



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.04.2023

**Pani
Jolanta Flasińska
Członek Zarządu**

**Pani
Barbara Zarychta
Członek Zarządu**

Centrum Medyczne Internus Sp. z o. o.
ul. Generała Emila Fieldorfa Nila 10
24-100 Puławy

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/080 – Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrum Medyczne Internus Sp. z o. o. (dalej: Internus, CMI lub Centrum), ul. Generała Emila Fieldorfa Nila 10, 24-100 Puławy.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jolanta Flasińska, Członek Zarządu od 22 lutego 2011 r. Barbara Zarychta, Członek Zarządu od 22 lutego 2011 r. (dalej: Zarząd CMI).
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.2. Prawdliwość i skuteczność działań zmierzających do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych.3. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2022, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych od 20 sierpnia 2018 r. do 10 marca 2023 r.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Małgorzata Dobrowolska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/20/2023 z 23 stycznia 2023 r. (akta kontroli str. 7-8)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

CMI było przygotowane pod względem organizacyjnym do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym, w tym odnoszących się do prawidłowej realizacji zadań w zakresie profilaktyki i leczenia choroby otyłości, a wprowadzone mechanizmy kontroli zabezpieczały realizację przyjętych w ww. zakresie rozwiązań. Personel medyczny zatrudniony w Centrum posiadał niezbędne w tym zakresie wykształcenie oraz podnosił swoje kwalifikacje zawodowe. Wyposażenie palpówki HTM₂³ w sprzęt umożliwiało diagnostykę nadwagi i choroby otyłości. Mimo odpowiedniego przygotowania CMI, w okresie objętym kontrolą, u 23,4% pacjentów z próby objętej badaniem NIK, nie dokonano pomiarów masy ciała, co skutkowało raportowaniem do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) niekompletnych danych. Również w przypadku dwóch z 15 osób, u których zdiagnozowano chorobę otyłości w latach 2020-2022, nie skontrolowano masy ciała po podjęciu leczenia (pacjenci zgłosili się do POZ z innym problemem zdrowotnym). Dane zawarte w sporządzanych przez CMI sprawozdaniach MZ-11 za: 2020 r., 2021 r. i za 2022 r., w zakresie liczby dorosłych chorych na otyłość nie były w pełni zgodne z danymi raportowanymi do NFZ.

W CMI prawidłowo prowadzono elektroniczną dokumentację medyczną (dalej: EDM) pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę otyłości. Wpisy dokonywane były chronologicznie i wskazywały na podejmowanie działań leczniczych po uzyskaniu wyników badań diagnostycznych, po przeprowadzonym wywiadzie lekarskim,

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

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

³ Nazwa budynku przy ul. Generała Emila Fieldorfa Nila 16 w Puławach.

badaniu przedmiotowym⁴ oraz omówieniu i ustaleniu z pacjentem celu oraz procesu leczenia.

CMI nie podejmowało w okresie objętym kontrolą działań profilaktycznych skierowanych do osób zagrożonych nadwagą lub otyłością, gdyż nie spełniało warunków przystąpienia do programów dedykowanych tym problemom⁵. Realizowało natomiast inne nieodpłatne programy zdrowotne, których profil pozwalał na diagnozowanie choroby otyłości oraz powikłań z niej wynikających. Zachęcał mieszkańców Puław do wzięcia w ich udziału za pośrednictwem prasy, radia i Internetu oraz ulotek informacyjnych dystrybuowanych podczas lokalnych imprez sportowych. W ramach działań profilaktycznych w celu uniknięcia nadwagi i choroby otyłości CMI udostępniało swoim pacjentom materiały dotyczące zdrowego odżywiania i zachęcające do aktywności fizycznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych

Opis stanu faktycznego

1.1. Internus jest podmiotem leczniczym działającym na podstawie ustaw: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ oraz z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, a także przepisów wykonawczych wydanych na podstawie tych ustaw oraz regulaminu organizacyjnego⁹. Został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego, pod nr 000000003033.

Internus w zakresie Podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) udzielał świadczeń na podstawie umowy nr 03-16-01-00226-01 z dnia 22 grudnia 2015 r. zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (dalej: LOW NFZ), zmienianej m.in. aneksami: z 27 grudnia 2018 r.¹⁰, z 19 lutego 2020 r.¹¹, z 4 marca 2020 r.¹², z 31 marca 2020 r.¹³, z 4 czerwca 2020 r.¹⁴ oraz z 6 sierpnia 2020 r.¹⁵ (dalej: umowa z NFZ).

Według postanowień regulaminu organizacyjnego¹⁶ Centrum udzielało świadczeń w zakresie POZ w Puławach: w swojej siedzibie przy ul. Generała Emila Fieldorfa

⁴ Tylko w przypadku jednej wizyty nie odnotowano przebiegu badania przedmiotowego pacjenta.

⁵ POZ PLUS i KOS BAR.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.

⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁹ Zatwierdzonego uchwałą Zarządu nr 1/10/2018 z 17 października 2018 r., dalej: Regulamin.

¹⁰ Nr 03-00-00226-19-06/POZ/2019.

¹¹ Nr 03-00-00226-20-06-02/POZ/2020.

¹² Nr 03-00-00226-20-06-03/POZ/2020.

¹³ Nr 03-00-00226-20-06-05/POZ/2020.

¹⁴ Nr 03-00-00226-20-06-06/POZ/2020.

¹⁵ Nr 03-00-00226-20-06-08/POZ/2020.

¹⁶ Zatwierdzonego przez Zarząd Internus 17 października 2018 r. Regulamin organizacyjny zawierał elementy określone w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w tym cele i zadania, strukturę organizacyjną, rodzaj działalności leczniczej, zakres i przebieg udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania komórek organizacyjnych, warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, a także organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.

Nila 10 (nr 3) oraz w przychodniach: nr 1 przy Al. Królewskiej 15, nr 2 przy ul. Wojska Polskiego 1/16 oraz nr 4 przy ul. Generała Emila Fieldorfa Nila 16.

Świadczenia zdrowotne w CMI były udzielane od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 8:00. Rejestracja pacjentów dokonywana była w każdej formie: osobiście, przez członków rodziny, przez osoby trzecie, telefonicznie przez Centrum Telefonicznej Rejestracji Pacjentów do wszystkich placówek oraz przez Internet. Fakt rejestracji odnotowywany był w terminarzu elektronicznym Zintegrowanego Systemu Informatycznego Centrum Medycznego Internus. Wizyty w ramach POZ były realizowane w tym samym dniu roboczym. Przypadki, w których pacjenci oczekiwali na wizytę wynikały z potrzeby samych pacjentów. Czas przewidziany na wizytę jednego pacjenta u lekarzy POZ wynosił 15 minut. Powyższe zasady nie wynikały z regulaminu organizacyjnego Centrum.

(akta kontroli str. 10-12, 17-85, 304-305, 447, 450)

Zadania z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych zostały przypisane Zarządowi CMI (§ 19 ust. 1 regulaminu). Dział Administracyjny był odpowiedzialny za sprawozdawczość w zakresie wykonywania usług finansowanych ze środków publicznych (§ 20 regulaminu). Zadaniem dwóch pielęgniarek koordynujących w HTM₂ (§ 21 ust. 4 regulaminu) była ścisła współpraca z Zarządem CMI oraz Działem Administracyjnym w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych oraz kierunków pracy z zakresu promocji zdrowia. Powyższe zadania zostały przypisane pracownikom POZ. W regulaminie oraz w zakresach obowiązków pracowników i osób zatrudnionych na umowach cywilnych zawarto ogólny zapis o realizacji zadań związanych z profilaktyką chorób i promocją zdrowia, bez wyszczególnienia nazw jednostek chorobowych, w tym choroby otyłości.

W okresie objętym kontrolą Centrum podjęło działania w celu zabezpieczenia realizacji świadczeń, m.in. poprzez: rozbudowę systemu Call Center, który umożliwił skrócenie czasu oczekiwania na połączenie do rejestracji oraz zwiększył przepustowość sieci dając możliwość udzielania teleporad, zwiększenie zatrudnienia¹⁷ oraz rozbudowę placówki przy ul. Wojska Polskiego o dwa dodatkowe gabinety lekarskie.

(akta kontroli str. 17-36, 383, 448, 451, str. 444-446 – akta elektroniczne na płycie CD nr 3 – pliki nr 02-07)

1.2. Według stanu na 1 stycznia: 2020 r., 2021 r., 2022 r. oraz 2023 r. liczba zadeklarowanych pacjentów na listach aktywnych lekarzy POZ w CMI, w podziale wiekowym do 19 roku życia oraz powyżej 19 lat, wyniosła odpowiednio: [.....]

.....]* W okresie objętym kontrolą lekarze udzielili łącznie 232 778 świadczeń zdrowotnych, w tym: 72 148 w 2020 r., 79 157 w 2021 r. oraz 81 473 w 2022 r. Koordynator ds. DM wyjaśniła, że różnica w liczbie udzielanych świadczeń pomiędzy 2020 r., a 2021 r. mogła być spowodowana zaistniałą siłą wyższą – wystąpieniem pandemii COVID-19.

(akta kontroli str. 423-424)

Stosownie do art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹⁸ Internus raportował dane dotyczące prowadzonej działalności i jej wyników. W 2020 r. lekarze POZ objęli czynną opieką 10 119 pacjentów powyżej

¹⁷ Według stanu na 31 grudnia w każdym roku objętym kontrolą zatrudnienie w CMI wyniosło odpowiednio: 257, 260 i 267 pracowników.

¹⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 459.

19 roku życia, z czego 207 (2%) chorowało na otyłość (kod ICD-10 – E65-E68). W odniesieniu do grup wiekowych wg sprawozdania MZ-11, tj. 19-34, 35-54, 55-64, 65 i więcej lat, w 2020 r. na otyłość chorowało odpowiednio: 46 (22,2%); 112 (54,1%); 30 (14,5%) oraz 19 (9,2%) pacjentów, a u 19 (9,2%) z nich stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym. W 2021 r. lekarze POZ objęli czynną opieką 8563 pacjentów powyżej 19 roku życia, z czego 244 (2,8%) chorowało na otyłość (kod ICD-10 – E65-E68). W odniesieniu do czterech ww. grup wiekowych, w 2021 r. na otyłość chorowało odpowiednio: 50 (20,5%); 112 (45,9%); 43 (17,6%) oraz 39 (16%) pacjentów, a u 59 (24,1%) z nich stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym. W 2022 r. lekarze POZ objęli czynną opieką 8837 pacjentów powyżej 19 roku życia, z czego 506 (5,7%) chorowało na otyłość (kod ICD-10 – E65-E68). W odniesieniu do czterech ww. grup wiekowych, w 2021 r. na otyłość chorowało odpowiednio: 39 (7,7%); 211 (41,7%); 116 (22,9%) oraz 140 (27,7%) pacjentów, a u 97 (19,2%) z nich stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym.

(akta kontroli str. 86-146)

Porównanie danych ujętych w sprawozdaniach MZ-11 za: 2020 r., 2021 r. oraz za 2022 r. oraz danych do NFZ w zakresie liczby osób dorosłych na liście aktywnej lekarzy POZ były do siebie zbliżone i wyniosły odpowiednio: [.....]

Koordinator ds. DM wyjaśniła, że ww. różnice mogły wynikać z korzystania przez pacjentów z wizyt POZ a posiadających aktywną deklarację do lekarza POZ, na różnych zasadach (naprzemiennie np. z pakietów medycznych oraz porad udzielonych w ramach POZ) oraz faktu ujmowania w sprawozdaniach pacjentów bez aktywnej deklaracji. Pacjent nie ma obowiązku zgłaszania w placówce, w której do tej pory korzystał z wizyt lekarza POZ, o rezygnacji z jej świadczeń. CMI dowiaduje się o aktualnej liczbie aktywnych deklaracji pacjentów z miesięcznym opóźnieniem, po weryfikacji przez NFZ.

Różnice w liczbie chorych na otyłość wykazanej w sprawozdaniach MZ-11 za: 2020 r., 2021 r. oraz za 2022 r., a danymi gromadzonymi i raportowanymi w tym zakresie do NFZ wyniosła odpowiednio: 207 i 203, 244 i 379 oraz 506 i 522.

CMI sprawozdawało do NFZ pomiar wzrostu i masy ciała pacjentów. Koordinator ds. DM wyjaśniła, że dane dotyczące pomiarów wzrostu i masy ciała pacjentów zawarte są w raporcie statystycznym z wykonanych usług. CMI nie ma technicznej możliwości przygotowania wyciągu dotyczącego sprawozdanej do NFZ liczby pacjentów, u których dokonano pomiaru wzrostu i masy ciała w: 2020 r., 2021 r. i w 2022 r.

(akta kontroli str. 423-424, 377-378, 447, 450)

Centrum nie brało udziału w realizacji programów POZ PLUS i KOS BAR, co opisano szerzej w pkt 3.2. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 423-424)

1.3. Według stanu na dzień 31 grudnia 2022 r. Internus zatrudnił 23 lekarzy POZ, łącznie na 12,8 etatu, z których jeden posiadał certyfikat umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości wydawany przez Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. W ciągu jednego dnia świadczeń w ramach POZ udzielało średnio od 12 do 15 lekarzy. Szczegółowym badaniem objęto trzech lekarzy POZ, którzy w kontrolowanym okresie udzielili najwyższej liczby świadczeń z rozpoznaniem choroby otyłości (kod ICD-10 E66). Posiadali oni wymagane

kwalifikacje¹⁹, określone w art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej²⁰ oraz w Części V. pkt 1 Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ. Lekarze POZ prowadzili listy aktywne pacjentów, a liczba świadczeniobiorców objętych ich opieką wyniosła odpowiednio: (1) 507, (2) 1248 oraz (3) 2390 i nie przekraczała zalecanej przez Prezesa NFZ liczby 2500 pacjentów objętych opieką jednego lekarza POZ. Ww. lekarze na dzień 31 grudnia udzielali świadczeń odpowiednio przez następującą ilość godzin tygodniowo: w 2020 r. – 29; 24,5 i 35; w 2021 r. – 30; 31 i 35; w 2022 r. – 30; 32 i 35, a w przeliczeniu na etat odpowiednio: w 2020 r. – 0,76; 0,65 i 0,92; w 2021 r. – 0,79; 0,82 i 0,92, w 2022 r. – 0,79; 0,84 i 0,92. Lekarze POZ nie posiadali certyfikatu umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości wydawany przez Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, jednakże stale podnosili swoje kwalifikacje zawodowe. Lekarz (3) zatrudniony na umowę o pracę, w 2021 r. uczestniczył w dwóch, a w 2022 r. w trzech szkoleniach o tematyce związanej profilowo z wykształceniem lekarza (internistyka, w tym diabetologia) oraz z problematyką cukrzycy. Lekarze (1) i (2) zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych nie dokumentowali procesu podnoszenia swoich kwalifikacji, gdyż, jak oświadczyli, wieczorami, z częstotliwością dwa-trzy razy w tygodniu, brali udział w kursach, szkoleniach, konferencjach i wykładach za pośrednictwem platform informatycznych takich jak: EdukacjaMedyczna.pl, kardioekspres.pl, serwisdlaeksperta.pl, pozytywna-akademia.pl (w tym tematyka leczenia: otyłości, cukrzyca; zaburzenia depresyjne), diabetologiewieczorowapora.pl. Ponadto byli też prenumeratorem czasopisma Medycyna po Dyplomie, a w formie elektronicznej codziennie otrzymywali informacje w ramach Kuriera Medycznego. Lekarz (2) był w trakcie cyklu szkoleń z zakresu lipidologii, który zakończy się oficjalną certyfikacją Lipidologów PTL, w formule online: Długowieczni. Kurs o suplementacji "Suplementuj świadomie – kompendium wiedzy o niedoborach".

W ocenie ww. lekarzy brak ujęcia w „koszyku świadczeń gwarantowanych” porad dietetycznych, wspomaganie leczenia otyłości przez zespoły interdyscyplinarne składające się z lekarzy, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, brak refundacji leków na otyłość ogranicza skuteczność leczenia.

CMI aktualizowało harmonogramy pracy poszczególnych lekarzy stanowiące załącznik do umowy z NFZ, pomimo, że w okresie trwania epidemii oraz stanu epidemicznego – na podstawie § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹ – zostało zawieszona stosowanie wymogu dotyczącego zgłoszenia zmiany harmonogramu, określonego w § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Porównanie godzin, w których ww. lekarze udzielali świadczeń z ww. harmonogramem pracy wykazało, że dane zadeklarowane odpowiadały stanowi rzeczywistości, a stwierdzone odstępstwa²² nie miały wpływu

¹⁹ Specjalizacje lekarzy: (1) choroby wewnętrzne I i II stopnia oraz geriatryka; (2) choroby wewnętrzne I stopnia, medycyna rodzinna oraz medycyna pracy I stopnia; (3) choroby wewnętrzne I stopnia oraz medycyna rodzinna.

²⁰ Dz. U. 2022 r. poz. 2527, dalej: ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej.

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 696. Mowa o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787).

²² Lekarz (1) w okresie objętym kontrolą we wtorki i środy miał stałe godziny pracy od 12:00 do 18:00. Z grafiku przyjęć w programie KS-SOMED wynika, że w terminie 11-31 lipca 2021 r. we wtorki i środy lekarz przyjmował w godzinach 13:00-18:00, w lipcu 2022 r. oraz w sierpniu i grudniu 2021 i 2022 r. w godzinach 11:00-18:00.

Lekarz (2) wg harmonogramu, w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 11 lipca 2021 r. lekarz ten powinien przyjmować pacjentów w poniedziałki – w godz. 16:00-18:00, w środy – w godz. 13:00-18:00, a w czwartki – w godz. 8:00-12:30 oraz 13:00-18:00, natomiast z kalendarza wizyt prowadzonego w programie KS-SOMED wynikało, że: w 2020 r., w poniedziałki lekarz udzielał świadczeń odpowiednio w: godz. 8:00-15:00 (lipiec),

na prawidłowe rozliczenie CMI z lekarzami udzielającymi świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, gdyż rozliczone godziny ich pracy pokrywały się z godzinami, w których zapisano pacjentów na wizytę w programie KS-SOMED.

Niezależnie od charakteru nieobecności danego lekarza (planowana/nieplanowana) pacjenci byli rejestrowani do lekarzy aktualnie przyjmujących w placówce.

(akta kontroli str. 306, 309-318, 409-411, 447-452, 461, 465-472)

1.4. Poradnia HTM₂ dysponowała odpowiednim sprzętem do stałego monitoringu zdrowia pacjentów, umożliwiającym diagnozowanie i leczenie zaburzeń metabolicznych, m.in. wagę ze wzrostomierzem umożliwiającą pomiar masy ciała pacjenta do 200 kg oraz ciśnieniomierzem z kompletem rękawów, co spełniało wymogi określone w Części V pkt 4 ppkt 3 lit. d) oraz i) Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ.

(akta kontroli str. 147-148)

1.5. W latach 2020-2022 wydatki CMI na diagnostykę laboratoryjną w ramach POZ wyniosły łącznie

[.....]

[.....]** Udział wydatków na diagnostykę laboratoryjną w stosunku do przychodów²³ ze stawek kapitaacyjnych wyniósł odpowiednio:

[.....]**

CMI nie wprowadziło dla lekarzy w POZ zasad kierowania na badania laboratoryjne oraz nie określiło dla nich limitów skierowań na badania diagnostyczne. Koordynator ds. DM wyjaśniła, że lekarze w swojej praktyce kierują się zasadami wynikającymi z aktualnych przepisów prawa m.in.: Kodeksem Etyki Lekarskiej, ustawami o: zawodach lekarza i lekarza dentystry, działalności leczniczej, prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zarządzeniami Prezesa NFZ oraz opiniami Konsultantów Krajowych. Członkowie Zarządu nie dokonywali również oceny zasadności i wartości diagnostycznej zleconych badań. Ich zdaniem, to lekarz jest osobą decydującą o prowadzeniu procesu diagnostyki oraz leczenia pacjenta. Jednocześnie, Koordynator ds. DM zaznaczyła, że CMI systematycznie analizuje i negocjuje ceny usług badań diagnostycznych, co może być jedną z przyczyn niższego poziomu wydatków na diagnostykę laboratoryjną od średniej krajowej zaprezentowanej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

W CMI nie prowadzono działań ukierunkowanych na prowadzenie profilaktyki zdrowotnej ukierunkowanej na unikanie nadwagi i choroby otyłości oprócz udzielania świadczeń medycznych podczas wizyty pacjentów w POZ. Przy realizacji umowy z NFZ nie monitorowano wydatków przeznaczonych na zadania z zakresu promocji zdrowia, jak wyjaśniła Dyrektor ds. Systemów Zarządzania – ze względu na brak wytycznych ze strony NFZ w tym zakresie.

(akta kontroli str. 303, 447, 450)

1.6. W CMI nie dokonano podziału zadań mających na celu zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych z wyszczególnieniem choroby otyłości oraz nie wprowadzono wytycznych dla lekarzy, gdzie należy kierować pacjentów z otyłością.

Koordynator ds. DM wyjaśniła, że każdy z pracowników jest zobowiązany do zachęcania pacjentów z możliwości skorzystania z aktualnych programów profilaktycznych. Wskazują na to przepisy prawa, np. ustawa o zawodach lekarza

był nieobecny (sierpień) oraz w godz. 8:00-14:30 (grudzień); w środy w godz. 8:00-15:00 (lipiec, sierpień i grudzień); a w czwartki w godz. 13:00-18:00; w 2021 r. (od 1 do 11 lipca), w poniedziałki lekarz udzielał świadczeń w godz. 8:00-13:30, w środy w godz. 8:00-15:00, a w czwartki w godz. 13:00-19:00.

²³ Przychody ze stawek kapitaacyjnych w latach 2020-2022 wyniosły odpowiednio: 5 028 381 zł, 5 287 217 zł oraz 5 620 036 zł.

i lekarza dentysty, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, procedury i instrukcje obowiązujące CMI, jak również opisy stanowisk pracy zobowiązujące pracownika do prowadzenia edukacji pacjenta z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia w ramach powierzonych mu zadań. Lekarze, prowadząc pacjenta z otyłością, opierają się na swojej wiedzy medycznej, postępują zgodnie z wytycznymi związanymi z daną jednostką chorobową. W przypadku choroby otyłości posiłkują się m.in. wytycznymi opracowanymi przez Ekspertów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i innych pokrewnych. W związku z powyższym CMI nie opracowywało dodatkowych procedur dotyczących postępowania z pacjentem z otyłością.

W CMI obowiązywały wytyczne w zakresie kompleksowego informowania pacjentów o programach profilaktycznych realizowanych w CMI (m.in. Program Profilaktyki 40 PLUS (dalej: Program 40 PLUS), Program Profilaktyki Układu Krążenia (dalej: CHUK))²⁴ oraz instrukcje realizacji tych programów. W 2008 r. w Centrum wdrożono System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015. W celu utrzymania wysokiego poziomu świadczonych usług Internus, co najmniej raz w roku, przeprowadzał audyt wewnętrzny zgodnie z harmonogramem audytów. W 2020 r., w Przychodni HTM₂, został przeprowadzony jeden planowy audyt wewnętrzny, natomiast w 2021 r. i w 2022 r. przeprowadzono po dwa audyty (jeden planowany oraz jeden nieplanowany) w zakresie spełnienia wymagań norm ISO 9001 oraz ISO 27001 oraz regulacji wewnętrznych i zewnętrznych, dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz wymagań RODO²⁵. Wnioski i zalecenia z przeprowadzonych audytów były wprowadzane do rejestru działań korygujących, gdzie ustalano przyczynę nieprawidłowości, osobę odpowiedzialną, opis podjętych działań w celu wyeliminowania nieprawidłowości, datę jej usunięcia oraz ocenę skuteczności podjętych działań.

Personel medyczny nie zgłaszał Zarządowi CMI problemów czy trudności związanych z realizacją powierzonych im zadań. W okresie objętym kontrolą do Centrum nie wpłynęły skargi od pacjentów związane z tematem kontroli.

Z wystąpień pokontrolnych NFZ²⁶ z 15 października 2020 r. i z 14 października 2022 r. oraz z informacji NFZ z postępowania sprawdzającego z 22 czerwca 2021 r.²⁷ dotyczących realizacji umowy z NFZ wynika, że nie wniesiono zastrzeżeń w zakresie udzielania przez CMI świadczeń zdrowotnych dotyczących profilaktyki i leczenia otyłości.

(akta kontroli str. 320-362, 438-443)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności CMI w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dane wykazane w sprawozdaniach MZ-11 za: 2020 r., 2021 r. i za 2022 r. w zakresie liczby osób, u których zdiagnozowano chorobę otyłości różniły się od danych raportowanych do NFZ w zakresie liczby udzielonych świadczeń:

- w 2020 r. w sprawozdaniu MZ-11 wskazano 207 osób chorych na otyłość, natomiast w sprawozdaniu do NFZ zaraportowano 203 takie osoby;

²⁴ Oraz Profilaktyka Raka Jelit Grubego, Profilaktyka Raka Szyjki Macicy (Cytologia), Profilaktyka Gruźlicy.

²⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE.L.2016.119.1).

²⁶ Nr kontroli: DK.TWK.III.7311.003.2020.DKA oraz DK.TWK-IV.7301.2.154.2022.

²⁷ Znak: DK-TWK.III.DZPK.610.1.13.2021.

- w 2021 r. w sprawozdaniu MZ-11 wskazano 244 osoby chore na otyłość, natomiast w sprawozdaniu do NFZ zareportowano 379 takich osób;
- w 2022 r. w sprawozdaniu MZ-11 wskazano 506 osób chorych na otyłość, natomiast w sprawozdaniu do NFZ zareportowano 522 takie osoby.

Koordinator ds. DM wyjaśniła, że wiedzę na temat różnic pomiędzy liczbą pacjentów raportowaną w sprawozdaniach MZ-11 oraz do NFZ w zakresie udzielonych świadczeń CMI pozyskało w trakcie niniejszej kontroli. W związku z tym CMI przeprowadziło szczegółową analizę na podstawie sprawozdań za 2020 r., w szczególności:

- a) zbadano indywidualnie dokumentację medyczną ośmiu pacjentów, którzy zostali wykazani w sprawozdaniu MZ-11, a nie zostali ujęci w sprawozdaniu NFZ.

W przypadku ośmiu pacjentów, którzy nie zostali ujęci w sprawozdaniu do NFZ ustalono, że pięciu z nich zasadnie nie zostało wykazanych w raportowaniu do NFZ, ponieważ skorzystali oni z wizyt w POZ na innych zasadach (np. pakiety medyczne)²⁸. Natomiast pozostali trzej pacjenci²⁹ powinni zostać ujęci w sprawozdaniu do NFZ, gdyż skorzystali z wizyt w ramach umowy z POZ i takie świadczenie widnieje w dokumentacji medycznej oraz w usłudze pacjenta (porada osobista, teleporada). W wyniku analizy ich EDM zostało zauważone zjawisko, polegające na migrowaniu do sprawozdania do NFZ rozpoznania z poprzedniej wizyty pacjenta. Nie jest to jednak reguła we wszystkich świadczeniach i występuje sporadycznie, co utrudnia jej wychwycenie w raporcie całościowym bez równoczesnej analizy jednostkowej dokumentacji pacjenta.

W odniesieniu do sprawozdania MZ-11, z grupy ww. ośmiu pacjentów, trzech (nr: 62, 63 i 67) zostało wykazanych prawidłowo, natomiast pozostałych pięciu, którzy zostali wykazani w sprawozdaniu MZ-11 nie powinno zostać w nim ujętych, gdyż skorzystali z wizyt na innych zasadach (np. pakiety medyczne). Jednocześnie pacjenci nr: 61, 64, 65, 66 i 68 posiadali aktywną deklarację do lekarza POZ i mieli w rozpoznaniu E66, co determinowało automatyczne wykazanie ich w sprawozdaniu.

- b) przeanalizowano EDM czterech pacjentów³⁰, którzy zostali wykazani w sprawozdaniu do NFZ a nie widnieją w sprawozdawczości MZ-11.

Wśród czterech pacjentów, którzy zostali ujęci w sprawozdaniu do NFZ, stwierdzono, że:

- pacjent nr 69 został wykazany w raportowaniu do NFZ niezasadnie, ponieważ w roku sprawozdawczym miał 16 lat;
- pacjenci nr: 70, 71 i 72 zostali wykazani w raporcie do NFZ prawidłowo, ponieważ skorzystali z wizyt w ramach umowy z POZ i takie świadczenie widniało w dokumentacji medycznej oraz w usłudze pacjenta (porada osobista, teleporada).

W odniesieniu do sprawozdania MZ-11, z grupy ww. czterech pacjentów, jeden z nich (nr 69) nie powinien zostać wykazany w sprawozdawczości do NFZ, jak również MZ-11, z powodu wieku w momencie udzielonego świadczenia (16 lat), natomiast pozostałych trzech, którzy nie zostali wykazani w sprawozdaniu MZ-11 powinno zostać w nim ujętych, gdyż skorzystali z wizyt w ramach umowy z POZ i takie świadczenie widniało w dokumentacji medycznej oraz w usłudze pacjenta (porada osobista, teleporada).

W przypadku pacjenta nr 69, CMI nie jest w stanie wskazać przyczyny migracji

²⁸ Pacjenci nr: 61, 64, 65, 66 i 68.

²⁹ Pacjenci nr: 62, 63 i 67.

³⁰ Pacjenci nr: 69, 70, 71 i 72.

pacjenta 16-letniego do sprawozdawczości NFZ i MZ-11, która z zasady odbywa się na podstawie nr PESEL pacjenta. W przypadku pacjentów nr: 70, 71 i 72 ustalenie przyczyny braku ujęcia pacjentów w sprawozdaniu MZ-11 może być przez CMI niewykonalne z powodu braku dostępu do pliku źródłowego. Przy próbie ustalenia przyczyn w czasie rzeczywistym następuje rozbieżność spowodowana np. brakiem aktywnej deklaracji pacjenta nr 70 i nr 72. W przypadku pacjenta nr 71 CMI nie jest w stanie podać przyczyny braku nr PESEL pacjenta w sprawozdaniu – dane pacjenta nie migrują (nie są widoczne) do MZ-11 w czasie rzeczywistym.

W odniesieniu do różnic w sprawozdawczości za 2020 r. (4 pacjentów) i za 2022 r. (16 pacjentów) wyjaśniono, iż przyczyny zaistniałej sytuacji mogły wynikać z sytuacji opisanych powyżej. Natomiast w przypadku różnic występujących w sprawozdawczości za 2021 r. (152 pacjentów), CMI nie jest w stanie ustalić do dnia zakończenia kontroli NIK przyczyn zaistniałych rozbieżności. W związku z powyższym CMI dołoży wszelkich starań w celu ustalenia ww. rozbieżności i zwróci szczególną uwagę na analizę danych sprawozdawanych do NFZ, jako narzędzia wspierającego weryfikację prawidłowości sprawozdawanych danych do MZ-11.

W dniu 16 marca 2023 r. Internus złożył korektę sprawozdania MZ-11 wykazując liczbę 522 chorych na otyłość.

(akta kontroli str. 86-146, 377-379 – akta elektroniczne na płycie CD nr 2, str. 459-460, 462-464, 480-482 – akta elektroniczne na płycie CD nr 5)

OCENA CZĄSTKOWA

CMI było przygotowane organizacyjnie do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym, w tym odnoszących się do zaburzeń metabolicznych i innych chorób cywilizacyjnych, a wprowadzone mechanizmy kontroli zabezpieczały realizację przyjętych w ww. zakresie rozwiązań. Zatrudniony w Centrum personel medyczny posiadał odpowiednią wiedzę i kwalifikacje, które stale podnosił poprzez studiowanie medycznej prasy branżowej oraz uczestnictwo w kursach, szkoleniach, wykładach w sposób stacjonarny jak i za pośrednictwem platform informatycznych. Zapewniono pacjentom dostęp do usług w ramach POZ od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy oraz dostosowano system teleinformatyczny w celu realizacji świadczeń w ramach teleporad. Przychodnię HTM₂ wyposażono w sprzęt umożliwiający diagnostykę choroby otyłości. Pracownicy CMI byli zobowiązani do prowadzenia edukacji pacjenta z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia w ramach powierzonych im zadań. Ponadto, zgodnie z obowiązującymi w Centrum wytycznymi, informowali pacjentów o programach profilaktycznych realizowanych w POZ. Wnioski i zalecenia z przeprowadzonych audytów wewnętrznych były analizowane oraz niezwłocznie wdrażano działania zaradcze. Kontrole NFZ nie wykazały nieprawidłowości związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez CMI. Stwierdzono jednak, że dane zawarte w sprawozdaniach MZ-11 za: 2020 r., 2021 r. i za 2022 r., w zakresie liczby dorosłych chorych na otyłość różniły się od danych sprawozdawanych do NFZ.

OBSZAR

2. Prawidłowość i skuteczność działań zmierzających do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych

Opis stanu faktycznego

2.1. Analiza EDM³¹ 64 pacjentów POZ (w tym 52 losowo wybranych i 12 chorych na otyłość) wykazała, że w okresie objętym kontrolą przynajmniej raz lekarze odnotowali wzrost i masę ciała u 49 (76,6%) pacjentów, a u 15 (23,4%) nie odnotowano/nie dokonano tych pomiarów.

³¹ M.in. historia zdrowia i choroby, karty wykonania usługi.

W okresie objętym kontrolą z ww. grupy 64 pacjentów z wizyt w POZ w dowolnej formie skorzystało:

- w 2020 r. – 43 pacjentów, z czego w EDM odnotowano wzrost i masę ciała u 21 z nich (u ośmiu na podstawie wywiadu podczas teleporady, a u 13 podczas wizyty osobistej);
- w 2021 r. – 55 pacjentów, z czego w EDM odnotowano wzrost i masę ciała u 35 z nich (u 13 na podstawie wywiadu podczas teleporady, u 20 podczas wizyty osobistej, a u dwóch pozyskano dane na podstawie informacji z leczenia szpitalnego);
- w 2022 r. – 53 pacjentów, z czego w EDM odnotowano wzrost i masę ciała u 33 z nich (u trzech na podstawie wywiadu podczas teleporady, u 18 podczas wizyty osobistej, u jednego na podstawie danych z poradni endokrynologicznej, u czterech w wyniku badań profilaktycznych CHUK, a u siedmiu w wyniku badań z Programu 40 PLUS).

Wskaźnik BMI odnotowano w EDM: trzech pacjentów w 2020 r., siedmiu w 2021 r. oraz 15 w 2022 r.

Koordinator ds. DM wyjaśniła, że CMI w oparciu o aktualne przepisy ustawodawcze i wykonawcze prowadzi dokumentację medyczną pacjenta zgodnie m.in. z ustawami z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³² i z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³³, rozporządzeniem w sprawie DM, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych³⁴ oraz szeregiem innych obowiązujących aktów prawnych. CMI wykazuje w sprawozdawczości i dokumentuje w indywidualnej karcie pacjenta pomiary antropometryczne – wzrost i masę ciała, natomiast wskaźnik BMI nie jest wartością wymaganą w aktualnych przepisach.

Analiza przeprowadzona na podstawie ww. danych wykazała, że 13 (20,4%) pacjentów miało prawidłową masę ciała, u 18 (28,1%) zdiagnozowano otyłość, a w 18 (28,1%) przypadkach nie postawiono diagnozy nadwagi (77,8%) lub otyłości (22,2%) mimo, iż BMI na to wskazywało³⁵ (nadwaga BMI \geq 25 kg/m², otyłość BMI \geq 30 kg/m²). W okresie objętym kontrolą nie dokonano pomiarów masy ciała i wzrostu u 15 (23,4%) pacjentów.

Koordinator ds. DM wyjaśniła, że w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) nie został zdefiniowany kod IDC-10 dla nadwagi. Nadwaga jest stanem określanym jako przedotyłość, czyli stopień nadmiaru tłuszczu jeszcze nie spełnia kryteriów wymaganych do rozpoznania otyłości, co wynika z wytycznych opracowanych przez Ekspertów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Z tego też powodu 14 pacjentów z próby kontrolnej objętej badaniem NIK, nie posiadało takiego oznaczenia w rozpoznaniu.

(akta kontroli str. 431-432, 434-435, 474-475, 477-478)

W EDM czterech pacjentów, