwoju geriatry i w tym celu powołał w 2015 r. i 2020 r. Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej, który jednak nie podjął działalności. W konsekwencji Minister nie miał możliwości korzystania ze wsparcia tego Zespołu w sprawach dotyczących problematyki opieki nad osobami starszymi. [str. 25–26]

Niewykorzystanie potencjału Zespołu ds. Zdrowotnej Polityki Senioralnej

W okresie objętym kontrolą, Minister Zdrowia nie wprowadził, w drodze rozporządzenia, standardów opieki geriatrycznej. Wprowadzenie do stosowania standardów przepisami powszechnie obowiązującymi mogłoby się przyczynić do podniesienia jakości i efektywności procesu leczenia pacjentów. W latach 2017–2021 w Ministerstwie nie prowadzono również prac legislacyjnych dotyczących projektów innych aktów prawnych obejmujących organizację, funkcjonowanie czy poprawę jakości i dostępności opieki geriatrycznej. [str. 26]

Niewprowadzenie standardów opieki geriatrycznej

Kluczowym problemem w rozwoju geriatry, dotychczas nierozwiązanym, jest zbyt mała liczba specjalistów w tej dziedzinie. Pomimo uznania od 2004 r. geriatry za priorytetową dziedzinę medycyny oraz systematycznego wzrostu liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wyborem tej specjalizacji, a zamiar odbywania jej w trybie rezydenturki deklarowało corocznie jedynie kilka osób. [str. 26–28]

Zbyt mała liczba geriatrów

W opracowanych w Ministerstwie dokumentach programowych i strategicznych uwzględniano problematykę opieki nad osobami starszymi. Nie wszystkie zadania związane z poprawą opieki nad seniorami, przewidziane w tych dokumentach, zostały zrealizowane. Nie wdrożono bilansu zdrowotnego 60-latków, przewidzianego w NPZ na lata 2016–2020. Nie zrealizowano także zadań dotyczących opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, poprawy koordynacji opieki oraz określenia zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych. Zadania te przewidziano do wykonania w latach 2018–2020, a zapisano w dokumencie pn. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ* (dalej: *Polityka wobec osób starszych*). [str. 30–31]

Niezrealizowanie niektórych zadań dotyczących poprawy medycznej opieki nad seniorami

Instytut realizował objęte szczegółowym badaniem NIK projekty międzynarodowe dotyczące geriatry: *Wdrażanie dobrych praktyk w chorobach przewlekłych*, akronim *CHRODIS PLUS* oraz *Kompleksowe podejście do promowania w Europie życia w podeszłym wieku wolnego od niepełnosprawności: inicja-*

Działalność badawcza NIGRiR w obszarze geriatry

<sup>28</sup> Prognoza zawarta w dokumencie pn. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski (rozdział III Prognoza)*.

tywa *ADVANTAGE*. W NIGRiR, w okresie objętym kontrolą prowadzono także 11 badań naukowych w obszarze geriatry. Dwa badania nie zostały jednak w pełni zrealizowane, a realizacja dwóch kolejnych została wydłużona. Spowodowane to było przede wszystkim reorganizacją Instytutu, związaną z rozszerzeniem jego działalności o obszar geriatry od 2015 r., brakami kadry naukowej oraz epidemią COVID-19. [str. 32–34]

**Niewykorzystanie potencjału Narodowej Rady Geriatrii i Gerontologii**

Dyrektor Instytutu 18 listopada 2015 r. powołał Narodową Radę Geriatrii i Gerontologii. Rada ta, zgodnie z regulaminem, miała być organem inicjującym, opiniodawczym i doradczym Dyrektora w sprawach działalności statutowej Instytutu oraz rozwoju działalności naukowo-badawczej. Odbyły się jednak tylko trzy posiedzenia Rady – ostatnie 19 grudnia 2016 r. Funkcjonowanie Rady zgodnie z przyjętymi założeniami mogło przyczynić się do zintensyfikowania działalności Instytutu w dziedzinie geriatry. [str. 34]

**Nieopracowanie standardów opieki geriatrycznej**

Instytut w okresie objętym kontrolą współpracował z podmiotami zajmującymi się problematyką opieki zdrowotnej osób starszych, np. z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego. Pracownicy NIGRiR uczestniczyli w opracowaniu dokumentów zawierających zalecenia, wskazówki i wytyczne w obszarze geriatry. Przygotowane zalecenia dotyczyły głównie organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii oraz zachowania się w środowisku domowym w okresie epidemii COVID-19.

Działania te nie przyczyniły się jednak do opracowania standardów opieki geriatrycznej, mimo że do zadań Instytutu należało m.in. opracowywanie standardów medycznych i wytycznych dotyczących: procedur geriatrycznych, opieki nad osobami starszymi, farmakoterapii osób starszych, warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze geriatry oraz ekonomiki procesów leczniczych w tej dziedzinie. [str. 37–38]

**Prawidłowe opracowywanie planów zakupu świadczeń**

Objęte kontrolą oddziały wojewódzkie NFZ prawidłowo opracowywały plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry. Zapotrzebowanie na świadczenia szacowane było przede wszystkim na podstawie poziomu realizacji zawartych wcześniej umów, obłożenia łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Jednak w OW NFZ istotnie ograniczone były możliwości planowania i kształtowania polityki zdrowotnej w województwie, głównie przez PSZ (tzw. sieć szpitali), a także z powodu braku personelu medycznego, niezbędnego do uruchomienia nowych szpitalnych oddziałów geriatrycznych czy poradni. [str. 46–47]

**Środki przeznaczone na poprawę dostępności świadczeń geriatrycznych nie uległy zwiększeniu**

Poprawa opieki geriatrycznej znalazła się w latach 2017–2018 wśród priorytetów centralnych określonych przez Prezesa NFZ oraz wśród priorytetów regionalnych w czterech z pięciu województwach objętych właściwością skontrolowanych OW NFZ. Nie znalazło to jednak odzwierciedlenia w wysokości środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń geriatrycznych. W okresie objętym kontrolą nie zmieniły się lub pogorszyły się najważniejsze wskaźniki dotyczące dostępności świadczeń geriatrycznych w poszczególnych województwach, tj. w szczególności liczba



## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

oddziałów szpitalnych, poradni, personelu, a także współczynniki liczby mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadających na łóżko szpitalne czy lekarza geriatrę. [str. 47–48, 54–56]

Ponad połowa skontrolowanych OW NFZ (60%) na etapie sporządzania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej nie współpracowała z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w województwie oraz konsultantami wojewódzkim i krajowym w dziedzinie geriatric. Brak tej współpracy utrudniał wypracowanie rozwiązań, które mogły mieć wpływ np. na wzrost liczby lekarzy specjalistów geriatrów. [str. 51–53]

Trzy z pięciu skontrolowanych OW NFZ nie przeprowadziły żadnego postępowania na zakup świadczeń geriatrycznych.

Główną przyczyną tego stanu, wskazywaną przez dyrektorów wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ, było słabe zainteresowanie świadczeniodawców realizacją umów dotyczących świadczeń geriatrycznych, głównie z powodu niewystarczającej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatric oraz pielęgniarek z tą specjalizacją. Brak zainteresowania kierujących placówkami medycznymi realizacją świadczeń geriatrycznych wynikał również z niewystarczającego ich finansowania. [str. 53–54, 61–62]

Objęte kontrolą OW NFZ gromadziły dane dotyczące liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia geriatrycznego. Pacjenci geriatryczni przyjmowani byli bez konieczności oczekiwania w województwie świętokrzyskim (zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych). Podobnie było w województwach wielkopolskim i lubuskim, jeśli chodzi o przyjęcie na oddział szpitalny oraz w województwie wielkopolskim – przyjęcie do poradni w trybie pilnym. W pozostałych województwach objętych kontrolą czas oczekiwania wynosił na ogół kilkanaście dni. Najgorsza sytuacja pod względem czasu oczekiwania występowała w województwie śląskim, w którym w sytuacji pilnej czas oczekiwania na przyjęcie na oddział geriatryczny wynosił kilkanaście dni, a w przypadkach stabilnych – ponad 60 dni.

Dane te, w zestawieniu z liczbą ludności powyżej 60 lat uprawnionych do świadczeń geriatrycznych oraz stałą liczbą oddziałów i poradni mogą świadczyć o tym, że pacjenci w wieku powyżej 60 lat leczą się głównie w poradniach specjalistycznych i na innych oddziałach szpitalnych, przede wszystkim wewnętrznych. [str. 49–50]

W okresie objętym kontrolą, wysokość środków ponoszonych na finansowanie świadczeń geriatrycznych w leczeniu szpitalnym zmniejszyła się w czterech z pięciu objętych kontrolą OW NFZ, a w AOS wydatki zmniejszyły się w dwóch oddziałach, w dwóch wzrosły, a w jednym pozostały na podobnym poziomie. Skontrolowane OW NFZ systematycznie monitorowały wykonywanie świadczeń geriatrycznych, właściwie reagując w przypadkach odbiegających od wartości zakontraktowanych. Prawidłowo rozpatrywały wpływające do oddziałów skargi dotyczące udzielonych świadczeń geriatrycznych. Kontrola umów dotyczących świadczeń opieki geriatrycznej prowadzona była prawidłowo przez wydziały kontroli dzia-

Niewystarczająca współpraca z innymi podmiotami na etapie opracowywania planów

Niewielka skala postępowań konkursowych

Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia

Prawidłowa kontrola i monitoring wykonania świadczeń oraz rozpatrywanie skarg

łąjące w strukturach OW NFZ do 31 maja 2019 r.<sup>29</sup>, jednak liczba takich kontroli była niewielka. Skontrolowane OW NFZ w latach 2017–2019 (do 31 maja) przeprowadziły jedną kontrolę planową oraz sześć kontroli doraźnych. Departament Kontroli NFZ przy udziale Terenowych Wydziałów Kontroli zrealizował na terenie pięciu objętych OW NFZ trzy kontrole. [str. 58–59]

#### Spełnianie wymagań dotyczących warunków i wyposażenia

Skontrolowani świadczeniodawcy spełniali wymagania dotyczące pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia opieki geriatrycznej, wyposażenia w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienia poczucia intymności i godności. W szpitalach wprowadzono procedury dotyczące opieki nad pacjentami geriatrycznymi, jednak nie we wszystkich przestrzegano procedury oceny geriatrycznej, zwłaszcza wobec seniorów hospitalizowanych na oddziałach innych niż geriatryczne. [str. 68]

#### Niewystarczająca liczba lekarzy

Głównym problemem, z którym borykały się skontrolowane podmioty lecznicze był niedobór personelu medycznego, choć zapewniono minimalną, wymaganą przepisami liczbę lekarzy, fizjoterapeutów i psychologów, ale liczba lekarzy okazała się niewystarczająca. Świadczą o tym częste sytuacje, w których lekarze zatrudnieni na podstawie zawartych ze szpitalem umów cywilnoprawnych, wykonywali swoje obowiązki nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, często w przedziale 31–35 godzin, a w skrajnym przypadku – nawet 240 godzin<sup>30</sup>. Pomimo że przepisy ustawy o działalności leczniczej, dotyczące czasu pracy nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wymiarze ponad 24 godzin bez przerwy, mogła budzić uzasadnione obawy o jakość świadczonych przez nich usług oraz o bezpieczeństwo pacjentów. [str. 64–66]

#### Problemy z zatrudnieniem pielęgniarek

Świadczeniodawcy mieli też istotne problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego. W okresie objętym kontrolą lub niektórych latach, wymóg dotyczący zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek z odpowiednimi kwalifikacjami nie został spełniony w sześciu z 10 skontrolowanych szpitali (60%). Zatrudnianie mniejszej liczby pielęgniarek niż określone minimum, zwłaszcza w sytuacji sprawowania przez nie opieki nad często niesamodzielnymi pacjentami w podeszłym wieku, mogło powodować zagrożenie dla ich bezpieczeństwa. [str. 66–67]

#### Jednolite zasady przyjęć pacjentów

Skontrolowani świadczeniodawcy stosowali wobec pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych i pacjentów poradni geriatrycznych jednolite zasady przyjęć. W siedmiu z 10 objętych kontrolą poradni geriatrycznych nie umożliwiono rejestracji drogą elektroniczną, co mogło stanowić utrudnienie zarówno dla pacjentów geriatrycznych jak i ich opiekunów. [str. 68–69]

<sup>29</sup> Od 1 czerwca 2019 r. kompetencje te zostały przydzielone Departamentowi Kontroli w Centrali NFZ. Na podstawie § 38 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (zał. do zarządzenia nr 67/2019/GPF Prezesa NFZ z 14 czerwca 2019 r. w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, ze zm.).

<sup>30</sup> Problem ten był wielokrotnie wskazywany przez NIK w kontrolach dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W 2015 r. w Informacji o wynikach kontroli *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (P/14/065)* sformułowano wniosek do Ministra Zdrowia o rozważanie zainicjowania zmiany obowiązującego stanu prawnego, w taki sposób, by prawo do odpoczynku było przypisane do pracownika (osoby) i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u jednego pracodawcy niezależnie od formy zawartych umów.

Epidemia COVID-19 wpłynęła istotnie na realizację świadczeń dotyczących geriatry. Osiem spośród 10 objętych kontrolą świadczeniodawców mających w swych strukturach oddział geriatryczny musiała ograniczyć lub wstrzymać udzielanie świadczeń. Jeden z kontrolowanych podmiotów pełnił rolę szpitala „jednoimiennego”. W czterech oddziałach geriatrycznych wykryto ognisko zakażenia wśród pacjentów lub personelu i w związku z tym czasowo zawieszano ich działalność. Dwa oddziały geriatryczne zostały przekształcone w oddziały izolacyjne, a jeden oddział czasowo zamknięto ze względu na oddelegowanie pracowników do pracy na oddziale izolacyjnym. W 2020 r. osiem z 10 kontrolowanych poradni geriatrycznych udzielało teleporad, ale ich liczba była zróżnicowana. Stosowano je wobec pacjentów kontynuujących leczenie. Zdecydowanie dominujące były jednak porady w formie tradycyjnej. W okresie epidemii znacznie wzrosła liczba zgonów pacjentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). [str. 70–71]

Opieka geriatryczna podczas epidemii

W pięciu objętych kontrolą oddziałach geriatrycznych podstawą diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w podeszłym wieku była procedura COG. W trzech oddziałach wobec pacjentów stosowano elementy COG lub przeprowadzano je w stosunku do nielicznej grupy pacjentów, natomiast w dwóch – procedury tej nie przeprowadzano. Było to spowodowane stanem zdrowotnym pacjentów, niewystarczającą liczbą lekarzy oraz zbyt niską wyceną tego świadczenia. [str. 74–76]

Problemy ze stosowaniem COG

Pacjentom leczonym na oddziałach geriatrycznych zapewniono dostęp do konsultacji specjalistycznych, np. kardiologicznych, chirurgicznych, laryngologicznych, neurologicznych i ortopedycznych. Pacjentom zapewniono również możliwość opieki psychologa. Skala tej formy pomocy była jednak zróżnicowana w poszczególnych oddziałach. Podobne zróżnicowanie skali pomocy dotyczyło opieki fizjoterapeutów. Kompleksowość opieki nad pacjentami geriatrycznymi, polegająca na wielokierunkowej współpracy z psychologiem, fizjoterapeutami i lekarzami różnych specjalności, a także instytucjami pomocy społecznej oraz samorządem lokalnym miała wpływ na podniesienie jakości tej opieki. [str. 76–77]

Formy opieki nad pacjentami geriatrycznymi

W ekspertyzie opracowanej na potrzeby niniejszej kontroli NIK przedstawiono problemy systemowe z jakimi zmagają się geriatry w Polsce, w tym również ich aspekt finansowy. Autor zwrócił uwagę na nierówny terytorialnie dostęp do placówek oferujących tę formę pomocy oraz na brak kadry medycznej. Podkreślono korzyści jakie daje pacjentom kompleksowa opieka geriatryczna oraz znaczenie COG w ich diagnostyce. Na podstawie doświadczenia zawodowego autora zaprezentowano jak powinna wyglądać codzienna opieka nad pacjentami oddziałów i poradni geriatrycznych. Wskazano rozwiązania organizacyjne, które są istotne dla podniesienia jakości tej opieki. Ekspertyza stanowi załącznik nr 6.5. do niniejszej *Informacji*<sup>31</sup>.

Medyczna opieka geriatryczna w świetle opinii eksperta

<sup>31</sup> Ekspertyza dotycząca optymalnych warunków opieki geriatrycznej oraz zasad postępowania w tej opiece. Propozycja kształtu opieki geriatrycznej, przygotowana przez dr. n. med. Jarosława Derejczyka.

## 4. WNIOSKI

Mając na uwadze wyniki kontroli, wskazujące na konieczność poprawy organizacji i jakości medycznej opieki geriatrycznej, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o przygotowanie rozwiązań prawnych mających na celu:

**Minister Zdrowia**  
wnioski *de lege ferenda*

1. Stworzenie systemu wsparcia organizacyjnego i finansowego dla podmiotów leczniczych, sprzyjającego podejmowaniu decyzji o utworzeniu nowych oddziałów i poradni geriatrycznych.
2. Zwiększenie atrakcyjności specjalizacji z dziedziny geriatricy, co wpłynie na zwiększenie zainteresowania lekarzy wyborem tej specjalizacji.
3. Wprowadzenie do stosowania w drodze przepisów powszechnie obowiązujących standardów organizacyjnych opieki geriatrycznej, na podstawie delegacji przewidzianej w art. 22 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>32</sup>.

**Zarządzający**  
podmiotami leczniczymi

NIK wnosi o podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nadmiernie długiej pracy lekarzy (nieprzerwanie nawet przez kilka dni) zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>32</sup> NIK wskazywała już na taką potrzebę po przeprowadzeniu kontroli *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym* (Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 2/2015/P/14/062/KZD). Postulat ten dotychczas nie został zrealizowany, pomimo że Minister Zdrowia od 2013 r. dysponuje *Standardami postępowania w opiece geriatrycznej* przygotowanymi przez powołany przez siebie Zespół do spraw Gerontologii, które mogłyby posłużyć jako podstawa do opracowania powszechnie obowiązujących *Standardów*.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Ministerstwo Zdrowia

Działania podejmowane w Ministerstwie w okresie objętym kontrolą nie przyczyniły się do zmniejszenia zróżnicowania w dostępie do opieki geriatrycznej pomiędzy województwami – w województwie zachodniopomorskim (według danych na dzień 1 września 2021 r.) dostępnych było jedynie osiem łóżek geriatrycznych, a w województwie warmińsko-mazurskim w dalszym ciągu nie zapewniono pacjentom dostępu do stacjonarnej opieki geriatrycznej<sup>33</sup>. Corocznie, począwszy od 2019 r., zmniejszała się liczba dostępnych w Polsce łóżek geriatrycznych. Pomimo uznania geriatry, od wielu lat, za priorytetową dziedzinę medycyny, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wyborem tej dziedziny specjalizacji. Opracowane przez Zespół ds. Gerontologii standardy opieki geriatrycznej nie zostały wprowadzone jako przepisy powszechnie obowiązujące, przez co ich wpływ na jakość i efektywność udzielanej opieki był ograniczony. Minister Zdrowia nie miał możliwości skorzystania ze wsparcia Zespołu ds. Zdrowotnej Polityki Senioralnej w sprawach dotyczących opieki nad osobami starszymi. Ministerstwo współpracowało z podmiotami zainteresowanymi problematyką opieki zdrowotnej osób starszych oraz analizowało i realizowało niektóre postulaty zgłaszane przez te podmioty (np. możliwość wystawiania recept przez lekarzy geriatrów na bezpłatne leki dla seniorów w ramach Programu Leki 75+).

W opracowanych w Ministerstwie dokumentach programowych i strategicznych uwzględniano problematykę opieki nad osobami starszymi, jednakże ich realizacja nie przyczyniła się do zwiększenia dostępności pacjentów do stacjonarnej opieki geriatrycznej. Nie opracowano i nie wdrożono bilansu zdrowotnego 60-lątka, przewidzianego do realizacji w ramach NPZ na lata 2016–2020. W latach 2018–2020 nie zrealizowano także niektórych zadań określonych w *Polityce wobec osób starszych*, polegających na opracowaniu standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, poprawie koordynacji opieki oraz na określeniu zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.

#### 5.1.1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej

W latach 2017–2021, w kraju funkcjonowało odpowiednio 58, 61, 61, 58 i 57<sup>34</sup> oddziałów geriatrycznych. Zmniejszenie liczby oddziałów w tym okresie (porównując 2021 r. do 2017 r.) nastąpiło w województwach dolnośląskim, śląskim i wielkopolskim (o jeden oddział). W województwie mazowieckim liczba oddziałów geriatrycznych w 2019 r. zwiększyła się do 10, po czym w roku 2021 nastąpił spadek (o dwa oddziały) do poziomu z 2017 r. Podobnie w województwie łódzkim – liczba oddziałów geriatrycznych w 2018 r. zwiększyła się do czterech, po czym w roku 2019 nastąpił spadek (o jeden oddział) do poziomu z 2017 r. W województwach kujawsko-pomorskim

Dostępność oddziałów geriatrycznych w Polsce

<sup>33</sup> Na wskazany problem NIK zwracał uwagę w informacji o wynikach kontroli P/14/062 *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*.

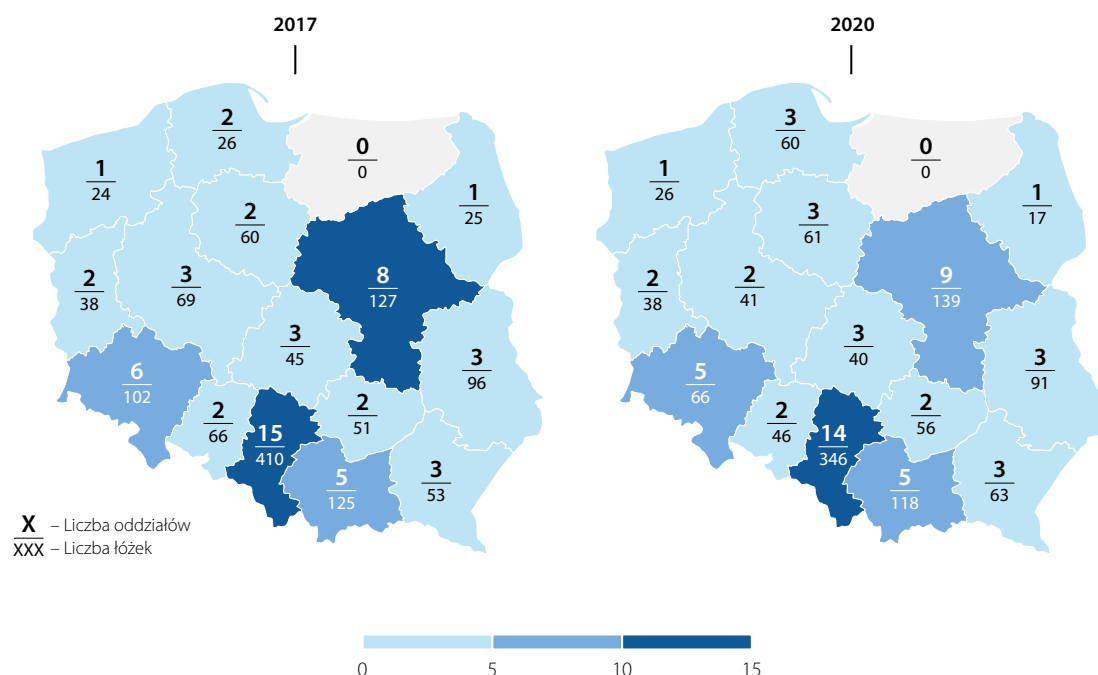
<sup>34</sup> Dane za lata 2017–2020 podano na dzień 1 stycznia, natomiast dane za 2021 r. – na dzień 1 września.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

i pomorskim, w latach 2017–2019 zwiększyła się liczba funkcjonujących oddziałów geriatrycznych (o jeden oddział). W okresie objętym analizą występowało zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń stacjonarnych. Najwięcej oddziałów geriatrycznych istniało w województwach śląskim (15 oddziałów w latach 2017–2019 r.) i mazowieckim (10 oddziałów w 2019 r.), podczas gdy województwo podlaskie i zachodniopomorskie miały tylko po jednym takim oddziale (lata 2017–2021 r.), a w województwie warmińsko-mazurskim nie utworzono żadnego oddziału geriatrycznego.

Infografika nr 2

Liczba łóżek i oddziałów geriatrycznych w Polsce w roku 2017 oraz 2020



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ<sup>35</sup>.

### Przykład

Zastępca Dyrektora **Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ** wyjaśniła, że *Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie deklaruje od kilku lat zainteresowanie zapewnieniem dostępności do świadczeń w zakresie geriatry w trybie hospitalizacji i wielokrotnie podejmował rozmowy z przedstawicielami podmiotów leczniczych na terenie województwa w celu utworzenia oddziałów geriatrycznych. Zakontraktowanie świadczeń nie było jednak możliwe z uwagi na brak przygotowania infrastruktury szpitali oraz problemy związane z brakiem specjalistów w dziedzinie geriatry. (...) Opieka geriatryczna w województwie zapewniana jest przez dobrze rozwiniętą sieć usług opiekuńczo-leczniczych oraz w ramach oddziałów chorób wewnętrznych, gdzie średnia wieku osób leczonych przekracza 65. r.ż.*

<sup>35</sup> W przypadku województwa wielkopolskiego występuje rozbieżność danych dotyczących liczby oddziałów geriatrycznych w 2017 r. przedstawionych przez MZ oraz Wielkopolski OW NFZ.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Odnosząc się do tych wyjaśnień, należy zauważyć, że udzielanie świadczeń przez zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz na oddziałach wewnętrznych nie może być utożsamiane z kompleksowym zapewnianiem medycznej opieki osobom starszym z wielochorobowością. Jedynie opieka geriatryczna w wyspecjalizowanych oddziałach i przychodniach, świadczona przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, pozwala zapewnić jej wysoką jakość.

Według danych za 2021 r. (1 września), największą liczbę łóżek geriatrycznych zapewniono pacjentom w województwach: śląskim (335), mazowieckim (132) i małopolskim (113). Najmniejsza liczba łóżek geriatrycznych była dostępna w województwach zachodniopomorskim (osiem) i podlaskim (17). W latach 2018–2021 (1 września) zmniejszyła się liczba dostępnych w kraju łóżek geriatrycznych z 1341 w 2018 r. do 1140 w 2021 r. (1 września). Największy spadek stwierdzono w województwach śląskim (o 73 łóżka) i dolnośląskim (o 64 łóżka). W tym samym okresie zwiększyła się liczba łóżek w województwie pomorskim – o 28 oraz w województwie podkarpackim – o 10.

Zgodnie z treścią dokumentu pn. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski*<sup>36</sup> (rozdział III *Prognoza*), w 2029 r. prognozowane zapotrzebowanie na łóżka na oddziałach geriatrycznych wyniesie 7710 łóżek. Na dzień 1 września 2021 r. dla pacjentów 65+ dostępnych było 1140 łóżek geriatrycznych, co stanowiło 15% prognozowanej liczby. W województwie warmińsko-mazurskim nie było w ogóle łóżek geriatrycznych, natomiast w pozostałych województwach odsetek istniejących łóżek wynosił od 6% prognozowanej liczby (łódzkie), do 21% (opolskie) i 37% (śląskie). Wynika z tego, że aby osiągnąć zakładany wskaźnik, liczba łóżek musi wzrosnąć blisko siedmiokrotnie. Należy jednak zauważyć, że zgodnie z przyjętą metodyką prognozowania, wyniki zapotrzebowania na łóżka geriatryczne dotyczą jedynie liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z grupy wiekowej powyżej 85. roku życia. Natomiast zgodnie z przyjętą przez NFZ procedurą kwalifikowania pacjenta do objęcia COG, kwestionariusz skali VES-13<sup>37</sup> przeznaczony jest dla pacjentów powyżej 60. roku życia. W związku z tym faktyczne zapotrzebowanie na łóżka geriatryczne może być znacząco większe niż w przedstawionej prognozie.

W 2020 r.<sup>38</sup> w całej Polsce funkcjonowało łącznie 96 przychodni geriatrycznych, z tego 17 w województwie śląskim, 13 w małopolskim, 10 w mazowieckim, jedynie po dwie przychodnie funkcjonowały w województwach podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. W latach 2017–2020 liczba istniejących w kraju przychodni wzrosła o 16, przy czym w dziewięciu województwach liczba tych przychodni wzrosła, w dwóch zmniejszyła się, a w pięciu pozostała na tym samym poziomie. Należy jednak zwrócić uwagę, że skoncentrowanie funkcjonujących przychodni w województwie

Zapotrzebowanie  
na łóżka geriatryczne

Dostępność poradni  
geriatrycznych

<sup>36</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych jest dokumentem określającym potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju. Zebrane zostały w niej dane demograficzne i epidemiologiczne oraz dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzona została prognoza przyszłych potrzeb dotyczących świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Mapa zamieszczona pod adresem: [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17\\_polska-1.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska-1.pdf) [dostęp 27.08.2021 r.].

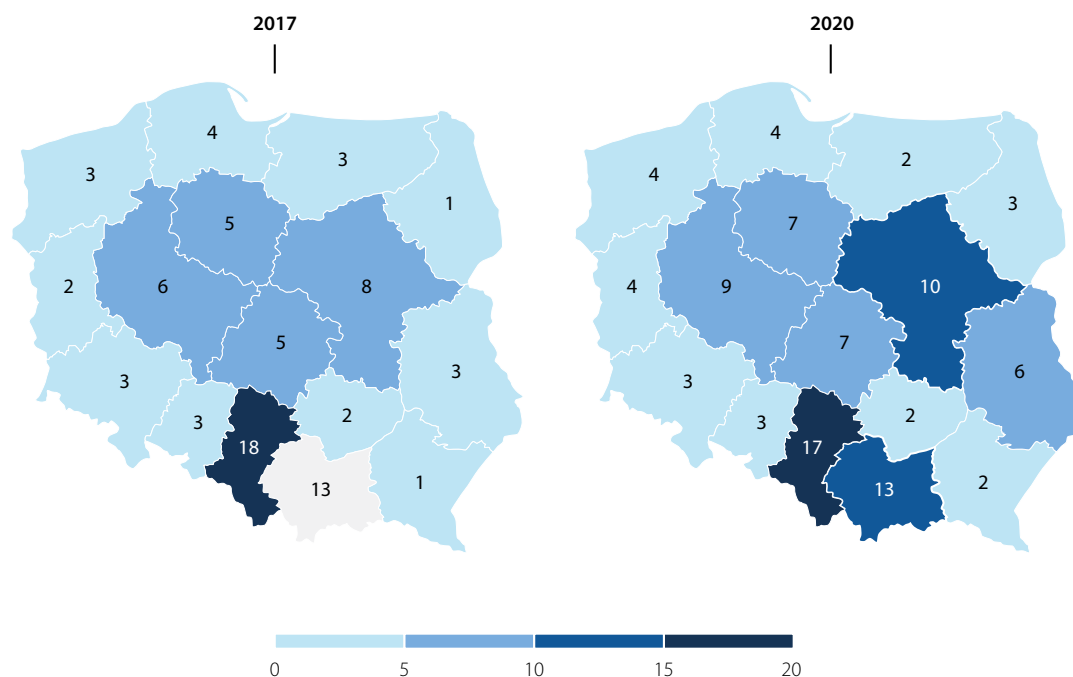
<sup>37</sup> Kwestionariusz kwalifikujący pacjentów oddziałów geriatrycznych do objęcia COG.

<sup>38</sup> Ministerstwo nie dysponowało danymi za 2021 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

świętokrzyskim w południowo-wschodniej, a w województwie warmińsko-mazurskim w zachodniej jego części<sup>39</sup> powoduje, że dostępność do świadczeń dla pacjentów z pozostałych obszarów tych województw jest utrudniona.

Infografika nr 3  
Liczba poradni geriatrycznych w roku 2017 oraz 2020



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

W ekspertyzie przygotowanej na zlecenie NIK podano: Według danych WHO na 100 000 mieszkańców powinny przypadać 20 łóżka geriatryczne, dwóch lekarzy geriatrów, 15 miejsc w placówce opieki dziennej i jedna poradnia z dwoma etatami geriatrycznymi. Te dane odbiegają od rzeczywistości w Polsce, gdzie w oparciu o decyzje MZ założono, że tożsame z geriatrycznymi świadczenia, znajdują w oddziałach chorób wewnętrznych. Ograniczono w ten sposób przydatność geriatry, w szczególowej ocenie stanu zdrowotnego i funkcjonalnego starszych pacjentów, oddalając też korzyści jakie stwarza ona dla nich. Mówią o tym aktualne dane europejskie. Wskaźnik liczby łóżek geriatrycznych względem 100 000 mieszkańców wynosi w Polsce 2,3 względem 20 proponowanego przez WHO. Dane amerykańskie odnośnie potrzeb względem świadczeń geriatrycznych dowodzą, iż 30% populacji powyżej 65. r.ż. wymaga specjalistycznej opieki geriatrycznej. Dla Polski to grupa 2,158 mln osób. Według danych jakie zawierają Mapy Potrzeb Zdrowotnych liczba osób korzystających z hospitalizacji geriatrycznych w 2016 roku wynosiła 24 tysiące co w porównaniu z milionem hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych (ponad połowa dotyczy osób starszych) w tym samym okresie, ilustruje miarę deficytu. W przygotowaniu i adaptacji amerykańskiego

<sup>39</sup> W województwie świętokrzyskim przychodnie działają w Staszowie i Opatowie, a w województwie warmińsko-mazurskim – w Olsztynie i Dobrym Mieście.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

systemu ochrony zdrowia do procesu starzenia, zawarte są wskaźniki opisujące wzrost liczebności niezbędnej grupy wyszkolonych lekarzy geriatrów, w nadchodzących latach<sup>40</sup>.

W latach 2017–2021 do Ministra Zdrowia wpływały interpelacje, wnioski i rekomendacje dotyczące jakości i dostępności opieki geriatrycznej. Formułował je Rzecznik Praw Pacjenta, posłowie, konsultant krajowy ds. geriatry, szef Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych oraz Narodowa Rada Rozwoju<sup>41</sup>. Wnioski dotyczyły zwłaszcza:

- niedostatecznej infrastruktury ochrony zdrowia seniorów;
- potrzeby zwiększenia liczby poradni geriatrycznych;
- potrzeby zwiększenia liczby łóżek szpitalnych w oddziałach geriatrycznych oraz poprawy dostępności do świadczeń;
- potrzeby zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie geriatry;
- rozważenia podjęcia prac legislacyjnych mających na celu rozszerzenie świadczeń gwarantowanych o „oddziały rehabilitacyjne geriatryczne” jako postulowane przez środowisko medyczne, w celu poprawy jakości opieki nad pacjentami;
- propozycji wprowadzenia obowiązku konsultacji geriatrycznej w przypadku hospitalizowania osoby w podeszłym wieku, w oddziale innym niż geriatryczny.

Prośbę o przekazanie informacji na temat podejmowanych przez Ministra Zdrowia działań skierował również Prezydent RP. Wskazał na konieczność utrzymania funkcjonujących oddziałów geriatrycznych w szpitalach, a także na umożliwienie im dalszego rozwoju. Wraz z prośbą zostały przekazane rekomendacje sekcji ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju. W rekomendacjach tych wskazano na potrzebę:

- przywrócenia oddziałów geriatry na poziomach I, II i III w placówkach sieci szpitali, dla propagowania podejścia geriatrycznego opartego o pełną COG oraz wprowadzenia formy częściowej COG w innych oddziałach;
- poszerzenia dotychczasowego modelu opieki geriatrycznej w placówkach lecznictwa zamkniętego o geriatryczne zespoły konsultacyjne, co stworzy dla najstarszych pacjentów o złożonej chorobowości szanse na wykrywanie ukrytych problemów zdrowotnych i socjalno-opiekuńczych;
- stworzenia procedury hospitalizacji jednego dnia w oddziale lub pododdziale szpitalnym o profilu geriatrycznym, w celu zdiagnozowania stanu zdrowia pacjenta i zaplanowania rozwiązań dostosowanych do jego potrzeb;
- poprawy jakości długoterminowej opieki nad seniorami w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, między innymi poprzez wykorzystanie telemedycyny, edukacji, doradztwa, e-platformy, a także poprawy komunikacji między świadczeniodawcami i opiekunami rodzinnymi;
- wprowadzenia przedmiotu *geriatria* do obowiązkowego programu kształcenia studentów medycyny na kierunkach lekarskich wszystkich uczelni medycznych, na bazie klinik geriatrycznych;

Wnioski wpływające do MZ dotyczące rozwoju geriatry

<sup>40</sup> Ekspertyza przygotowana przez dr. n. med. Jarosława Derejczyka, stanowiąca załącznik nr 6.5. do *Informacji*.

<sup>41</sup> Gremium konsultacyjno-doradcze przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej skupiające zespoły eksperckie specjalizujące się w wybranych, najistotniejszych dziedzinach funkcjonowania państwa.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- wprowadzenia obowiązkowego kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych z zakresu geriatry;
- zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych z geriatry na bazie klinik i oddziałów geriatrycznych oraz przywrócenia tzw. *krótkiej ścieżki* specjalizacji z geriatry dla doświadczonych lekarzy specjalistów w zakresie innych specjalności;
- projektowania i wdrażania programów dotyczących prewencji chorób u osób starszych;
- powołania aktywnego zespołu w Ministerstwie Zdrowia, np. w Departamencie Polityki Senioralnej, w celu scalenia obecnie rozproszonych działań na rzecz pacjentów geriatrycznych.

Zagadnienia przedstawione w tych wystąpieniach były przedmiotem analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia. W odpowiedziach przekazywanych do Narodowej Rady Rozwoju, Ministerstwo zwracało zwłaszcza uwagę na kwestie organizacyjne proponowanych rozwiązań oraz ich koszty.

### Koncepcja Centrów Zdrowia 75+

Narodowa Rada Rozwoju przygotowała istotny dla poprawy medycznej opieki geriatrycznej projekt ustawy o szczególnych formach geriatrycznej opieki zdrowotnej. W trakcie prac nad tym projektem przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia pełnili funkcje opiniodawczo-konsultacyjne.

W wyjaśnieniach udzielonych NIK, Przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP wskazał, że rozpoczęte w 2018 r. prace nad utworzeniem sieci oddziałów geriatrycznych oraz placówek Centrum Zdrowia 75+ są: *ponownie kontynuowane po okresowym ich zawieszeniu będącym skutkiem pandemii*. Ponadto w wyjaśnieniach podano: *Projektowane w naszej koncepcji rozwiązania w dużej mierze są nowością na rynku polskich usług zdrowotnych i ich uszczegółowienie napotkało na pewne trudności. O ile sama idea utworzenia Centrów Zdrowia 75+ oraz budowy sieci oddziałów geriatrycznych jest słuszna i nie budzi wątpliwości, to problematyczna okazała się operacjonalizacja samego pomysłu. Z tego też powodu prace wciąż trwają. Aktualnie omawiane są takie zagadnienia jak sposób finansowania Centrów Zdrowia 75+, współpraca tych podmiotów z innymi strukturami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej czy zakres świadczeń, które w centrach będą dostępne. Odrębnym zagadnieniem jest organizacja sieci oddziałów geriatrycznych. Chcielibyśmy stworzyć koncepcję uniwersalną, ale i możliwą do wdrożenia. Jednak ze względu na istniejące uwarunkowania, takie jak niedostateczna liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry czy zbyt niska wycena świadczeń z tego zakresu, jak i brak ujęcia oddziałów geriatrycznych w aktualnie obowiązującej sieci szpitali, istnieją znaczące bariery dla tworzenia tych oddziałów.*

### Niezapewnienie funkcjonowania zespołów doradczych zajmujących się opieką nad seniorami

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie zapewnił funkcjonowania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Tym samym nie miał możliwości korzystania ze wsparcia tego Zespołu, także specjalistów z różnych dziedzin medycyny, w sprawach dotyczących problematyki opieki nad osobami starszymi.

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 4 grudnia 2008 r. powołał Zespół do spraw gerontologii<sup>42</sup>. Następnie zarządzeniem Ministra z 19 sierpnia 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw geronto-

<sup>42</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, ze zm.

logii<sup>43</sup> dokonano zmiany jego nazwy – na Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Zarządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2020 r.<sup>44</sup> z dniem 14 stycznia 2020 r. uchyliło zarządzenie z 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej – tym samym zarządzeniem powołany został Zespół o tej samej nazwie. Zespół ten miał pełnić rolę organu opiniodawczo-doradczego Ministra. Do zadań Zespołu powołanego zarządzeniem z 13 stycznia 2020 r. należało: przygotowywanie opinii, rekomendacji lub zaleceń w sprawach dotyczących zdrowotnej polityki senioralnej, w szczególności odnoszących się do priorytetowych kierunków realizacji zdrowotnej polityki senioralnej; zgłaszanie i opiniowanie propozycji strategii, programów, planów i działań z zakresu opieki zdrowotnej kierowanych do osób starszym, w tym dotyczących zdrowia publicznego i świadczeń opieki zdrowotnej; przedstawianie i opiniowanie propozycji działań dotyczących koordynacji usług zdrowotnych i pomocy społecznej kierowanych do osób starszych i ich opiekunów, w tym działań wdrożeniowych i monitoringowych; wspieranie innych zadań wskazanych przez Ministra Zdrowia lub członka kierownictwa Ministerstwa lub przewodniczącego Zespołu.

Od 4 września 2015 r. (tj. wejścia w życie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii) do zakończenia kontroli NIK nie odbyło się żadne posiedzenie Zespołu. Nie funkcjonował także Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej powołany zarządzeniem Ministra z 13 stycznia 2020 r. Nie zostało również zwołane żadne jego posiedzenie, nie wyznaczono nawet składu osobowego tego Zespołu.

Powołanie Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej świadczy o tym, że Minister Zdrowia dostrzegał wagę problemów dotyczących medycznej opieki nad osobami starszymi, a zadania przypisane Zespołowi miały pomóc w ich rozwiązaniu. Niepodjęcie działalności przez Zespół oznacza, że Minister został pozbawiony możliwości skorzystania z efektów pracy tego Zespołu. Przedstawiciele MZ w złożonych wyjaśnieniach, jako główne przyczyny niefunkcjonowania Zespołu wskazali epidemię COVID-19 oraz projekt ustawy i koncepcję powołania Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, przygotowywane w Kancelarii Prezydenta RP. Odnosząc się do tych wyjaśnień należy zauważyć, że epidemia COVID-19 nie jest okolicznością, która uzasadnia ponad półtoraroczną zwłokę w powołaniu członków Zespołu na podstawie zarządzenia z 13 stycznia 2020 r. Zaniechania tego nie usprawiedliwia także zamierzenie powołania Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej. Rada ta została wskazana jedynie w projekcie ustawy. Nie ma pewności, że ustawa taka zostanie uchwalona i w jakim terminie to nastąpi.

### Przykład

Na potrzebę zwołania posiedzenia Zespołu zwróciła uwagę krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, która poinformowała, że (...) 8 czerwca 2021 roku podczas spotkania konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa z przedstawicielami Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych i omawianiu bieżącej problematyki poprosiłam o interwencję w celu zwołania posiedzenia Zespołu, celem omówienia ważnych problemów związanych z obszarem funkcjonowania opieki geriatrycznej w kraju i ustaleniem priorytetowych działań.

<sup>43</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 39.

<sup>44</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 2.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Brak standardów opieki geriatrycznej

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie skorzystał z możliwości wprowadzenia, w drodze rozporządzenia, standardów opieki geriatrycznej, co w ocenie NIK byłoby zasadne w związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa. W 2013 r. Zespół ds. Gerontologii opracował *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej* będące stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Wskazano w nich, że opublikowanie standardów ma na celu: 1) poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym przez: prezentację standardu oceny i opieki geriatrycznej (kompleksowość i fachowość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatry), poprawę dostępności do kwalifikowanych świadczeń geriatrycznych, uproszczenie procedur diagnostycznych dla pacjentów geriatrycznych poprzez redukcję liczby wizyt specjalistycznych, a przez to zapotrzebowania na transport, a także odciążenie opiekuna, redukcję polifarmakoterapii; 2) optymalizację organizacji i ekonomizację wydatków na opiekę nad ludźmi starszymi.

### Przykład

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ wyjaśnił, że: *dokument pn. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowany w 2013 r. przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, stanowi wizję modelu docelowego opieki geriatrycznej w Polsce, a nie wskazanie standardów, które można wprowadzić w obecnej sytuacji. Przy aktualnych uwarunkowaniach finansowych, organizacyjnych i kadrowych systemu opieki zdrowotnej, nie jest możliwe wdrożenie wszystkich rozwiązań ujętych w ww. dokumencie. Niemniej jednak, Ministerstwo Zdrowia projektując rozwiązania dla osób starszych uwzględnia opinie, rekomendacje i postulaty ekspertów, w tym zawarte w przedmiotowym opracowaniu.*

Zauważyć należy, że standardy te nie zostały wprowadzone do stosowania przepisami powszechnie obowiązującymi, przez co ich wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki geriatrycznej jest znacznie ograniczony, a co za tym idzie na jakość i efektywność procesu leczenia pacjentów. Zwracano na to uwagę również podczas kontroli NIK przeprowadzonej w Ministerstwie w 2014 r.<sup>45</sup>

W latach 2017–2021 w Ministerstwie nie prowadzono innych prac legislacyjnych dotyczących funkcjonowania, organizacji lub poprawy jakości i dostępności opieki geriatrycznej.

### Zbyt mała liczba lekarzy geriatrów

W Polsce, na dzień 30 czerwca 2021 r.<sup>46</sup>, 532 lekarzy miało specjalizację w dziedzinie geriatry. Spośród nich, 518 było aktywnych zawodowo, w tym najwięcej w województwie śląskim – 102. W latach 2017–2021 (do 30 czerwca) liczba lekarzy aktywnych zawodowo, ze specjalizacją geriatryczną wzrosła o 101 osób.

Na dzień 30 czerwca 2021 r. liczba lekarzy geriatrów aktywnych zawodowo, w wieku poniżej 50. roku życia, wynosiła 221 osób (43%), natomiast w wieku powyżej 50. roku życia było 297 takich lekarzy (57%). W okresie objętym kontrolą wzrastał udział procentowy aktywnych zawodowo lekarzy geriatrów w wieku powyżej 50. roku życia. W 2017 r. wynosił 52%, w 2018 r. – 55%, a w 2019 r. i w 2020 r. – 56%.

<sup>45</sup> W wystąpieniu pokontrolnym po kontroli P/14/062 *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*.

<sup>46</sup> Dane uzyskane z Naczelnej Izby Lekarskiej. W trakcie kontroli Ministerstwo nie miało jeszcze danych za pierwsze półrocze 2021 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 2

Dane dotyczące liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych w zakresie geriatry oraz liczby osób zgłaszających się na szkolenia specjalizacyjne

Województwo	2017		2018		2019		2020		2021	
	Limit miejsc specjalizacyjnych	Liczba zgłaszających się osób	Limit miejsc specjalizacyjnych	Liczba zgłaszających się osób	Limit miejsc specjalizacyjnych	Liczba zgłaszających się osób	Limit miejsc specjalizacyjnych	Liczba zgłaszających się osób	Limit miejsc specjalizacyjnych	Liczba zgłaszających się osób
Dolnośląskie	10	6	14	3	14	2	22	3	4	2
Kujawsko-pomorskie	12	6	4	1	5	6	4	2	10	2
Lubelskie	9	2	14	1	15	3	13	1	7	2
Lubuskie	4	2	6	1	8	1	8	0	3	0
Łódzkie	4	3	6	1	6	2	4	0	7	5
Małopolskie	28	4	36	5	32	4	44	0	27	3
Mazowieckie	8	7	6	5	13	8	18	8	6	1
Opolskie	3	0	3	0	3	1	3	0	3	0
Podkarpackie	3	6	3	1	5	1	14	0	8	0
Podlaskie	2	0	8	2	10	1	7	1	5	0
Pomorskie	1	0	5	2	2	2	0	0	0	
Śląskie	47	3	51	3	68	4	66	3	20	0
Świętokrzyskie	8	0	11	1	10	0	10	0	5	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wielkopolskie	2	1	6	0	7	3	12	2	6	2
Zachodniopomorskie	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0

Źródło: DRKM w MZ. W tabeli: w przypadku „limitu miejsc specjalizacyjnych” zostały zawarte wszystkie miejsca, które w danym roku zostały wystawione do postępowań w trybie rezydenckim i pozarezydenckim; w „liczbie zgłaszających się osób” zostały wykazane wszystkie wnioski o specjalizację w trybie rezydenckim i pozarezydenckim na postępowania w danym roku.

Geriatrya została uznana od 23 stycznia 2004 r. za priorytetową dziedzinę medycyny<sup>47</sup>. Takie zaszeregowanie tej dziedziny miało na celu zwiększenie zainteresowania lekarzy wyborem geriatry jako dziedziny specjalizacji. W latach 2017–2020, w skali kraju zwiększano limit dostępnych miejsc specjalizacyjnych<sup>48</sup>. W poszczególnych latach wynosił on odpowiednio: 142, 174, 198 oraz 225. W 2021 r. (wg danych na dzień 11 sierpnia 2021 r.) dostępnych było 108 miejsc specjalizacyjnych. W analogicznym okresie liczba osób zgłaszających się na te miejsca wynosiła w poszczególnych latach odpowiednio: 42, 27, 38, 19 oraz 15 osób, co stanowiło 30%, 16%,

**Geriatrya  
jako dziedzina  
priorytetowa**

<sup>47</sup> Obecnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156), a wcześniej na podstawie: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7), rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 r. (Dz. U. Nr 84, poz. 709), rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. poz. 1489) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 września 2018 r. (Dz. U. poz. 1738).

<sup>48</sup> Dotyczy zarówno miejsc dostępnych w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.

19%, 8% i 14% dostępnych miejsc. Pomimo wzrostu ogólnej liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych w zakresie geriatry, w niektórych województwach ich liczba zmniejszyła się. W 2019 r. w województwach pomorskim i zachodniopomorskim nie było dostępne żadne miejsce na szkolenie specjalistyczne w zakresie geriatry. Taka sytuacja miała miejsce również w województwie zachodniopomorskim w 2020 r. oraz w województwie podlaskim w 2017 r. W województwie warmińsko-mazurskim, w całym okresie objętym kontrolą nie udostępniono żadnego miejsca specjalizacyjnego. Spośród lekarzy zgłaszających się na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatry, dominowały zgłoszenia w trybie pozarezydenckim<sup>49</sup>. Tryb rezydencki w okresie objętym kontrolą wybierały po dwie osoby w latach 2017–2019, trzy w 2020 r. oraz jedna w 2021 r. W związku z tym uzasadnione jest wypromowanie tej dziedziny medycyny, by zwiększyć jej atrakcyjność. Specjalizacja w tej dziedzinie medycyny jest także mniej atrakcyjna finansowo, na co zwracał również uwagę konsultant krajowy w dziedzinie geriatry<sup>50</sup>.

Według konsultantów wojewódzkich w dziedzinie geriatry, niewystarczająca liczba lekarzy geriatrów oraz niewielkie zainteresowanie specjalizacją w tej dziedzinie jest jedną z głównych barier w jej rozwoju.

### Przykład

Konsultant w dziedzinie geriatry województwa dolnośląskiego wskazał, że:

- w województwie jest 38 lekarzy geriatrów, przy czym część z nich nie pracuje w tej specjalizacji;
- rekomendowana liczba lekarzy geriatrów dla województwa to 118 osób;
- liczba lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatry w województwie – 10;
- liczba miejsc specjalizacyjnych z geriatry w województwie – 20, w tym zajętych – 10.

<sup>49</sup> Wyróżnia się dwa tryby szkoleń specjalizacyjnych lekarzy: tryb rezydencki i pozarezydencki. W ramach trybu rezydenckiego (rezydentury) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę. Zawiera ją z podmiotem, który prowadzi szkolenie specjalizacyjne – na czas określony w programie specjalizacji. Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz, który nie ma I/II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Natomiast w trybie pozarezydenckim lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach, które prowadzą szkolenie specjalizacyjne: (1) na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w pełnym wymiarze godzin, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania; (2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów; (3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio – w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy; (4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania; (5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

<sup>50</sup> Problem poruszony był w przedkładanych przez konsultanta rocznych sprawozdaniach z działalności za lata 2017–2020.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Konsultant w dziedzinie geriatry województwa wielkopolskiego wskazała, że: *Podstawowa bariera dla rozwoju geriatry, poza niedoborem jednostek geriatrycznych, to niedobór jednostek w systemie. Niestety liczba osób podchodzących do egzaminu specjalistycznego jest w tej sesji wyjątkowo mała i obserwowane w ostatnim okresie zmniejszone zainteresowanie specjalizacją jest niepokojące. Wydaje się to wynikać z braku jednostek zatrudniających geriatrów (...). Powstaje więc mechanizm błędnego koła – brak zatrudnienia powoduje brak zainteresowania specjalizacją, a to przekłada się na brak geriatrów w systemie.*

Konsultant w dziedzinie geriatry województwa świętokrzyskiego stwierdził, że: *Z mojego punktu widzenia największym problemem i zagrożeniem dla rozwoju geriatry, nie tylko w regionie, ale i w całym kraju, jest brak zainteresowania rozpoczęciem specjalizacji w dziedzinie geriatry przez lekarzy. Wynika to głównie z tego, że specjalizacja ta postrzegana jest jako 'mało atrakcyjna' pod każdym względem.*

W ekspertyzie do niniejszej kontroli podano, że: *Statystyki obrazujące liczbę geriatrów w wybranych krajach Unii Europejskiej wykazują, iż liczba specjalistów geriatry przypadająca na milion mieszkańców wynosi od 16 do 50 lekarzy. Średnia wartość tego wskaźnika dla Belgii, Danii, Francji, Włoch i Hiszpanii wynosi 31 co pokazuje dystans w liczbie geriatrów w tych państwach względem Polski, gdzie wskaźnik ten wynosi 12,8. Według profesora Tomasza Kostki, byłego konsultanta krajowego (sprawował funkcję do września 2020 roku) docelowa liczba geriatrów powinna wynosić w Polsce 3000 lekarzy geriatrów. Sądząc z zauważalnego zahamowania zainteresowaniem geriatry obserwowanego od 2017 roku, nie będzie możliwe nawet częściowe zmniejszenie poziomu opisanego deficytu, bez zmiany obowiązujących schematów wyceny świadczeń i rozwiązań organizacyjnych wdrażanych na poziomie rządu, parlamentu, MZ i NFZ.*

Liczba geriatrów  
w innych krajach

Na dzień 3 sierpnia 2021 r. 11 158 pielęgniarek miało kwalifikacje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, pielęgniarstwa internistycznego i zachowawczego<sup>51</sup>. W roku 2017 kwalifikacje w tych dziedzinach uzyskały 4843 pielęgniarki, w 2018 r. – 2027, w 2019 r. – 4696, w 2020 r. – 1776 oraz w 2021 r. (do 3 sierpnia) – 731. Na dzień 3 sierpnia 2021 r. 20% tej grupy (2222 osoby) stanowiły pielęgniarki, które nie ukończyły 40. r.ż. Natomiast w wieku powyżej 40. r.ż. było 8936 takich pielęgniarek (80%). Należy zwrócić uwagę na strukturę wiekową personelu pielęgniarstwa w tej grupie, a szczególnie na duży odsetek personelu w wieku powyżej 40 lat. Może to w przyszłości doprowadzić do tego, że będzie brakowało pielęgniarek do zapewnienia starszym pacjentom opieki na właściwym poziomie.

Niewystarczająca  
liczba pielęgniarek  
ze specjalizacjami  
dotyczącymi opieki  
nad seniorami

Minister Zdrowia podejmował współpracę z podmiotami zewnętrznymi, których przedmiotem zainteresowania była szeroko rozumiana opieka nad osobami w starszym wieku (opieka geriatryczna, długoterminowa czy też hospicyjno-paliatywna), w tym poprzez:

Współpraca Ministra  
z innymi podmiotami

- zorganizowanie 11 października 2018 r. spotkania z przedstawicielami stowarzyszeń działających na rzecz chorych na Alzheimera w celu omówienia głównych problemów i potrzeb dotyczących wsparcia osób z zaburzeniami otępiennymi i ich opiekunów/bliskich;

<sup>51</sup> Z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- podjęcie w 2020 r. współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia – rozpoczęto proces przekazywania danych do Global Dementia Observatory i uczestniczono w spotkaniach organizowanych przez Alzheimer Europe (przy udziale WHO), mających na celu prezentację działań organizacji międzynarodowych i poszczególnych krajów;
- udział w spotkaniu 3 marca 2021 r. ze związkiem organizacji pozarządowych i innych osób prawnych *Alzheimer Polska*, dotyczącym wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych oraz organizację w dniu 26 marca 2021 r. spotkania w formie *on-line* z ekspertami oraz praktykami pracującymi z osobami z podejrzeniem zaburzeń otępiennych lub osobami chorymi na temat narzędzi diagnostycznych do przeprowadzania wstępnej oceny ryzyka występowania zaburzeń funkcji poznawczych, które mogą być wykorzystywane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej;
- udział w konferencji OPZZ<sup>52</sup> 25 lutego 2021 r. pt. *Opieka długoterminowa diagnoza, problemy, wyzwania w zakresie miejsca opieki długoterminowej w polityce zdrowotnej państwa*;
- udział w seminarium pt. *Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej* 28 września 2018 r. oraz udział w debacie dot. przyszłości opieki długoterminowej w Polsce w 2020 r. (Koalicja Na Pomoc Niesamodzielnym);
- zorganizowanie 8 czerwca 2018 r., we współpracy z Bankiem Światowym, w siedzibie Ministerstwa, konferencji na temat opieki długoterminowej dla osób starszych.

### 5.1.2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku

#### Opieka nad seniorami w Narodowym Programie Zdrowia

W opracowanych w Ministerstwie dokumentach programowych i strategicznych uwzględniano problematykę opieki nad osobami starszymi. Jednym z takich dokumentów był *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020*<sup>53</sup>. NPZ na lata 2021–2025 został ustanowiony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025*<sup>54</sup>.

Celem strategicznym NPZ na lata 2016–2020 było: *wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*. Zadania dotyczące problematyki opieki nad osobami starszymi zostały zawarte w ramach celu operacyjnego nr 5 *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*. Minister został wskazany jako realizator części tych zadań. Minister nie wywiązał się z tych zadań, nie opracował bilansu zdrowotnego 60-latka, którego wdrożenie przewidziano w NPZ na lata 2016–2020. Zadanie to wskazane zostało w wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 5. *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, w zadaniu 2. *Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych*. Jako realizatora tego zadania wskazano Ministra Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz NIGRiR.

<sup>52</sup> Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych.

<sup>53</sup> Wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. poz. 1492).

<sup>54</sup> Dz. U. poz. 642.



Minister Zdrowia 7 listopada 2017 r. podpisał umowę z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach NPZ na lata 2016–2020, pod nazwą *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*<sup>55</sup>. Umowa została zawarta w ramach punktu 4.2. Celu operacyjnego 5 NPZ na lata 2016–2020 *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*.

W Ministerstwie wykorzystywano wyniki poprzedniego badania *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (projekt PolSenior)<sup>56</sup>. Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego wyjaśnił, że: *Ministerstwo Zdrowia nie brało udziału w pracach nad tym projektem, jednakże zapoznało się z wynikami przedstawionymi w opublikowanej monografii. Należy podkreślić, że diagnoza, która została przygotowana na podstawie uzyskanych wyników, stanowiła niezwykle wartościowe źródło informacji na temat stanu zdrowia osób starszych w Polsce*.

W okresie objętym kontrolą przedstawiciel Ministerstwa uczestniczył w pracach zespołu, którego zadaniem było opracowanie projektu polityki społecznej państwa wobec osób starszych, do roku 2030 oraz określenie działań możliwych do wykonania przez poszczególne resorty oraz instytucje, które będą realizowane w ramach tej polityki<sup>57</sup>. Dokument *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ* został przyjęty do realizacji uchwałą nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.<sup>58</sup> Celem jego wprowadzenia było podniesienie jakości życia seniorów poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielnymi i aktywnymi oraz zapewnienie im bezpieczeństwa. Minister nie zrealizował zadań zaplanowanych na rok 2018 wskazanych w *Polityce wobec osób starszych*, w obszarze IV *Tworzenie warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym*. Zadania te polegały na opracowaniu standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, a także poprawie koordynacji opieki oraz na określeniu zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.

*Polityka wobec osób starszych* zastąpiła przyjęte w 2013 r. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*<sup>59</sup>. W ramach realizacji działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnych określonych w tym dokumencie, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie 2014–2020 (Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój PO WER) realizowano projekt *Dzienne Domy Opieki Medycznej*. Wsparcie skierowane było do osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65. roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką

Niepełna realizacja zadań wynikających z Polityki społecznej wobec osób starszych

<sup>55</sup> Umowa nr 6/5/42/NPZ/2017/1203/1257. Badanie realizowane w ramach projektu PolSenior2.

<sup>56</sup> Projekt zamawiany przez ówczesne Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którego wyniki opublikowano w 2012 r.

<sup>57</sup> Zgodnie z zarządzeniem nr 25 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 września 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu polityki społecznej państwa wobec osób starszych do roku 2030 (Dz. Urz. MRPiPS poz. 26).

<sup>58</sup> M.P. poz. 1169.

<sup>59</sup> Dokument został przyjęty uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie osoby te nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgnarskiego, realizowanego w trybie stacjonarnym.

### Wsparcie kształcenia podyplomowego w dziedzinie geriatry

W ramach Programu PO WER<sup>60</sup> wspierane było także kształcenie podyplomowe w dziedzinie geriatry (projekt nr POWR.05.04.00-00-0001/15 realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego). Dotychczas (tj. do 25 czerwca 2021 r.) w szkoleniach dotyczących geriatry wzięło udział 257 osób (z planowanych 300). Na realizację zadania zaplanowano ogółem ok. 700 tys. zł, z czego dotychczas wydatkowano 434 tys. zł (wsparcie kształcenia w dziedzinie geriatry, w tym dofinansowanie dojazdów i noclegów dla uczestników kursów). W projekcie dostępne były kursy doskonalące dotyczące geriatry (np. *Zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne w wieku podeszłym, Wprowadzenie do opieki paliatywnej, Gerontologia dla specjalistów dziedzin niezabiegowych: Metabolizm, żywienie i zdrowie kości w chorobie nowotworowej osób starszych*) oraz kursy specjalizacyjne, przeznaczone dla lekarzy realizujących moduł podstawowy lub specjalistyczny z geriatry (np. *Gerontologia i geriatrya – rola i znaczenie we współczesnej medycynie, Postępowanie zabiegowe w wieku podeszłym, Choroby psychiczne i neurologiczne najczęściej występujące u osób w wieku podeszłym, Aktywność ruchowa i odżywianie w promocji zdrowia i rehabilitacji osób starszych, Problemy onkologiczne i opieki paliatywnej w geriatry*).

### Realizacja programu dotyczącego zapobiegania depresji osób starszych

W okresie objętym kontrolą, w Ministerstwie realizowano założenia wskazane w programie polityki zdrowotnej pod nazwą *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020*. Głównym celem programu był wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu odbywała się w trzech etapach, obejmujących: opracowanie rekomendacji dotyczących zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. W ramach realizowanych zadań przeprowadzono kampanię społeczną, której celem było pogłębienie świadomości społecznej na temat powszechności zjawiska depresji, jej wczesnego rozpoznawania i zapobiegania oraz popularyzacja rzetelnej wiedzy o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Osoby starsze również zostały objęte tym Programem jako jedna z trzech grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję<sup>61</sup>.

## 5.2. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Działalność Instytutu w obszarze geriatry prowadzona była zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie przyjętych wewnętrznych uregulowań organizacyjnych. Powołana w listopadzie 2015 r. Narodowa Rada Geriatrii i Gerontologii nie funkcjonowała jednak od 2017 r.

<sup>60</sup> W ramach realizacji działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnich określonych w tym dokumencie, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie 2014–2020.

<sup>61</sup> Na podstawie strony internetowej <https://wyleczdepresje.pl> [dostęp w dniu 3 września 2021 r.].

Instytut prawidłowo realizował objęte szczegółowym badaniem projekty międzynarodowe dotyczące geriatry. Prowadził także badania statutowe w tym obszarze. Część zadań nie została jednak w pełni zrealizowana przede wszystkim z uwagi na odejście z Instytutu ich głównych wykonawców oraz epidemię COVID-19.

NIGRiR prawidłowo współpracował z podmiotami zajmującymi się problematyką opieki zdrowotnej osób starszych. W ramach działalności Instytutu powstawały dokumenty zawierające zalecenia, wskazówki i wytyczne w obszarze geriatry. Działania te nie przyczyniły się jednak do opracowania standardów opieki geriatrycznej.

### 5.2.1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej

Przedmiotem działalności Instytutu, stosownie do przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie<sup>62</sup> oraz postanowień statutu, było prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, studiów podyplomowych i doktoranckich, kształcenie kadry medycznej, nadawanie stopni naukowych, przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do zastosowania w praktyce, upowszechnianie i wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych, w tym prowadzenie prac wdrożeniowych, uczestniczenie w systemie ochrony zdrowia, w obszarze m.in. gerontologii, geriatry oraz dyscyplin pokrewnych (psychogeriatry, neurogeriatry, neuroortopedii, onkologii, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, diabetologii, gastroenterologii i kardiologii dla osób powyżej 60. roku życia).

Zadania Instytutu w obszarze geriatry

Do zadań Instytutu w obszarze geriatry, zgodnie ze statutem oraz rozporządzeniem w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii należało m.in.<sup>63</sup>:

- 1) inicjowanie, planowanie, organizowanie i prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, obejmujących w szczególności:
  - a) efektywność leczenia chorób geriatrycznych i reumatycznych, rehabilitacji medycznej oraz leczenia ortopedycznego,
  - b) ekonomikę procesów leczniczych w obszarze geriatry oraz dyscyplin pokrewnych,
  - c) ekonomikę prewencji rentowej,
  - d) farmakologię i farmakoeconomikę w obszarze geriatry oraz dyscyplin pokrewnych, w tym skuteczność i ocenę działania produktów leczniczych,
  - e) badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>64</sup> stosowanych w obszarze geriatry oraz dyscyplin pokrewnych;
- 2) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych dotyczących:
  - a) procedur geriatrycznych, reumatologicznych, rehabilitacyjnych i ortopedycznych,
  - b) opieki nad osobami starszymi, chorymi przewlekle i niesamodzielnymi,

<sup>62</sup> Dz. U. poz. 1376.

<sup>63</sup> § 4 ust. 1 statutu oraz § 3 ust. 2 rozporządzenia.

<sup>64</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1565.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- c) farmakoterapii osób starszych, chorych przewlekle i niesamodzielnych,
  - d) warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze geriatryi oraz dyscyplin pokrewnych,
  - e) ekonomiki procesów leczniczych w obszarze geriatryi oraz dyscyplin pokrewnych;
- 3) inicjowanie, planowanie, organizowanie i prowadzenie badań klinicznych w obszarze geriatryi oraz dyscyplin pokrewnych.

Ważnym gremium w kontekście realizacji zadań Instytutu związanych z geriatricą mogła okazać się Narodowa Rada Geriatryi i Gerontologii, powołana przez Dyrektora Instytutu 18 listopada 2015 r. Rada ta, zgodnie z regulaminem<sup>65</sup>, miała być organem inicjującym, opiniodawczym i doradczym Dyrektora w zakresie jego działalności statutowej oraz w sprawach rozwoju działalności naukowo-badawczej. Wśród zadań Rady wymieniono w szczególności:

- a) inicjowanie kierunków i problemów naukowo-badawczych związanych z rozwojem geriatryi i gerontologii;
- b) podejmowanie inicjatyw prowadzenia nowych kierunków badań naukowych w zakresie geriatryi i gerontologii;
- c) opiniowanie standardów medycznych i rekomendacji w zakresie interdyscyplinarnych procedur geriatrycznych, reumatologicznych, rehabilitacyjnych i ortopedycznych w opiece nad osobami starszymi;
- d) inicjowanie wdrożenia nowych procedur medycznych w opiece geriatrycznej;
- e) opiniowanie zmian systemowych i organizacyjnych w zakresie opieki geriatrycznej;
- f) opiniowanie projektów zmian w kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych w specjalności z zakresu geriatryi i gerontologii;
- g) inicjowanie zmian struktury opieki geriatrycznej;
- h) popularyzacja nauk z zakresu gerontologii społecznej, klinicznej i teoretycznej;
- i) inicjowanie badań naukowych z zakresu gerontologii w różnych dyscyplinach specjalistycznych i w ich wzajemnej współpracy;
- j) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów naukowych z zakresu geriatryi i gerontologii z innymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi w kraju i za granicą;
- k) popularyzacja osiągnięć polskiej gerontologii za granicą,
- l) inicjowanie uczestnictwa przedstawicieli Instytutu w kongresach, zjazdach i konferencjach naukowych poświęconych problemom gerontologicznym;
- ł) opracowanie założeń i koordynacja programu tworzenia rodzinnych domów opieki nad osobami starszymi;
- m) inicjowanie założeń programowych systemu opieki geriatrycznej w domu pacjenta, jako uzupełnienia usług opiekuńczych;
- o) opiniowanie wzorcowych ścieżek przekwalifikowań zawodowych pracowników niepełnosprawnych ze względu na wiek;
- p) popularyzacja multidyscyplinarnych aspektów opieki geriatryczno-gerontologicznej;

<sup>65</sup> Regulamin Narodowej Rady Geriatryi i Gerontologii stanowił załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Nr 38 z 18 listopada 2015 r.

- r) inicjowanie opracowania Narodowego Programu Opieki nad Osobami Starszymi;
- s) inicjowanie i opiniowanie propozycji do Narodowego Programu Zdrowia.

W skład Rady, zgodnie z § 3 ust. 1 regulaminu, mieli wejść: przedstawiciel Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, od 10 do 25 osób nominowanych przez Dyrektora Instytutu spośród osób mających dorobek naukowy w dziedzinie geriatry lub gerontologii, lub mających doświadczenie w obszarze geriatry lub gerontologii bądź aktywnie działających w tych obszarach oraz Dyrektor Instytutu, Zastępca Dyrektora Instytutu ds. Klinicznych, Zastępca Dyrektora Instytutu ds. Naukowych, a także pracownicy Instytutu wskazani przez Dyrektora w liczbie od jednego do pięciu.

W momencie powołania Rada liczyła 20 członków. W jej skład wchodził m.in. Dyrektor NIGRiR jako przewodniczący, konsultant krajowy w dziedzinie geriatry, Dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jako zastępcy przewodniczącego.

Posiedzenie inauguracyjne Rady odbyło się 9 marca 2016 r. Poza posiedzeniem inauguracyjnym prace Rady, odbyły się jeszcze tylko dwa posiedzenia – 23 czerwca 2016 r. oraz 19 grudnia 2016 r.

Pierwsza kadencja Rady upłynęła w listopadzie 2018 r.<sup>66</sup> Dyrektor NIGRiR nie powołał Rady na II kadencję. Mimo tego informacje o Radzie, jej składzie oraz zadaniach zamieszczone były na stronie internetowej Instytutu <https://spartanska.pl/> jeszcze w sierpniu 2021 r.

Niefunkcjonowanie  
Narodowej Rady  
Geriatry i Gerontologii

### Przykład

W działalności Instytutu stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niewykorzystywaniu od 2017 r. Narodowej Rady Geriatry i Gerontologii, której praca miała służyć realizacji zadań Instytutu dotyczących działalności naukowo-badawczej w obszarze geriatry. Pierwsza kadencja, powołanej w 2015 r. Rady upłynęła w roku 2018 i Dyrektor nie powołał Rady na następną kadencję.

Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że powołanie Rady nie spotkało się z entuzjazmem jej członków. Już na pierwszym posiedzeniu Rady członkowie wskazywali, że właściwym podmiotem, który powinien powołać taką Radę powinien być Minister Zdrowia, zaś Rada powinna być organem opiniodawczym Ministra Zdrowia, a nie Dyrektora NIGRiR. Dyrektor dodał, że mając świadomość kwestionowania przez część jej członków zasadności funkcjonowania Rady, jako organu opiniodawczego Dyrektora NIGRiR oraz powtarzających się problemów ze zorganizowaniem posiedzeń funkcjonującej w NIGRiR Rady Naukowej ze względu na trudności osiągnięcia kworum, nie widział zasadności kontynuowania działalności Rady. Odnośnie informacji dotyczących Rady, zamieszczonych na stronie internetowej Instytutu, Dyrektor wyjaśnił, że nieaktualne informacje w zakładce Narodowa Rada Geriatry i Gerontologii znajdowały się na skutek przeoczenia.

<sup>66</sup> Zgodnie z regulaminem działalności Rady (§ 3 ust. 5) jej kadencja trwa trzy lata.

Prowadzone  
w Instytucie  
badania naukowe  
i prace rozwojowe  
w dziedzinie geriatry

### 5.2.2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku

W okresie objętym kontrolą, w Instytucie realizowano trzy projekty międzynarodowe dotyczące geriatry:

- Postępowanie w tzw. „zespołe kruchości”. Kompleksowe podejście do promowania w Europie życia w podeszłym wieku wolnego od niepełnosprawności: inicjatywa ADVANTAGE – ADVANTAGE, akronim: ADVANTAGE (A comprehensive approach to promote a disability-free advanced age in Europe: the ADVANTED). Głównym celem było budowanie wspólnej strategii europejskiej w zakresie zapobiegania i postępowania w zespole kruchości;
- Wdrażanie dobrych praktyk w chorobach przewlekłych, akronim CHRODIS PLUS (Implementing good practices for chronic disease Joint Action Chrodis-Plus Managing Frailty). Działania realizowane w ramach projektu służyły promowaniu, wdrażaniu nowych lub innowacyjnych polityk i praktyk dotyczących wzmocnienia pozycji promocji zdrowia i profilaktyki, zarządzania chorobami przewlekłymi i wielochorobowością;
- Roadmap to improve the health and well-being of the ageing population in the Baltic Sea Region (AgeFLAG). Projekt miał na celu zidentyfikowanie najważniejszych problemów związanych z aktywnym i zdrowym starzeniem się, z jakimi borykają się kraje regionu.

Oprócz realizacji tych projektów międzynarodowych, w Instytucie realizowano także badania statutowe dotyczące geriatry. W latach 2017–2020 realizowano następujące zadania:

- Zaburzenia autoregulacji ciśnienia tętniczego u pacjentów w wieku podeszłym z różnymi typami reakcji ortostatycznej. Zanalizowano kliniczne warunki związane z zaburzeniami autonomicznymi;
- Wpływ schorzeń przewlekłych na ryzyko rozwoju sarkopenii u pacjentów w starszym wieku. Wykonano pilotażowe badania Total body DEXA;
- Ocena siły mięśni oddechowych oraz współwystępowania sarkopenii u osób z zespołem kruchości w populacji powyżej 60-tego roku życia. W ramach realizacji zadania utworzono bazę danych pacjentów zbadanych metodą DEXA, zawierającą dane około 100 pacjentów. Wykonano 105 udanych badań siły mięśni;
- Wpływ składników pokarmowych bogatych w epikatechiny na biochemiczne wykładniki mechanizmów regulacji metabolizmu mięśni w ocenie możliwości profilaktyki sarkopenii. Zrezygnowano z realizacji zadania z uwagi na długotrwałe zwolnienie lekarskie kierownika projektu i odejście z Kliniki Geriatryi głównego wykonawcy;
- *Poszukiwanie biomarkerów sarkopenii – analiza genetyczna i epigenetyczna*. Badaniem objęto grupę 64 niespokrewnionych chorych z sarkopenią i zespołem kruchości;
- *Jakość życia opiekunów osób starszych oraz ocena zapotrzebowania i dostępności zinstytucjonalizowanych usług opiekuńczych dla seniorów w Polsce*. Dokonano przeglądu polskiego i zagranicznego piśmiennictwa naukowego oraz porównania rozwiązań polskich i zagranicznych dotyczących tego zagadnienia. Opracowano kwestionariusz sonda-

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- żowy do rozpoznania problematyki opieki nad seniorami i obowiązków związanych z opieką seniorów nad członkami rodziny. Zebrano 67 ankiet i opracowano wyniki wstępnego badania;
- *Wartość prognostyczna linii B, Z oraz I u chorych z niewydolnością serca hospitalizowanych w Klinice Geriatrii NIGRiR w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w obserwacji 2-letniej w badaniu prospektywnym, ocena statyczna i dynamiczna. Badania in vivo i in vitro.* Podjęto próby opracowania równoważnika testu wysiłkowego dla pacjentów niezdolnych do wykonania testu chodu, co zaowocowało badaniem pilotażowym pacjentów z niewydolnością serca w pozycji horyzontalnej i po uniesieniu kończyn dolnych. Zbadana grupa chorych z niewydolnością serca liczyła 33 osoby;
  - *Ocena wielopunktowej propagacji fali tętna w populacji geriatrycznej.* Podjęto próbę opracowania wielopunktowego pomiaru czasu propagacji fali tętna. Przeprowadzono badanie walidacyjne u 36 zdrowych ochotników, stwierdzając wysoką korelację wyników;
  - *Nowe perspektywy diagnozowania zaburzeń afektu u pacjentów geriatrycznych. Walidacja skринingowego narzędzia depresji.* Zadanie zostało zamknięte w 2019 r. z uwagi na odejście z Instytutu głównego wykonawcy.

W latach 2021–2023 kontynuowana jest realizacja zadań *Ocena siły mięśni oddechowych oraz współwystępowania sarkopenii u osób z zespołem kruchości w populacji powyżej 60-tego roku życia oraz Poszukiwanie biomarkerów sarkopenii – analiza genetyczna i epigenetyczna.* Od 2021 r. rozpoczęto realizację projektów: *Zespół kruchości i problem upadków u osób w podeszłym wieku, a także Ocena przydatności wielopunktowego pomiaru czasu propagacji fali tętna do diagnostyki chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z wielochorobowością w populacji geriatrycznej.* Realizacja tych projektów została w znacznym stopniu ograniczona przez epidemię COVID-19. Zadania: *Wpływ składników pokarmowych bogatych w epikatechiny na biochemiczne wykładniki mechanizmów regulacji metabolizmu mięśni w ocenie możliwości profilaktyki sarkopenii oraz Nowe perspektywy diagnozowania zaburzeń afektu u pacjentów geriatrycznych. Walidacja skринingowego narzędzia depresji* nie zostały w pełni zrealizowane.

Odnosząc się do aktywności Instytutu w inicjowaniu, planowaniu, organizowaniu i prowadzeniu badań naukowych i prac rozwojowych dotyczących geriatrii oraz badań klinicznych w tym obszarze, Dyrektor wskazał na dwie istotne okoliczności, które miały miejsce w okresie objętym kontrolą – na proces organizowania prac Kliniki i Polikliniki Geriatrii oraz na epidemię COVID-19. Dyrektor podał, że: *Działalność Instytutu, została rozszerzona o obszar geriatrii na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie (...).* Zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia weszło ono w życie z dniem 15 września 2015 r. Decyzja o reorganizacji Instytutu została podjęta w trakcie toczącej się kampanii wyborczej, w której istotnym elementem była kwestia zapewnienia obywatelom właściwej opieki geriatrycznej. Z chwilą wejścia rozporządzenia w życie, Instytut nie był organizacyjnie przygotowany do rozpoczęcia wykonywania zadań wskazanych w ww. rozporządzeniu. Proces organizacji, w tym remont pomieszczeń na potrzeby nowotworzonej Kliniki i Polikliniki Geriatrii rozpoczął się po wej-

ściu w życie ww. rozporządzenia. Klinika i Poliklinika Geriatrii NIGRiR rozpoczęła swoją działalność w pierwszej połowie 2016 roku, niemniej do czwartego kwartału 2017 roku funkcjonowała w 'szczątkowym' zakresie z uwagi na poważne niedobory w zakresie kadry lekarskiej i brak kontraktu z NFZ. Niedobory kadrowe były konsekwencją złej sytuacji finansowej Instytutu (mała atrakcyjność pracy ze względu na niskie wynagrodzenia), ogólnopolskiej 'zapaści' kadrowej w środowisku lekarskim, a w szczególności dramatycznego braku specjalistów z dziedziny geriatrii w kraju. Pierwsza połowa 2018 roku była okresem intensywnych działań organizacyjnych w zakresie tworzenia nowych pracowni diagnostycznych w Klinice i Poliklinice Geriatrii NIGRiR niezbędnych do udzielania świadczeń medycznych z zakresu geriatrii i prowadzenia badań naukowych. Po zagwarantowaniu finansowej możliwości udzielania świadczeń medycznych pacjentom rozpoczęto przygotowania do rozbudowy potencjału naukowego Kliniki (przez długi okres czasu w Klinice Geriatrii był tylko jeden pracownik naukowy). Drugą okolicznością jest wybuch pandemii COVID-19. W okresie od marca 2020 r. do 30 czerwca 2021 r., a więc okresie wynoszącym 1/4 okresu objętego kontrolą wstrzymana zostało wiele z zaplanowanych projektów naukowych. W tym nie było możliwości prowadzenia projektów naukowych, a uwaga skupiona była w szczególności na walce z pandemią. W tym okresie m.in. Klinika i Poliklinika Geriatrii była przekształcona w oddział zakaźny COVID-19.

### Organizacja konferencji oraz spotkań dotyczących geriatrii

W okresie objętym kontrolą NIGRiR zorganizował lub współorganizował konferencje naukowe oraz spotkania, których tematyka dotyczyła geriatrii. Były to m.in.:

- Konferencja pt.: *Frailty syndrome* – zespół kruchości jako jeden z wielkich problemów geriatrycznych<sup>67</sup>;
- *Czwartkowe spotkania z reumatologią i geriatrią*<sup>68</sup>;
- *Spotkania czwartkowe z Geriatrią, Reumatologią i Rehabilitacją*<sup>69</sup>.

Działalność naukowa pracowników Instytutu w obszarze geriatrii obejmowała także:

- 1) prezentacje referatów na konferencjach krajowych i międzynarodowych<sup>70</sup>;
- 2) publikacje w prasie specjalistycznej<sup>71</sup>;
- 3) prowadzenie badań klinicznych: *A Pivotal Trial to Assess the Safety and Clinical Efficacy of the M-001 as a Standalone Universal Flu Vaccine*<sup>72</sup>.

<sup>67</sup> Konferencja 30 listopada 2018 r. w Instytucie.

<sup>68</sup> Styczeń 2018 r., luty 2018 r., marzec 2018 r., kwiecień 2018 r., maj 2018 r., czerwiec 2018 r., wrzesień 2018 r., październik 2018 r., listopad 2018 r., grudzień 2018 r.

<sup>69</sup> Styczeń 2019 r., luty 2019 r., marzec 2019 r., kwiecień 2019 r., maj 2019 r., czerwiec 2019 r., wrzesień 2019 r., październik 2019 r., listopad 2019 r., grudzień 2019 r., styczeń 2020 r., luty 2020 r., listopad 2020 r., styczeń 2021 r., luty 2021 r., kwiecień 2021 r., maj 2021 r., czerwiec 2021 r.

<sup>70</sup> Na przykład: Agnieszka Paradowska-Gorycka, Molekularne aspekty procesu starzenia. Warszawskie Dni Reumatologiczne, 8–9 marca 2019, Agnieszka Paradowska-Gorycka, Anna Wajda, Ewa Kądalska, Tomasz Targowski. The PGE2, PTGS2, PTGER4, SIRT1, SIRT3, DNMT3a and FAM210A gene expression in frailty syndrome. 15th International Congress of the European Geriatric medicine Society (EuGMS), 25-27 September 2019, Kraków, Poland.

<sup>71</sup> M.in.: Humięcka Katarzyna, Tomasz Targowski. Trudności diagnostyczne depresji wieku podeszłego 2 przegląd wybranych skal skriningowych. *Geriatrya 2018*; Lewandowicz A., Sławiński P., Kądalska E., Targowski T. Some hints in terminology may facilitate sarcopenia Assessment. *Archive of Medical Science 2018*; Ficek W, Lewandowicz A. Hipertonia ortostatyczna – łatwa do przeoczenia i nadal o niejasnym znaczeniu. *Gerontologia Polska 2018*.

<sup>72</sup> Sponsor: BiondVax Pharmaceuticals Ltd, study director: Agnieszka Paradowska-Gorycka, lata realizacji czerwiec 2019 r.–styczeń 2020 r.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie objętym kontrolą pracownicy Instytutu uczestniczyli w opracowaniu:

- platformy edukacyjno-informacyjnej oraz przewodnika pracy z seniorem *Pomagam Seniorowi. Jak dbać o tych, którym tyle zawdzięczamy* (przewodnik został wydany pod patronatem NIGRiR)<sup>73</sup>;
- *Zaleceń dotyczących organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń SARS-CoV-2 i zachorowań na COVID-19*<sup>74</sup>;
- *Zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry i NIGRiR dla seniorów odnośnie zachowania się w środowisku domowym w okresie pandemii COVID-19*;
- koncepcji funkcjonowania dziennych oddziałów opieki geriatrycznej w ramach *Koncepcji Centrów Zdrowia 75+*.

W Instytucie przygotowano *Raport Końcowy*, obejmujący przegląd innowacyjnych rozwiązań w zakresie farmakoterapii osób starszych istniejących w innych krajach oraz rekomendacji w tym obszarze dla Polski. Raport ten opracowano w ramach realizacji zadania dotyczącego zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Działania podejmowane w Instytucie nie doprowadziły do wypracowania standardów medycznych dotyczących geriatry. Ostatnie działanie dotyczące opracowania standardów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce to stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego z dnia 31 stycznia 2013 r., opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, nt. standardów postępowania w opiece geriatrycznej.

Nieopracowanie standardów opieki geriatrycznej

Dyrektor wyjaśnił, że: (...) *problem z publikacją standardów medycznych i wytycznych wynika również z kwestii prawnych. Zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>75</sup> *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji, może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwaney dalej ‘diagnostyką onkologiczną’ i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym”, ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. W Instytucie przygotowane zostały m.in. Zalecenia Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji oparte na rekomendacjach EULAR dotyczących diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów. NIGRiR wraz z pismem z dn. 16 lipca 2019 r. przesłał przygotowane zalecenia do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o ich publikację w trybie art. 11*

<sup>73</sup> Platforma oraz przewodnik zostały opracowane w ramach projektu edukacyjnego Fundacji Biedronki i Szlachetnej Paczki.

<sup>74</sup> Zalecenia uwzględniają rekomendacje: Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego.

<sup>75</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

*ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...). Ministerstwo Zdrowia odmówiło publikacji przygotowanych zaleceń ze względu na fakt, że nie zostały one przygotowane przez towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym.*

Dyrektor podkreślił, że: *po długotrwałych staraniach z inicjatywy NIGRiR Minister Zdrowia (na podstawie Zarządzenia MZ z dnia 13 stycznia ubiegłego roku – Dz. Urz. Min. Zdrowia 2020 r. z dnia 13 stycznia 2020 r. poz. 2) powołał Zespół ds. Zdrowotnej Polityki Senioralnej, w skład którego wchodzi m.in. pracownicy NIGRiR i który ma zajmować się wypracowywaniem i aktualizowaniem ogólnopolskich standardów w dziedzinie opieki geriatrycznej (posiedzenia zespołu nie były dotychczas zwoływane z uwagi na wybuch pandemii).*

Udział Instytutu w opracowaniu rekomendacji, wytycznych i zaleceń w zakresie geriatry

Pracownicy Instytutu byli autorami lub uczestniczyli w opracowaniu następujących rekomendacji, wytycznych i zaleceń w zakresie geriatry:

1. *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry dla seniorów odnośnie zachowania się w środowisku domowym w okresie pandemii COVID-19;*
2. *Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (i geriatrycznej) w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń SARS-CoV-2 oraz zachorowań na COVID-19 – praca wspólna Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego;*
3. *Rekomendacje dotyczące wspierania efektywnej, intersektoralnej współpracy w celu poprawy działań na rzecz promowania zdrowia w społeczeństwie. W ramach projektu Chrodis PLUS: Wdrażanie dobrych praktyk w chorobach przewlekłych. Akronim projektu: CHRODIS PLUS Nr 761307;*
4. *Wytyczne dotyczące prewencji, diagnostyki i leczenia geriatrycznego zespołu kruchości (frailty syndrome). Projekt ADVANTAGE: Postępowanie w tzw. zespole kruchości. Kompleksowe podejście do promowania w Europie życia w podeszłym wieku wolnego od niepełnosprawności: inicjatywa ADVANTAGE – ADVANTAGE, Nr 724099;*
5. *Rekomendacje dotyczące rodzaju badań profilaktycznych jako świadczenia gwarantowanego dla osób starszych (tzw. bilans 60-latk). NPZ 2016-2020: Promocja zdrowego starzenia się;*
6. *Wytyczne i wskazówki dotyczące opieki nad osobami starszymi w ramach Projektu Pomagam Seniorowi – promującego zdrowe starzenie się i zachowania prozdrowotne wśród seniorów;*
7. *Rekomendacje i kierunki interwencji w ramach projektu: Analiza Adekwatności i Efektywności Udzielanych Profilaktycznych i Edukacyjnych Świadczeń Opieki Zdrowotnej. NPZ 2016–2020. Cel operacyjny 1 – Poprawa Sposobu Żywienia, Stanu Odżywienia oraz Aktywności Fizycznej Społeczeństwa.*

Współpraca NIGRiR z podmiotami zajmującymi się problematyką opieki zdrowotnej osób starszych

W okresie objętym kontrolą NIGRiR współpracował z podmiotami zajmującymi się problematyką opieki zdrowotnej osób starszych: z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego, w zakresie:

- promowania zdrowego starzenia się,
- możliwości realizowania *Całościowej Oceny Geriatrycznej* przez większą liczbę „niegeriatrycznych” podmiotów leczniczych,

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- opracowania założeń do działań wielośrodkowych związanych z rozwojem geriatry w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 (nowe cele zorientowane na promowanie zdrowego starzenia się, wieloaspektową ocenę stanu zdrowia populacji 60+, profilaktykę zespołu kruchości, zapobieganie polipragmazji, gromadzenie i analizę danych systemowych).

W ramach realizacji rozwoju usług i ośrodków geriatrycznych, NIGRiR nawiązał współpracę z Narodową Radą Rozwoju przy Prezydencie RP oraz Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach prac nad koncepcją Centrów Zdrowia 75+.

Przedstawiciele Kliniki Geriatrii NIGRiR, we współpracy z Fundacją Biedronki, opracowali poradnik dla seniorów pt. *Pomagam seniorowi*. Przewodnik ten zawierał wskazówki dotyczące odżywiania się osób w podeszłym wieku. W kolejnych latach planowane jest zacieśnienie współpracy z Fundacją Biedronki dotyczącej edukacji prozdrowotnej seniorów oraz uruchomienia platformy informacyjno-edukacyjnej.

NIGRiR współpracował również m.in. z: Fundacją Razem Zmieniamy Świat, Krajowym Instytutem Gospodarki Senioralnej, Fundacją Medcover, Narodowym Komitetem Seniora.

NIGRiR, we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego Państwowym Zakładem Higieny – Państwowym Instytutem Badawczym, zorganizował debaty publiczne w ramach realizacji celu 5 NPZ. Były to debaty na temat:

- *Wyzwania dla aktywnego i zdrowego starzenia się* (listopad 2018 r.);
- *Profilaktyka upadków* (październik 2019 r.).

We współpracy z Bankiem Światowym oraz gminą Grudziądz, Instytut realizował projekt dotyczący opracowania modelu geriatrycznej opieki koordynowanej – model dla gminy Grudziądz. Projekt uwzględniał opracowanie materiałów edukacyjnych i przeprowadzenie spotkań szkoleniowych dotyczących promowania zdrowego starzenia się, *Całościowej Oceny Geriatrycznej*, roli poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego w opiece geriatrycznej, organizacji usług pielęgnacyjno-opiekuńczych wspierających opiekę domową, dzienną, szpitalną i długoterminową, zabezpieczenia opieki zdrowotnej i społecznej oraz możliwości rozwojowych i inwestycyjnych w gminie Grudziądz.

### 5.3. Oddziały Wojewódzkie NFZ

Oddziały wojewódzkie NFZ prawidłowo sporządzały plany zakupu świadczeń, uwzględniające świadczenia z zakresu geriatry, systematycznie monitorowały wykonywanie tych świadczeń oraz prawidłowo prowadziły kontrole dotyczące geriatry. Działania te nie wpłynęły na zwiększenie dostępności i zapewnienie równego dostępu do tych świadczeń.

Objęte kontrolą oddziały wojewódzkie NFZ gromadziły dane dotyczące liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia geriatrycznego. Na obszarze właściwości trzech z pięciu oddziałów wojewódzkich NFZ objętych kontrolą NIK w przypadkach pilnych pacjenci przyjmowani byli bez konieczności oczekiwania zarówno na oddział szpitalny, jak i do poradni.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

OW NFZ przeprowadziły niewiele postępowań konkursowych dotyczących świadczeń geriatrycznych. Świadczeniodawcy nie byli zainteresowani zawarciem umowy z NFZ głównie z powodu braku personelu z odpowiednimi kwalifikacjami. Celem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych oddziały wojewódzkie NFZ aneksowały uprzednio zawarte umowy.

### 5.3.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Na obszarze województw objętych właściwością skontrolowanych pięciu OW NFZ funkcjonowało łącznie 20 szpitalnych oddziałów geriatrycznych – po dwa w województwach lubuskim, łódzkim, świętokrzyskim i wielkopolskim oraz 12 w województwie śląskim. Oddziały te na dzień 31 marca 2021 r. dysponowały 478 łózkami. Liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych na 31 marca 2021 r. przedstawiała się następująco:

- w województwie śląskim – 305,
- w województwie świętokrzyskim – 53,
- w województwie lubuskim – 49,
- w województwie wielkopolskim – 41,
- w województwie łódzkim – 30.

Szczegółową liczbę dostępnych miejsc na oddziałach geriatrycznych na terenie tych województw, w okresie objętym kontrolą, przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr 3

Liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych w powiatach na terenie województw objętych właściwością skontrolowanych OW NFZ w latach 2017–2021 (31 marca)

Województwo	Powiat	Nazwa podmiotu, w którym znajduje się oddział geriatryczny	Liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych na dzień:				
			31.12.2017 r.	31.12.2018 r.	31.12.2019 r.	31.12.2020 r.	31.03.2021 r.
lubuskie	żarski	Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	23	23	23	23	23
	międzyrzecki	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr. n. med. Radzimira Śmigieckiego sp. z o.o.	27	27	22	22	26
	<b>Ogółem</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>49</b>
łódzkie	Łódź	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	35	24	20	20	20
	zgierski	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	10	10	10	10	10
	<b>Ogółem</b>		<b>45</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Województwo	Powiat	Nazwa podmiotu, w którym znajduje się oddział geriatryczny	Liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych na dzień:				
			31.12.2017 r.	31.12.2018 r.	31.12.2019 r.	31.12.2020 r.	31.03.2021 r.
śląskie	cieszyński	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	15	24	24	24	24
	mikołowski	Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.	20	20	20	20	20
	pszczyński	Centrum Przedsiębiorczości CP sp. z o.o.		6	6	12	12
		Szpital Powiatowe sp. z o.o.	6				
	raciborski	Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu	27	27	20	20	20
	Chorzów	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	59	30	30	30	30
	Częstochowa	Miejski Szpital Zespolony	34	40	40	40	40
	Katowice	„EMC Silesia” sp. z o.o.	56	56	44	44	44
		Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gięca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	40	16	16	16	16
		Katowickie Centrum Onkologii	58	58	58	39	39
	Piekary Śląskie	Piekarskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	20	20	20	20	20
	Sosnowiec	Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.	16	16	16	25	25
	Tychy	Megrez sp. z o.o.	20	20	17	15	15
<b>Ogółem</b>			<b>371</b>	<b>333</b>	<b>311</b>	<b>305</b>	<b>305</b>
świętokrzyskie	buski	Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju	25	22	22	19	19
	staszowski	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	26	26	34	34	34
	<b>Ogółem</b>			<b>51</b>	<b>48</b>	<b>56</b>	<b>53</b>
wielkopolskie	gnieźnieński	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „DZIEKANKA” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie	25	25	21	21	21
	ostrowski	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski	20	20	20	20	20
	<b>Ogółem</b>			<b>45</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>41</b>

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

W okresie objętym kontrolą liczba łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych w czterech z pięciu województw, na terenie których funkcjonują skontrolowane OW NFZ, zmniejszyła się. Największy spadek liczby łóżek nastąpił w województwie śląskim – o 66 i łódzkim – o 15. Nieznaczny wzrost liczby łóżek wystąpił jedynie w województwie świętokrzyskim – o dwa.

Zmniejszenie liczby łóżek geriatrycznych

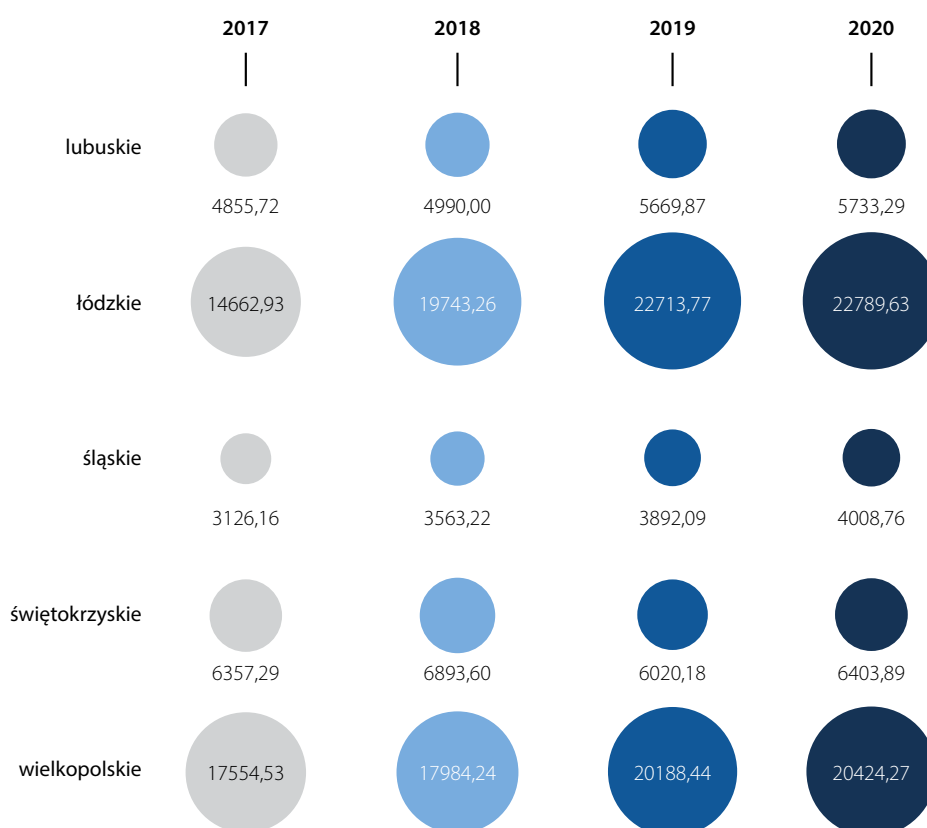
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Wzrost liczby osób w wieku 60+ przypadających na jedno łóżko

Jednym z kluczowych wskaźników obrazujących dostępność opieki zdrowotnej jest liczba mieszkańców przypadająca na jedno łóżko szpitalne. Najlepsza sytuacja występowała na obszarze województwa śląskiego. Jednak nawet w tym województwie, w 2020 r. na jedno łóżko przypadało ponad 4000 mieszkańców w wieku powyżej 60 lat. W województwach łódzkim i wielkopolskim, na jedno miejsce w szpitalnym oddziale geriatrycznym przypadało ponad 20 tys. mieszkańców w wieku powyżej 60 lat. Niepokojący jest systematyczny wzrost tego wskaźnika na przestrzeni całego okresu objętego kontrolą, we wszystkich województwach.

### Infografika nr 3

Liczba mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadająca na jedno łóżko na szpitalnym oddziale geriatrycznym w województwie



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ oraz danych GUS.

### Niewielki wzrost liczby poradni geriatrycznych

Na obszarze właściwości skontrolowanych OW NFZ, na dzień 31 marca 2021 r. funkcjonowało 40 poradni geriatrycznych. Najwięcej poradni było w województwie śląskim – 17, najmniej w województwie świętokrzyskim – dwie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 4

Liczba poradni geriatrycznych w województwie na podstawie umów zawartych z OW NFZ

Województwo	Powiat	Liczba poradni geriatrycznych na dzień:				
		31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.03.2021
lubuskie	m. Gorzów Wielkopolski	0	0	0	1	1
	sulęciński	1	1	1	1	1
	krośnieński	0	1	1	1	1
	międzyrzeczki	1	1	1	1	1
	żarski	0	1	1	1	1
	<b>ogółem</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
łódzkie	Łódź	3	3	3	3	3
	Skierniewice	1	1	1	1	1
	łowicki	1	1	1	1	1
	łódzki wschodni			1	1	1
	Sieradz			1	1	1
	<b>ogółem</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
śląskie	cieszyński	1	1	1	1	1
	mikołowski	1	1	1	1	1
	myszkowski	1	1	1	1	1
	wodzisławski	1	1	1	1	1
	Chorzów	1				
	Częstochowa	2	2	2	2	2
	Gliwice	1	1	1	1	1
	Jaworzno	1	1	1	1	1
	Katowice	4	4	4	4	4
	Mysłowice	1	1	1	1	1
	Sosnowiec	2	2	2	2	2
	Tychy	2	2	2	2	2
	<b>ogółem</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
świętokrzyskie	staszowski	1	1	1	1	1
	opatowski	1	1	1	1	1
	<b>ogółem</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
wielkopolskie	gnieźnieński	1	1	1	1	1
	konin	0	1	1	1	1
	ostrowski	0	1	1	1	1
	Poznań	4	4	4	4	4
	poznański	1	1	1	1	1
	złotowski	0	1	1	1	1
	<b>ogółem</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

Liczba poradni geriatrycznych w latach objętych kontrolą zwiększyła się w trzech województwach: w lubuskim i wielkopolskim – o trzy poradnie oraz w województwie łódzkim – o dwie. W województwie świętokrzyskim liczba poradni geriatrycznych od stycznia 2017 r. do marca 2021 r. nie zmieniła się, natomiast w województwie śląskim zmniejszyła się o jedną jednostkę.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wskaźnik liczby mieszkańców w wieku powyżej 60 lat, przypadających na jedną poradnię geriatryczną, najgorzej przedstawiał się w województwie świętokrzyskim, w którym na jedną poradnię przypadało ponad 160 tys. mieszkańców w wieku powyżej 60 lat. Szczegółowe informacje dotyczące liczby mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadających na jedną poradnię geriatryczną w poszczególnych województwach przedstawia poniższa infografika.

Infografika nr 4

Liczba mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadająca na jedną poradnię geriatryczną, według województw



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ oraz danych GUS.

### Niedobór kadr medycznych

Dane dotyczące liczby personelu udzielającego świadczeń geriatrycznych na podstawie umów zawartych ze skontrolowanymi OW NFZ wskazują na niedobór wyspecjalizowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Liczba lekarzy ze specjalizacją z geriatry w okresie objętym kontrolą praktycznie pozostała na niezmiennym poziomie, a w województwie łódzkim wręcz zmniejszyła się. Największy niedobór pielęgniarek ze specjalizacją z geriatry występował w województwie lubuskim, w którym nie pracowała żadna pielęgniarka z taką specjalizacją oraz w województwie wielkopolskim – na dzień 31 marca 2021 r. pracowały tylko trzy pielęgniarki ze specjalizacją z geriatry.

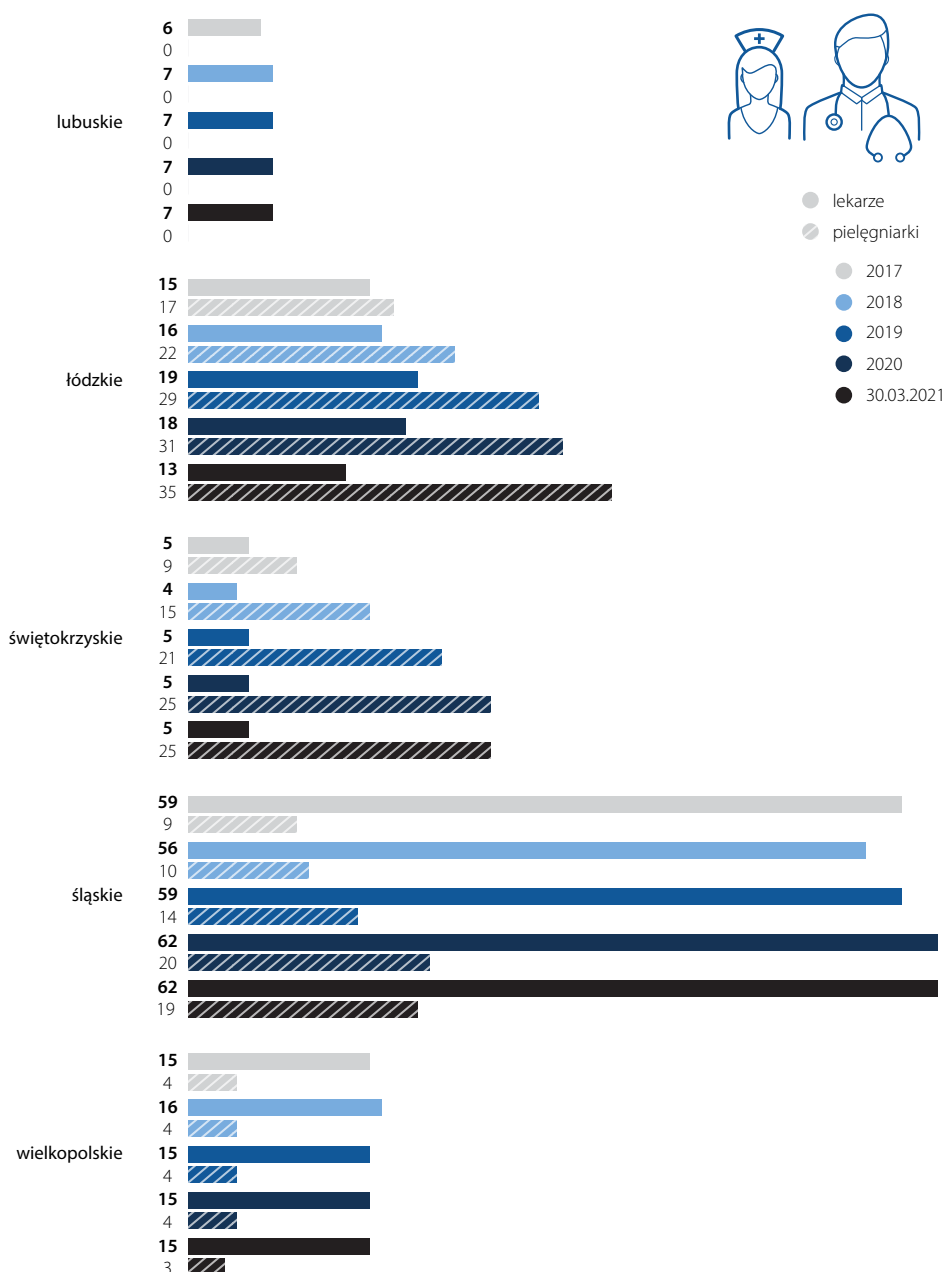


## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczbę lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń geriatrycznych na podstawie umów podpisanych z kontrolowanymi OW NFZ w latach objętych kontrolą przedstawia poniższa infografika.

Infografika nr 5

Liczba personelu udzielającego świadczeń w ramach umów podpisanych z OW NFZ w zakresie geriatry w latach 2017–2021 (31 marca)



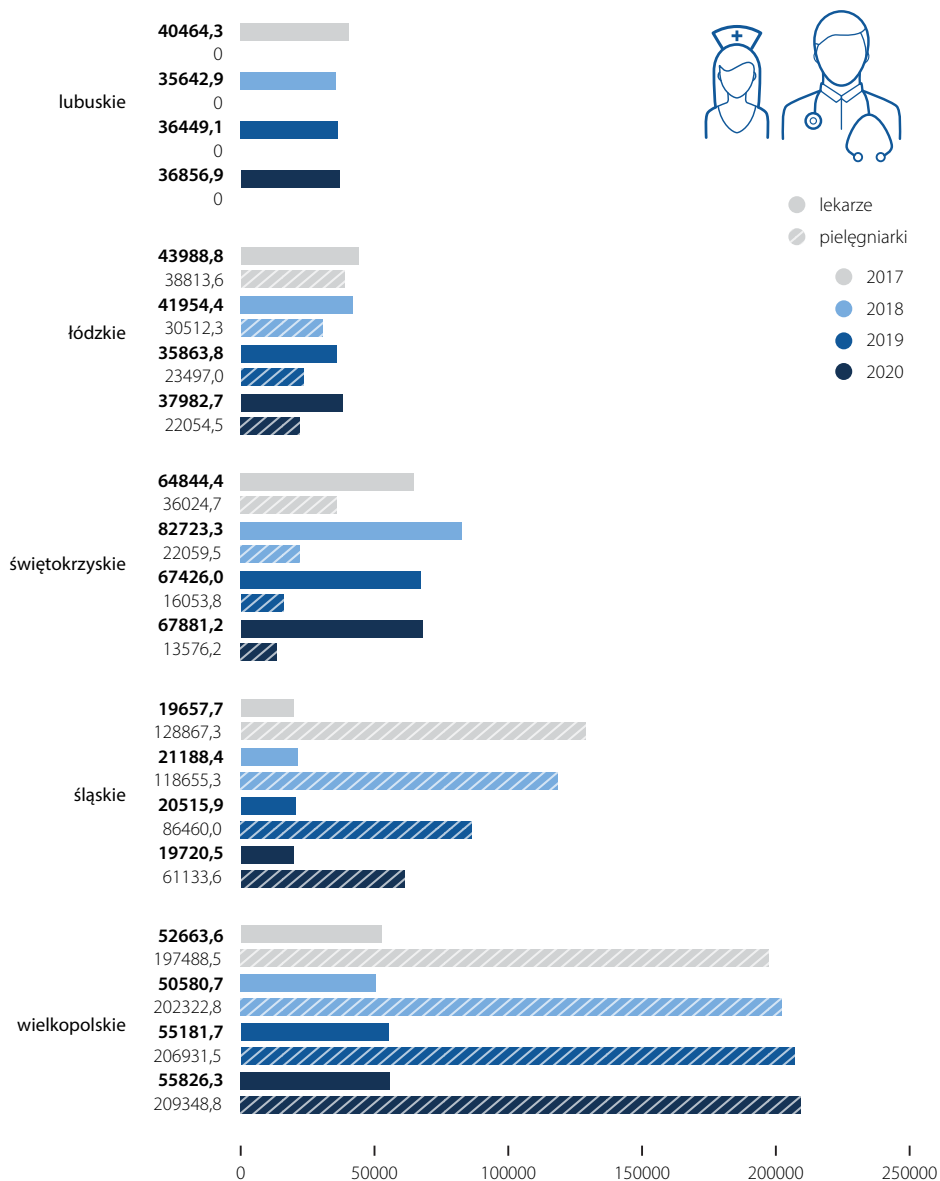
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

Niedobór personelu ze specjalizacją z geriatry jest szczególnie widoczny w przypadku zestawienia liczby dostępnego personelu z liczbą mieszkańców w wieku powyżej 60 lat w danym województwie. Największe braki personelu występowały w województwie świętokrzyskim, w którym jeden lekarz geriatra przypadał na ponad 60 tys. mieszkańców w wieku powyżej 60 lat.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Infografika nr 6

Liczba mieszkańców w wieku 60 lat i więcej przypadająca na jednego lekarza/pielęgniarkę



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

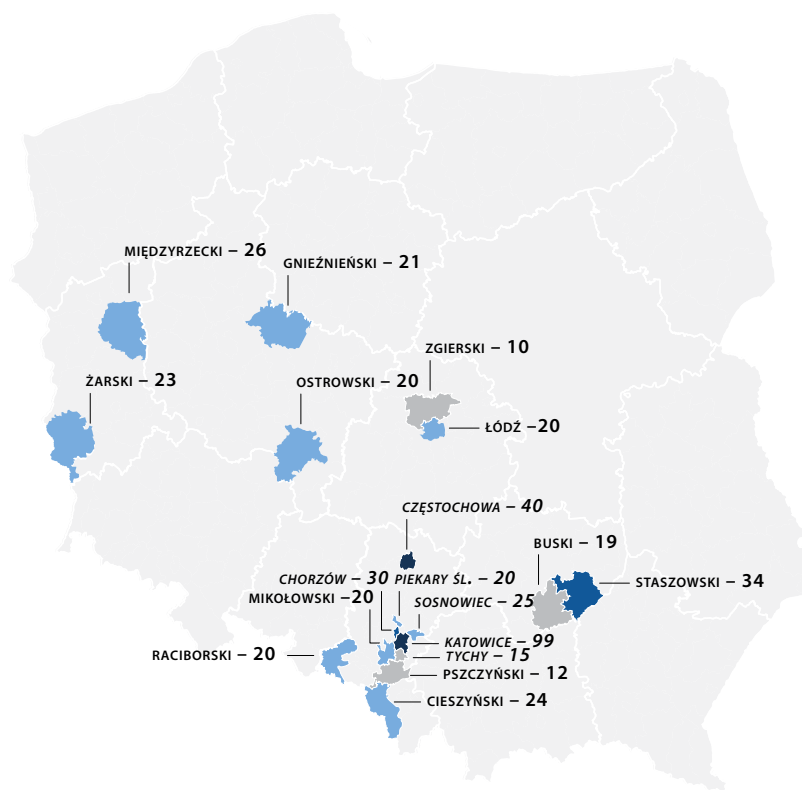
### Nierówny dostęp pacjentów geriatrycznych do świadczeń

W poszczególnych regionach, objętych właściwością skontrolowanych OW NFZ, występował nierówny dostęp do świadczeń geriatrycznych. Szczególnie widoczne dysproporcje w dostępie do świadczeń geriatrycznych występowały w województwie świętokrzyskim, w którym funkcjonowały tylko dwa oddziały szpitalne i dwie poradnie. W województwach lubuskim, świętokrzyskim i wielkopolskim szpitalne oddziały geriatryczne nie funkcjonowały w stolicach województw.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 7

Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach oraz liczba dostępnych miejsc na oddziałach (stan na 31 marca 2021 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

### Przykład

Świadczenia w obszarze geriatry w **województwie świętokrzyskim** udzielane były tylko w trzech powiatach<sup>76</sup>, z tego w jednym wyłącznie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W pozostałych 11 powiatach, w tym w powiecie grodzkim, nie było żadnej poradni ani oddziału geriatrycznego.

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, do zadań NFZ należy określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektorzy objętych kontrolą OW NFZ corocznie, zgodnie z wymogami art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, sporządzali plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok. Plany te składały się z:

- 1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;
- 2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń (art. 131b ust. 2).

Sporządzanie planów zakupu świadczeń zdrowotnych

<sup>76</sup> Województwo świętokrzyskie składa się z 13 powiatów ziemskich i jednego miasta na prawach powiatu (Kielce), będącym powiatem grodzkim.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Z dniem 30 lipca 2021 r. zmieniony został art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych<sup>77</sup>. Z obecnego brzmienia tego przepisu wynika, że projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok sporządza Prezes NFZ. Po raz pierwszy Prezes NFZ sporządza i zatwierdza plan zakupu świadczeń na rok 2023.

Plany zakupu świadczeń, w objętych kontrolą OW NFZ, opracowywano przede wszystkim w oparciu o poziom realizacji świadczeń w okresie poprzedzającym, potencjał wykonawczy podmiotów leczniczych na terenie danego województwa, obłożenie łóżek na oddziałach geriatrycznych, liczbę osób oczekujących i czas oczekiwania. Uwzględniano także priorytety ogólnopolskie i priorytety regionalne oraz mapy potrzeb zdrowotnych.

Objęte kontrolą oddziały NFZ miały ograniczone możliwości opracowywania planów zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry na poziomie zapewniającym odpowiedni dostęp do świadczeń pacjentom geriatrycznym. Wynikało to z wprowadzenia od 1 października 2017 r. PSZ, w którym świadczenia szpitalne były finansowane w ramach ryczaftu, podlegającego skorygowaniu tylko w przypadkach przerwy w udzielaniu świadczeń lub zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy oraz z braku wystarczającej liczby personelu medycznego niezbędnego do uruchomienia nowych oddziałów czy poradni.

### Przykłady

W **Śląskim OW NFZ** przy tworzeniu planu zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry na poszczególne lata okresu 2017–2020 uwzględniono priorytety ogólnopolskie, dotyczące poprawy jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. i 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>78</sup>, a także priorytety regionalne: wydłużanie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym, jak również poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.

Zapotrzebowanie na świadczenia w obszarze geriatry, w **Łódzkim OW NFZ** szacowane było przede wszystkim na podstawie poziomu realizacji zawartych umów, obłożenia łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania. Na etapie tworzenia planów zakupu świadczeń na kolejne lata, uwzględniano także potrzeby zdrowotne na terenie województwa łódzkiego wynikające z danych demograficznych i epidemiologicznych oraz uwzględniano zwiększenie dostępności do świadczeń priorytetowych centralnych<sup>79</sup> i regionalnych<sup>80</sup> oraz zmiany w przepisach prawnych.

<sup>77</sup> Przez art. 1 pkt 21 lit. a ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).

<sup>78</sup> Odpowiednio Dz. U. Nr 137, poz. 1126 i Dz. U. poz. 469.

<sup>79</sup> Priorytety centralne dot. geriatry na rok 2020 i 2021 – zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych.

<sup>80</sup> Priorytety regionalne dot. geriatry na rok 2017, 2018 i 2019 – zwiększenie dostępności do świadczeń przeznaczonych dla osób starszych (powyżej 60. r.ż.) w działaniu długofalowym.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Plany zakupu świadczeń na poszczególne lata objęte kontrolą, w **Świętokrzyskim OW NFZ** przygotowano dokonując analiz m.in.: wskaźników zabezpieczenia na 10 tys. mieszkańców, sytuacji epidemicznej w województwie z uwzględnieniem migracji zewnętrznych i wewnętrznych, kolejek oczekujących na świadczenia, map potrzeb zdrowotnych oraz poziomu kontraktów pierwotnych, aktualnych i rzeczywistych<sup>81</sup>.

W odniesieniu do planowania świadczeń, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych **Lubuskiego OW NFZ** wskazała, iż: *zaplanowane w 2017 roku świadczenia geriatryczne były realizowane przez podmioty, które od października 2017 r. zawarły umowy w ramach PSZ, tj. sieci szpitali, świadczenia finansowane ryczałtem. W związku z tym, że w przypadku ryczałtów sieciowych świadczeniodawca posiada kontrakt szpitalny wyliczony algorytmem wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>82</sup>, a podział środków na poszczególne poradnie i oddziały odbywa się po stronie świadczeniodawcy, pierwotny plan zakupu świadczeń nie miał wyszczególnionych pozycji na zakresy geriatryczne. W trakcie roku 2018 ogłoszono postępowania konkursowe na świadczenia ambulatoryjne, co ma swoje odzwierciedlenie w końcowym dla roku 2018 planie zakupu. Od 2019 r., zgodnie z wytycznymi z Centrali NFZ, plan zakupu świadczeń dla zakresów finansowanych ryczałtem PSZ jest rozbijany na zakresy, a podziału dokonuje się na podstawie wskaźnika wyliczonego ze struktury wykonywanych przez podmioty świadczeń (w okresie poprzedzającym okres planowania).*

**We wszystkich województwach objętych kontrolą w priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej wskazywano na potrzebę rozwoju opieki geriatrycznej.**

### Przykłady

Priorytety regionalne dot. geriatry na lata 2017, 2018 i 2019 dla **województwa łódzkiego** to – zwiększenie dostępności do świadczeń przeznaczonych osobom starszym (powyżej 60. r.ż.) w działaniu długofalowym.

Ustalone Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej **województwa lubuskiego** w okresie objętym kontrolą obejmowały *Rozwój opieki geriatrycznej oraz zwiększenie efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego.*

Priorytety regionalne dla **województwa śląskiego** to: wydłużanie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym, jak również poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.

Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku ustanowiono priorytetem Regionalnej Polityki Zdrowotnej **województwa świętokrzyskiego** w okresie od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2021 r.<sup>83</sup>, mającym w perspektywie długoterminowej poprawić jakość całościowej opieki geriatrycznej m.in. poprzez: wydzielenie łóżek geriatrycznych w oddziałach wewnętrznych, neurologicznych i kardiologicznych oraz utworzenie nowych

<sup>81</sup> Umowa po końcowym rozliczeniu., uwzględniająca wszystkie zmiany jakie nastąpiły w okresie jej realizacji.

<sup>82</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1783, ze zm.

<sup>83</sup> Zarządzenia Wojewody Świętokrzyskiego nr: 114/2016 z 31 sierpnia 2016 r., 21/2018 z 28 lutego 2018 r., 121/2018 z 18 grudnia 2018 r. i 25/2019 z 1 marca 2019 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

oddziałów geriatrycznych i poradni geriatrycznej. Mimo tego, Oddział w żadnym planie zakupu świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne nie uznał geriatрії priorytetem regionalnym.

Określone przez Wojewodę **Wielkopolskiego** priorytety regionalnej polityki zdrowotnej na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r. nie koncentrowały się bezpośrednio na opiece geriatrycznej; dotyczyły zabezpieczenia w zakresie chorób układu oddechowego, opieki paliatywnej i geriatrycznej, dla chorych z przewlekłą niewydolnością oddechowo terminalną bez choroby nowotworowej. W planach na 2018 r. i na 2019 r. zawarto zapis dotyczący priorytetu regionalnego *Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym na terenie województwa oraz ograniczenie migracji celem leczenia poza Wielkopolską.*

Dla celu z priorytetów regionalnej (wielkopolskiej) polityki zdrowotnej z 2019 r.<sup>84</sup> *wzmocnienie opieki nad pacjentem w wieku 65+* jako preferowane metody realizacji wskazano optymalizację funkcjonowania oddziałów chorób wewnętrznych z uwagi na deficyt oddziałów geriatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zwiększenie dostępności do tych zakładów, celem uzupełnienia leczenia poszpitalnego przed powrotem pacjenta do środowiska zamieszkania.

Prawidłowe sporządzanie planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez skontrolowane OW NFZ nie wpłynęło na zwiększenie dostępności do świadczeń geriatrycznych w poszczególnych powiatach i w skali województw.

Objęte kontrolą OW NFZ gromadziły dane dotyczące liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia geriatrycznego. Informacje dotyczące średniego czasu oczekiwania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela nr 5

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia geriatrycznego w objętych kontrolą województwach

Województwo	Rodzaj świadczenia	Średni czas oczekiwania na dzień:									
		31.12.2017 r.		31.12.2018 r.		31.12.2019 r.		31.12.2020 r.		31.03.2021 r.	
		Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
lubuskie <sup>85</sup>	Przyjęcie na oddział szpitalny	0	4	0	6	0	7	0	17	0	7
	Wizyta w poradni geriatrycznej	0	0	0	0	0	7	0	3	0	4

<sup>84</sup> Ustalony w załączniku do zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego nr 95/2019 z 28 lutego 2019 r.

<sup>85</sup> Hospitalizacje geriatryczne w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigieńskiego sp. z o.o. w Skwierzynie realizowane były w ramach oddziału wewnętrznego. Podawany przez świadczeniodawcę czas oczekiwania na oddziale wewnętrznym zawiera również czas oczekiwania na hospitalizację geriatryczną. W zestawieniu od grudnia 2020 r. nie ujęto poradni geriatrycznej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim sp. z o.o. Świadczeniodawca został zwolniony z obowiązku przekazywania danych dotyczących harmonogramów przyjęć w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Województwo	Rodzaj świadczenia	Średni czas oczekiwania na dzień:									
		31.12.2017 r.		31.12.2018 r.		31.12.2019 r.		31.12.2020 r.		31.03.2021 r.	
		Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
<b>łódzkie</b> <sup>86</sup>	Przyjęcie na oddział szpitalny	9	14	3	14	5	16	0	0	0	0
	Wizyta w poradni geriatrycznej	0	41	0	31	0	33	0	6	0	6
<b>śląskie</b>	Przyjęcie na oddział szpitalny	16	49	14	51	21	62	39	46	29	69
	Wizyta w poradni geriatrycznej	6	32	6	32	11	35	5	24	10	24
<b>świętokrzyskie</b>	Przyjęcie na oddział szpitalny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Wizyta w poradni geriatrycznej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>wielkopolskie</b>	Przyjęcie na oddział szpitalny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Wizyta w poradni geriatrycznej	0	17	0	11	0	9	0	8	0	6

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

Z analizy powyższych danych wynika, że bez konieczności oczekiwania pacjenci geriatryczni przyjmowani byli w województwie świętokrzyskim, zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych.

Najgorsza sytuacja pod względem czasu oczekiwania na przyjęcie na szpitalny oddział geriatryczny i wizytę w poradni geriatrycznej występowała w województwie śląskim, w którym w trybie pilnym czas oczekiwania na przyjęcie na oddział wynosił w 2017 r. – 16 dni, w 2018 r. – 14, w 2019 r. – 21, w 2020 r. – 39 oraz w 2021 r. (stan na 31 marca) – 29. Czas oczekiwania w sytuacji stabilnej wynosił w tym województwie w 2017 r. – 49 dni, w 2018 r. – 51, w 2019 r. – 62, w 2020 r. – 46, a w 2021 r. (stan na 31 marca) – 69. Czas oczekiwania na wizytę w poradni geriatrycznej w województwie śląskim wynosił około 30 dni dla przypadków stabilnych, w przypadkach pilnych do 10 dni.

W okresie objętym kontrolą najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń geriatrycznych w województwie śląskim. Województwo to charakteryzowało się również największym wskaźnikiem mieszkańców, którzy skorzystali ze świadczeń w stosunku do liczby ludności województwa uprawnionych do świadczeń geriatrycznych. Wskaźnik ten w tym województwie wynosił 4%, w pozostałych województwach od 1% do prawie 2%.

<sup>86</sup> Z powodu zwolnienia świadczeniodawców ze sprawozdawczości w związku z leczeniem COVID-19, dane dotyczące stanu na dzień 31.12.2020 r. oraz 31.03.2021 r. dla oddziału geriatrycznego mogą być niepełne.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 6

Liczba pacjentów, którym w okresie objętym kontrolą udzielono świadczeń z zakresu geriatry w poszczególnych województwach w odniesieniu do liczby ludności w wieku 60 lat i więcej

Województwo	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych na terenie województwa	Liczba mieszkańców w wieku 60 lat i więcej (stan na 31 grudnia 2020 r.)	Odsetek liczby ludności województwa, która skorzystała ze świadczeń (w%)
Lubuskie	4 566	257 998	1,77
Łódzkie	8 817	683 689	1,29
Śląskie	48 901	1 222 672	4,00
Świętokrzyskie	6 471	339 406	1,91
Wielkopolskie	6 672	837 395	0,80

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ oraz danych GUS.

Biorąc pod uwagę, w zasadzie stałą w okresie objętym kontrolą, liczbę oddziałów i poradni geriatrycznych oraz specjalistycznego personelu, powyższe dane mogą świadczyć o tym, że pacjenci w wieku powyżej 60 lat leczeni są przede wszystkim na oddziałach szpitalnych i w poradniach innych niż geriatryczne, w szczególności na oddziałach wewnętrznych oraz w poradniach specjalistycznych.

W poszczególnych OW NFZ przyjęto różne rozwiązania odnośnie obszarów kontraktowania świadczeń geriatrycznych.

Różne podejście OW NFZ do obszarów kontraktowania świadczeń geriatrycznych

### Przykłady

W przypadku **województwa śląskiego** obszarem kontraktowania świadczeń dotyczących geriatry był teren całego województwa, bez podziału na grupy powiatów.

W **województwie łódzkim** kontraktowanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dotyczącej geriatry, obejmowało obszar województwa i zostało podzielone na dwie grupy powiatów<sup>87</sup>.

W **Świętokrzyskim OW NFZ**, w rodzaju leczenie szpitalne, w każdym roku objętym kontrolą, obszarem planowania dla geriatry było województwo świętokrzyskie. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 2017 r. zmieniono sposób kontraktowania z obszaru województwa na grupy powiatów. Obszar kontraktowania świadczeń z geriatry podzielono na trzy grupy powiatów:

- buski, jędrzejowski, kazimierski, pińczowski, włoszczowski,
- kielecki, konecki, miasto Kielce, skarżyski, staszowski,
- opatowski, ostrowiecki, sandomierski, starachowicki.

W latach 2018–2019 wprowadzono podział na cztery grupy (wyodrębniono powiat opatowski). Pomimo tego obszarem planowania dla geriatry, podobnie jak w kolejnych latach, było województwo.

<sup>87</sup> Pierwsza grupa powiaty: kutnowski, łączycki, łowicki, rawski, skierniewicki, m. Skierniewice. Druga grupa powiaty: bełchatowski, łaski, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, poddębicki, radomszczański, sieradzki, tomaszowski, wieluński, wieruszowski, zduńskowolski, zgierski, brzeziński, Łódź, m. Piotrków Trybunalski.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Obszar terytorialny w ogłaszanych przez **Lubuski OW NFZ** postępowaniach obejmował: w dwóch postępowaniach – obszar województwa. W pozostałych przypadkach – grupy powiatów, tj.:

- gorzowski, strzelecko-drezdenecki, m. Gorzów Wlkp. (dwa postępowania);
- krośnieński, zielonogórski, m. Zielona Góra (jedno postępowanie);
- nowosolski, wschowski (dwa postępowania);
- żarski, żagański (jedno postępowanie).

Zgodnie z art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, dyrektor OW NFZ wykonując zadania wymienione w 107 ust. 5 tej ustawy (dotyczące np. efektywnego i bezpiecznego gospodarowania środkami finansowymi oddziału, zawierania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzania planu zakupu świadczeń, monitorowania celowości, udzielanych w ramach umów świadczeń opieki zdrowotnej<sup>88</sup>) współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

Śląski, Świętokrzyski i Wielkopolski OW NFZ nie współpracowały z innymi podmiotami w trakcie przygotowywania planu zakupu świadczeń.

Współpraca tych oddziałów NFZ z podmiotami zewnętrznymi dotyczyła innych obszarów. Współpraca Śląskiego OW NFZ z konsultantem wojewódzkim ds. geriatryki dotyczyła np. sprawy nieujęcia w systemie PSZ oddziału geriatrycznego zlokalizowanego w jednym podmiocie i ustalenia, czy stanowiło to ograniczenie dostępu do tych świadczeń, w stopniu uzasadniającym konieczność ogłoszenia postępowania konkursowego w zakresie geriatryki-hospitalizacja (ostatecznie ogłoszono takie postępowanie w 2018 r.).

Śląski OW NFZ otrzymał do wykorzystania konspekt *Raportów rocznych z działalności konsultantów wojewódzkich za 2017 r.*, w tym dotyczący geriatryki, w którym zarekomendowano m.in. zwiększenie liczby geriatrów (z 60 do 140 lekarzy specjalistów). Treść tego raportu nie mogła mieć bezpośredniego znaczenia w procesie kontraktowania świadczeń w obszarze geriatryki, gdyż od 1 października 2017 r. świadczenia te są finansowane w ramach ryczału PSZ, który podlega skorygowaniu tylko w przypadkach przerwy w udzielaniu świadczeń lub zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy.

Świętokrzyski OW NFZ w latach 2017–2021 przekazywał Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego – w ujęciu rocznym – informacje związane z monitorowaniem „Świętokrzyskiego programu na rzecz osób starszych do 2020 roku” oraz jednorazowo w 2017 r. konsultantowi wojewódzkiemu informacje dotyczące geriatryki (zawierające m.in. dane dotyczące liczby poradni i oddziałów geriatrycznych).

<sup>88</sup> Art. 107 ust. 5 pkt 3 lit. a określający zadanie dyrektora OW NFZ dotyczące sporządzania projektu planu zakupu świadczeń w zakresie oddziału wojewódzkiego został uchylony z dniem 30 lipca 2021 r. przez art. 1 pkt 20 ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292). Prezes NFZ po raz pierwszy będzie sporządzał i zatwierdzał plan zakupu świadczeń, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą, na rok 2023.

Ograniczona współpraca  
OW NFZ  
z innymi podmiotami

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie objętym kontrolą kilka podmiotów oraz jednostek samorządu terytorialnego zgłosiło do Wielkopolskiego OW NFZ zainteresowanie świadczeniem usług w dziedzinie geriatry.

Podczas planowania poziomu kontraktowania świadczeń dotyczących geriatry, Łódzki OW NFZ współpracował z cenionym przez środowisko seniorów lekarzem geriatrą, a obecnie konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry. W efekcie tej współpracy i na wniosek Oddziału Geriatry Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM – Centralny Szpital Weteranów zwiększono w 2017 r. kontrakt oddziału geriatrycznego Szpitala WAM o 242,4 tys. zł i w związku ze zmianą lokalizacji zwiększono liczbę łóżek z 11 do 24, co spowodowało poprawę dostępności do świadczeń. W okresie objętym kontrolą, w wyniku współpracy z konsultantami wojewódzkimi i z uwagi na priorytetowe traktowanie w tym okresie w województwie łódzkim świadczeń geriatrycznych i świadczeń skierowanych do osób po 60. roku życia, corocznie uwzględniano te świadczenia w trakcie tworzenia planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

Lubuski OW NFZ podejmował współpracę z innymi podmiotami w celu uzyskania informacji wykorzystywanych później do planowania poziomu kontraktowania świadczeń z zakresu geriatry. Były to: cykliczne spotkania ze starostami powiatów województwa lubuskiego; współpraca ze Zrzeszeniem Gmin Województwa Lubuskiego (komunikowanie za pośrednictwem Zrzeszenia istotnych informacji z punktu widzenia zdrowotnego mieszkańców, udział w konwentach starostów, realizację działań dotyczących programów profilaktycznych – spotkania indywidualne w powiatach); współpraca z organizacjami w organizowaniu akcji edukacyjnych, udział organizacji pacjentów w debatach eksperckich organizowanych przez Lubuski OW NFZ, udział w konferencji na temat praw pacjenta z udziałem Rzecznika Praw Pacjenta. Współpraca ta nie przybrała charakteru sformalizowanego. Dyrektor Oddziału podkreślił, że: *uwzględniano przede wszystkim poziom realizacji zawartych umów oraz sygnały od świadczeniodawców zainteresowanych ich realizacją w trybie ambulatoryjnym.*

W latach 2017–2020 Lubuski OW NFZ otrzymywał raporty dokumentujące wykonywanie zadań konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry. Najistotniejsze, powtarzające się sugestie i wnioski dotyczyły:

- a) utworzenia nowego świadczenia – rehabilitacja geriatryczna;
- b) zwiększenia bazy łóżkowej w zakresie lecznictwa szpitalnego;
- c) niedoboru wyspecjalizowanej kadry lekarskiej;
- d) utworzenia drugiej jednostki szkoleniowej na północy województwa;
- e) niskiej wyceny świadczeń.

Ograniczona współpraca OW NFZ z innymi podmiotami, w szczególności w trakcie przygotowywania planu zakupu świadczeń mogła utrudniać wypracowanie rozwiązań, które przyczyniłyby się np. do wzrostu liczby lekarzy specjalistów geriatrów.

Niewielka skala prowadzonych postępowań konkursowych

Lubuski, Łódzki oraz Świętokrzyski OW NFZ w okresie objętym kontrolą nie przeprowadziły postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie geriatry. Było to związane przede wszystkim z zawartymi umowami i świadczeniami realizowanymi w ramach umów PSZ.

Śląski OW NFZ przeprowadził trzy postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie: *Geriatrya-Hospitalizacja*, tj.:

- a) konkursowe uzupełniające do systemu PSZ<sup>89</sup> dla subregionu centralnego;
- b) konkursowe ogłoszone w związku z wypowiedzeniem umowy podmiotowi leczniczemu<sup>90</sup>, który realizował świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ;
- c) w trybie rokowań, w związku z koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców powiatu pszczyńskiego, po unieważnieniu postępowania konkursowego.

W toku wymienionych postępowań złożono pięć ofert, z których dwie zostały odrzucone z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz nieprzedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów i niezpełnienia ich w terminie. W wyniku przeprowadzenia badanych postępowań OW NFZ zawarł dwie umowy dotyczące udzielania świadczeń w dziedzinie geriatryi.

Wielkopolski OW NFZ ogłosił w marcu 2021 r. jedno postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń, których przedmiotem była geriatrya-hospitalizacja na obszarze województwa wielkopolskiego z wyłączeniem powiatu ostrowskiego. W postępowaniu złożona została jedna oferta. Postępowanie zostało unieważnione z powodu wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że prowadzenie go lub zawarcie umowy nie leżało w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS – świadczenia w poradniach były w okresie objętym kontrolą prowadzone przez trzy z pięciu OW NFZ objętych kontrolą<sup>91</sup>.

Łódzki OW NFZ w 2019 r. zgodnie z planem zakupu świadczeń zdrowotnych ogłosił dwa postępowania konkursowe. W pierwszym postępowaniu nie wpłynęła żadna oferta i konkurs został unieważniony. Drugie postępowanie konkursowe ogłoszono dla obszaru województwa łódzkiego. W odpowiedzi wpłynęły trzy oferty. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania zawarto aneksy do istniejących już umów na świadczenia zdrowotne ze wszystkimi trzema oferentami<sup>92</sup>.

<sup>89</sup> Oferty złożone przez podmiot, u którego profil geriatryczny nie został zakwalifikowany do systemu PSZ oraz podmiot, który wcześniej nie realizował świadczeń dotyczących geriatryi w ramach zawartej umowy.

<sup>90</sup> Przyczyną rozwiązania umowy był długotrwale utrzymujący się stan udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w nieodpowiednich warunkach technicznych, naruszających przepisy przeciwpożarowe, w tym powodujących zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi, ustalony przez Powiatową Państwową Straż Pożarną oraz liczne nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli przeprowadzonej przez Śląski OW NFZ.

<sup>91</sup> Postępowania nie prowadziły Śląski oraz Świętokrzyski OW NFZ.

<sup>92</sup> Ze Szpitalem Wojewódzkim w Sieradzu – aneks z dnia 22 lipca 2019 r. do umowy nr 052/120001/02/010/19, z SPZ w Tuszynie aneks z dnia 23 lipca 2019 r. do umowy nr 051/110057/02/010/19 i z Salve-Medica aneks z dnia 22 lipca 2019 r. do umowy nr 051/210706/02/010/19/1.

W Wielkopolskim OW NFZ świadczenia geriatryczne w rodzaju AOS – świadczenia w poradniach, od 2011 r. były przedmiotem 20 postępowań konkursowych ogłoszonych przez Oddział, z których 12 stanowiło podstawę zawarcia umów obowiązujących w okresie objętym kontrolą. Postępowania te prowadzone były do 2019 r. Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ wyjaśnił, że głównym i niezmiennym powodem nieprowadzenia przez Oddział od 2019 r. postępowań w sprawie zawarcia umów dotyczących geriatry był brak lekarzy specjalistów tej dziedziny.

Lubuski OW NFZ w okresie objętym kontrolą przeprowadził osiem postępowań<sup>93</sup> w trybie konkursu ofert o zawarcie umów o udzielenie świadczeń dotyczących geriatry w rodzaju AOS – sześć w 2018 r.<sup>94</sup> i dwa w 2019 r.<sup>95</sup>

W jednym postępowaniu (w 2019 r.) ofertę złożyło dwóch świadczeniodawców, w pięciu postępowaniach – jeden świadczeniodawca, natomiast dwa postępowania unieważniono ze względu na brak oferentów. W wyniku przeprowadzonych konkursów zawarto dwie umowy na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r. oraz jeden aneks<sup>96</sup> obowiązujący od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.

**Prawidłowy sposób prowadzenia postępowań konkursowych**

Wszystkie te postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w zakresie geriatry zostały przygotowane i przeprowadzone prawidłowo, ale nie przyczyniły się do zapewnienia równego dostępu do świadczeń geriatrycznych.

**Prawidłowe aneksowanie umów**

W każdym OW NFZ szczegółowym badaniem objęto próbę czterech aneksów do umów wieloletnich dotyczących świadczeń geriatrycznych. Wszystkie aneksy zawarto zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami wewnętrznymi. Oddziały weryfikowały zasoby świadczeniodawców, w tym uprawnienia, kompetencje i doświadczenie zawodowe personelu oraz zgłoszonych podwykonawców.

### 5.3.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

**Finansowanie świadczeń geriatrycznych**

Objęte kontrolą OW NFZ przeznaczyły na sfinansowanie świadczeń geriatrycznych w latach 2017–2020 łącznie 90,5 mln zł, z tego 86,2 mln zł na leczenie szpitalne oraz 4,3 mln zł na wykonywanie świadczeń w poradniach. Dane dotyczące wydatków ponoszonych na finansowanie świadczeń geriatrycznych w zakresie leczenia szpitalnego, w związku z wprowadzeniem sieci szpitali, należy traktować jako szacunkowe.

<sup>93</sup> Lubuski OW NFZ w 2020 r. oraz w I kwartale 2021 r. nie przeprowadzał postępowań w trybie konkursów ofert w rodzaju AOS ze względu na sytuację epidemiczną w kraju.

<sup>94</sup> W tym dwa postępowania zostały rozstrzygnięte, a cztery unieważnione (w dwóch przypadkach z powodu braku złożonych ofert, w jednym ze względu na złożenie oferty po terminie i w jednym ze względu na nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie).

<sup>95</sup> W tym jedno postępowanie zostało rozstrzygnięte oraz jedno unieważnione, ze względu na nieprzedstawienie przez oferentów wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie.

<sup>96</sup> Aneks z dnia 23 grudnia 2019 r. do umowy nr 0402/0178/17/II zawartej z Wielospecjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. sp. z o. o. z 12 października 2017 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 7

Wydatki OW NFZ na świadczenia dotyczące geriatry w poszczególnych latach objętych kontrolą w podziale na leczenie szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (w zł)

Województwo	Rodzaj świadczenia	2017	2018	2019	2020	
lubuskie	leczenie szpitalne	3 518 607,86	3 721 993,83	3 957 556,05	3 351 907,35	
	AOS umowy w ramach PSZ	5011,90	38 125,41	52 210,07	50 105,93	
	AOS umowy poza PSZ	17 283,91	1892,40	2641,60	31 589,63	
łódzkie	leczenie szpitalne	1 695 200	Nie wyodrębniono danych z uwagi na włączenie szpitali z oddziałami geriatrycznymi do tzw. sieci szpitali. Świadczenia dotyczące hospitalizacji w zakresie geriatryi ujęte były w kontraktach w postaci ryczałtu obejmującego w jednej kwocie środki na realizację świadczeń we wszystkich zakresach.			
	AOS	180 200	120 300	163 900	182 900	
śląskie	leczenie szpitalne	21 558 741,47	3 900 428,04	4 162 294,76	3 041 404,16	
	AOS	785 433,32	621 749,27	618 033,26	485 954,69	
świętokrzyskie	leczenie szpitalne	5 523 000	6 204 000	6 741 000	5 009 000	
	AOS	30 700	18 000	11 000	10 000	
wielkopolskie	leczenie szpitalne	3 351 622,26	3 252 627,24	3 997 920,59	3 257 352,38	
	AOS	130 449,87	189 754,57	346 976,97	250 108,05	

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

W przypadku województwa śląskiego, przyczyną spadku udziału wydatków na zakup świadczeń geriatrycznych w kosztach świadczeń ogółem w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. było utworzenie systemu PSZ (tzw. sieci szpitali), w którym zakresy sprawozdawcze dotyczące geriatryi nie stanowiły odrębnej pozycji w planie zakupu świadczeń lecz były składową ryczałtu PSZ.

Wysokość środków przeznaczonych przez objęte kontrolą OW NFZ na sfinansowanie świadczeń geriatrycznych w zakresie AOS, w 2020 r., w porównaniu do 2017 r. zmniejszyła się w przypadku dwóch OW NFZ<sup>97</sup>, w przypadku dwóch zwiększyły się<sup>98</sup>, w jednym łódzkim OW NFZ pozostała praktycznie na tym samym poziomie.

Przypadki finansowania świadczeń dotyczących geriatryi wykonanych ponad limit ustalony w umowie wystąpiły w trzech z pięciu objętych kontrolą OW NFZ<sup>99</sup>.

**Nadwykonania**

<sup>97</sup> Śląski i Świętokrzyski OW NFZ.

<sup>98</sup> Lubuski, Wielkopolski OW NFZ.

<sup>99</sup> Lubuski oraz Wielkopolski OW NFZ w okresie objętym kontrolą nie finansowały świadczeń geriatrycznych ponad ustalony limit.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 8

Wydatki poniesione przez OW NFZ na świadczenia geriatryczne wykonane ponad ustalone limity (w zł)

Województwo	Rodzaj świadczenia	2017	2018	2019	2020
Łódzkie	leczenie szpitalne	27 700	–	–	–
	AOS	–	–	–	–
Śląskie	leczenie szpitalne	2 248 560,68	704 678	446 382	–
	AOS	5730,06	16199,64	24 703,38	8554,74
Świętokrzyskie	leczenie szpitalne	559 000	–	–	–
	AOS	–	–	900	1000

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

Nie było nadwykonań świadczeń geriatrycznych w województwie lubuskim. Niewielkie nadwykonania w przypadku dwóch świadczeniodawców, w zakresie usług AOS wystąpiły na obszarze właściwości Wielkopolskiego OW NFZ. Jeden ze świadczeniodawców w 2017 r. wykonał świadczenia o wartości 23,28 zł powyżej umowy. W przypadku drugiego świadczeniodawcy, który wykonał usługi (w I półroczu 2021 r.) o wartości 2866,55 zł ponad limit określony umową, Zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że powodem niezwiększenia środków dla tego świadczeniodawcy było istniejące zobowiązanie zawarte w harmonogramie spłaty za 2020 r., powstałe wskutek rozliczania się rachunkami ryczałtowymi w wysokości 1/12. W związku z zarządzeniem nr 116/2021/DSOZ Dyrektora Oddziału, świadczeniodawca po przekroczeniu wartości określonej na realizację świadczeń w umowie ma możliwość złożenia wniosku (po upływie kwartału), na podstawie którego zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

### Niepełne wykonanie zaplanowanych świadczeń

Przypadki niewykonania świadczeń w ramach zawartych kontraktów dotyczyły głównie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>100</sup>. Wartość takich świadczeń dotyczących geriatry w AOS, w okresie objętym kontrolą wyniosła:

- 232,4 tys. zł w Łódzkim OW NFZ;
- 277,7 tys. zł w Śląskim OW NFZ;
- 128 tys. zł w Świętokrzyskim OW NFZ;
- 1000,9 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ.

Wśród głównych przyczyn niewykonania świadczeń dotyczących geriatry, dyrektorzy OW NFZ wskazywali: niską „zgłaszalność” pacjentów do poradni geriatrycznych, ograniczony potencjał wykonawczy poradni geriatrycznych, który nie pozwalał na pełną realizację kontraktu, a także obostrzenia sanitarne związane z epidemią COVID-19, w tym ograniczenie lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo.

<sup>100</sup> Niewykonanie świadczeń w leczeniu szpitalnym wystąpiło incydentalnie w 2020 r. w Śląskim OW NFZ oraz w 2017 r. w Wielkopolskim OW NFZ.

### Przykład

Z uzyskiwanych od świadczeniodawców wyjaśnień wynikało, że głównym powodem, dla którego nie sprawozdawali świadczeń było niezgłaszanie się pacjentów na wizyty, co w efekcie skutkowało niewykonaniem świadczeń. Przyczyn niezgłaszania się pacjentów na wizyty – w opinii Dyrektora **Wielkopolskiego OW NFZ** – należy upatrywać w korzystaniu przez pacjentów geriatrycznych (borykających się zazwyczaj z szeregiem różnych schorzeń) ze świadczeń poradni specjalistycznych ukierunkowanych na prowadzenie danego schorzenia lub w przypadkach chorób przewlekłych z usług lekarza POZ w ramach kompleksowej koordynacji procesu leczenia.

Na podstawie badania próby trzech umów w każdym z kontrolowanych OW NFZ stwierdzono, że w oddziałach monitorowano poziom wykonania umów dotyczących geriatry.

**Prawidłowe monitorowanie realizacji umów**

### Przykłady

W **Świętokrzyskim OW NFZ** regularnie monitorowano wykonanie umów, analizowano comiesięczne zestawienia poziomu realizacji świadczeń. W przypadku zidentyfikowania istotnego niewykonania dokonywano renegotjacji umów, prowadzących do zmniejszenia wartości kontraktu lub przesunięcia środków w kierunku świadczeń wykonywanych ponad limit. Posiłkując się Wykazem Centralnych Reguł Walidacji i Weryfikacji i polegając na automatyzacji procesu, sprawdzano świadczenia zdrowotne, importowane do systemu informatycznego KS-SIKCh<sup>101</sup>. W celu krzyżowej weryfikacji świadczeń Oddział przeprowadzał także tzw. weryfikację wsteczną, realizowaną poprzez ponowne uruchomienie procedury detekcyjnej z Centralnymi Regułami Weryfikacyjnymi dla wszystkich raportów za dany okres.

W **Lubuskim OW NFZ** po zakończeniu każdego okresu rozliczeniowego przeprowadzana była szczegółowa analiza poziomu wykonania świadczeń w ramach umów w celu ostatecznego rozliczenia zrealizowanych świadczeń. Analiza realizacji świadczeń wykorzystywana była również podczas opracowania planu zakupu świadczeń na kolejny rok. Każde świadczenie wykonane w ramach tych umów, przesłane w raportach statystycznych do systemu Lubuskiego OW NFZ, przechodziło automatyczny proces walidacji za pomocą centralnych reguł walidacyjnych<sup>102</sup>. Jeżeli świadczenie było poprawnie sprawozdane, importowane było do systemu. Jeżeli miało błędy – nie zostawało zaimportowane, a świadczeniodawca otrzymywał zwrotną informację dotyczącą zaistniałego błędu. Jeżeli świadczenie przeszło w sposób pozytywny proces walidacji, było importowane do systemu Lubuskiego OW NFZ i przechodziło automatyczny proces weryfikacji za pomocą centralnych reguł weryfikacyjnych<sup>103</sup>. Po zweryfikowaniu, świadczenie otrzymywało jedno z czterech statusów: *poprawne*; *ostrzeżenie wewnętrzne* (widoczne wyłącznie przez Lubuski OW NFZ); *ostrzeżenie* – świadczeniodawca otrzymuje informację o błędach w sprawozdanym świadczeniu, ale istnieje możliwość rozliczenia świadczenia oraz *błąd krytyczny* – świadczeniodawca otrzymuje informację o błędach w sprawozdanym świadczeniu, nie ma możliwości roz-

<sup>101</sup> KAMSOF – System Informatyczny Kasy Chorych.

<sup>102</sup> Ustalanych centralnie – dostępnych na stronie; <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/sprawozdawczosc-elektroniczna/walidacje-i-weryfikacje/>.

<sup>103</sup> Ustalanych centralnie – dostępnych na stronie; <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/sprawozdawczosc-elektroniczna/walidacje-i-weryfikacje/>.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

liczenia świadczenia<sup>104</sup>. Po 20. dniu każdego miesiąca wszystkie świadczenia podlegały weryfikacji wstecznej. Pozwoliło to na aktualizację wyników weryfikacji w związku z wprowadzonymi w międzyczasie modyfikacjami działania sprawdzeń weryfikacyjnych oraz wprowadzeniem nowych sprawdzeń weryfikacyjnych.

**Niewielka liczba kontroli realizacji umów dotyczących geriatry**

Do 31 maja 2019 r OW NFZ prowadziły kontrole za pomocą wydziałów kontroli, działających w strukturach OW NFZ i podlegających dyrektorom oddziałów. Od 1 czerwca 2019 r., w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wydziały kontroli w OW NFZ zostały wydzielone ze struktur OW NFZ i podporządkowane bezpośrednio Prezesowi NFZ poprzez włączenie ich do Departamentu Kontroli NFZ<sup>105</sup>. W związku z tym, OW NFZ odpowiadały tylko za sporządzenie planów kontroli na lata 2017–2019.

Objęte kontrolą OW NFZ w latach 2017–2019 (do 31 maja) przeprowadziły jedną kontrolę planową oraz sześć kontroli doraźnych realizacji umów dotyczących świadczeń opieki geriatrycznej.

Tabela nr 9

Liczba kontroli zrealizowanych przez kontrolowane OW NFZ w latach 2017–2019 (do 31 maja) w obszarze realizacji umów dotyczących świadczeń opieki geriatrycznej

OW NFZ	Kontrole dotyczące opieki geriatrycznej		
	zaplanowane	zrealizowane	doraźne
Łódzki	1	0	0
Wielkopolski	0	0	0
Lubuski	1	1	1
Świętokrzyski	0	0	1
Śląski	0	0	4

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji zebranych w trakcie kontroli w OW NFZ.

Łódzki OW NFZ zaplanował jedną kontrolę na rok 2019 dotyczącą świadczeń opieki geriatrycznej - *Geriatrya hospitalizacja*<sup>106</sup>, jednakże ze względu na długotrwałe zwolnienia lekarskie trzech pracowników Wydziału Kontroli ŁOW i okresem przejściowym w strukturach Wydziału Kontroli zrezygnowano z części zadań określonych w planie, w tym z kontroli w obszarze Geriatrya – Hospitalizacja.

**Prawidłowe przeprowadzanie przez OW NFZ kontroli realizacji umów**

Kontrole zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi regulacjami oraz rzetelnie. Działania podejmowane przez OW NFZ były adekwatne do stwierdzonych nieprawidłowości i jednakowe wobec kontrolowanych świadczeniodawców.

<sup>104</sup> Świadczenia, które były zaimportowane do systemu i zweryfikowane mogą zostać wytypowane przez system do ponownej weryfikacji (np. z powodu zmiany wyników pozycji zależnych).

<sup>105</sup> § 38 ust. 2 regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (zał. do zarządzenia nr 67/2019/GPF Prezesa NFZ z 14 czerwca 2019 r. w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, ze zm.).

<sup>106</sup> Odnośnie spełniania warunków do udzielania świadczeń, zasadności sprawozdanych świadczeń, dostępności do świadczeń, potencjału do realizacji umowy.



### Przykład

Lubuski OW NFZ przeprowadził dwie kontrole związane z opieką geriatryczną – obie dotyczyły NZOZ w Skwierzynie:

a) planową w czerwcu 2017 r. na temat: *Organizacja udzielania świadczeń w ramach zawartych umów w rodzaju: lecznictwo szpitalne (w tym geriatrycja – hospitalizacja), poz – w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transport sanitarny w poz.* W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości związane z opieką geriatryczną dotyczące:

- wykazania do zawartych umów osób nieudzielających świadczeń oraz braku wykazania do umowy personelu faktycznie udzielającego świadczeń, co skutkowało nałożeniem kary umownej w wysokości 0,1% kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń, tj. 512,77 zł;
- udzielania świadczeń przez personel wskazany do udzielania świadczeń w zakresie geriatry, również w ramach transportu międzyszpitalnego, co skutkowało nałożeniem kary umownej w wysokości 512,77 zł;
- braku zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej w Oddziale Internistyczno-Geriatrycznym, wynikającego z udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez lekarzy pełniących dyżur w Oddziale i braku zapewnienia odpowiedniej organizacji pracy w celu spełnienia wymogów w zakresie równoważników etatów w Oddziale, co skutkowało nałożeniem kary umownej w wysokości 2564 zł (0,5%).

Oddział sformułował zalecenia zobowiązujące świadczeniodawcę do:

- bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy;
- zapewnienia organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach;
- wpłaty nałożonej kary.

Świadczeniodawca poinformował Oddział o wdrożeniu i wykonaniu zaleceń pokontrolnych<sup>107</sup>, a informacja została przyjęta przez Dyrektora Lubuskiego OW NFZ<sup>108</sup>. Kwota kary umownej, pomimo zastrzeżeń co do jej wysokości, została terminowo uregulowana w całości;

b) doraźną w październiku i listopadzie 2017 r. (po informacji Lubuskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gorzowie Wlkp. w sprawie wydania decyzji nakazującej zaprzestania użytkowania aparatu TUR D800-1) na temat: *Kontrola zabezpieczenia i realizacji świadczeń związanych z rentgenodiagnostyką.* W wyniku kontroli stwierdzono m.in. nieprawidłowości dotyczące niepoinformowania Lubuskiego OW NFZ o niesprawności aparatu stacjonarnego wykorzystywanego do rentgenodiagnostyki, który jest wymagany do udzielania świadczeń w ramach kontrolowanych umów z zakresu leczenia szpitalnego (w tym geriatrycja) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czego następstwem było:

- nieudzielanie świadczeń gwarantowanych przy wykorzystaniu stacjonarnego aparatu rentgenowskiego do badań obrazowych;
- niespełnianie warunków wymaganych do udzielania świadczeń z zakresu rentgenodiagnostyki;
- wykonywania badań diagnostycznych przy użyciu jeźdnego aparatu RTG na rzecz pacjentów, których stan zdrowia umożliwiał dotarcie do stacjonarnego urządzenia radiologicznego.

Stwierdzono dodatkowo, że świadczeniodawca nie wykonał eksploatacyjnych testów podstawowych stacjonarnego aparatu RTG pomimo jego intensywnego użytkowania i sygnałów o nieprawidłowych parametrach osiąganych przez urządzenie.

<sup>107</sup> Pismo NZOZ w Skwierzynie z 11 września 2017 r.

<sup>108</sup> Pismo nr WKO-I.7310.10.2017 z 22 września 2017 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Stwierdzone nieprawidłowości skutkowały nałożeniem kary umownej w wysokości 89 997,35 zł (2% kwoty zobowiązania) oraz zobowiązaniem świadczeniodawcy do realizacji świadczeń zgodnie z zakwestionowanymi warunkami umowy.

Świadczeniodawca poinformował Oddział o wdrożeniu i wykonaniu zaleceń pokontrolnych<sup>109</sup>, a informacja została przyjęta przez Dyrektora LOW NFZ<sup>110</sup>. Kwota kary umownej, pomimo zastrzeżeń co do jej wysokości, została zapłacona zgodnie z ugodą<sup>111</sup> w ratach wraz z odsetkami<sup>112</sup>.

Kontrole realizacji umów prowadzone przez Departament Kontroli NFZ przy udziale Terenowych Wydziałów Kontroli

Z informacji uzyskanych w trakcie kontroli w OW NFZ wynika, że Departament Kontroli NFZ przy udziale Terenowych Wydziałów Kontroli zrealizował:

- dwie kontrole na terenie województwa łódzkiego: kontrolę planową w SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Centralny Szpital Weteranów w zakresie *Geriatrya – hospitalizacja* na temat: *Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów do sumowania – preparatów krwiopochodnych* (nieprawidłowości nie stwierdzono) oraz kontrolę doraźną w tym samym szpitalu dotyczącą *Realizacji umów z podwykonawcami na transport medyczny w ramach wykonywania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne* (NFZ ocenił realizację umowy ze świadczeniodawcą pozytywnie z nieprawidłowościami<sup>113</sup>, które nie miały zasadniczego wpływu na kontrolowaną działalność; zalecono niezwłoczne uzupełnienie w ambulansach sprzętu medycznego, który wcześniej został zużyty);
- jedną kontrolę doraźną na terenie województwa śląskiego (nie stwierdzono nieprawidłowości).

Niewielka skala skarg dotyczących opieki geriatrycznej

W okresie objętym kontrolą, do trzech OW NFZ, z pięciu objętych kontrolą, nie wpłynęła żadna skarga dotycząca świadczeń geriatrycznych<sup>114</sup>. Po jednej skardze wpłynęło do Śląskiego i Lubuskiego OW NFZ. Skarga, która wpłynęła do Śląskiego OW NFZ nie była rozpatrywana przez Oddział, gdyż w części dotyczącej zastrzeżeń diagnostyczno-leczniczych została przekazana do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie<sup>115</sup>, a odnośnie nieprzestrzegania praw pacjenta – do Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie<sup>116</sup>.

Skarga, która wpłynęła do Lubuskiego OW NFZ dotyczyła nieprawidłowego sposobu leczenia na oddziale geriatrycznym, tj. wypisania pacjentki ze szpitala i zlecenia transportu medycznego bez opiekuna, pomimo złego stanu zdrowia, co skutkowało – zdaniem wnoszącej skargę – śmiercią pacjentki w trakcie transportu.

<sup>109</sup> Pismo o sygnaturze NZOZ.S.102/2017 z 19 grudnia 2017 r.

<sup>110</sup> Pismo nr 04.WKO-I.7320.11.2017 z 5 stycznia 2018 r.

<sup>111</sup> Nr 1/2018/WEF/UGODA zawartą 5 lutego 2017 r.

<sup>112</sup> W dniu 25 stycznia 2018 r. – kwota 22 499,34 zł; w dniu 26 lutego 2018 r. – kwota 23 071,29 zł; w dniu 25 marca 2018 r. – kwota 22 500 zł; w dniu 18 kwietnia 2018 r. – kwota 21 926,72 zł oraz odsetki w dniu 26 lutego 2018 r. w kwocie 573,28 zł.

<sup>113</sup> Brak w ambulansie drobnego sprzętu.

<sup>114</sup> Świętokrzyski, Wielkopolski, Łódzki OW NFZ.

<sup>115</sup> Pismem z 14 sierpnia 2020 r., znak: WSS-II.5111.409.2020, WSS-II.W.115738.MZ.2020.

<sup>116</sup> Pismem z 14 sierpnia 2020 r., znak: WSS-II.5111.409.2020, WSS-II.W.115747.MZ.2020.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Oddział rozpatrzył skargę zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>117</sup>. Niezwłocznie poinformował skarżącą o podjęciu działań i wystąpił do szpitala o zajęcie stanowiska i przekazanie stosownych wyjaśnień. W oparciu o uzyskane informacje, bez zbędnej zwłoki, poinformował córkę pacjentki o podjętym przez świadczeniodawcę procesie leczenia oraz odpowiednich instytucjach zajmujących się rozpatrywaniem spraw związanych z naruszeniem praw pacjenta. Córka zmarłej ponowiła skargę, do której Oddział ponownie się ustosunkował. Podkreślono, że ocena zasadności zastosowanego leczenia oraz decyzje medyczne lekarza leżą poza kompetencjami NFZ.

Dyrektorzy wszystkich objętych kontrolą OW NFZ, wśród najistotniejszych problemów i barier dotyczących medycznej opieki geriatrycznej, wymienili brak wystarczającej liczby lekarzy specjalistów w zakresie geriatrii oraz pielęgniarek z tą specjalizacją, co przekładało się na niewielką liczbę świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ. Podkreślano, że OW NFZ nie mają wpływu na kształcenie kadry medycznej, która warunkuje dostępność do każdej dziedziny medycyny. Wskazywali również, że świadczenia dla seniorów nie są udzielane tylko przez lekarzy geriatrów. Katalog świadczeń szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych może być realizowany także na innych oddziałach, w szczególności na oddziale chorób wewnętrznych, które zapewnione są praktycznie w każdym powiecie.

Brak wystarczającej liczby personelu główną barierą geriatrii

### Przykład

Dyrektor **Lubuskiego OW NFZ** wskazał brak kadry z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem jako ograniczenie w kontraktowaniu świadczeń geriatrycznych w województwie. Zaznaczył przy tym, że: *biorąc pod uwagę typowe dolegliwości wieku starszego, w ich diagnozowaniu i leczeniu uczestniczą przedstawiciele różnych specjalności. Praktycznie w każdym powiecie mamy zakłady opiekuńczo-lecznicze, w których zapewniona jest całodobowa opieka medyczna w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia dla osób, które nie wymagają hospitalizacji. Realizowane są również świadczenia udzielane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej. Również ogromną wagę przywiązujemy do świadczeń rehabilitacyjnych. Dodatkowo trzeba mieć na uwadze, że świadczenia realizowane w zakresie chorób wewnętrznych i w zakresie geriatrii, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są tożsame, tzn. jednakowo możliwe do realizacji w obydwu zakresach. W chwili obecnej na terenie województwa lubuskiego świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych realizowane są przez 16 podmiotów.*

Zdaniem eksperta, do głównych barier w rozwoju geriatrii należy także niewystarczające jej finansowanie. Stwierdził, że: *Ocena stanu funkcjonalnego nie była i nie jest elementem katalogu świadczeń przypisanych do geriatrii, które są finansowane w oparciu o metodologię JGP (jednorodnych grup pacjentów), przez co geriatria pozostaje jedną z dłużej wadliwie finansowanych branż medycznych. (...) System JGP nie ujawnia diagnoz geriatrycznych. Choroby neurodegeneracyjne, w których dominuje u osób starszych otępienie stanowią 30% diagnoz w populacji powyżej 65. r. życia i stanowią czwartą (wg niektórych analiz piątą) przyczynę zgonów. W kolejnych edycjach Map Potrzeb Zdrowotnych nie znajduje się*

Niewystarczające finansowanie geriatrii

<sup>117</sup> Dz. U. z 2021 poz. 735.

*takich danych z powodu zafałszowania danych, generowanych nie w oparciu o faktyczną epidemiologię, lecz w oparciu o opłacalność diagnozy głównej. Stan ten pomimo monitorowania problemu przez środowisko geriatrów w NFZ i MZ, od lat nie ulega zmianie. (...) Obiecywane od wielu lat przez NFZ wprowadzenie finansowania pobytów dłuższych z wprowadzeniem stawki za osobodzień, uwzględniającej pracę zespołową również nie jest realizowane, podobnie jak włączenie przez AOTMiT nowych pozycji koszykowych w postaci: diagnostyki jednodniowej otępienia, pobytów dziennych, rehabilitacji geriatrycznej czy wyjazdowych zespołów konsultacyjnych. Opisane powyżej sytuacje stanowiły i nadal stanowią silne bariery hamujące rozwój geriatry w minionej dekadzie.*

Na problem ten wskazywali również konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy w dziedzinie geriatry.

### Przykład

**Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry** wśród istotnych problemów geriatry w Polsce i barier ograniczających jej rozwój wymienił: *niską wycenę świadczeń geriatrycznych, zarówno AOS jak i stacjonarnych, niskie wynagrodzenia opiekunów medycznych i pielęgniarek pracujących w oddziałach geriatrycznych, na których praca z reguły jest cięższa niż w wielu innych oddziałach, w związku z większą liczbą zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych wykonywanych przez personel, brak świadczenia gwarantowanego, dzienny oddział geriatryczny, brak zainteresowania wśród menadżerów podmiotów leczniczych w tworzeniu nowych jednostek organizacyjnych udzielających świadczeń z zakresu geriatry z powodu przekonania o niskiej opłacalności świadczeń.*

Zdaniem **konsultanta w dziedzinie geriatry województwa kujawsko-pomorskiego**: *niska wycena świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, brak możliwości w większości przypadków sumowania procedur geriatrycznych to istotne czynniki, które mogą hamować rozwój tak ważnej dziedziny, jaką jest geriatrya w kontekście starzejącego się społeczeństwa i złożonych potrzeb osób starszych. Dyrektorzy szpitali patrząc na wyniki finansowe niechętnie tworzą tego typu oddziały, a potrzeby są ogromne.*

Podobne stanowisko przedstawił **konsultant w dziedzinie geriatry województwa śląskiego**: *jeśli chodzi o bariery w rozwoju geriatry w regionie i zarazem w kraju, to główną przyczyną jest fatalna, nierealistyczna wycena przez AOTMiT świadczeń geriatrycznych. Pacjenta geriatrycznego cechuje wielochorobowość, wymaga często specjalistycznej, drogiej diagnostyki. NFZ płaci hospitalizację jedynie za jedną jednostkę chorobową, co nie pokrywa ponoszonych kosztów diagnostyczno-leczniczych i opiekuńczych przez świadczeniodawcę, zniechęcając zarządzających szpitalami do otwierania oddziałów o profilu geriatrycznym.*

### 5.4. Świadczeniodawcy

Proces udzielania świadczeń dotyczących geriatry został zorganizowany zgodnie z obowiązującymi wymogami. W szpitalach wprowadzono procedury dotyczące opieki nad pacjentami geriatrycznymi, jednak nie we wszystkich stosowano procedurę oceny geriatrycznej, zwłaszcza wobec seniorów hospitalizowanych na oddziałach innych niż geriatryczne. Skontrolowane podmioty lecznicze zapewniły wymaganą liczbę lekarzy, fizjoterapeutów i psychologów. Liczba lekarzy okazała się jednak niewystarczająca do faktycznych potrzeb, o czym świadczą liczne nieprawidłowości dotyczące ich czasu pracy. Świadczeniodawcy mieli też istotne

problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego. Skontrolowani świadczeniodawcy stosowali wobec pacjentów hospitalizowanych na oddziałach geriatrycznych i pacjentów poradni jednolite zasady przyjęć. Pacjentom niektórych podmiotów nie zapewniono możliwości rejestracji elektronicznej oraz udzielania świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych.

Pacjentom w podeszłym wieku umożliwiono, co do zasady, uzyskanie kompleksowych świadczeń, zgodnie z zaleceniami *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*, w tym dotyczącymi dostępu do rekomendowanych badań oraz zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego. W większości skontrolowanych podmiotów podstawą diagnostyki hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku była całościowa ocena geriatryczna. W celu zapewnienia pacjentom geriatrycznym prawidłowej opieki podjęto wielokierunkową współpracę z lekarzami różnych specjalności, a także instytucjami pomocy społecznej.

### 5.4.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

Spośród 12 skontrolowanych świadczeniodawców, 10 to szpitale, z których osiem ma w swojej strukturze oddział o profilu geriatrycznym<sup>118</sup>, jeden – oddział internistyczno-geriatryczny<sup>119</sup> oraz jeden – pododdział geriatryczny<sup>120</sup>. W ośmiu z tych podmiotów funkcjonowała także poradnia geriatryczna. Ponadto kontrolą objęto także dwie niezależne poradnie geriatryczne<sup>121</sup>.

W skontrolowanych szpitalach dla pacjentów geriatrycznych przygotowano łącznie odpowiednio 318 miejsc w 2017 r., 293 – w 2018 r., 279 – w 2019 r., oraz 259 – w 2020 i 2021 r.<sup>122</sup> W szpitalach tych, w latach 2017–2021 (31 marca) hospitalizowano w zakresie geriatryki odpowiednio 7734, 8031, 7871, 5551 i 1494 pacjentów. W tym samym okresie, w placówkach 10 skontrolowanych świadczeniodawców, udzielających porad w ramach AOS, udzielono odpowiednio: 35 414, 39 124, 40 523, 34 250 i 12 602 porad.

W regulaminach organizacyjnych większości (10 z 12) skontrolowanych świadczeniodawców, stosownie do art. 24 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, określono strukturę organizacyjną zakładu leczniczego, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia

Charakterystyka placówek kontrolowanych świadczeniodawców

<sup>118</sup> EMC Silesia sp. z o.o. Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach (dalej: Szpital Geriatryczny w Katowicach), Katowickie Centrum Onkologii, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (dalej: Szpital w Częstochowie), SP ZZOP w Staszowie (dalej: Szpital w Staszowie), SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM UM w Łodzi (dalej: Szpital Uniwersytecki w Łodzi), Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie (dalej: Szpital w Gnieźnie), Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski (dalej: Szpital w Ostrowie Wielkopolskim), Szpital na Wyspie sp. z o.o. w Żarach (dalej: Szpital w Żarach).

<sup>119</sup> Niepubliczny ZOZ Szpital im. dr. n. med. Radzimira Śmigiełskiego sp. z o.o. w Skwierzynie (dalej: Szpital w Skwierzynie).

<sup>120</sup> Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu (dalej: Szpital w Zgierzu).

<sup>121</sup> Poradnia Geriatryczna w Miejskim Centrum Medycznym Jonscher im. dr. K. Jonschera w Łodzi; Poradnia Geriatryczna w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łowiczu.

<sup>122</sup> Dane ujęto według stanu na 31 grudnia 2017, 2018, 2019, 2020 r. oraz 31 marca 2021 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

### Przykłady

W obowiązujących w latach 2017–2021 regulaminach organizacyjnych **Szpitala w Częstochowie** oraz w aktualnym wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>123</sup> wpisano poradnię geriatryczną, pomimo nieprowadzenia takiej poradni. Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>124</sup>, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Poradnia geriatryczna nie została wykreślona z regulaminu organizacyjnego Szpitala oraz Rejestru Wojewody mimo, iż nie wykonuje świadczeń zdrowotnych, ponieważ zarejestrowanie komórki organizacyjnej wymaga długotrwałych procedur (m.in. opinie – Rady Społecznej, Rady Miasta, Sanepidu), a Szpital oczekiwał na ogłoszenie przez NFZ konkursu ofert na świadczenia AOS w zakresie geriatry, aby złożyć ofertę i starać się o zawarcie kontraktu. Szpital informował NFZ o planach w tym zakresie zarówno pisemnie jak i w rozmowach telefonicznych. Potrzebę uruchomienia działalności Poradni Geriatrycznej wskazywał również Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatry, któremu również problem z zakontraktowaniem i uruchomieniem Poradni geriatrycznej był wielokrotnie zgłaszany. Przez kolejne lata do chwili obecnej Fundusz nie ogłosił postępowania konkursowego, przedłuża jedynie już istniejące umowy w AOS. Nie jest określona data ogłoszenia postępowania konkursowego, pozostajemy więc w gotowości przystąpienia do konkursu i złożenia swojej oferty, gdyby NFZ takie postępowanie ogłosił.*

Odnosząc się do wyjaśnień Dyrektora NIK podkreśliła, iż zarówno regulamin organizacyjny jak i rejestr powinny stanowić, w szczególności dla pacjenta, rzetelne źródło informacji o zakresach udzielanych świadczeń, a dokument, w którym ujmowana była poradnia, faktycznie niedziałająca, takiego wymogu nie spełnia.

W obowiązujących, w okresie objętym kontrolą, regulaminach organizacyjnych **Szpitala w Staszowie** nie określono zadań poradni specjalistycznych (w tym geriatrycznej). W regulaminach tych określono jedynie organizację i nadzór nad poradniami specjalistycznymi. Było to niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy *o działalności leczniczej*. Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że zgodnie z regulaminem organizacyjnym, poradnie specjalistyczne podlegają bezpośrednio pod oddziały szpitalne. Świadczenia w poradniach udzielane są przez lekarzy z oddziałów. Z uwagi na tę zależność, zakresy zadań poradni i oddziałów są tożsame. Dyrektor stwierdził również, że nie stanowi dla Szpitala problemu wprowadzenie dodatkowych zapisów w regulaminie, tym bardziej, że właśnie zwrócił się do starosty staszowskiego o zwołanie rady społecznej.

### Procedura oceny geriatrycznej

Zgodnie z § 6a rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach*, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta (z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pedia-

<sup>123</sup> Na dzień kontroli – 27 lipca 2021 r.

<sup>124</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

trycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym)<sup>125</sup>. Nie wszystkie ze skontrolowanych szpitali opracowały i wdrożyły taką procedurę. Obowiązek ten został nałożony na szpitale od 1 stycznia 2015 r., ale wprowadzono okres dostosowawczy do 30 czerwca 2016 r. Pomimo to w czterech skontrolowanych szpitalach (40%), w 2021 r. nie przestrzegano tego wymogu w stosunku do wszystkich pacjentów w wieku powyżej 65 lat<sup>126</sup>. Należy zwrócić uwagę, że ryzyko niestosowania procedury oceny geriatrycznej może być jeszcze częstsze w podmiotach leczniczych, które w swojej strukturze nie mają oddziałów geriatrycznych i nie zatrudniają lekarzy geriatrów.

### Przykłady

W **Szpitalu Uniwersyteckim w Łodzi**, wbrew obowiązkowi wynikającemu z wdrożonej od 26 listopada 2018 r. procedury oceny geriatrycznej, nie stosowano tej oceny wobec części pacjentów szpitala powyżej 60. roku życia. Kontrola wykazała cztery przypadki<sup>127</sup> nieprzeprowadzenia oceny, pomimo zaistniałych ku temu przesłanek wieku i uzyskania w teście kwalifikacyjnym w skali VES-13 trzech lub więcej punktów. Ponadto jeden pacjent hospitalizowany w Klinice Geriatrii, spośród 30 objętych badaniem, nie został poddany ocenie w skali VES-13 oraz COG. Dyrektor ds. Organizacyjno-Medycznych wyjaśnił, że niedopełnienie procedur wykonania oceny geriatrycznej spowodowane było epidemią oraz zadeklarował, że zostanie przeprowadzone ponowne szkolenie i przypomnienie o konieczności i zasadności wykonywania tych ocen.

W **Szpitalu w Skwierzynie**, w całym okresie objętym kontrolą (do 16 lipca 2021 r.) nie wdrożono procedury oceny geriatrycznej pacjenta. Kierownik ds. Medycznych oraz Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnili, że procedura oceny geriatrycznej pacjenta została opracowana, ale w związku ze zmianami kadrowymi została przeoczona. Zarząd Szpitala zobowiązał się do jak najszybszego wdrożenia tej procedury. Dopiero podczas kontroli NIK wprowadzono procedurę oceny geriatrycznej, a odpowiedzialny za jej stosowanie personel medyczny zapoznał się z jej treścią i zobowiązał się do jej realizacji.

W czerwcu 2019 r., w **Szpitalu w Żarach** jedynie w oddziale geriatrycznym wprowadzono obowiązek przeprowadzania procedury oceny geriatrycznej. Procedura ta została wprowadzona prawie trzy lata po upływie terminu wynikającego z przepisów prawa, a ponadto nie spełniała wymogów wynikających z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, bowiem obowiązywała tylko na oddziale geriatrycznym. Prezes Szpitala wyjaśniła, że interpretacja przepisów w tym zakresie okazała się niewłaściwa, gdyż byliśmy przekonani, że ocena geriatryczna pacjenta po 60. roku życia dotyczy wyłącznie pacjentów na oddziale geriatrii (...). Procedura została wprowadzona w czerwcu 2019 r. z powodu przeoczenia zmian w przepisach. W dniu 28 czerwca 2021 r.

<sup>125</sup> Ocena geriatryczna prowadzona jest przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Pozwala ona m.in. przewidzieć czas pobytu w szpitalu oraz konieczność umieszczenia w instytucjach opiekuńczych. Nie może być utożsamiana z COG. Placówki medyczne mają dowolność w wyborze formy jej przeprowadzania, często jednak jest przeprowadzana z zastosowaniem skali VES-13.

<sup>126</sup> Badaniem w każdym ze szpitali objęto dokumentację medyczną losowo wybranych 15 pacjentów w wieku 65+ przyjętych do szpitala w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem czynności kontrolnych na oddziały inne niż oddział geriatryczny (min. trzy różne, za wyjątkiem Szpitala w Skwierzynie, w którym poza Oddziałem Internistyczno-Geriatrycznym funkcjonuje tylko Oddział Chirurgii Ogólnej).

<sup>127</sup> Spośród 15 pacjentów objętych badaniem, hospitalizowanych w innych klinikach niż Klinika Geriatrii w maju-czerwcu 2021 r. Dotyczy pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wdrożono wewnętrzną instrukcję pn. *Ocena geriatryczna*, obowiązującą na oddziałach szpitalnych w przypadku pacjentów po 60. roku życia, z wyjątkiem oddziałów dziecięcego, noworodkowego i ginekologiczno-położniczego. Z procedurą zapoznano personel komórek organizacyjnych, w których wymagane było jej stosowanie.

Skontrolowane szpitale, mające oddział geriatryczny wdrożyły ogólne procedury opieki nad pacjentami uwzględniające specyfikę opieki nad osobami w podeszłym wieku i ich stan zdrowia. Dotyczyły one pacjentów hospitalizowanych na wszystkich oddziałach szpitala. W czterech z tych szpitali wdrożono także dodatkowe procedury dotyczące opieki nad pacjentami oddziałów geriatrycznych. Zarówno procedury ogólnoszpitalne, jak i wprowadzone dla oddziałów geriatrycznych służyły poprawie jakości opieki nad osobami starszymi i zawierały elementy zaleceń wynikających ze standardów postępowania w opiece geriatrycznej.

Osoby opiekujące się pacjentami w oddziałach geriatrycznych świadczeń na oddziałach geriatrycznych miały wymagane kwalifikacje

Zasoby będące w dyspozycji 12 skontrolowanych świadczeniodawców, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, a także dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt, nie zawsze odpowiadały obowiązującym przepisom. W skontrolowanych podmiotach na ogół spełniano wymogi dotyczące zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek z odpowiednimi kwalifikacjami oraz zatrudnienia osób prowadzących fizjoterapię i psychologa (równoważnik co najmniej 0,5 etatu). Stwierdzono jednak liczne nieprawidłowości dotyczące czasu pracy lekarzy oraz niewystarczającej liczby pielęgniarek.

W siedmiu podmiotach leczniczych świadczeń udzielali lekarze lub pielęgniarki, którzy nie byli zgłoszeni do NFZ. Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umów zawartych z NFZ, według których świadczeniodawca zobowiązany był do wykonywania świadczeń przez osoby wymienione w załączniku do umowy oraz do bieżącej aktualizacji tego wykazu.

W dziewięciu, z 10 skontrolowanych szpitali na oddziałach geriatrycznych zatrudniano w wymiarze co najmniej równoważnika jednego etatu lekarza specjalistę w dziedzinie gerontologii lub geriatry. W przypadku jednego szpitala stwierdzono, że nie spełniono tego wymogu w latach 2019 i 2020.

### Przykład

W okresie objętym kontrolą wszyscy lekarze pracujący (udzielający świadczeń) na oddziale internistyczno-geriatrycznym **Szpitala w Skwierzynie** byli zatrudnieni w oparciu o umowy cywilnoprawne. W miesiącach objętych próbą kontrolną, tj. w sierpniu w latach 2019–2020 stwierdzono, że nie przestrzegano wymogu obecności lekarza specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatry w wymiarze równoważnika co najmniej jednego etatu. Ustalono, że 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). Natomiast na dzień 31 grudnia 2019 r. i 2020 r. na oddziale pracował lekarz geriatra odpowiednio w wymiarze: 0,94 etatu i 0,87 etatu przeliczeniowego. Było to niegodne z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla geriatry, określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Prezes Zarządu Szpitala wyjaśniła, że Zarząd cały czas stara się zatrudnić geriatrę na pełen etat, jednak okres pandemii tego nie ułatwia.



W skontrolowanych podmiotach przestrzegano uregulowań dotyczących czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 93 (i następnych) ustawy *o działalności leczniczej*. Przepisy te nie dotyczą jednak personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. W konsekwencji aż w siedmiu z 10 (70%) oddziałów geriatrycznych czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych<sup>128</sup> lub zatrudnionych na umowę o pracę oraz na umowę cywilnoprawną, znacznie przekraczał 24 godziny i wynosił nawet 240 godzin. W okresie czterech miesięcy objętych próbą kontrolną stwierdzono 286 przypadków przekroczenia 24 godzin pracy, w tym w następujących przedziałach godzinowych:

- 24–30 godzin – 34 przypadki,
- 31–35 godzin – 188 przypadków,
- 36–40 godzin – 15 przypadków,
- 41–50 godzin – 28 przypadków,
- 51–60 godzin – 13 przypadków,
- 61 i więcej godzin – osiem przypadków (pięć przypadków pracy ciągłej po 65 godzin oraz po jednym w wymiarze 120, 150, 240 godzin).

Zbyt długi czas  
pracy lekarzy

Praca lekarzy trwająca nieprzerwanie ponad 24 godziny może budzić uzasadnione obawy o jakość opieki medycznej oraz bezpieczeństwo zdrowotne przebywających na oddziałach pacjentów i samych lekarzy.

### Przykłady

W **Katowickim Centrum Onkologii** stwierdzono przekroczenie przez lekarzy, udzielających świadczeń na oddziale geriatrycznym, czasu pracy na dyżurach trwających ponad 24 godziny w ramach łączenia różnych form zatrudnienia (zatrudnienia na umowy o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych). Stwierdzono łącznie 49 przypadków przekroczenia 24-godzinnego dyżuru, badając grafiki dyżurów oraz listy obecności lekarzy łączących zatrudnienie w formie umowy o pracę i na umowy cywilnoprawne udzielających świadczeń na Oddziale w sierpniu w latach 2017–2020, przy czym:

- w sierpniu 2017 r. stwierdzono 15 takich przypadków<sup>129</sup>;
- w sierpniu 2018 r. – 14<sup>130</sup>,
- w sierpniu 2019 r. – dziewięć<sup>131</sup>,
- w sierpniu 2020 r. – 11<sup>132</sup>.

We wskazanych przypadkach omijano przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy *o działalności leczniczej*, zgodnie z którymi pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Analogiczny zapis, dotyczący nieprzerwanego odpoczynku dobowego, zawiera art. 132 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>133</sup>.

<sup>128</sup> Kontrolą objęto czas pracy lekarzy w sierpniu lat 2017–2020 (łącznie cztery miesiące).

<sup>129</sup> Z czego: 13 dyżurów trwających 31 godzin 35 min, jeden dyżur trwający 48 godzin i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>130</sup> Z czego: 13 dyżurów trwających 31 godzin 35 minut i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>131</sup> Z czego: osiem dyżurów trwających 31 godzin i 35 minut i jeden dyżur trwający 55 godzin i 35 minut.

<sup>132</sup> Z czego: 10 dyżurów trwających 31 godzin i 35 minut i jeden dyżur trwający nieprzerwanie 55 godzin i 35 minut.

<sup>133</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że: *Centrum (...) w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej udzieliło zamówienia na świadczenia zdrowotne w określonym zakresie przez podmioty legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanej dalej 'przyjmującym zamówienie'. W okresie objętym zapytaniem zabezpieczenie świadczeń w godzinach popołudniowych i nocnych w całości było realizowane przez podmioty zewnętrzne wyłonione w trybie konkursu na podstawie umowy cywilnoprawnej. Wybór trybu zabezpieczenia pracy oddziału poza ustawowymi godzinami ordynacji był wynikiem braku możliwości zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w innym niż zastosowanym trybie z uwagi na permanentne braki personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach geriatrycznych.*

Odnosząc się do wyjaśnień, NIK wskazała, że dopuszczenie do opisanych powyżej sytuacji, w których lekarze udzielali świadczeń pacjentom oddziału na podstawie umowy o pracę, a następnie bezpośrednio po dyżurze trwającym 7:35 min pełnili dyżury w tym samym oddziale na podstawie umowy cywilnoprawnej, było obejściem obowiązujących przepisów prawa, dotyczących nieprzerwanego odpoczynku dobowego pracownika, w wymiarze co najmniej 11 godzin. NIK zwróciła również uwagę na fakt, że dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać ryzyku popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantuje bezpieczeństwa pacjentom przebywającym na oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego, może narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i szpital.

Analiza czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne na oddziale internistyczno-geriatrycznym **Szpitala w Skwierzynie** na podstawie umów cywilnoprawnych w wybranych miesiącach objętych kontrolą<sup>134</sup> wykazała, że w 45 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin (w 2017 r. – 15 przypadków, w 2018 r. – 11, w 2019 r. – 13, w 2020 r. – sześć). W sześciu z tych przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, tj. 51, 54, 65, 120, 150 i 240 godzin.

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

Nieprawidłowości  
dotyczące zatrudnienia  
pielęgniarek

Skontrolowane szpitale nie zawsze zatrudniały na oddziałach geriatrycznych wymaganą liczbę pielęgniarek. Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, odnośnie zatrudnienia pielęgniarek wymagany jest równoważnik co najmniej 0,6 etatu

<sup>134</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej 4 miesiące tj. sierpień w każdym z lat 2017–2020.

na jedno łóżko, w tym równoważnik co najmniej dwóch etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, internistycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa: geriatrycznego, internistycznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, zachowawczego, internistycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego internistycznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej. Wymóg ten w całym okresie objętym kontrolą albo w poszczególnych latach tego okresu nie został spełniony w sześciu skontrolowanych szpitalach.

### Przykłady

**W Szpitalu w Częstochowie** na 40 łóżek szpitalnych na oddziale geriatrycznym liczba zatrudnionych pielęgniarek powinna odpowiadać 24 etatom, podczas gdy ich liczba wynosiła na dzień 31 grudnia 2018 r. i 2019 r. odpowiednio 21,66 (90%) i 18,49 (77%) etatów przeliczeniowych, a w sierpniu 2019 r. – 18 etatów (75%). Jak wyjaśnił Dyrektor: *Od dłuższego czasu występują problemy w pozyskaniu kadry pielęgniarskiej. Widoczna jest narastająca fala uzasadnionych zwolnień lekarskich oraz liczna grupa pielęgniarek, która odchodzi na emeryturę. Środowisko pielęgniarskie boryka się z brakiem zastępowalności pokoleń. Istotnym aspektem w naborze personelu pielęgniarskiego jest nasilająca się konkurencja między pracodawcami, gdzie rolę w pozyskaniu i utrzymaniu pracownika odgrywają warunki płacowe. Aktualnie 'normą' jest, że pielęgniarki pracują w kilku podmiotach leczniczych. W związku z tym szpital, aby spełnić wymagane normy zaplanował zatrudnienie pielęgniarek. Brak ofert na pracę w ramach etatu wymusił zatrudnienie na umowę zlecenie.*

Stan zatrudnienia personelu pielęgniarskiego na oddziale geriatrycznym **Szpitala w Żarach**, w latach 2017–2020<sup>135</sup>, przedstawiał się następująco:

- 2017–2018 zapewniono 13,5 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 17,58 etatu przeliczeniowego (niedobór 4,08 etatu),
- 2019–2020<sup>136</sup> zapewniono, odpowiednio: 12,5 i 13,35 etatu przeliczeniowego przy wymaganych 13,8 etatu przeliczeniowego (niedobór 1,3 i 0,45 etatu).

Przyczyną tych niedoborów były braki personelu pielęgniarskiego. Sytuacja taka skłoniła Szpital do poszukiwania innych rozwiązań – np. powierzono czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych opiekunom medycznym.

W jednym z objętych kontrolą szpitali<sup>137</sup> ustalono normy w oparciu o rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (załącznik nr 3 pkt 20 – równoważnik

<sup>135</sup> Według stanu na 31 grudnia każdego roku.

<sup>136</sup> Z zastrzeżeniem, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 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>137</sup> Szpital w Gnieźnie.

co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko), jednak bez zasięgnięcia opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu, co było niezgodne z art. 50 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*.

Zatrudnianie mniejszej liczby pielęgniarek niż określone minimum, zwłaszcza, że sprawują opiekę nad niesamodzielnymi pacjentami w podeszłym wieku, mogło powodować zagrożenie dla ich bezpieczeństwa i komfortu. Z punktu widzenia pacjenta, zapewnienie minimalnego poziomu zatrudnienia pielęgniarek w podmiocie leczniczym stanowi formalną gwarancję jakości opieki pielęgniarskiej.

Kontrolowani świadczeniodawcy stworzyli pacjentom warunki zapewniające poczucie intymności i godności (np. pokoje diagnostyczne wyposażone były w informacje o trwającym badaniu, widok z okien był zabezpieczony przed dostępem osób postronnych).

Stosownie do art. 22 ust. 1 i 2 ustawy o *działalności leczniczej*, rozporządzenia z 2019 r. w *sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych*, pomieszczenia i urządzenia skontrolowanych podmiotów leczniczych (poza jednym) odpowiadały wymaganiom warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. W jednym ze szpitali<sup>138</sup>, w czterech salach chorych oddziału geriatrycznego nie było możliwości wyprowadzenia łóżek, co było niezgodne z § 20 rozporządzenia z 2019 r. w *sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych*, a w jednej z sal – nie zapewniono odpowiedniego dostępu do łóżek pacjentów, wymaganego § 18 ust. 1 i § 19 tego rozporządzenia. W tym samym szpitalu, w izbie przyjęć dla pacjentów oddziału geriatrycznego brakowało punktu rejestracji pacjentów oraz pomieszczenia sanitarno-higienicznego wyposażonego w wózek wannę, co było niezgodne z wymogami określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia z 2019 r. w *sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych*.

### Wyposażenie podmiotów w wymagany w sprzęt

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze były wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą rozporządzeniem w *sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach* lub *rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS*.

W jednym szpitalu<sup>139</sup> nie przestrzegano zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej<sup>140</sup>, a w innym<sup>141</sup> – nie wykonywano terminowo okresowych przeglądów wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, które powinny być przeprowadzane nie rzadziej niż co 12 miesięcy, zgodnie z § 40 ust. 1 rozporządzenia z 2019 r. w *sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych*.

<sup>138</sup> Szpital w Żarach.

<sup>139</sup> Szpital w Częstochowie.

<sup>140</sup> Obowiązek wynikający z art. 90 ust. 1 ustawy o *wyrobach medycznych*.

<sup>141</sup> Szpital w Skwierzynie.

Pacjentom wszystkich objętych kontrolą poradni geriatrycznych zapewniono dostęp do badań, o których mowa w *rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS*, tj.: badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, densytometrii kręgosłupa i kości udowej.

Pacjentom poradni zapewniono dostęp do wymaganych badań

### 5.4.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

Skontrolowani świadczeniodawcy stosowali jednolite zasady przyjęć wobec pacjentów hospitalizowanych na oddziałach geriatrycznych i pacjentów poradni. Pacjenci, co do zasady, przyjmowani byli według kolejności wpisu na listę oczekujących, a w przypadku przyjęć na oddział geriatryczny uwzględniano również indywidualną sytuację chorego. Harmonogramy przyjęć w trzech kontrolowanych podmiotach nie zawierały jednak części wymaganych danych.

#### Przykłady

W **Katowickim Centrum Onkologii**, w harmonogramie przyjęć nie ujęto pacjentów leczonych w poradni geriatrycznej. Na podstawie zbadanej próby dokumentacji 20 pacjentów poradni, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w okresie epidemii COVID-19, ustalono, że żaden z nich nie został ujęty w harmonogramie przyjęć. Dotyczyło to zarówno pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy, jak i kontynuujących leczenie. Było to niezgodne z art. 19a ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Ordynator oddziału geriatrycznego wyjaśniła, że: *w przypadkach bezpośredniego zgłoszenia się pacjenta do Poradni Geriatrycznej, w czasie pracy lekarza geriatry, wizyty realizowane były na bieżąco (przyjmowano każdego pacjenta, który osobiście zgłosił się). Stąd możliwość nieuwjęcia tych osób w harmonogramie przyjęć. W tym samym szpitalu nierzetelnie prowadzono harmonogramy przyjęć pacjentów na oddział geriatryczny. Na przykładzie badanej próby, za miesiące styczeń i lipiec 2020 r. oraz czerwiec i lipiec 2021 r., stwierdzono nieprawidłowości polegające na:*

- niezamieszczeniu w tych harmonogramach danych, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tj. identyfikatora skierowania, a także danych, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. f – rozpoznania lub powodu przyjęcia na Oddział oraz pozostałych danych identyfikujących skierowanie, określonych w systemie AMMS<sup>142</sup>, takich, jak: nazwy świadczeniodawcy kierującego pacjenta na Oddział, danych lekarza wystawiającego skierowanie. Powyższe stwierdzono w 177 przypadkach (tj. 76,3% badanej próby) na 232 pacjentów ujętych w harmonogramach przyjęć<sup>143</sup>;
- późniejszym dokonywaniu wpisu pacjenta do harmonogramu przyjęć w porównaniu do daty jego przyjęcia na Oddział – stwierdzono to w 108 przypadkach z 232 ujętych w harmonogramach przyjęć (46,6%).

W **Szpitalu w Żarach**, w harmonogramach przyjęć nie wskazano części informacji wymaganych przepisami ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tj. identyfikatora skierowania oraz rozpoznania lub powodu przyjęcia, a w okresie od lipca do września 2019 r. nie wskazywano również kategorii świadczeniobiorcy. Kierownik działu informatyczno-statystycznego wyjaśniła: *Przyczyną braku w harmonogramie przyjęć identyfikatora skierowania oraz rozpoznania lub powodu przyjęcia jest fakt, że pacjenci telefonicznie rejestrują się do przyjęcia na oddział i na tej podstawie są wpisywani do harmonogramu przyjęć.*

<sup>142</sup> Asseco Medical Management Solutions.

<sup>143</sup> Badaniem objęto harmonogramy przyjęć za marzec i październik 2017 r., kwiecień i listopad 2018 r., maj i grudzień 2019 r., styczeń i sierpień 2020 r. oraz czerwiec i lipiec 2021 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

*Rozpoznanie ze skierowania jest wpisywane przy przyjęciu pacjenta na oddział. W okresie od lipca do września 2019 r. w harmonogramie przyjęć, prowadzonym w systemie AMMS, nie było możliwości wpisania kategorii świadczeniodawcy. Możliwość taka istnieje dopiero od października 2019 r.*

**Brak możliwości rejestracji do poradni drogą elektroniczną**

Pacjentom siedmiu, z 10 (70%) objętych kontrolą poradni geriatrycznych nie umożliwiono rejestracji drogą elektroniczną. Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych, począwszy od 1 stycznia 2020 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Wymóg ten nie obowiązywał w okresie od 1 kwietnia 2020 r. do 31 sierpnia 2020 r., gdyż został zawieszony na podstawie art. 7b ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z COVID-19. Należy zauważyć, że rejestracja elektroniczna może stanowić wartościowy element oferty placówki medycznej i w znaczący sposób wpływa na zwiększenie komfortu pacjentów i ich opiekunów, a co za tym idzie – ich zadowolenia ze świadczonych przez placówkę usług.

### Przykłady

**W Miejskim Centrum Medycznym w Łodzi** nie zapewniono pacjentom możliwości umawiania się na wizyty do poradni geriatrycznej drogą elektroniczną, pomimo takiego obowiązku wynikającego z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Centrum, rejestracja elektroniczna była wdrożona do chwili utworzenia nowej strony internetowej. Moduł, który był zintegrowany z systemem Centrum, z uwagi na konieczność zakupu nowej licencji, jak i niedostosowanie techniczne, jest nieaktywny do czasu zakończenia negocjacji z dostawcą systemu AMMS. Przy czym wyjaśniono, że m.in. z uwagi na trudności finansowe Centrum (strata w wysokości 8,5 mln zł za 2020 r.) rozpoczęcie procedury przetargowej opóźnia się. Dyrektor wyjaśnił, że postępowanie na zakup licencji, jej wdrożenie i nadzór autorski nastąpi natychmiast po przekazaniu środków finansowych na ten cel.

Oddział geriatryczny i poradnia geriatryczna w **Szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim** korzystały z adresu mailowego: geriatraow@gmail.com. Nie był on jednak wykorzystywany do ustalania terminu wizyty w poradni lub pobytu na oddziale geriatrycznym. Adres ten służył jako platforma do nadsyłania przez pacjentów lub ich opiekunów dokumentacji, np. wcześniejszych wyników badań, konsultacji medycznych. Zgodnie z wyjaśnieniami kierownika oddziału, pacjenci nie skarżyli się na brak takiej formy możliwości komunikacji. Mogło to wiązać się z ograniczeniami osób starszych w posługiwaniu się takimi środkami przekazywania informacji.

**Ograniczenia w udzielaniu świadczeń geriatrycznych w okresie epidemii SARS-CoV-2**

Epidemia SARS-CoV-2 wpłynęła istotnie na realizację świadczeń dotyczących geriatry. Według informacji konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry, *35 (62,5%) oddziałów geriatrycznych zostało przekształconych w oddziały zakaźne do walki z COVID-19.*

Na problem dostępności opieki geriatrycznej podczas epidemii w przekazanych NIK informacjach zwracali również uwagę konsultanci wojewódzcy w tej dziedzinie.

### Przykłady

Konsultant w dziedzinie geriatry w województwie podlaskim podała: *Rok 2020 spowodował zapaść w zakresie udzielania świadczeń geriatrycznych z powodu nie tylko długotrwałego wyłączenia jedyne w województwie 17-lóżkowego oddziału geriatry na rzecz świadczeń covidowych, ale przede wszystkim powszechnego przerwania ciągłości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Epidemia SARS-CoV-2 szczególnie uderzyła w wielochorobową populację osób starszych, a raporty o wzroście umieralności rok do roku dopiero są w opracowaniu.*

Ośmiu świadczeniodawców, spośród 10 objętych kontrolą, mających w swych strukturach oddział geriatryczny musiało na różnym etapie ograniczyć lub wstrzymać udzielanie świadczeń w tym zakresie. Jeden ze skontrolowanych świadczeniodawców pełnił rolę szpitala „jednoimiennego”, w czterech oddziałach geriatrycznych wykryto ognisko zakażenia wśród pacjentów lub personelu i w związku z tym czasowo zawieszano ich działalność, dwa oddziały geriatryczne zostały przekształcone w oddziały izolacyjne, a jeden oddział czasowo zamknięto ze względu na oddelegowanie jego pracowników do pracy na oddziale izolacyjnym.

Ograniczenie dostępności do świadczeń z powodu epidemii w poradniach geriatrycznych nie miało takiej skali jak w przypadku oddziałów geriatrycznych. Jednym z elementów, mających z jednej strony ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, a z drugiej zapewnić dostępność świadczeń, było wprowadzenie możliwości porad lekarskich z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zastrzeżeniem, że nie zagraża to pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta. W 2020 r. osiem poradni geriatrycznych, z 10 skontrolowanych, udzielało teleporad. Liczba tych porad była mocno zróżnicowana – od jednej do 825. Należy przy tym zauważyć, że tę formę pomocy stosowano wobec pacjentów kontynuujących leczenie. Zdecydowanie dominujące były jednak porady w formie tradycyjnej. Lekarze pracujący w poradniach geriatrycznych zwracali także uwagę, że w przypadku pacjentów w starszym wieku z wielochorobowością teleporady często nie są adekwatną formą pomocy.

Teleporady  
w poradniach  
geriatrycznych

### Przykłady

W funkcjonującej w **Szpitalu w Staszowie** poradni geriatrycznej, w 2020 r. zrealizowano 77 wizyt, w tym tylko jedną za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W 2021 r. było to 51 wizyt, w tym tylko jedna teleporada. Dyrektor wyjaśnił: *w czasie pandemii personel poradni geriatrycznej starał się zminimalizować liczbę teleporad na rzecz fizycznych przyjęć. Pacjent geriatryczny to pacjent z wielochorobowością, wymagający dokładnego badania zarówno przedmiotowego jak i podmiotowego. Czas pandemii pokazał, iż teleporady (szczególnie w POZ) wielokrotnie nie spełniały oczekiwanego celu (błędne diagnozy, przedłużony czas leczenia). Skutki można było zobaczyć po przyjęciu pacjentów do oddziałów.*

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r., w poradni geriatrycznej **Szpitala Geriatrycznego w Katowicach** udzielono 1,9 tys. porad, z czego 1,4 tys. miało formę tradycyjną (wizyta). Udzielono także 577 teleporad. W pierwszym kwartale 2021 r., w Poradni Geriatrycznej udzielono 520 porad: 336 w formie wizyt oraz 184 teleporady. W okresie objętym kontrolą Poradnia przez cały czas była dostępna dla pacjentów. W latach 2020–2021 ograni-

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

czenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych wynikało z komunikatu Centrali NFZ z 12 marca 2020 r., zezwalającego na wykorzystanie systemów informatycznych lub innych systemów łączności do wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych realizowanych w ramach umów. Zasada miała zastosowanie w odniesieniu do świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w Poradni. Wizyty pierwszorazowe odbywały się w sposób tradycyjny.

W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 marca 2021 r., w poradni geriatrycznej **Szpitala Uniwersyteckiego w Łodzi** udzielono 1555 porad, z czego 825 (53%) w formie teleporady, a 730 (47%) w formie stacjonarnej/osobistej. Badając dokumentację 56 wizyt udzielonych w okresie epidemii 20 pacjentom ustalono, że 34 (61%) odbyło się w formie wizyty tradycyjnej, a 22 (39%) – w formie teleporady. Z teleporad skorzystało dziewięciu pacjentów, z czego po dwóch pacjentów z jednej i dwóch teleporad, czterech pacjentów z trzech teleporad oraz jeden pacjent z czterech teleporad. Wizyty pozostałych 11 pacjentów odbywały się wyłącznie w formie tradycyjnej. Wszystkie wizyty pierwszorazowe (10) zrealizowano w formie tradycyjnej.

**Znaczny wzrost liczby zgonów osób starszych na SOR-ach podczas epidemii**

W okresie epidemii SARS-CoV-2 znacznie wzrosła liczba zgonów pacjentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR), na których rozpoczyna się pierwszy etap diagnozowania i leczenia chorych. Pacjenci tam przyjmowani stanowią grupę wymagającą szczególnego postępowania ze względu na duże prawdopodobieństwo nagłej utraty zdrowia i życia. SOR-y funkcjonowały w czterech ze skontrolowanych 10 szpitali. Znaczny wzrost liczby zgonów na SOR, w tym także osób w wieku 65+ nastąpił w 2020 r. i 2021 r. (pierwszy kwartał).

### Przykłady

Na SOR **Szpitala w Częstochowie** w 2019 r. zmarło 97 pacjentów, z których 73 (75%) było w wieku powyżej 65 lat, podczas gdy w 2020 r. zmarły tam 153 osoby, z których 116 (75%) to były osoby powyżej 65. roku życia.

W **Szpitalu w Staszowie**, w 2019 r. na SOR zmarło 16 osób, z których 11 (68%) miało powyżej 65 lat, w 2020 r. – 30 osób, w tym 22 (73%) było powyżej 65. roku życia, a w pierwszym kwartale 2021 r. – 13 osób, z których dziewięć (69%) było w wieku powyżej 65 lat. Dyrektor wyjaśnił: *Znaczny wzrost liczby pacjentów, powyżej 65. roku życia, zmarłych na SOR w 2020 r. spowodowany był niestety okresem pandemii. Znaczna część pacjentów leczona była przez system teleporad w POZ-ach, przedłużając się i tym samym mało skuteczną antybiotykoterapią, do SOR trafiali za późno, nierzadko w skrajnie ciężkich i krytycznych stanach. Niestety wielu pacjentów trafiło do SOR z prowadzoną resuscytacją krążeniowo-oddechową przez zespoły ratownictwa medycznego. W przypadku większości tych pacjentów zasadniczą przyczyną zgonu było zatrzymanie krążenia spowodowane niewydolnością serca, obrzękiem płuc, czy też wprost COVID-19.*

**Formalne błędy w dokumentacji medycznej**

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów geriatrycznych odzwierciedlał rodzaj i zakres udzielonej im pomocy. W dziewięciu z 12 skontrolowanych jednostek stwierdzono naruszenie określonych w przepisach prawnych wymogów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej niektórych pacjentów. Nieprawidłowości te miały przede wszystkim charakter formalny i polegały na:

- niezamieszczaniu oświadczeń pacjentów o: wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o ich stanie zdrowia, upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (co było niezgodne z § 8 ust. 1 rozporządzenia z 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej);



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- niezamieszczaniu w historiach choroby kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, pomimo objęcia pacjentów taką opieką (§ 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia z 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej);
- niezamieszczaniu numeru statystycznego rozpoznania choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (§ 21 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia z 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej);
- niezawieraniu w poszczególnych historiach zdrowia i choroby, sporządzanych po poradzie lekarskiej, informacji o lekach wraz z dawkowaniem w ilościach odpowiadającym ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydane pacjentowi, pomimo iż zgodnie z tymi dokumentami wskazywano m.in. na zmianę, kontynuację leczenia, zapisywano informację o przekazaniu rozpiski leków pacjentowi bądź zamieszczono wskazanie o wystawieniu recepty (§ 38 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia z 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej).

### 5.4.3. Efekty opieki geriatrycznej – dla pacjentów

W skontrolowanych podmiotach pomieszczenia oddziałów geriatrycznych były dostosowane do potrzeb osób starszych, także tych mających trudności z poruszaniem się. Ciągi komunikacyjne i korytarze były wyposażone w poręczę, w miejscach przebywania chorych znajdował się sprawny system przywoławczy, a ulokowanie dyżurek pielęgniarских umożliwiała sprawny nadzór pielęgniarский.

Skontrolowane poradnie wyposażone były lub zapewniały dostęp do wyposażenia rekomendowanego w *Standardach postępowania w opiece geriatrycznej*, tj.: aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego, glukometru, wagi lekarskiej, aparatu EKG, sprzętu do udzielania pierwszej pomocy, defibrylatora, kardiomonitora, doplerowskiego detektora przepływu tętniczego, zestawu do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG, zestawu do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetru, nebulizatora, spirometru. Pacjentom poradni zapewniono również dostęp do badań specjalistycznych wymienionych w standardach, tj. badań: laboratoryjnych, endoskopowo obrazowych (ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny), histologiczno-patologicznych, densytometrycznych (we własnym zakresie lub na podstawie podpisanych umów z podwykonawcami).

Według *Standardów*, w skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej wchodzi: lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatric; pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, lub opieki długoterminowej; fizjoterapeuta, psycholog. Zespół geriatryczny może być uzupełniony także o inne osoby z wykształceniem kierunkowym, mającym zastosowanie w ochronie zdrowia i opiece społecznej (opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny,

Dostosowanie warunków organizacyjnych do potrzeb chorych seniorów

kapelan). Skontrolowane podmioty w różnym stopniu stosowały się do wynikających ze standardów zaleceń dotyczących zatrudnienia personelu. Należy przy tym zauważyć, że część z nich miała istotne problemy ze spełnieniem minimalnych wymogów dotyczących personelu wynikających z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Spośród skontrolowanych szpitali największą liczbę zalecanego personelu zapewniono w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach oraz w Szpitalu w Staszowie.

### Przykłady

Stosownie do zaleceń wynikających ze Standardów opieki geriatrycznej, dotyczących składu zespołu geriatrycznego, **Szpital Geriatryczny w Katowicach** zatrudnił dodatkowy personel. Według stanu na 31 grudnia, w kolejnych latach 2017–2020 oraz w roku 2021 – na dzień 30 czerwca, w Oddziale Geriatrycznym spełniano zalecenie wynikające ze Standardów, tj. przez ten cały okres ordynatorem był lekarz ze specjalizacją w dziedzinie geriatry.

Spełniano zalecenie, aby jeden lekarz geriatra albo lekarz, który ukończył, co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatryki przypadał na osiem łóżek. I tak w Oddziale jeden lekarz spełniający te warunki przypadał odpowiednio na 3,4 łóżka (13 lekarzy), 2,9 łóżka (15 lekarzy), 2,75 łóżka (16 lekarzy), 4,4 łóżka (10 lekarzy) i 4 łóżka (11 lekarzy).

Nie w pełni spełniono zalecenie wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, aby na dwa łóżka lub trzy łóżka (o ile zatrudniony by opiekun medyczny – jeden na min. siedem łóżek) przypadała jedna pielęgniarka (z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej). W tym okresie, w Oddziale zatrudniano dodatkowo odpowiednio: 11 opiekunów medycznych (1 na 4 łóżka), 13 opiekunów (1 na 3,4 łóżka), 13 opiekunów (1 na 3,4 łóżka), 11 opiekunów (1 na 4 łóżka) i 10 opiekunów (1 na 4,4 łóżka). W związku z tym, jedna pielęgniarka ze stosownymi kwalifikacjami przypadała odpowiednio na 8,8 łóżka (pięć pielęgniarek spełniających wymagania), jedna pielęgniarka na 11 łóżek (cztery pielęgniarki), jedna pielęgniarka na 2,4 łóżka (18 pielęgniarek), jedna pielęgniarka na 2,75 łóżka (16 pielęgniarek) i jedna pielęgniarka na 4,8 łóżka (dziewięć pielęgniarek).

W latach 2017–2021 (30 czerwca) zatrudniono psychologów w wymiarze 2 etatów (dwie osoby), 3,25 etatu (cztery osoby) i w kolejnych latach po 3 etaty (po trzy osoby), co spełniało zalecenia wynikające ze Standardów opieki geriatrycznej, tj. co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek. W Oddziale dodatkowo zatrudniono<sup>144</sup>:

- w latach 2017–2020 odpowiednio: jednego ratownika medycznego (1 etat), jednego ratownika medycznego (1 etat), jednego ratownika medycznego (0,5 etatu), dwóch ratowników medycznych (0,5 etatu);
- w poszczególnych latach z okresu 2017–2020 po dwóch techników elektrowizji (1,1 etatu);
- w latach 2017–2020: farmaceutę (0,5 etatu);
- w latach 2017–2019: diagnostę laboratoryjnego (1 etat);
- w 2018 r. dwóch dietetyków (1,75 etatu), a w latach 2019–2021 dietetyka (0,5 etatu);
- w latach 2018–2019 odpowiednio: logopedę (0,75 etatu), logopedę (0,25 etatu).

<sup>144</sup> W latach 2017–2020 według stanu na 31 grudnia, a w 2021 r. według stanu na 30 czerwca.

Analiza zatrudnienia na oddziale geriatrycznym **Szpitala w Żarach** (w latach 2017–2020), w odniesieniu do Standardów wykazała, że:

- świadczeń na oddziale udzielało 16 lekarzy w 2017 r. i 11 w latach 2018–2020, w tym dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, z których jeden był kierownikiem oddziału. Liczba lekarzy przypadających na jedno łóżko w poszczególnych latach wynosiła: 0,5 (2017 r.), 0,4 (2018–2020), co było zgodne ze Standardami;
- liczba pielęgniarek z rekomendowanymi wg Standardów kwalifikacjami przypadająca na dwa łóżka, odpowiadała liczbie określonej w Standardach;
- w Szpitalu na 23 łóżka przypadał jeden magister fizjoterapii oraz dodatkowo fizjoterapeuta, natomiast w Standardach określono, że w skład zespołu geriatrycznego winien wchodzić magister rehabilitacji lub fizjoterapii – minimum jeden na 20 łóżek oraz dodatkowo fizjoterapeuta minimum jeden na 40 łóżek;
- psycholog był zatrudniony w wymiarze ½ etatu na 23 łóżka, podczas gdy według Standardów wymiar zatrudnienia psychologa to, co najmniej równoważnik ½ etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

Ordynator Oddziału geriatrycznego **Szpitala w Częstochowie**<sup>145</sup> jest specjalistą w dziedzinie geriatry. Zatrudniono w tym oddziale dwunastu lekarzy (na 6,7 etatu przeliczeniowego), w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie geriatry<sup>146</sup> (na 1,4 etatu przeliczeniowego) oraz 20 pielęgniarek (na 18,5 etatu przeliczeniowego), w tym dwie ze specjalnością pielęgniarstwa geriatrycznego<sup>147</sup> oraz dwie opieki długoterminowej<sup>148</sup>, trzech fizjoterapeutów<sup>149</sup> (na trzech etatach) i jednego psychologa<sup>150</sup> (na 0,5 etatu przeliczeniowego). Standardów nie spełniono odnośnie liczby pielęgniarek i psychologa, a w przypadku lekarzy mających specjalizację z geriatry na umowę o pracę na oddziale zatrudniony był tylko ordynator. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowane przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, stanowią źródło wiedzy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz pacjentów w podeszłym wieku, ich zastosowanie ma na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym. Dostosowanie Oddziału geriatrycznego do rekomendacji i wytycznych zawartych w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, w sytuacji trudności finansowych Szpitala nie jest w pełni możliwe. Szpital nie tylko ze względu na trudną sytuację finansową, ale także kadrową nie był i nie jest w stanie zatrudnić do oddziału geriatrycznego pracowników w takiej liczbie jaka wynika z zaleceń wskazanych w Standardach. (...).*

Zdaniem eksperta: *Produktem realizowanym w oddziale geriatrycznym i wyróżniającym go pozostaje całościowa ocena geriatryczna (COG), przeprowadzana przez geriatrę, pielęgniarkę, rehabilitanta i psychologa. Głównym celem COG jest ocena odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego, określenie ram celowych i możliwych procedur diagnostycznych, włączenie terapii wielochorobowości – z oceną ryzyka jatrogenii polekowej, włączenie procedur rehabilitacyjnych oraz przygotowanie środowiska domowego do opieki i aktywizacji osoby starszej. (...) Geriatria dysponując standardem COG, jest w stanie wspomóc interwencje wąsko specjalistyczne, a przez to odciążyć innych specjalistów i przygotować pacjentów*

Stosowanie Całościowej  
Oceny Geriatrycznej

<sup>145</sup> Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

<sup>146</sup> Wszyscy na umowy cywilnoprawne.

<sup>147</sup> Na umowę o pracę.

<sup>148</sup> Na umowy cywilnoprawne.

<sup>149</sup> Na umowę o pracę.

<sup>150</sup> Na umowy cywilnoprawne.

do zabiegów oraz funkcjonowania w środowisku po pobycie szpitalnym. Redukuje to koszty farmakoterapii i wprowadza oszczędności w systemie ochrony zdrowia. Największą korzyść z leczenia geriatrycznego odnoszą osoby poważnie zniedołężniałe i najstarsze, które wymagają długiego i kompleksowego leczenia. Udowodniono, że całościowe podejście geriatryczne w sposób istotny zmniejsza ryzyko śmierci, zwiększa lub utrzymuje sprawność funkcjonalną umożliwiającą autonomię i samodzielne zamieszkiwanie w środowisku, zmniejsza polipragmatyzę i wskaźniki rehospitalizacji oraz przeciwdziała instytucjonalizacji, a poprzez to zmniejsza koszty opieki nad ludźmi starszymi. COG stanowi podstawę do wymiany informacji o pacjentach geriatrycznych, w celu planowania i realizacji procesu leczenia i opieki, tak by było możliwe łączenie świadczeń lekarskich, pielęgniarских, rehabilitacyjnych, psychologicznych, opiekuńczych oraz świadczeń z zakresu pomocy społecznej, w trakcie pobytu w szpitalu i po wypisie<sup>151</sup>.

W pięciu skontrolowanych oddziałach geriatrycznych podstawą diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w podeszłym wieku była procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej.

W trzech oddziałach wobec pacjentów stosowano elementy COG lub dokonywano jej w stosunku do nielicznej grupy pacjentów, natomiast w dwóch – nie przeprowadzano jej.

### Przykłady

Wobec pacjentów Kliniki **Szpitala Uniwersyteckiego w Łodzi** stosowano jednolite standardy postępowania oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne, określone w Standardach postępowania w opiece geriatrycznej, tj. ocenę sprawności chorego wg skali VES-13 oraz całościową ocenę geriatryczną (COG)<sup>152</sup>, na którą składały się analizy pomiaru stanu pacjenta w zakresie stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn, w tym test MMSE<sup>153</sup> (krótka skala oceny aktywności poznawczej), test CDT<sup>154</sup> (test rysowania zegara), test ADL<sup>155</sup> (ocena podstawowych czynności życiowych), test IADL<sup>156</sup> (ocena złożonych czynności życia codziennego), ocena ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton, test TUG<sup>157</sup> (test „Wstań i idź”), test GDS<sup>158</sup> (geriatryczna skala oceny depresji).

Stan zdrowia pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w Oddziale **Szpitala w Skwierzynie**<sup>159</sup> nie był oceniany 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 finanso-

<sup>151</sup> Ekspertyza przygotowana przez dr. n. med. Jarosława Derejczyka, stanowiąca załącznik nr 6.5. do *Informacji*.

<sup>152</sup> Dotyczy pacjentów, którzy osiągnęli przynajmniej trzy punkty w skali VES-13.

<sup>153</sup> Mini-Mental State Examination.

<sup>154</sup> Clock Drawing Test.

<sup>155</sup> Activities of Daily Living.

<sup>156</sup> Instrumental Activities of Daily Living.

<sup>157</sup> Time Up and Go.

<sup>158</sup> Geriatric Depression Scale.

<sup>159</sup> Na próbie obejmującej 41 pacjentów hospitalizowanych na odcinku geriatrycznym w latach 2017–2021 (I półrocze).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wane w ramach produktu nr 5.53.01.0001499. Kierownik Oddziału oraz lekarz geriatra pracujący na tym 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 wykwalifikowany zespół.*

Badanie dokumentacji 30 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017–2021<sup>160</sup> w **Szpitalu w Żarach** wykazało, że diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentem w podeszłym wieku nie była prowadzona na podstawie Całościowej Oceny Geriatrycznej. Kierownik oddziału wyjaśnił, że: *do 2018 roku pracowałem w dwuosobowym zespole lekarskim /2 geriatrów/. Do pracy w POZ odszedł jeden geriatra. Dzięki staraniom Pani Prezes Szpitala i moim własnym pozyskaliśmy dwie nowe panie – lekarze ze specjalizacjami niegeriatrycznymi. Geriatria uważana jest wśród lekarzy za mało atrakcyjną. Nie zgłosił się nikt do pracy w oddziale szpitalnym chcący się specjalizować geriatrycznie i pracować w Żarach. Pod moim kierunkiem do tej pory wyszkolono 3 lekarzy specjalistów geriatry, jedna osoba jest na ukończeniu szkolenia przed egzaminami. Zainteresowanie robieniem specjalizacji na przestrzeni lat spadło. Przyczyniła się do tego też trwająca pandemia. Ja osobiście przeszedłem kilka ciężkich chorób. Niecały rok pozostał mi do przejścia na emeryturę. Nie mam zdrowia i siły wykonywać samemu wszystkich procedur by móc każdemu pacjentowi dokonać Całościowej Oceny Geriatrycznej. Jednak przebywającym u nas w oddziale pacjentom wykonujemy prawie wszystkie punkty wykazywane w COG.*

Podczas kontroli lekarze geriatrycy wskazywali na problemy związane z przeprowadzaniem COG u każdego pacjenta, który tego wymagał. Wśród najczęstszych wskazywano brak możliwości przeprowadzenia COG ze względu na stan zdrowia pacjentów, niewystarczającą liczbę lekarzy oraz zbyt niską wycenę tego świadczenia.

### Przykłady

Kierownik oddziału geriatrycznego **Szpitala w Staszowie** wyjaśnił, że: *W tutajszym Oddziale Geriatrycznym pacjenci przyjmowani są bardzo często w stanach ostrych, często ze zdekompensowaną wielochorobowością i tak zwanym efektem domino, z bezpośrednim zagrożeniem życia. W tym przypadku priorytetem jest stabilizacja stanu pacjenta, wyrównanie ostrych zaburzeń. W takiej sytuacji wykonanie COG jest często niemożliwe oraz niemięrodajne, zatem z założenia nie może być podstawą diagnostyki terapii i opieki. Pomimo tego każdy pacjent ma wykonywane elementy COG w zależności od sytuacji, potrzeb oraz stanu ogólnego. COG powinno się wykonywać w miarę stabilnym okresie chorowania. W związku z powyższym część pacjentów ma wykonywaną COG w trakcie pobytu w tutajszym Oddziale. Problem stanowi brak możliwości przyjęcia pacjenta do Oddziału Geriatrycznego celem wyłącznie wykonania COG (pobyt krótki, 1–2 dniowy, brak możliwości rozliczenia z NFZ, procedura COG jest finansowana jako świadczenie dodatkowe – 162 zł). Moim zdaniem wycena świadczenia jest karygodnie niska biorąc pod uwagę poniesione nakłady.*

Przeprowadzanie całościowej oceny geriatrycznej w poradniach i na oddziałach geriatrycznych było przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry. Wyniki tej kontroli wskazują, że:

<sup>160</sup> Data zakończenia hospitalizacji.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zespoły geriatryczne (rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne) funkcjonują w zaledwie 16% skontrolowanych poradni geriatrycznych, natomiast COG przeprowadza się w 32% poradni;
- najczęstszym powodem niefunkcjonowania zespołów w poradniach geriatrycznych był brak zatrudnionego fizjoterapeuty i psychologa z powodu zbyt niskiej wyceny specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń geriatrycznych;
- zespoły geriatryczne funkcjonują w 81% skontrolowanych oddziałów geriatrycznych, a COG są wykonywane w 92% oddziałów;
- brak zespołów geriatrycznych w 19 oddziałów był najczęściej następstwem cięć ekonomicznych wprowadzanych przez zarządy podmiotów leczniczych.

W przekazanej NIK informacji, konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi podkreślił: konieczność dążenia do tworzenia zespołów geriatrycznych, w pierwszej kolejności w oddziałach geriatrycznych, w których one nie funkcjonują, gdyż z pragmatycznego punktu widzenia wycena świadczeń szpitalnych w zakresie geriatryi w większym stopniu niż w specjalistycznych poradniach ambulatoryjnych umożliwia zatrudnienie odpowiednich specjalistów i powołanie takich zespołów. Ponadto wskazał, że wykorzystanie wyników COG jest ograniczone, ze względu na brak kompleksowego zintegrowanego modelu opieki dla osób starszych oraz dużą fragmentaryzację świadczeń zdrowotnych.

Pacjentom leczonym na oddziałach zapewniono dostęp do konsultacji specjalistycznych. Pacjenci, których dokumentacja medyczna podlegała badaniu, najczęściej korzystali z porad kardiologa, chirurga, laryngologa i neurologa, ortopedy.

Pacjentom zapewniono również możliwość opieki psychologa. Skala tej formy pomocy była jednak zróżnicowana w poszczególnych oddziałach. Spośród 30 pacjentów, których dokumentacja medyczna była objęta próbą kontrolną w każdym skontrolowanym szpitalu, w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach wszyscy pacjenci, skorzystali ze wsparcia psychologa, w Szpitalu w Staszowie – 23 (76%), w Szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim – 19 (63%), w Katowickim Centrum Onkologii 18 (60%), w Szpitalu w Gnieźnie 11 (36%); w Szpitalu w Częstochowie – ośmiu (26%), w Szpitalu w Żarach – sześcioro (20%), w Szpitalu Uniwersyteckim w Łodzi – czworo (13%), w Szpitalu w Skwierzynie – żaden pacjent nie skorzystał z tej formy pacjentów.

Podobne zróżnicowanie skali pomocy dotyczyło opieki fizjoterapeutów. W badanej próbie dokumentacji medycznej, na niektórych oddziałach geriatrycznych wszyscy pacjenci skorzystali z pomocy fizjoterapeuty (Szpital Geriatryczny w Katowicach), w Szpitalu w Staszowie i w Ostrowie Wielkopolskim opiekę tę otrzymało 26 pacjentów (86%), w Katowickim Centrum Onkologii i w Szpitalu w Gnieźnie – 20 (66%), w Szpitalu w Częstochowie – 13 (43%), w Szpitalu w Żarach – dziewięcioro (30%), w Szpitalu Uniwersyteckim w Łodzi – pięcioro (16%), w Szpitalu w Skwierzynie – troje pacjentów (10%).

Zdaniem lekarzy kierujących oddziałami geriatrycznymi, objęcie adekwatną opieką na tych oddziałach przyczyniało się do zmniejszenia liczby stosowanych przez pacjentów leków. W dokumentacji pacjentów leczonych na kontrolowanych oddziałach i w poradniach odnotowywano istotne informacje o przebytych procesie leczenia.

Na kompleksowość opieki nad pacjentami geriatrycznymi składała się wielokierunkowa współpraca z psychologiem, fizjoterapeutami i lekarzami różnych specjalności, a także instytucjami pomocy społecznej oraz samorządem lokalnym.

### Przykłady

**Szpital Geriatryczny w Katowicach** nawiązywał współpracę z Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego oraz Ministerstwem Zdrowia, występując o dofinansowanie na realizację projektów UE ukierunkowanych na deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej dla osób starszych lub wdrażanie wsparcia zdrowotnego i opiekuńczego dla osób starszych zagrożonych wykluczeniem społecznym (ze względu na niesamodzielność, wiek)<sup>161</sup>. Urząd Miasta Katowice dofinansował programy szczepień przeciwko grypie dla osób starszych oraz Realizował Program Zdrowotny III i IV wiek – który przewidywał przeprowadzenie badań profilaktycznych dla seniorów pod kątem identyfikacji zespołów geriatrycznych i rehabilitację.

Na temat współpracy **Szpitala w Staszowie** z ośrodkami pomocy społecznej i władzami samorządowym Kierownik Oddziału Geriatrycznego wyjaśnił, że: *Współpraca personelu oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej z instytucjami, ośrodkami pomocy społecznej polega na informowaniu o trudnej sytuacji seniorów wracających do środowiska domowego i konieczności objęcia szeroko pojętym wsparciem społecznym. Współpracujemy także z ośrodkami i instytucjami opieki społecznej w procedurze umieszczania pacjentów w ośrodkach opieki stacjonarnej. (...) Oddział geriatryczny nie współpracuje bezpośrednio z lokalnymi instytucjami samorządowymi, ale starostwo powiatowe jako organ założycielski i prowadzący szpital, na pewno wielokrotnie wspierało inicjatywy doposażenia oddziału w sprzęt medyczny. Współpraca z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej ogranicza się do przyjmowania pacjentów kierowanych zarówno do oddziału geriatrycznego i poradni geriatrycznej. Nie chciałbym uogólniać, ale wśród lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej wydaje się, że najistotniejszym problemem jest brak prawidłowego zrozumienia, czym jest geriatryka i jacy pacjenci powinni być kierowani do leczenia szpitalnego i konsultacji ambulatoryjnej. Problemem jest także, zupełny brak wyciągania wniosków z COG. Dla większości lekarzy w podstawowej opiece ambulatoryjnej jest to kolejna kartka papieru.*

Klinika i Poradnia **Szpitala Uniwersyteckiego w Łodzi** współpracowały z lekarzami POZ, jak i specjalistami innych dziedzin medycyny, w ramach zleczanych konsultacji oraz w zakresie udzielania informacji o objęciu leczeniem i diagnostyką. Personel lekarski Kliniki współpracował także z instytucjami pomocy społecznej (przy organizacji: seminarium Wydziału ds. Pomocy i Integracji Społecznej Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi – *Bezpiecznie i zdrowo – seniorzy w czasie pandemii, konferencji Uniwersytetu Łódzkiego – Kiedy zaczyna się starość*), Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ poprzez uczestnictwo w programach edukacyjnych dla seniorów<sup>162</sup>, jak i regionalnymi stacjami telewizyjnymi poprzez uczestnictwo w programach poruszających tematykę seniorów i starzenia się. Personel medyczny Szpitala współpracuje także z pracownikiem socjalnym, by zapewnić pacjentowi ciągłość opieki w środowisku domowym, gdy wymaga tego stan zdrowia i sytuacja osobista pacjenta. Umożliwia to zorganizowanie pomocy socjalnej w miejscu zamieszkania lub też umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, lub domu pomocy społecznej.

<sup>161</sup> Projekty Dzienny Dom Opieki Medycznej – Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój; Smartopieka, Szpital Domowy, Nie daj się na mecie, DOG, DOG II – Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego/Urz. Marszałkowski. Grant Innowacje Społeczne (gry komputerowe) oraz projekt „EMC Przychodnie POZ przyjazne seniorom.”, w którym opracowano aplikację elementy całościowej oceny geriatrycznej w POZ.

<sup>162</sup> Np.: <https://lodz.tvp.pl/50892956/abc-pacjenta-21112020>.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

<b>Cel główny kontroli</b>	Czy pacjentom zapewniono prawidłową i wystarczającą medyczną opiekę geriatryczną?
<b>Cele szczegółowe</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Czy proces udzielania świadczeń dotyczących geriatryi został zorganizowany prawidłowo?</li><li>2. Czy prawidłowo realizowano świadczenia z zakresu geriatryi?</li><li>3. Czy realizacja przyjętej polityki zdrowotnej i świadczeń dotyczących geriatryi stanowiła wystarczającą pomoc dla pacjentów?</li></ol>
<b>Zakres podmiotowy</b>	Kontrolą objęto: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, pięć oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 12 świadczeniodawców z województw: lubuskiego, łódzkiego, śląskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego.
<b>Kryteria kontroli</b>	Kontrole zostały przeprowadzone na podstawie: art. 2 ust. 1 ustawy <i>o NIK</i> (w Ministerstwie, Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, oddziałach wojewódzkich NFZ) pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (art. 5 ust. 1 ustawy <i>o NIK</i> ), art. 2 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i> (w podmiotach utworzonych i prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz w spółkach, w których 100% udziałów należy do jednostki samorządu) pod względem legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i> ) oraz art. 2 ust. 3 ustawy <i>o NIK</i> (w pozostałych podmiotach) pod względem legalności i gospodarności (art. 5 ust. 3 ustawy <i>o NIK</i> ).
<b>Postępowanie kontrolne</b>	Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, była realizowana od 7 czerwca 2021 r. do 6 października 2021 r.
<b>Okres objęty kontrolą</b>	Lata 2017–2021 (do 6 października).
<b>Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK</b>	W trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy <i>o NIK</i> , uzyskano informacje od konsultanta krajowego oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie geriatryi ze wszystkich województw, na temat prowadzonych przez nich kontroli związanych z opieką geriatryczną, wydawanych rekomendacji dla personelu medycznego, skarg, problemów i potrzeb dotyczących sprawowania tej opieki. Informacje o problemach i potrzebach związanych z niniejszą kontrolą uzyskano również od Przewodniczącego Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju.
<b>Stan realizacji wniosków pokontrolnych</b>	W wyniku kontroli skierowano 19 wystąpień pokontrolnych, w których sformułowano 43 wnioski – 22 z nich zrealizowano, 12 jest w trakcie realizacji, a dziewięć nie zostało jeszcze zrealizowanych.
<b>Finansowe rezultaty kontroli</b>	Nie stwierdzono.  Kierownicy trzech skontrolowanych jednostek, tj. Ministerstwa Zdrowia, Śląskiego OW NFZ oraz Świętokrzyskiego OW NFZ w Katowicach zgłosili łącznie siedem zastrzeżeń do wystąpień pokontrolnych. Zastrzeżenia złożone przez Ministra Zdrowia dotyczyły ustaleń w stanie faktycznym, ocen i nieprawidłowości. Zastrzeżenia te zostały w całości oddalone przez Kolegium NIK. Zastrzeżenie złożone przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ dotyczyło nieprawidłowości polegającej na tym, że w jednym z postępowań



## ZAŁĄCZNIKI

konkursowych, komisja konkursowa po stwierdzeniu rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofercie a stanem rzeczywistym, dokonała zmiany w odpowiedziach udzielonych przez oferenta w pytaniach ankietowych, nie odrzucając przy tym oferty jako zawierającej nieprawdziwe informacje.

Zastrzeżenie zostało oddalone przez Komisję Rozstrzygającą. Zastrzeżenie złożone przez Dyrektor Świętokrzyskiego OW NFZ dotyczyło fragmentu oceny ogólnej i oceny cząstkowej oraz wniosku pokontrolnego. Komisja rozstrzygająca uwzględniła w całości jedno zastrzeżenie, a drugie – w części.

Zastrzeżenia wniesione do wystąpień pokontrolnych

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Katowicach	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach	Ewa Kabza <sup>163</sup> Piotr Nowak <sup>164</sup> Jerzy Szafranowicz <sup>165</sup>
2.		EMC Silesia sp. z o.o. Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach	Maciej Piorunek
3.		Katowickie Centrum Onkologii	Włodzimierz Migacz
4.		Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	Wojciech Konieczny
5.	Delegatura NIK w Kielcach	Narodowy Fundusz Zdrowia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach	Małgorzata Kiebzak
6.		Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski <sup>166</sup> Łukasz Szumowski <sup>167</sup> Konstanty Radziwiłł <sup>168</sup>
7.		Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	Marek Tombarkiewicz <sup>169</sup> Adrian Pękacz <sup>170</sup> Leszek Markuszewski <sup>171</sup> Piotr Bednarski <sup>172</sup>
8.		SP ZZOP w Staszowie	Marek Tombarkiewicz <sup>173</sup> Paweł Wojtasik <sup>174</sup> Józef Żóciak <sup>175</sup>
9.	Delegatura NIK w Łodzi	Narodowy Fundusz Zdrowia Łódzki Oddział Wojewódzki w Łodzi	Artur Olesiński

<sup>163</sup> Od 3 sierpnia 2021 r.

<sup>164</sup> Od 16 stycznia 2020 r. do 2 sierpnia 2021 r. Od 1 kwietnia 2019 r. do 15 stycznia 2020 r. był p.o. Dyrektora Oddziału.

<sup>165</sup> Od dnia 14 marca 2016 r. do 31 marca 2019 r.

<sup>166</sup> Od 26 sierpnia 2020 r.

<sup>167</sup> Od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r.

<sup>168</sup> Od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.

<sup>169</sup> Od 15 czerwca 2018 r.

<sup>170</sup> Od 14 grudnia 2017 r. do 14 czerwca 2018 r.

<sup>171</sup> Od 28 lutego 2017 r. do 14 grudnia 2017 r.

<sup>172</sup> Do 27 lutego 2017 r.

<sup>173</sup> Od 15 czerwca 2018 r. przebywa na urlopie bezpłatnym.

<sup>174</sup> Pełniący obowiązki Dyrektora od 15 czerwca 2018 r. Pełnił te obowiązki również w okresie od 1 listopada 2017 r. do 12 czerwca 2018 r.

<sup>175</sup> Do 31 października 2017 r.

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
10.	Delegatura NIK w Łodzi	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM UM w Łodzi Centralny Szpital Weteranów	Monika Domarecka <sup>176</sup> Wiesław Chudzik <sup>177</sup>
11.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	Agnieszka Józwik <sup>178</sup> Marek Kozłowski <sup>179</sup>
12.		Miejskie Centrum Medyczne Jonscher im. dr. K. Jonschera w Łodzi, Poradnia Geriatryczna	Konrad Łukaszewski
13.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu, Poradnia Geriatryczna	Urszula Kapusta-Tymoshchuk <sup>180</sup> Jacek Kaniewski <sup>181</sup>
14.	LPO	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu	Agnieszka Pachciarz
15.		Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie	Marek Czaplicki <sup>182</sup> Łukasz Dolata <sup>183</sup>
16.		Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski,	Dariusz Bierła
17.	LZG	Narodowy Fundusz Zdrowia Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze	Ewa Skrbeńska <sup>184</sup> Piotr Bromber <sup>185</sup>
18.		Niepubliczny ZOZ Szpital im. dr. n. med. Radzimira Śmigieńskiego sp. z o.o. w Skwierzynie	Edyta Broniewska <sup>186</sup> Anna Złotowska <sup>187</sup> Edyta Broniewska <sup>188</sup> Robert Makówka <sup>189</sup> Wiesława Cieplicka <sup>190</sup> Szymon Jankowski <sup>191</sup> Krzysztof Albiński <sup>192</sup> Zbigniew Benda <sup>193</sup>
19.		Szpital na Wyspie sp. z o.o. w Żarach	Jolanta Dankiewicz <sup>194</sup> Wiesław Olszański <sup>195</sup>

<sup>176</sup> Od 5 listopada 2018 r.

<sup>177</sup> Do 5 listopada 2018 r.

<sup>178</sup> Od 14 lutego 2017 r.

<sup>179</sup> Od 1 stycznia do 13 lutego 2017 r.

<sup>180</sup> Od 9 maja 2019 r.

<sup>181</sup> Do 8 maja 2019 r.

<sup>182</sup> Od 1 lipca 2017 r.

<sup>183</sup> Od 20 marca 2017 r. do 9 maja 2017 r. oraz od 1 stycznia 2017 r. do 20 marca 2017 r. – w związku z nieobsadzonym stanowiskiem Dyrektora Szpitala.

<sup>184</sup> Od 14 września 2021 r.

<sup>185</sup> Od 12 lipca 2018 r.

<sup>186</sup> Od 27 sierpnia 2019 r.

<sup>187</sup> Od 14 czerwca 2019 r.

<sup>188</sup> Od 22 maja 2019 r.,

<sup>189</sup> Od 18 stycznia 2019 r.,

<sup>190</sup> Od 19 lutego 2018 r.,

<sup>191</sup> Od 5 października 2017 r.,

<sup>192</sup> Od 30 maja 2017 r.

<sup>193</sup> Od 1 sierpnia 2014 r.

<sup>194</sup> Od 27 czerwca 2017 r.

<sup>195</sup> Do 26 czerwca 2017 r.

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Prawo do ochrony zdrowia, stanowiące jedno z podstawowych praw człowieka, zostało w polskim porządku prawnym zagwarantowane konstytucyjnie. Zgodnie z art. 68 ust. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Realizacji tego prawa służy, wynikający z art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP*, obowiązek zapewnienia obywatelom (niezależnie od ich sytuacji materialnej) przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa. Stosownie do art. 68 ust. 3 *Konstytucji RP* szczególną opiekę zdrowotną władze publiczne zobowiązane są zapewnić dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku.

Ochrona zdrowia  
seniorów

Władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na opiekę zdrowotną, a jego funkcjonowanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa *o świadczeniach zdrowotnych*, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obciąża władze publiczne a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne. Dla realizacji zadań państwa dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej został utworzony Narodowy Fundusz Zdrowia, który spełnia rolę płatnika.

Prawo równego dostępu  
do świadczeń

Ustawa *o świadczeniach zdrowotnych* jest podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ, który jest państwową jednostką organizacyjną mającą osobowość prawną (art. 96 ust. 1). Ustawa określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1, 2 i 4).

Ustawa o świadczeniach  
zdrowotnych

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych*).

Organizacja NFZ

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych*).

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c ustawy (art. 132 ust. 1). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych*).

### Zasady zawierania umów

Zasady prowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zostały zawarte w kilku aktach prawnych:

- Dział VI. *Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami ustawy o świadczeniach zdrowotnych* (art. 132–161b);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy<sup>196</sup>;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>197</sup>.

### Warunki udzielania świadczeń

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>198</sup>.

Zgodnie z § 3 załącznika do tego rozporządzenia świadczeniodawcy są obowiązani:

- wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu;
- udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności;
- przestrzegać praw pacjenta;
- podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować kwestionariusz jakości określony przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz okołoperacyjną kartę kontrolną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy.

Zasady wykonywania działalności leczniczej oraz funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą określono w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – *Prawo przedsiębiorców*<sup>199</sup> we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki

<sup>196</sup> Dz. U. poz. 1858. Rozporządzenie to było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. o tym samym tytule (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897).

<sup>197</sup> Dz. U. poz. 1372, ze zm.

<sup>198</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>199</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 162.

budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, które mają w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*<sup>200</sup>, instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy *o instytutach badawczych*, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań dotyczących ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, mające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 6 ustawy *o działalności leczniczej*, podmiot leczniczy może być utworzony i prowadzony przez:

Podmioty lecznicze

Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę (w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej);

- jednostkę samorządu terytorialnego (w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej);
- uczelnię medyczną (w formie: samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej).

Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: szpitalne i inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8).

Rodzaje świadczeń

Zakres i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych jak również zadania władz publicznych dotyczące równego dostępu do tych świadczeń zostały określone ustawą *o świadczeniach zdrowotnych*. Z jej przepisów wynika, że:

- świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1);
- świadczeniobiorcom przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu np.: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (art. 15 ust. 2).

<sup>200</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1050.

## ZAŁĄCZNIKI

Stosownie do art. 22 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego taką działalność odpowiadają wymaganiom stosownym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te określone są rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 22 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*. W okresie objętym kontrolą było to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, zastąpione z dniem 1 kwietnia 2019 r. rozporządzeniem z 26 marca 2019 r. o tym samym tytule.

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383, ze zm.).
5. Ustawa 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 2021 r. poz. 2095).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).
8. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. poz. 1747).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069); uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739); uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.).

## ZAŁĄCZNIKI

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897); uchylone z dniem 22 października 2020 r.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1858).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie (Dz. U. poz. 1376).



#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Zdrowia
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Rzecznik Praw Obywatelskich
8. Rzecznik Praw Pacjenta
9. Komisja Zdrowia Sejmu RP
10. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
11. Komisja Zdrowia Senatu RP

### **6.5. Ekspertyza dotycząca optymalnych warunków opieki geriatrycznej oraz zasad postępowania w tej opiece. Propozycja kształtu opieki geriatrycznej, opracowana przez dr. n. med. Jarosława Derejczyka.**

Pomimo Rozporządzenia MZ z 06.09.2018 roku w sprawie uznania geriatryi za priorytetową (Dz. U. poz. 1738) i wcześniejszych kilkukrotnych deklaracjach ministerialnych o priorytetowym charakterze specjalizacji z lat 2003, 2009, 2012 (Rozporządzenia MZ z 22.12. 2003 roku, z 21.05.2009 r, i z 20.12. 2012. Dz. U. poz. 1489), okres lat od 2017 do 2020 wydaje się być czasem pogłębiającego się regresu tej dziedziny medycznej.

Jest to powodem niepokoju dla polityków zdrowotnych i społecznych w kontekście obserwowanych zmian demograficznych, gdzie pod koniec 2019 roku 18,1% populacji Polski stanowili mieszkańcy powyżej 65. roku życia (co dawało populację 6 947 019 osób starszych), a w tej populacji podgrupa powyżej 75. roku życia to 2,7 mln osób.

Okres od 2008 do 2020 roku był czasem widocznego wzrostu liczebności specjalistów geriatryi z 201 do 493. Na koniec 2020 roku odnotowano 52 jednostki akredytowane do szkolenia z geriatryi, z liczbą 305 miejsc szkoleniowych. Z kolei liczba oddziałów geriatrycznych to 56 jednostki z bazą ok. 900 łóżek. Wartość umów w oparciu o jakie NFZ finansował poradnictwo geriatryczne w Polsce w 2015 roku to zaledwie kwota 3,02 mln zł i 86,2 mln zł na koszty hospitalizacji geriatrycznych. Budżet NFZ po stronie przychodów wynosił w 2015 roku ponad 66 miliardów zł.

Polska kształtuje się w środku europejskiej stawki w zakresie liczby wszystkich posiadanych łóżek przypadających na 100 000 mieszkańców. W 2018 roku była to liczba 453 łóżek przy średniej europejskiej 392. Całkowita liczba łóżek wynosiła w Polsce w 2018 roku 248 239 tys. Uznając zalecenia WHO odnośnie docelowej dostępności do świadczeń z geriatryi mówiących o 20 łóżkach geriatrycznych na 100 000 mieszkańców, w Polsce profil geriatryczny powinno mieć około 7000 łóżek. Natomiast faktycznie jest ich niepełna tysiąc, co ilustruje skalę deficytu.

Pozostaje to w pewnym rozdzwieku z założeniami zawartymi i opublikowanymi przez MZ w 2019 roku w dokumencie: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski. Dokument zawiera na stronie 565 informację z liczbą wymaganych łóżek geriatrycznych, na poziomie 6750 na 2018 roku oraz z prognozą na rok 2029 w ilości 7710 łóżek. By w ciągu ośmiu lat zdążyć do planowanego poziomu rocznie zasób łóżek powinien przyrastać o około 850 łóżek geriatrycznych. Wydaje się, że obecnie nie prowadzone są na poziomie MZ projekty w tym kierunku. Jedyną inicjatywą wiążącą cel poprawy jakości opieki nad osobami starszymi z rozwojem opieki geriatrycznej jest tworzony przez Urząd Prezydenta RP projekt Centrów 75+.

Według danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego widoczny jest też spadek liczby lekarzy zainteresowanych geriatricznymi w latach 2015–2019. Była to liczba odpowiednio 179 i 133 osoby pozostające w trakcie specjalizacji z geriatryi (spadek o 26%).

Ponadto kontrola NIK z 2014 roku, dotycząca m.in. geriatrici pozostawiła wnioski wymagające oceny odnośnie podejmowanych działań pokontrolnych przez MZ i Centralę NFZ. Obligowały one obydwie instytucje do tworzenia systemowych rozwiązań usprawniających opiekę medyczną nad osobami starszymi. W podsumowaniu stwierdzono brak rozwiązań systemowych, identyfikując asymetrię i rozproszenie świadczeń, brak ich standaryzacji i konieczność zintensyfikowania prac nad budową skutecznego systemu opieki nad starszymi chorymi i ich opiekunami. Aktualny zakres kontroli związany z oceną realizacji tego wniosku.

Pacjentem geriatrycznym jest osoba powyżej 60 r. życia z minimum trzema chorobami przewlekłymi, każda z trzech różnych układów wpływających na stan funkcjonalny osoby starszej. Średnia wieku pacjentów oddziałów i poradni geriatrycznych wynosi ponad 80 lat. Ocena stanu funkcjonalnego nie była i nie jest elementem katalogu świadczeń przypisanych do geriatrici, które są finansowane w oparciu o metodologię JGP (jednorodnych grup pacjentów), przez co geriatrica pozostaje jedną z dłużej wadliwie finansowanych branż medycznych. Produktem realizowanym w oddziale geriatrycznym i wyróżniającym go pozostaje całościowa ocena geriatriczna (COG), przeprowadzana przez geriatrę, pielęgniarkę, rehabilitanta i psychologa.

Głównym celem COG jest ocena odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego, określenie ram celowych i możliwych procedur diagnostycznych, włączenie terapii wielochorobowości – z oceną ryzyka jatrogenii polekowej, włączenie procedur rehabilitacyjnych oraz przygotowanie środowiska domowego do opieki i aktywizacji osoby starszej.

Dla płatnika (NFZ) i dla budżetu państwa inwestowanie w procedury geriatriczne jest korzystne ekonomicznie i przekłada się na wielomiliardowe oszczędności, stwarzając też dostęp do jakościowo oczekiwanych świadczeń. Mówił o tym raport pokontrolny NIK z 2015 roku, który podkreślał oszczędności jakie występowały w kosztach rocznych po wypisie z oddziału geriatricznego, w porównaniu z kosztami rocznymi, po wypisie z oddziału chorób wewnętrznych (porównywano pobyty planowe).

COG jest świadczeniem dodatkowym do sumowania, wykonywanym w oddziale geriatricznym jak również w oddziale chorób wewnętrznych gdzie zatrudniony jest lekarz geriatrica. Kwalifikację do wykonania COG oparto o wykonanie oceny z użyciem skali VES-13 (Zarządzenie Prezesa NFZ 73/2017/DSOZ). Koszt wykonania procedury COG wyceniono na kwotę 162 zł.

Według danych WHO na 100 000 mieszkańców powinny przypadać 20 łóżka geriatriczne, 2 lekarzy geriatriców, 15 miejsc w placówce opieki dziennej i jedna poradnia z 2 etatami geriatricznymi. Te dane odbiegają od rzeczywistości w Polsce, gdzie w oparciu o decyzje MZ założono, że tożsame z geriatricznymi świadczenia, znajdują się w oddziałach chorób wewnętrznych. Ograniczono w ten sposób przydatność geriatrici, w szczególności ocenie stanu zdrowotnego i funkcjonalnego starszych pacjentów, oddalając też korzyści jakie stwarza ona dla nich. Mówią o tym aktualne dane europejskie. Wskaźnik ilości łóżek geriatricznych względem 100 000 mieszkańców wynosi w Polsce 2,3 względem 20 proponowanego przez WHO.

Dane amerykańskie odnośnie potrzeb względem świadczeń geriatrycznych, dowodzą iż 30% populacji powyżej 65. r. życia wymaga specjalistycznej opieki geriatrycznej. Dla Polski to grupa 2,158 mln osób. Według danych jakie zawierają Mapy Potrzeb Zdrowotnych ilość osób korzystających z hospitalizacji geriatrycznych w 2016 roku wynosiła 24 tysiące co w porównaniu z milionem hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych (ponad połowa dotyczy osób starszych) w tym samym okresie, ilustruje miarę deficytu. W przygotowaniu i adaptacji amerykańskiego systemu ochrony zdrowia do procesu starzenia, zawarte są wskaźniki opisujące wzrost liczebności niezbędnej grupy wyszkolonych lekarzy geriatrów, w nadchodzących latach.

Z korzystnych zmian systemowych w Polsce należy odnotować wzrost liczby łóżek rehabilitacyjnych do około 175 na 100 000 mieszkańców w 2018 r. przy wartości średniej około 90 na 100 000 mieszkańców w UE. Jest to wyjściowa baza do udostępnienia nowego produktu – rehabilitacji geriatrycznej, w którym można by uwzględnić, nie znajdujących obecnie w systemie ochrony zdrowia miejsc zatrudnienia, lekarzy geriatrów. Obecnie nie stwierdza się jednak zakończonych inicjatyw w tym kierunku.

W sierpniu 2015 roku decyzją MZ powołano do życia Narodowy Instytut Geriatrii Reumatologii i Rehabilitacji z misją prowadzenia badań naukowych z geriatrii i przygotowywania standardów oraz wytycznych z dziedziny geriatrii. Ciałem doradczym Instytutu stała się Narodowa Rada Geriatrii i Gerontologii.

Analizy demograficzne już obecnie wykazują w Polsce powiaty o wyjątkowo dużym zagęszczeniu mieszkańców powyżej 80 r. życia gdzie ich liczebność mieści się w przedziale pomiędzy 5,8 a 8,3%. Według prof. Szukalskiego: *Występowanie w Polsce enklaw starości i świadomość, iż to, co jest dziś ekstremalnym poziomem zaawansowania procesu starzenia się ludności, za 20 lat będzie jedynie poziomem wysokim, powinno zachęcać nas wszystkich – badaczy, praktyków, decydentów, opinię publiczną – do zainteresowania się praktycznymi problemami, jakie wyłaniają się obecnie na obszarach najbardziej dotkniętym starością demograficzną i do poszukiwania środków łagodzących te problemy z nadzieją, iż wypracowane dziś rozwiązania okażą się użyteczne w niedalekiej przyszłości, gdy to, co dziś uznajemy za ekstremalne, stanie się codziennością.*

Statystyki obrazujące ilość geriatrów w wybranych krajach Unii Europejskiej wykazują, iż liczba specjalistów geriatrii przypadająca na milion mieszkańców wynosi od 16 do 50 lekarzy. Średnia wartość tego wskaźnika dla Belgii, Danii, Francji Włoch i Hiszpanii wynosi 31 co pokazuje dystans w liczbie geriatrów w tych państwach względem Polski, gdzie wskaźnik ten wynosi 12,8. Według profesora Tomasza Kostki, byłego konsultanta krajowego (sprawował funkcję do września 2020 roku) docelowa liczba geriatrów powinna wynosić w Polsce 3000 lekarzy geriatrów.

Sądząc z zauważalnego zahamowania zainteresowaniem geriatrią obserwowanego od 2017 roku, nie będzie możliwe nawet częściowe zmniejszenie poziomu opisanego deficytu, bez zmiany obowiązujących schematów wyceny świadczeń i rozwiązań organizacyjnych wdrażanych na poziomie

rządu, parlamentu, MZ i NFZ. Gremia opiniotwórcze, uczelnie wyższe, instytucje naukowo-badawcze, instytuty centralne, komisje funkcjonujące w Sejmie i Senacie – wszystkie te organizacje odnotowują narastanie dynamiki procesu starzenia, opisując w różny sposób jego obraz, z naciskiem na starzenie w zdrowiu (healthy ageing). W niewystarczający sposób planowane są natomiast interwencje opóźniające starczą niesprawności i zależność związane nie ze stylem życia, a bardziej z adaptacją systemu ochrony zdrowia, wówczas gdy starzenie odbywa się w połączeniu z wieloma chorobami przewlekłymi.

Widoczne są też duże nierówności w dostępie do placówek geriatrycznych (odnotowywany od lat brak geriatrycznego oddziału szpitalnego w województwie warmińsko-mazurskim jak i widoczny jest brak koordynacji pomiędzy ilością kadry, a ilością placówek udzielających świadczeń w ramach publicznej służby zdrowia. W województwie podlaskim jest wyszkolonych kilkunastu geriatrów i jeden oddział szpitalny z bazą 18 łóżek. Przez swoją złożoność (wielochorobowość i skąpoobjawowość występujące u pacjentów), konieczność realizowania procedur diagnostycznych w wielu miejscach, czasochłonność, konieczność pracy zespołowej opartej o przygotowanie edukacyjne uczestników), geriatria wymaga do jej realizacji oddziałów geriatrycznych, gdzie przez wydłużony czas będzie prowadzona pełna ocena geriatryczna z rehabilitacją, wdrożenia części procedur diagnostycznych i edukacji z geriatry na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, na poziomie oddziałów chorób wewnętrznych, oddziałów zabiegowych, onkologicznych, placówek opieki długoterminowej i placówek opieki paliatywnej.

Kluczowym czynnikiem wyhamowującym zainteresowanie specjalizacją z geriatry było wyłączenie obecności oddziałów geriatrycznych w szpitalach zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu referencyjności w sieci szpitali od 2017 roku. Zostały one włączone w większości, w finansowanie ryczałtowe poprzez oddziały chorób wewnętrznych (gdy oddział geriatryczny znajdował się w szpitalu obok oddziału chorób wewnętrznych). Było to powodem likwidacji niektórych oddziałów tworzonych z mozołem przez lata – przykład Wadowice. Z liczby 56 oddziałów mechanizm likwidacji profilu geriatrycznego dotknął 28 oddziałów w 2017 roku.

Ulokowanie geriatry szpitalnej w jednym, klinicznym fragmencie opisanego systemu (szpitale trzeciego poziomu referencyjności) i ograniczenie możliwości jakimi dysponuje geriatria, do realizacji wąskiej funkcji konsultacyjnej nie pozwalają na jej rozwój. Ten zaplanowany w 2014 roku model, realizowany jest aktualnie w Polsce. Odbiega on od potrzeb społeczno-zdrowotnych jakie obserwowane są w związku z procesem starzenia, hamuje zainteresowanie specjalizacją, nie wpływa na poprawę wyników leczenia, nie odpowiada na zapotrzebowanie chorych, nie wpływa na ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń i nie ogranicza kosztów kolejnych hospitalizacji i kolejnych badań dodatkowych. System JGP nie ujawnia diagnoz geriatrycznych. Choroby neurodegeneracyjne, w których dominuje u osób starszych otępienie stanowią 30% diagnoz w populacji powyżej 65. roku życia i stanowią czwartą (wg niektórych analiz piątą) przyczynę zgonów. W kolejnych edycjach Map Potrzeb Zdrowotnych nie znajduje się takich danych z powodu zafałszowania danych, generowanych

nie w oparciu o faktyczną epidemiologię, lecz w oparciu o opłacalność diagnozy głównej. Stan ten pomimo monitorowania problemu przez środowisko geriatrów w NFZ i MZ, od lat nie ulega zmianie.

Warunki jakie są niezbędne do przeprowadzenia COG w szpitalach (wymóg czasu na ocenę geriatryczną z realizacją rehabilitacji i współpraca zespołu geriatrycznego) zostały wyeliminowane systemowo, na rzecz interwencji leczniczych w oddziałach chorób wewnętrznych współpracujących z SOR-ami, gdzie według nowego planu założono, iż ocenę geriatryczną będą przeprowadzać lekarze konsultanci-geriatrzy, oceniający pacjenta przebywającego kilka dni w oddziale.

Skala i zakres potrzeb jest obecnie na tyle szeroki, że w systemie niezbędne są:

- oddziały geriatryczne na poziomie referencyjności pierwszym i drugim placówek szpitalnych;
- konsultacje geriatryczne realizowane przez geriatrów w innych oddziałach niż oddział geriatryczny;
- wykonywane przez przeszkolonych lekarzy bez specjalizacji, elementy oceny geriatrycznej na poziomie POZ i w licznych oddziałach, gdzie leczeni są coraz starsi chorzy;
- poprawa dostępu do telekonsylium geriatrycznego;
- uruchomienie nowych produktów koszykowych zgłaszanych przez nadzór konsultacyjny w latach 2015–2019.

Od 2017 roku MZ nie podejmuje działań w kierunkach opisanych powyżej. Przykładem sytuacji opisującej wadliwość istniejących rozwiązań jest łatwość z jaką zespoły ratownictwa korzystając z przydzielonych im kompetencji przekazują starsze osoby po nawrotowych upadkach z urazami głowy, na badania neuroobrazowe. Zdarza się, że w ciągu roku wykonywane są liczne badania tomograficzne głowy po upadkach, a wielokrotnie trudniej przeprowadzić u takiej osoby diagnostykę w kierunku określenia przyczyny upadków w oddziale geriatrycznym. W gronie osób zajmujących się ekonomią zarządzania w ochronie zdrowia istnieją liczne przykłady na zamianę opieki fragmentarycznej według scenariusza, od jednego incydentu, do kolejnego incydentu chorobowego, jaką obserwujemy w kraju – do opieki koordynowanej wokół zidentyfikowanych problemów zdrowotnych z jakimi mamy do czynienia u konkretnych chorych.

Wiele raportów o stanie przygotowania placówek medycznych do pracy z chorymi w zaawansowanej starości i z deficytami funkcjonalnymi podkreśla też niezbędność i konieczność **szkoleń z geriatрії** dla większości pracowników medycznych szpitali.

Wielochorobowość, skąpoobjawowy przebieg schorzeń, niewydolność funkcjonalna, nieporadność w samoobsłudze oraz niestabilność homeostazy starzejącego się organizmu, podnoszą wymogi procesu diagnozowania i leczenia na oddziałach przyjmujących chorych z opisany bagażem problemów.

Wykazano, że standardowe procedury przyjęciowe do szpitali (planowane dla osób młodszych i w średnim wieku), jak też nieprzygotowanie edukacyjne pracowników, oraz braki kadrowe i sprzętowe, wiążą się z pogor-

szeniem stanu funkcjonalnego starszych chorych jaki ma miejsce w trakcie ich pobytów w oddziałach szpitalnych. Konsekwencjami są sytuacje z narażeniem na: oddalenie z placówki, upadki, majaczenie, zakażenia szpitalne, niedożywienie, odwodnienie, depresję reaktywną, nasilenie bólu związanego z interwencjami leczniczymi, nasilenie nietrzymania zwieraczy i najgroźniejsze – powstanie odleżyn. Z wykorzystaniem wiedzy o powyższych aspektach i z misją przeciwdziałania powstawaniu opisanych powikłań hospitalizacji powstały w świecie oddziały geriatryczne oraz tworzone są oddziały nie geriatryczne z podejściem geriatrycznym do leczonych chorych. Przygotowanie szpitali na obecny szybki wzrost populacji osób starszych, z profilem charakterystycznych dla nich problemów zdrowotnych, (potwierdzony wskaźnikami liczby hospitalizacji osób starszych), jest niewystarczające.

Brak komunikacji pomiędzy lekarzami leczącymi osoby starsze skłania kolejnych specjalistów do **duplikowania diagnostyki**, jak również do **nieskoordynowanego leczenia wieloma lekami**. Konsekwencją jest powstawanie zespołów jatrogennych niosących większą liczbą hospitalizacji związanych z uszkodzeniami polekowymi i większe ryzyko zgonu starszych chorych.

Geriatra dysponując standardem COG, jest w stanie wspomóc interwencje wąkospecjalistyczne, a przez to odciążyć innych specjalistów i przygotować pacjentów do zabiegów oraz funkcjonowania w środowisku po pobycie szpitalnym. Redukuje to koszty farmakoterapii i wprowadza oszczędności w systemie ochrony zdrowia. Największą korzyść z leczenia geriatrycznego odnoszą osoby poważnie zniedołężniałe i najstarsze, które wymagają długiego i kompleksowego leczenia. Udowodniono, że całościowe podejście geriatryczne w sposób istotny zmniejsza ryzyko śmierci, zwiększa lub utrzymuje sprawność funkcjonalną umożliwiającą autonomię i samodzielne zamieszkiwanie w środowisku, zmniejsza polipragmazję i wskaźniki rehospitalizacji oraz przeciwdziała instytucjonalizacji, a poprzez to zmniejsza koszty opieki nad ludźmi starszymi. W przedziale pomiędzy 76 a 85 r. życia umieralność roczna po wypisie z oddziałów chorób wewnętrznych (przyjęcia w trybie planowym) wynosi 30%, wobec 12% w grupie wypisanych z oddziałów geriatrycznych.

Opisane zaobserwowane wskaźniki mogą ulec poprawie przez włączenie wybranych procedur oceny geriatrycznej, w ramach badań przesiewowych na poziomie POZ, placówek dziennych, podczas pobytów szpitalnych i pobytów w jednostkach z poradniami i oddziałami geriatrycznymi. Ocena lub elementy oceny geriatrycznej powinny być połączone z rekordem pacjenta i pozostawać widoczne każdorazowo w systemie informatycznym podczas badania osoby starszej kwalifikowanej do oceny geriatrycznej skalą **VES-13** (Vulnerable Elders Survey 13). Opieka geriatryczna realizowana w placówkach geriatrycznych powinna być dostępną dla osób starszych, które przekroczyły 85. r.ż. lub młodszych (od 60. r.ż.), o ile w skali (VES-13) osiągają przynajmniej 3 punkty. Dla placówek niegeriatrycznych to wartość powyżej 6 punktów w skali VES-13, by podjąć procedurę oceny elementów COG.

Szacunkowe analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatry w porównaniu z pacjentami tej samej grupy wieku pozbawionej takiej opieki (dane z jednego oddziału NFZ), pozwalają szacować oszczędności

rzędu 505 PLN/rok na jednego pacjenta. Przeciwdziałanie degradacji psychofizycznej opiera się na racjonalizacji farmakoterapii i zabezpieczeniu dostępu do rehabilitacji. W efekcie opieki geriatrycznej można zakładać zmniejszenie zapotrzebowania na kosztowną opiekę długoterminową.

W raporcie z kontroli nad stanem opieki medycznej nad osobami starszymi jaki NIK opublikował w 2015 roku w zał. 4 umieszczono Standardy postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej. Wykorzystano materiał opublikowany w grudniu 2013 roku w Gerontologii Polskiej. Przytoczone materiały z 2013 roku nie są obowiązujące, a stanowią jedynie teoretyczne ramy w jakich mogłaby być zorganizowana opieka geriatryczna w Polsce. Nie zostały wykorzystane przez MZ jako zapisany Standard udzielania świadczeń w geriatрії.

W przytoczonych materiałach określono, iż zespołowe podejście geriatryczne to proces całościowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowany przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny w celu poprawy poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta.

W Polsce przyjęcia do placówek geriatrycznych są realizowane dla chorych powyżej 60. r.ż. Minister zdrowia zobowiązał w 2013 roku szpitale do opracowania i stosowania ograniczonej procedury oceny geriatrycznej pacjenta. Ocena ta przeprowadzana jest w każdym szpitalu, nawet jeśli nie posiada on oddziału geriatrycznego. Z obowiązku tego zwolnione zostały oddziały szpitalne o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Szpitale miały czas na wprowadzenie procedury do 30 czerwca 2016 roku.

W szpitalnych placówkach geriatrycznych praca organizowana jest w oparciu o zespół geriatryczny. Członkowie zespołu geriatrycznego dokonują badania pacjenta geriatrycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Przeprowadzają i analizują skale oceny stanu poznawczego, psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na całościową ocenę geriatryczną. COG stanowi podstawę do wymiany informacji o pacjentach geriatrycznych, w celu planowania i realizacji procesu leczenia i opieki, tak by było możliwe łączenie świadczeń lekarskich, pielęgniarskich, rehabilitacyjnych, psychologicznych, opiekuńczych oraz świadczeń z zakresu pomocy społecznej, w trakcie pobytu w szpitalu i po wypisie.

Warunkiem pracy zespołu geriatrycznego jest regularny kontakt jego członków w celu monitorowania stanu pacjenta geriatrycznego, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz indywidualizacji interwencji medycznych i rehabilitacyjnych. Z zespołem medyczno-opiekuńczym oddziału geriatrycznego (lekarze geriatry, lekarze specjalizujący się z geriatрії, lekarze stażyści, pielęgniarki ze specjalizacją z geriatрії, pielęgniarki specjalizujące się z geriatрії, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, salowe) ściśle współpracują: psycholog, dietetyk, mikrobiolog oraz zatrudniony pracownik socjalny. Oddział korzysta z bie-



żącego dostępu do konsultacji specjalistycznych. Najczęściej są to konsultacje psychiatryczne. Zakresy proponowanych skal i testów składających się na COG opisują liczne podręczniki z geriatryi.

Z doświadczeń własnych wynika, że bezpieczną liczbą personelu zabezpieczającą 24-lóżkowy **oddział geriatryczny** jest minimum dwóch geriatrów i czterech lekarzy bez specjalizacji, spośród których przynajmniej jeden jest w trakcie specjalizacji z geriatryi. Wymóg zatrudnienia pielęgniarek na opisaną liczbą łóżek to cztery pielęgniarki (minimum jedna po specjalizacji z geriatryi), dwie salowe, trzy opiekunki, trzech fizjoterapeutów, jeden terapeuta zajęciowy, jeden psycholog, jedna sekretarka medyczna i jeden koordynator pacjenta. Dietetyk, mikrobiolog i pracownik socjalny pozostają zazwyczaj w zatrudnieniu niepełnym. Oddział powinien współpracować z **poradnią geriatryczną**. Lekarz poradni (specjalista geriatra lub lekarz po połowie okresu specjalizacji, jeżeli zgodę wyrazi konsultant wojewódzki) połowę czasu pracy konsultuje w innych oddziałach. Czas konsultacji pierwszorazowej w poradni to 60 minut, kolejnej 40 minut. Czas konsultacji oddziałowej oszacowano na około 40 minut. Poradnia geriatryczna poza pacjentami skierowanymi przez lekarzy rodzinnych i specjalistów konsultuje pacjentów po pobycie szpitalnym, wymagających kontroli po czasie i oceny wyników badań podczas dłuższego leczenia.

**Opisy** codzienne stanu badanych powinny się odbywać w systemie nagrywania na dyktafon z wpisaniem nagrania przez sekretarkę medyczną, do systemu z autoryzacją lekarską.

**Odprawa oddziałowa** ma zazwyczaj miejsce rano o godzinie ósmej (opis wydarzeń wieczór/noc, opis stanu osób chorych z dnia poprzedniego, istotne informacje o pacjentach zagrożonych, plan wypisów). W rannej odprawie uczestniczą: lekarze (poza lekarzem współpracującym z Izbą Przyjęć, który nie ma obowiązku uczestniczenia w odprawie rannej jeżeli ma obowiązki na Izbie Przyjęć), pielęgniarka oddziałowa, kierownik fizjoterapii lub wyznaczona przez niego osoba. Lekarz Izby Przyjęć ocenia skierowania jakie spływają w trybie pilnym do oddziału – weryfikując wybrane w rozmowie i/lub wymianie dokumentacji z lekarzem kierującym.

**Wizyta** odbywa się pomiędzy 9:00–12:00. Uczestnicy: specjalista (minimum trzy dni robocze w tyg.) i lekarz z odcinka (5 dni roboczych) z pielęgniarką odcinkową. W dniach bez lekarza specjalisty lekarz z odcinka raportuje przebieg wizyty i zgłasza spotkane wątpliwości do weryfikacji. Codziennie ma miejsce ocena pacjentów przez dietetyka. Może ona być poszerzona następnie o konfrontację z zespołem wizytowym (kontrola skal niedożywienia, realizacja diet, ograniczenia spożywania pokarmów i płynów). Podobnie odbywa się konfrontacja ocen psychologicznych i aktywności pacjentów – rozmowa psychologa i terapeuty zajęciowego z zespołem wizytowym w zależności od stanu badanych może mieć miejsce po wizycie. Dwa razy w tygodniu w godzinach południowych (po wizycie) zaplanowane jest **spotkanie zespołu specjalistycznego** poszerzonego poza składem wizytowym o pracownika socjalnego, koordynatora pacjenta, dietetyka, psychologa i terapeutę zajęciowego. Określane są na tych spotkaniach: okres planowanego pobytu i termin wypisu, zlecenia konsultacji, przekazywanie informacji rodzinom, ustala się i zapisuje w dokumentacji w trakcie pierwszych i kolejnych spotkań zespołu.

Dla **kontakt z rodzinami** wydziela się osobę informującą osobiście lub telefonicznie (lekarz specjalista geriatra) – informacja o stanie chorych jest dostępna dwa razy w tygodniu.

Lekarze uczestniczą w cotygodniowych wewnątrz oddziałowych i szpitalnych **spotkaniach edukacyjnych**. Pełnomocnicy jakości minimum raz do roku oceniają zapisane procedury jakości opieki i funkcjonowania organizacji oddziału i poradni.

Lekarze i pielęgniarki oceniani są z aktywności edukacyjnej, zaangażowania i wydajności przez przełożonego w cyklach rocznych i kilkuletnich.

Tryb pracy oddziału geriatrycznego może być **ostry i planowy**. W trybie ostrym limit przyjęć określa na każdy dzień kierownik-ordynator. Jest on determinowany wydolnością organizacyjną pracy w oddziale, a w szczególności zdolnością do realizowanej przy przyjęciu oceny geriatrycznej. Przyjęcia do oddziału z innych oddziałów pod nieobecność lekarza geriatry przekreślają profil geriatryczny oddziału. Informacje i druki związane z procedurą przyjęcia umieszczone są na stronie www placówki z pobraniem do wypełnienia przed przyjęciem.

Oddział geriatryczny powinien kopię wypisu z COG przesyłać do lekarza kierującego jako działanie standardowe.

Kryterium o dużym znaczeniu dla jakości diagnostyki i opieki jest **czas pobytu** w oddziale. System finansowania jaki realizuje w Polsce NFZ, z użyciem metody rozliczeń opartych o JGP, wymusza skracanie pobytów i realizowanie miesięcznego limitu punktów przypisanych do leczenia jednej choroby głównej, u każdego chorego. Takie limitowanie czasu pobytów dla wykonania limitu ilościowego ma związek z wykonaniem zaplanowanego budżetu miesięcznego. Pozostawienie chorego na 21 dni w oddziale wiąże się z potrzebą wygenerowania kilku innych pobytów o bardzo krótkim czasie hospitalizacji, dla ochrony budżetu miesięcznego. To zaprzeczenie podejścia i opieki geriatrycznej, i bariera jej rozwoju, której usunięcie jest możliwe wyłącznie na poziomie Ministerstwa Zdrowia. Pobyt osoby niesamodzielnej z wielochorobowością o nikłych rezerwach funkcjonalnych, której przez zmianę leczenia i rehabilitację można podnieść zasoby zdrowia wymaga właśnie pobytu 21-dniowego, po którym podejmowana jest rehabilitacja środowiskowa. Ze strony departamentów MZ odpowiedzialnych za taki stan rzeczy, nie podejmowane są obecnie inicjatywy zmieniające opisaną sytuację.

Obiecywane od wielu lat przez NFZ wprowadzenie finansowania pobytów dłuższych z wprowadzeniem stawki za osobodzień, uwzględniającej pracę zespołową również nie jest realizowane, podobnie jak włączenie przez AOTMiT nowych pozycji koszykowych w postaci: diagnostyki jednodniowej otępienia, pobytów dziennych, rehabilitacji geriatrycznej czy wyjazdowych zespołów konsultacyjnych. Opisane powyżej sytuacje stanowiły i nadal stanowią silne bariery hamujące rozwój geriatry w minionej dekadzie.

**Adaptacja placówek** medycznych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa motywuje do licznych programów adaptacyjnych, dostosowujących na wielu wiele poziomach udzielania świadczeń wprowadzane rozwiązania

dla potrzeb osób z zespołem kruchości. Wnioski prowadzą do konieczności wprowadzania norm projektowych, budowlanych, architektonicznych, kadrowych, organizacyjnych.

Zauważono, że audyty jakości wymagają przestrzegania norm ilości łóżek względem ilości personelu opiekuńczego i rehabilitacyjnego. Podobnie monitorowanie jakości dotyczy przestrzegania wprowadzonych norm i standardów przeciwdziałania upadkom, odleżynom, niedożywieniu i majaczeniu. Kolejną miarą jakości placówek dla osób starszych jest ilość materacy przeciwoodleżynowych, podnośników i sprzętu do aktywizacji przyłóżkowej.

Dobrze, gdy sale w oddziałach dla osób starszych są jedno, dwu i maksymalnie trójłóżkowe, z własnymi węzłami sanitarnymi. Przestrzenie pobytowe uwzględniają zasady projektowania senioralnego, które opierają się na przestrzeniach z bezbarierowym bliskim dostępem do sali rehabilitacji, z dostępem do sal z aneksem socjalno-edukacyjnym (z dostępem do internetu, TV i radia), sal z aneksem kuchennym i do pobytów nocnych dla osób z bezsennością. Wnętrza wymagają technik wykorzystujących opisy naścienne, podłogowe, terapię obrazami i na tapetach.

Polecane jest użycie ciepłych barw, modulowanego światła wewnętrznego i udomawiających elementów wystroju. Oddziały i poradnie wymagają ograniczenia kontaktu z generującymi hałas tłokiem, pracującym głośno sprzętem i głośnymi instalacjami alarmowymi. Wymogiem są wentylacja z klimatyzacją. Wskazane są przesłony pomiędzy łózkami chorych. Bezpieczeństwo chorych wymaga kontroli ruchu osób wchodzących i wychodzących.

**Adaptacja Izb Przyjęć** polega na używaniu foteli z opcją łóżka z bocznymi podłokietnikami z ochroną przed wypadnięciem, wydzieleniu pokoju do badania i pokoiów do pobytu osób starszych. Decyzja o przekazaniu na oddział chorób wewnętrznych/geriatryczny lub powrót do środowiska pobytu, podejmowana jest do 24 h. Dobrym rozwiązaniem jest prowadzenie przez lekarza geriatrę współpracującego z Izbą Przyjęć dwukrotnie w ciągu dnia (godz. 8:00 i 15:00) zespołowej oceny przebywających w Izbie Przyjęć starszych pacjentów. Elementy oceny geriatrycznej są realizowane wraz z zespołem pracowników Izby. Dotyczą planowanej i realizowanej ścieżki diagnostyczno-leczniczej. W proces angażowany może być lekarz rodzinny i opiekunowie pacjenta. Lekarze rodzinni powinni mieć docelowo zapewniony kontakt z lekarzem geriatrą, współpracującym z Izbą Przyjęć.

W skład zespołu pracowników Izby Przyjęć szpitali dla dorosłych rutynowo powinna wchodzić **pielęgniarka geriatryczna**. Zakres oceny osoby starszej na Izbie Przyjęć obejmuje stan poznawczy i ocenę obecności majaczenia (skala AMTS, Mini Cog, 4AT, skala oceny bólu, skala NEWS ).

Pozostałe wymagane skale oceny dotyczą: ryzyka powstawania odleżyn według skali Norton lub Bradden, oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Katza (ADL, Activities of Daily Living), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activity of Daily Living), Skali Barthel; oceny stopnia nietrzymania zwieraczy oraz zaplanowanie planu pielęgnacji. Pielęgniarka odpowiada też w trakcie pobytu za monitorowanie paramet-

trów życiowych, realizowanie i inicjowanie procedur leczniczo terapeutycznych oraz wykonywanie pomiarów antropometrycznych, kontrolę stanu odżywienia, nawodnienia i ocenie stanu całej skóry.

**Ocena rehabilitacyjna** i procedury rehabilitacyjne w geriatrici obejmują: badanie zakresu deficytów narządu ruchu, ocenę zagrożenia upadkiem, ocenę hipotonii ortostatycznej, ocenę wydolności dopaminergicznej, uruchamianie pacjenta, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej poza łóżkiem (pionizacja, przemieszczanie na fotel lub wózek, naukę chodzenia po powierzchni płaskiej, po schodach, naukę wstawania po upadku), aktywizację ruchową pacjenta przebywającego na stałe w łóżku lub fotelu, kinezyterapię (gimnastyka, ćwiczenia na przyrządach, masaże), zajęcia grupowe na sali ćwiczeń, gimnastykę oddechową. Szczególne miejsce ma rehabilitacja w oddziałach geriatrycznych współpracujących z oddziałami ortopedycznymi. Minione 20 lat są okresem żywiolowo rozwijającej się w świecie ortogeriatrici, której w Polsce brakuje.

Do zakresu pracy fizjoterapeutów należy też dobór oraz nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych, instruktaż obsługi sprzętu (instruowanie pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów o sposobie pozyskiwania i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego).

**Psycholog** przeprowadza u większości przyjmowanych osób panel dostosowanych do oceny poznawczej i nastroju testów neuropsychologicznych, z oceną potrzeb emocjonalnych i psychicznych pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów. Udziela wsparcia (psychoterapia bezpośrednia, odreagowująca, racjonalna, podtrzymująca, wspierająca, relaksacyjna, wizualizacja); prowadzi psychoterapię pośrednią rodziny lub opiekunów w czasie trwania choroby. Włącza się w przygotowanie wypisu wprowadzając ocenę neuropsychologiczną z dalszymi sugestiami diagnostycznymi i zaleceniami kontrolnymi.

Zakres zlecanych **badania laboratoryjnych i diagnostycznych** w geriatrici uwzględnia specyfikę opieki nad pacjentem geriatrycznym oraz obejmuje różnorodny panel poszerzony od zapisanych w 2013 roku o częstsze oznaczanie stężenia pro-BNP w niewydolności krążenia, oraz częstsze wykonywanie badań mikrobiologicznych przy przyjęciach w celu identyfikacji bezobjawowych nosicieli szczepów bakterii lekoopornych np. Klebsielli pneumonie ESBL+. Badania wpisane w panel badań geriatrycznych obejmują oznaczanie i wykonywanie:

- 1) OB;
- 2) morfologii krwi z leukogramem;
- 3) retikulocytów;
- 4) biopsji i wstępnej oceny szpiku;
- 5) białka C-reaktywnego;
- 6) stężenia cukru we krwi na czczo i 120 minut po obciążeniu 75g glukozy (krzywa cukrowa);
- 7) mikroalbuminurii;
- 8) badania ogólnego moczu, liczby Addisa;
- 9) poziomu bilirubiny, transaminaz, diastazy w surowicy i w moczu, fosfatazy zasadowej, GGTP, LDH, CPK, CPK-MB, troponiny;
- 10) stężenia kreatyniny, mocznika, klirensu kreatyniny;
- 11) poziomu elektrolitów,

- 12) dobowego wydalania Na, K i Ca z moczem;
- 13) stężenia cholesterolu (całkowity, LDL, HDL), trójglicerydów;
- 14) TSH (fT3, fT4), przeciwciał przeciwmikrosomalnych tarczycy, kortyzolu, parahormonu, testosteronu, dihydroepiandrosteronu;
- 15) stężenia leków we krwi w tym digoksyny, karbamazepiny,;
- 16) białka całkowitego, albumin, elektroforezy, immunoelektroforezy, przeciwciał przeciwwjadrowych, przeciwko natywnemu DNA, anty-cytrulinowych;
- 17) protrombiny (INR), fibrynogenu, czasu fibrylizacji, kaolinowo-kefalinowego, D-dimerów;
- 18) hemoglobiny glikowanej lub fruktozaminy;
- 19) markerów nowotworowych (PSA, CEA, CA 125, CA 19-9, alfa-fetoproteiny);
- 20) stężenia witaminy B12, kwasu foliowego, witaminy D;
- 21) posiewów mikrobiologicznych krwi, moczu, płwociny, wydzieliny z ran;
- 22) antygenu HBs, przeciwciał anty HCV;
- 23) kału na krew utajoną;
- 24) gazometrii;
- 25) badań radiologicznych, w tym kontrastowych;
- 26) badań ultrasonograficznych;
- 27) badań echograficznych serca;
- 28) dopplerowskich pomiarów przepływu w naczyniach;
- 29) EKG spoczynkowego, wysiłkowego, 24-godzinnego monitorowania EKG metodą holtera; 24-godzinnego ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi;
- 30) badań endoskopowych;
- 31) badań histopatologicznych i biopsji cienkoigłowej;
- 32) densytometrii;
- 33) tomografii komputerowej;
- 34) rezonansu magnetycznego, a w uzasadnionych przypadkach – innych metod obrazowania;
- 35) spirometrii.

Szczególnie trudną sytuację dla osób starszych stworzyła obecna od początku 2020 roku **epidemia COVID-19**. Dotyka ona często osoby starsze i dotknięte schorzeniami o uznanym wpływie na większą śmiertelność w trakcie infekcji (uzależnienie od palenia tytoniu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroba nowotworowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, pogorszenie sprawności funkcjonalnej). W kategorii osób będących podopiecznymi opieki długoterminowej dodatkowym czynnikiem jest osłabienie układu odpornościowego, co czyni tych podopiecznych bardziej podatnymi na ciężki przebieg COVID-19 i słabsze wyniki leczenia. WHO zaleca, aby osoby starsze były badane pod kątem obecności COVID-19 w pierwszym punkcie dostępu do systemu opieki zdrowotnej, tak by skrócić ścieżkę diagnostyczną i włączyć plan postępowania i opieki.

Powinno to mieć miejsce we wszystkich sytuacjach, w których osoby starsze mogą szukać kontaktu z placówką medyczną, nie ograniczając badań do szpitalnych oddziałów ratunkowych i placówek wydzielonych, prowadzących laboratoria z analizą PCR. Rekomendowane jest testowanie (kwalifikowane pobranie materiału) w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, placówkach dziennych i opieki długoterminowej. W warun-

kach krajowych lekarz rodzinny może dla obłożnie chorej osoby zamówić obecnie wymazobus, który przyjeżdża pod wskazany adres; w pozostałych przypadkach pobranie materiału dokonuje się w miejscu, do którego chory powinien dotrzeć sam lub z pomocą opiekunów. By skrócić drogę realizacji badania pomiędzy poziomem POZ a punktem pobrania wydaje się, że organizacja pobrania materiału w miejscu badania pacjenta i dostarczenie go do laboratorium byłoby w wybranych sytuacjach rozwiązaniem alternatywnie bezpieczniejszym. Dla potrzeb takiego rozwiązania praktyki lekarzy rodzinnych powinny mieć przygotowane **pokoje do izolacji** osoby potencjalnie zakaźnej i dysponować przeszkolonym personelem, umiejącym prawidłowo pobrać materiał na szybki test antygenowy.

Wydaje się, że dla trudnej kategorii samotnych podopiecznych z otępieniem ważne powinno być zidentyfikowanie ich zakresu potrzeb w **programie opieki nad chorymi na otępienie**, jeszcze przed infekcją COVID-19. Jest to możliwe z aktywną rolą pielęgniarki środowiskowej mającej wiedzę o osobach chorych w środowisku i pozostającej w kontakcie z nimi. Tacy chorzy są potencjalnymi klientami programów **teleopieki**, jakie zaczynają być coraz częściej finansowane przez samorządy.

Oddziały szpitalne, przyjmujące chorych nie szczepionych przeciwko COVID-19, pobierają leżącą osobę materiał na badanie PCR – traktując ją do czasu uzyskania wyniku ( jeżeli stan pacjenta na to pozwoli ) jako osobę potencjalnie zakaźną, wymagającą obserwacji w pomieszczeniu izolowanym od innych pacjentów. Alternatywą dla chorych wymagających pilnej interwencji są szybkie testy antygenowe. **Zwiększenie dostępu do tej kategorii testów i upowszechnienie szczepień wydaje się w geriatricznym i opiece długoterminowej mieć najwyższe uzasadnienie.**

U osób zakażonych przebywających na leczeniu domowym lub szpitalnym powszechnie rekomendowane jest zabezpieczenie częstej kontroli pO<sub>2</sub> (dostęp do pulsoksymetru i umiejętność obsługi), nadzór nad nawadnianiem, żywieniem, terapia heparynami drobnocząsteczkowymi (HDCz) i podawanie antybiotyków. Standardy postępowania i zalecenia odnoszące się do szczepień ulegają zmianom w trakcie jak zwiększa się wiedza na temat infekcji COVID-19.

Starsi pacjenci prezentują nietypowe objawy COVID-19. Są to nowe lub nasilone majaczenie, brak temperatury, objawy gastryczne, nudności, utrata łaknienia, wymioty, biegunka. Trudne do realizacji pozostaje zapewnienie współpracy między lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami, terapeutami zajęciowymi, pracownikami socjalnymi, pielęgniarkami opieki długoterminowej i innymi pracownikami służby zdrowia w procesie podejmowania decyzji, w celu rozwiązywania licznych problemów powstających na bazie wielochorobowości i pogorszenia stanu funkcjonalnego u chorej na COVID-19 osoby starszej.

Podczas komunikacji ze starszymi pacjentami należy uwzględnić pogorszenie funkcji poznawczych. Ich upośledzenie należy rozpoznać odpowiednio wcześniej, aby pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę mogli dostosować poziom komunikacji do percepcji pacjenta.

Osoby starsze, które zapadają na COVID-19, powinny mieć często **monitorowane pO<sub>2</sub>** w warunkach domowych, szczególnie gdy są leczone przewlekłą tlenoterapią. Poziom alertowy u osób bez wcześniejszych chorób płuc to spadek pO<sub>2</sub> poniżej 92%. Okres po chorobie u osób z zespołem kruchości jest związany z narażeniem na wyraźne pogorszenie funkcjonowania (statystyczny spadek sprawności funkcjonalnej o 30%) i wymaga skoordynowanej opieki rehabilitacyjnej po przebyciu stanu ostrego. Można taką zorganizować dla osób z pierwszą kategorią niepełnosprawności w ramach domowej rehabilitacji lub w oparciu o pobyt w oddziale rehabilitacji po przebytej infekcji COVID-19<sup>xxi</sup>.

Źródłem aktualnych informacji opisujących potrzeby zdrowotne i proponowane rozwiązania w zakresie opieki geriatrycznej jest pozycja Biura Rzecznika Praw Obywatelskich z 2020 r. pod tytułem: Wyzwania i rekomendacje zdrowie i opieka zdrowotna osób starszych<sup>xxii</sup>.

- i. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health\\_in\\_the\\_European\\_Union\\_%E2%80%93\\_facts\\_and\\_figures](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures)
- ii. [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17\\_polska-1.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska-1.pdf)
- iii. <https://www.politykazdrowotna.com/52669,centra-zdrowia-75-i-12-ml-d-rocnie-na-opieke-nad-seniorami>
- iv. Dane z Biura RPO przygotowane przez CMKPz 03.02.2020.
- v. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>
- vi. Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGE-FIT trial. *BMC Geriatr*. 2018 Jan 31;18(1):32. doi: 10.1186/s12877-017-0703-1. PMID: 29386007; PMCID: PMC5793378.
- vii. <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2008-03-5.pdf>
- viii. Soulis, G., Kotovskaya, Y., Bahat, G. i wsp.: Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging. *Eur Geriatr Med* 12. 2021. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00419-7>
- ix. <https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/about-geriatrics/geriatrics-workforce-numbers>
- x. Szukalski P. Demografia i Gerontologia Spoeczna. Biuletyn Informacyjny. 2020. Nr:7
- xi. [https://www.sluzbazdrowia.com.pl/arttykul.php?numer\\_wydania=4778&art=15](https://www.sluzbazdrowia.com.pl/arttykul.php?numer_wydania=4778&art=15)
- xii. Woan Shin Tan, Josip Car, Priya Lall.: Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019. 67.6.1278-1285.
- xiii. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_245Cs\\_geriatric\\_care\\_in\\_hospitals\\_Synthesis.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Cs_geriatric_care_in_hospitals_Synthesis.pdf)
- xiv. (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,10370.pdf>).
- xv. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>
- xvi. <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-02-1.pdf>
- xvii. <https://medbook.com.pl/ksiazka/pokaz/id/17481/tytul/geriatria-wybrane-zagadnienia-gasowski-piotrowicz-mp>
- xviii. [http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-458f1067-4297-400b-a59e-ee30bf18f7fc/c/Ergonomia\\_w\\_projektowaniu.pdf](http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-458f1067-4297-400b-a59e-ee30bf18f7fc/c/Ergonomia_w_projektowaniu.pdf)
- xix. Religa D., Derejczyk J.: Drogowskazy w geriatryi. PZWL 2021
- xx. Pozycja xix
- xxi. COVID-19 Clinical management Living guidance. 25 January 2021. WHO
- xxii. <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja-osob-starszych-w-Polsce.pdf>

## 6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 28 lutego 2022

NKM.0910.15.2021.22.KCZ

**Pani  
Małgorzata Motylow  
Wiceprezes  
Najwyższej Izby Kontroli**

**Szanowna Pani Prezes,**

w odpowiedzi na pismo z dnia 9 lutego 2022 r. o znaku: LKI.430.004.2021, przy którym została przekazana Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) P/21/072 *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej*, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

**1) Część 2 Ocena ogólna, str. 13 i część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 25-26.**

W odniesieniu do poruszonej przez NIK kwestii niezapewnienia przez Ministra Zdrowia funkcjonowania zespołów doradczych zajmujących się problematyką opieki nad osobami starszymi, uprzejmie informuję, iż w Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace mające na celu powołanie gremium, którego działalność ukierunkowana byłaby na kluczowe kwestie organizacji opieki zdrowotnej dla osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki geriatrycznej i długoterminowej, przede wszystkim w zakresie opieki nad osobami w wieku powyżej 75 lat.

Prace nowego Zespołu mają skupić się przede wszystkim na opracowaniu rekomendacji zawierających rozwiązania w zakresie poprawy opieki zdrowotnej dla osób starszych, które uwzględniałyby m.in.:

- 1) identyfikowane potrzeby;
- 2) obecną organizację i dostępność do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych;



- 3) działania ujęte w strategicznych dokumentach dotyczących rozwoju systemu ochrony zdrowia, w tym w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych;
- 4) możliwości organizacyjne, finansowe i kadrowe systemu opieki zdrowotnej;
- 5) możliwości rozwoju koordynacji działań pomiędzy opieką zdrowotną i pomocą społeczną.

Planuje się, że przedmiotowe gremium zostanie ukonstytuowane w I połowie 2022 r.

### **2) Część 3. Synteza, str. 17.**

Odnosząc się do kwestii opieki geriatrycznej podczas epidemii, zauważenia wymaga, iż konieczność wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla pacjentów związane z rozprzestrzenianiem się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 nie zwolniła kierujących podmiotami leczniczymi z poszanowania praw pacjenta.

Przestrzeganie praw pacjenta pozostaje niezmiennie i nie jest zależne od okoliczności (np. pandemii COVID-19). Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> nie przewidują odrębnego trybu postępowania ze względu na okoliczności (okres pandemii) czy wiek pacjenta (np. seniorów). Katalog praw pacjenta oraz obowiązków lekarzy i innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozostaje niezmienny niezależnie od okoliczności.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna wywołana przez COVID-19 nie wpłynęła na redukcję zakresu zadań lekarza bądź ograniczenie jego obowiązków. Lekarz, kierując się w swej codziennej pracy wiedzą oraz kompetencjami, ustala najbardziej odpowiednią ścieżkę postępowania medycznego dla danego pacjenta, która jest podyktowana jego stanem zdrowia oraz potrzebami.

### **3) Część 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 19.**

W odniesieniu do wniosku o *stworzenie systemu wsparcia organizacyjnego i finansowego dla podmiotów leczniczych, sprzyjającego podejmowaniu decyzji o utworzeniu nowych oddziałów i poradni geriatrycznych*, uprzejmie wskazuję, iż trudno jednoznacznie odczytać intencję wnioskodawcy – nie jest jasne, na czym miałyby polegać system wsparcia organizacyjnego podmiotów leczniczych w tworzeniu nowych oddziałów geriatrycznych. W przypadku rozważania ich tworzenia podstawowe wyzwania mają charakter finansowy (finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.

wiążą się z ograniczeniami na rynku pracy kadr medycznych. Podmioty tworzące, ani podmioty lecznicze nie występują z wnioskami o wsparcie w zakresie zmian organizacyjnych (zmiana statutu podmiotu leczniczego, zmiana regulaminu organizacyjnego oraz złożenie wniosku do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą o zmianę wpisu). W ocenie Ministra Zdrowia nie ma potrzeby tworzenia programu wsparcia w tym zakresie.

#### **4) Część 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 19.**

Wskazuję, że wniosek o *zwiększenie atrakcyjności specjalizacji z dziedziny geriatrii, co wpłynie na zwiększenie zainteresowania lekarzy wyborem tej specjalizacji* nie jest zrozumiałe, a nawet mało konkretny i tym samym wydaje się nie do zrealizowania. Geriatria jest atrakcyjną dziedziną medycyny. Po pierwsze jest specjalizacją niszową, co powoduje, że każdy specjalista w tej dziedzinie znajdzie zatrudnienie, po drugie jest specjalizacją, w której lekarze mogą realizować swoją misję, do jakiej zostali powołani i w której mogą spotkać się z licznymi wyzwaniami medycznymi. Geriatria niesie w sobie interdyscyplinarną wiedzę medyczną, a jej podstawą jest dobra znajomość tematyki chorób wewnętrznych. Minister Zdrowia podejmował i podejmuje możliwe do realizacji, w ramach swojej właściwości, działania w stosunku do bieżących potrzeb. Działania te obejmują nie tylko geriatrię, ale wszystkie dziedziny medycyny. Kierując się właściwością zadań przynależnych Ministrowi Zdrowia, została zrealizowana zmiana przepisów prawa mająca na celu uelastycznienie całego procesu szkolenia specjalizacyjnego, a tym samym jego uatrakcyjnienie (w tym z geriatrii). Trwa budowa centralnego systemu naboru na wolne miejsca specjalizacyjne, co umożliwi aplikowanie na geriatrię w całym kraju, eliminując dotychczasowe ograniczenia związane ze specyfiką rozdziału miejsc wyłącznie do granic wojewódzkich. W drodze konsultacji społecznych ustalono wskaźniki najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym lekarzy w trakcie specjalizacji, wprowadzono regulację dotyczącą najniższego wynagrodzenia lekarzy specjalistów, dostosowano proces szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w trakcie epidemii do warunków zdalnego nauczania oraz wprowadzono możliwość zdalnego zaliczenia Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego bez konieczności jego zawieszania, a także wprowadzono elastyczne dostosowywanie terminów najważniejszych egzaminów państwowych do sytuacji epidemiologicznej w kraju. Dla dziedzin priorytetowych (w tym geriatrii) podwyższono, w ramach możliwości budżetowych, stawki wynagrodzenia rezydentur w stosunku do wynagrodzenia w dziedzinach niepriorytetowych. Liczba

miejsc rezydenckich przyznawana corocznie przez Ministra Zdrowia dla szkolenia w dziedzinie geriatry zapewnia uzyskanie miejsca specjalizacyjnego dla lekarzy również z mniejszą liczbą punktów uzyskanych w procesie kwalifikacji, co czyni tę specjalizację atrakcyjną dla lekarzy wielokrotnie podchodzących w przeszłości do konkursu. Wydaje się zatem, że Minister Zdrowia w ramach swojej właściwości podejmuje działania sprzyjające i ułatwiające podjęcie przez lekarza decyzji o przystąpieniu do specjalizacji także z geriatry. Podobnie program szkolenia specjalizacyjnego z geriatry ma swoje ramy merytoryczne, zadaniowe i czasowe. Jego program merytoryczny odpowiada programom europejskim i co do zasady ma nieść ze sobą aktualną wiedzę medyczną, a wszelkie elementy jego uatrakcyjnienia mogą tę wartość zaburzyć. Zatem Minister Zdrowia zatwierdzając program specjalizacyjny kieruje się jakością jego przygotowania pod kątem zrealizowania wszystkich praktycznych i teoretycznych elementów niezbędnych do pracy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Dalsze działania pozostają we właściwości innych podmiotów i instytucji. Należy podkreślić bowiem, że do szkolenia specjalizacyjnego z geriatry mogą przystępować również lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej lub neurologii, a proces ich specjalizacji trwa znacznie krócej, tj. 2 lata, w stosunku do szkolenia lekarzy bez specjalizacji, które trwa 5 lat. Jednakże szkolenie to może być realizowane wyłącznie w trybie pozarezydenckim, a decyzję o podjęciu tego szkolenia wobec zatrudnionego lekarza podejmuje wyłącznie kierownik podmiotu leczniczego. Właściwe zarządzanie i wykorzystanie posiadanej kadry lekarskiej poprzez np. oddelegowanie lekarza do szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim w dziedzinie geriatry z całą pewnością zapewni odpowiednią liczbę specjalistów geriatry do realizacji świadczeń geriatrycznych nie tylko w danym podmiocie leczniczym, ale również w regionie. Podobnie dotyczy to warunków kształtowania wynagrodzenia lekarzom specjalistom geriatry pracującym w danym podmiocie leczniczym, co wydaje się największą zachętą do podjęcia zatrudnienia w tej dziedzinie.

### **5) Część 4. Wnioski, wnioski do zarządzających podmiotami leczniczymi, str. 19.**

W odniesieniu do wniosku o *podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nadmiernie długiej pracy lekarzy (nieprzerwanie nawet przez kilka dni) zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych*, uprzejmie informuję, co następuje.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>2</sup> oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>3</sup> dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym osób wykonujących zawód medyczny, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Ustawodawca nie wskazał preferowanej formy zatrudnienia, stąd też, zgodnie zagwarantowaną w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zasadą wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz zasadą swobody zawierania umów, decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia została pozostawiona woli stron danego stosunku prawnego.

Przepis art. 5 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że lekarz może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie zawodu lekarza jest zatem możliwe zarówno na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej czy też w ramach kontraktu zawartego z praktyką zawodową. Lekarz może ponadto wykonywać zawód nie pozostając w stosunku prawnym z innym podmiotem leczniczym np. w sytuacji, gdy jako przedsiębiorca prowadzi prywatną praktykę i w ramach kontraktu zawartego bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia (zwanym dalej „NFZ”) lub nie posiadając umowy z płatnikiem publicznym udziela świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszającym się do niego pacjentom. Takie uregulowanie zasad wykonywania zawodu lekarza, ale również np. pielęgniarki i położnej wynika z uznania tych zawodów za wolne zawody zaufania publicznego. Z faktu wykonywania zawodu zaufania publicznego wynika w szczególności obowiązek kierowania się przy jego wykonywaniu zasadami etyki nakazującymi lekarzowi kierowanie się przede wszystkim dobrem chorego oraz dbałością o dobro zawodu rozumianą jako działanie niepodważające zaufania do zawodu lekarza.

Należy podkreślić, że w sytuacji, gdy kierownik podmiotu leczniczego decyduje się na zawarcie z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to wówczas postanowienia tej umowy powinny z jednej strony zapewniać prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (w szczególności gwarantować ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiednią dostępność do tych świadczeń), z drugiej jednak strony winny w taki sposób regulować wykonywanie pracy przez lekarza,

<sup>2</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.

aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i samego lekarza. Kierownik szpitala jest bowiem, zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialny za zarządzanie podległym mu podmiotem leczniczym, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, które pozwoli przede wszystkim dbać o dobro pacjenta (przepracowany lekarz bez wątpienia nie daje rękami zapewnienia należytej opieki nad pacjentami). Również lekarz, pielęgniarka, położna (wykonujący tzw. wolny zawód zaliczany do grupy zawodów zaufania publicznego), których oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej, jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinien mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Przykładowo można wskazać na Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania każdy lekarz jest zobowiązany pod groźbą kary (do odebrania prawa wykonywania zawodu włącznie), a który wskazuje dobro chorego jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu. Stanowi przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

### **6) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 29 i 43.**

W odniesieniu do treści odnoszących się do pielęgniarek (strona 29 – niewystarczająca liczba pielęgniarek ze specjalizacjami dotyczącymi opieki nad seniorami; strona 43 – niedobór kadr medycznych, w szczególności wyspecjalizowanej kadry pielęgniarskiej), uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia, mając na uwadze wsparcie rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych, corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne w priorytetowych dziedzinach kształcenia, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w tym szkolenia specjalizacyjne przydatne do realizacji świadczeń geriatrycznych.

W 2021 r. dziedziny szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek przydatne do sprawowania opieki nad pacjentem geriatrycznym były uznane za priorytetowe i przedstawiały się następująco:

- 1) pielęgniarstwo geriatryczne – w 4 województwach (kujawsko-pomorskim, mazowieckim, opolskim, pomorskim);
- 2) pielęgniarstwo internistyczne – w 14 województwach (dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim);

- 3) pielęgniarstwo opieki długoterminowej – w 5 województwach (małopolskim, mazowieckim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim);
- 4) pielęgniarstwo opieki paliatywnej – w 7 województwach (lubelskim, małopolskim, podkarpackim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim).

Przewiduje się, że powyższe dziedziny szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek będą mogły uzyskać dofinansowanie również w 2022 r., w ramach posiadanych środków. Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r.<sup>4</sup>, minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2022 r. wynosi 2 525, maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2022 r. wynosi 3 950 zł, natomiast maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r. wynosi 10 000 000 zł.

#### **7) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 64.**

Odnosząc się natomiast do stwierdzenia, iż *praca lekarzy trwająca nieprzerwanie ponad 24 godziny może budzić uzasadnione obawy o jakość opieki medycznej oraz bezpieczeństwo zdrowotne przebywających na oddziałach pacjentów i samych lekarzy*, wskazania wymaga, iż każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielanych z należytą starannością, o czym stanowi art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Jednocześnie lekarze są zobowiązani wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi im metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, o czym stanowi art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Powyższe zauważył również w wyroku Sąd Rejonowy w Toruniu<sup>5</sup>, który podkreślił, iż *pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością, a udzielane mu świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać zasadom wiedzy medycznej oraz uwzględniać aktualny jej poziom*

<sup>4</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 97.

<sup>5</sup> Wyrok z dnia 19 kwietnia 2017 r. Sądu Rejonowego w Toruniu, sygn. akt I C 1545/16.

*w zakresie diagnostyki i leczenia. Do obowiązków personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania pracowników medycznych jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie należy ocenić negatywnie. Nadmieniam również, iż zgodnie z art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta jest ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.*

Przekazując powyższe, informuję, iż obecnie trwają prace nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Celem projektu jest wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą podnosiły jakość w ochronie zdrowia.

### **8) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 69.**

W kwestii teleporad w poradniach geriatrycznych, wskazuję, iż w okresie pandemii w trosce o komfort i ochronę przed negatywnymi skutkami pandemii COVID-19 wszystkich pacjentów – nie tylko seniorów – upowszechniono korzystanie ze świadczeń telemedycznych. Możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie jest zjawiskiem nowym i została wprowadzona ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (art. 14 zmieniający art. 3 ustawy o działalności leczniczej).

Możliwość udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności przewiduje w art. 2 ust. 4 ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Taką formę udzielania świadczeń zdrowotnych przewiduje również art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>6</sup>. Teleporada jest wymieniona ponadto jako jedno ze świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>7</sup>.

### **9) Ustalenia kontroli NIK w odniesieniu do Oddziałów Wojewódzkich NFZ (zwanymi dalej „OW NFZ”).**

<sup>6</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 479 i 1559.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.

Objęte kontrolą NIK OW NFZ prawidłowo opracowywały plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry. Zapotrzebowanie na świadczenia było szacowane przede wszystkim na podstawie poziomu realizacji zawartych wcześniej umów, obłożenia łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Jednak w OW NFZ były istotnie ograniczone możliwości planowania i kształtowania polityki zdrowotnej w województwie, m.in. z powodu braku personelu medycznego, niezbędnego do uruchomienia nowych szpitalnych oddziałów geriatrycznych czy poradni.

NIK zarzuciła niektórym OW NFZ brak współpracy z podmiotami na etapie opracowania planów. Jednak jednocześnie wskazała, że plany były opracowywane w sposób prawidłowy.

NIK wskazuje na brak powstawania oddziałów szpitalnych geriatrycznych, brak poradni geriatrycznych, jak również brak personelu. Jednak, świadczenia dla seniorów nie są udzielane tylko przez lekarzy geriatrów. Katalog świadczeń szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych może być realizowany także na innych oddziałach, w szczególności na oddziale chorób wewnętrznych, które są zapewnione praktycznie w każdym powiecie. Niewielka skala postępowań w trybie konkursu ofert wynika z braku zainteresowania świadczeniodawców, jak również braku odpowiednich kadr medycznych.

Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie opieki geriatrycznej jest różny w zależności od województwa. Jednak istotne jest to, iż seniorzy nie mają utrudnionego dostępu do świadczeń medycznych, są bowiem przyjmowani w innych poradniach czy oddziałach szpitalnych np. oddziale wewnętrznym, neurologii.

Ponadto NIK wskazuje, iż była prowadzona prawidłowa kontrola realizacji świadczeń geriatrycznych przez OW NFZ, a ewentualne skargi były rozpatrywane prawidłowo.

### **10) Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia w Polsce.**

Dodatkowo przedstawiam informacje na temat działań związanych z cyfryzacją systemu opieki zdrowotnej, które przyczyniają się do poprawy sytuacji osób starszych w polskim systemie ochrony zdrowia.

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia wdraża nowoczesne e-usługi w sektorze ochrony zdrowia, które stanowią odpowiedź także na postulaty i potrzeby seniorów. Spośród kluczowych e-usług, które zwiększają dostępność do świadczeń oraz



przyczyniają się do poprawy funkcjonowania osób starszych w polskim systemie ochrony zdrowia, należy wymienić:

- 1) e-receptę (od dnia 8 stycznia 2020 r. wystawianie recept w postaci elektronicznej jest obowiązkowe) oraz
- 2) e-skierowanie (od dnia 8 stycznia 2021 r. zaczęła obowiązywać elektroniczna forma realizacji skierowania na wybrane świadczenia zdrowotne);
- 3) Internetowe Konto Pacjenta (zwane dalej „IKP”) uruchomione w 2018 r. i od tego czasu nieustannie rozwijane. Co istotne osoby starsze, które nigdy nie korzystały z Internetu i nie czują takiej potrzeby, mogą upoważnić kogoś bliskiego do obsługi ich konta w IKP. W celu ułatwienia dostępu do IKP wprowadzona została możliwość potwierdzania Profili Zaufanych oraz aktywowania IKP w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto uprzejmie informuję, że w 2019 r. Centrum e-Zdrowia, ze wsparciem Ministerstwa Zdrowia, prowadziło szereg działań informacyjnych na rzecz upowszechniania e-usług w ochronie zdrowia, m.in. wśród osób starszych. W trakcie prowadzonych szkoleń dużą wagę przywiązywano do kwestii dostępu do indywidualnych informacji o zdrowiu oraz zachęcano osoby starsze do korzystania z e-usług, organizowano np. cykliczne spotkania promocyjne w regionach, a także spotkania na wykładach Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Przeprowadzono dużą kampanię medialną promującą IKP oraz oferowano pomoc przy zakładaniu Profilu Zaufanego, dzięki któremu pacjenci uzyskiwali dostęp do IKP. Dodatkowo przygotowano Poradnik dla seniora, w którym krok po kroku omówiony został proces związany z aktywowaniem IKP, funkcjonowaniem portalu, a także z realizacją e-recept.

Należy podkreślić, iż elementem systemu ochrony zdrowia uwzględniającym potrzeby osób starszych jest również system refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Rozwiązaniem szczególnie wspierającym osoby starsze jest Program Leki 75+, polegający na zaopatrzeniu osób po ukończeniu 75 r.ż. bezpłatnie w niektóre leki. Przedmiotowy program podlegał zmianom poprzez rozszerzenie katalogu podmiotów uprawnionych do wystawiania recept dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia. Aktualnie poza lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, uprawnienie do wystawienia recepty na leki tzw. 75+

przysługuje także lekarzom i pielęgniarkom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (oraz lekarzom lub pielęgniarkom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy zawartej z NFZ), jak również lekarzom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego (oraz lekarzom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w ramach umowy zawartej z NFZ) – w związku z zakończeniem leczenia szpitalnego.

**Z wyrazami szacunku**

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

## 6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
MARIAN BANAŚ

LKI.430.004.2021

Warszawa, 09 marca 2022 r.

Opinia  
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli  
do stanowiska Ministra Zdrowia do Informacji o wynikach kontroli  
*Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej*

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia zawartego w piśmie z dnia 28 lutego 2022 r. (nr NKM.0910.15.2021.22.KCZ).

W przekazanym stanowisku do Informacji o wynikach kontroli *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej* (dalej: Informacja), Minister Zdrowia odniósł się m.in. do dwóch wniosków *de lege ferenda* sformułowanych w tej Informacji.

W Informacji NIK przedstawiła wniosek o stworzenie systemu wsparcia organizacyjnego i finansowego dla podmiotów leczniczych, sprzyjającego podejmowaniu decyzji o utworzeniu nowych oddziałów i poradni geriatrycznych. Według Ministra, z treści wniosku nie wynika na czym miałyby polegać wsparcie organizacyjne podmiotów leczniczych w tworzeniu nowych oddziałów geriatrycznych oraz że nie ma potrzeby tworzenia programu takiego wsparcia. W mojej ocenie, pogląd ten nie jest słuszny. Ustalenia kontroli, które nie są kwestionowane w stanowisku, wskazują, że dostęp do opieki geriatrycznej w Polsce jest istotnie zróżnicowany, a w niektórych rejonach – starsi mieszkańcy nadal są pozbawieni możliwości skorzystania z tej formy pomocy. Świadczeniodawcy nie są zainteresowani realizacją umów dotyczących świadczeń geriatrycznych głównie z powodu niewystarczającego ich finansowania oraz niewielkiej liczby personelu medycznego z odpowiednią specjalizacją. Niewątpliwie to Minister Zdrowia dysponuje szerokim wachlarzem systemowych instrumentów, które mogą doprowadzić do wyeliminowania, a przynajmniej ograniczenia, nierównego dostępu pacjentów do opieki geriatrycznej. Zgodnie bowiem z art. 6 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup>, do zadań organów państwowych należy tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany. Do zadań Ministra należy opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją (art. 11 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy). Minister sprawuje także nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, którego zakres działania obejmuje określanie jakości i dostępności oraz analizę kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 162 ust. 1, art. 97 ust. 3 pkt 1 tej ustawy). Ponadto Minister kieruje działem administracji rządowej zdrowie, który obejmuje w szczególności sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej oraz zawodów medycznych. Jest on zobowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu, którym kieruje, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw, projektów założeń projektów ustaw i projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów. W celu realizacji swoich zadań współdziała, na zasadach i w trybie określonych w odrębnych przepisach oraz w zakresie wynikającym z potrzeb kierowanego działu, z innymi członkami Rady Ministrów oraz innymi organami administracji rządowej, organami samorządu terytorialnego, jak również z organami samorządu zawodowego i przedstawicielstw środowisk zawodowych (art. 33 ust. 1 pkt 1 i 4, art. 34 ust. 1, art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>3</sup>). Biorąc zatem pod uwagę ustalenia kontroli oraz wskazane uregulowania prawne, sformułowany w Informacji wniosek uważam za uzasadniony.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1893, ze zm.

Zdaniem Ministra Zdrowia, nie znajduje uzasadnienia drugi wniosek *de lege ferenda* przedstawiony w Informacji, dotyczący zwiększenia atrakcyjności specjalizacji z dziedziny geriatry. Minister wyraził bowiem pogląd, że geriatrya jest atrakcyjną dziedziną medycyny, gdyż każdy specjalista w tej dziedzinie znajduje zatrudnienie oraz jest specjalizacją, w której lekarze mogą realizować swoją misję, do której zostali powołani i w której mogą spotkać się z licznymi wyzwaniami medycznymi. Minister wymienił działania podejmowane w celu uatrakcyjnienia specjalizacji z geriatry. Wskazał również, że kształtowanie wynagrodzeń lekarzy geriatrów oraz oddelegowanie lekarzy do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry w trybie pozarezydenckim leży w gestii kierowników podmiotów leczniczych. Odnosząc się do zaprezentowanego przez Ministra poglądu, podkreślić należy, że podstawę sformułowania przedmiotowego wniosku *de lege ferenda* stanowiły przede wszystkim ustalenia kontroli dotyczące liczby lekarzy geriatrów. Zbyt mała liczba specjalistów w tej dziedzinie jest kluczowym problemem w rozwoju geriatry, na co wskazywały także opinie konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich w tej dziedzinie medycyny oraz opinia powołanego przez NIK eksperta. W Informacji Izba dostrzegła działania Ministra Zdrowia mające na celu promocję specjalizacji z geriatry, uznała jednak, że są one niewystarczające, biorąc pod uwagę aktualną liczbę lekarzy geriatrów, zmniejszającą się liczbę chętnych na tę specjalizację, pomimo systematycznego wzrostu liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych oraz trudności podmiotów leczniczych z zatrudnieniem lekarzy geriatrów. Z tych względów przedstawiony w Informacji wniosek *de lege ferenda* jest słuszny.

Minister Zdrowia odniósł się również do ustaleń kontroli NIK prowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ, wskazując, że NIK zarzuciła niektórym z nich brak współpracy na etapie opracowania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, przy jednoczesnym stwierdzeniu, że plany te opracowywane były w sposób prawidłowy. Należy w związku z tym zauważyć, że nie można dopatrywać się sprzeczności pomiędzy przedstawionymi w Informacji ocenami odnoszącymi się do tych zagadnień. Fakt prawidłowego opracowania, z formalnego punktu widzenia, planów zakupu świadczeń, nie może podważać zasadności ustaleń dotyczących braku wystarczającej współpracy oddziałów NFZ z innymi podmiotami, która mogłaby się przyczynić do wypracowania rozwiązań mających na celu eliminowanie problemów w rozwoju geriatry (w Informacji przede wszystkim na ten aspekt braku odpowiedniej współpracy zwrócono uwagę). Minister stwierdził również, że świadczenia dla seniorów nie są udzielane tylko przez lekarzy geriatrów. Katalog świadczeń szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych może być realizowany także na innych oddziałach, w szczególności na oddziale chorób wewnętrznych, które są zapewnione praktycznie w każdym powiecie. Można zgodzić się z tym poglądem, biorąc pod uwagę niewystarczającą liczbę oddziałów geriatrycznych. Podkreślić jednak należy, że udzielanie świadczeń na oddziałach wewnętrznych nie może być utożsamiane z kompleksowym zapewnianiem medycznej opieki osobom starszym z wielochorobowością. Jedynie opieka geriatryczna w wyspecjalizowanych oddziałach i przychodniach, świadczona przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, pozwala zapewnić jej wysoką jakość.

Niezależnie od powyższego, z satysfakcją przyjmuję przedstawioną w stanowisku informację o działaniach podjętych przez Ministra Zdrowia mających na celu powołanie zespołów doradczych zajmujących się problematyką opieki nad osobami starszymi, ze szczególnym uwzględnieniem opieki geriatrycznej. Pozytywnie należy ocenić również inne, zawarte w stanowisku, informacje o działaniach Ministra służących poprawie opieki medycznej nad seniorami dotyczące cyfryzacji systemu opieki zdrowotnej, refundacji leków oraz dofinansowania kształcenia specjalizacyjnego kadry pielęgniarskiej.

PREZES  
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś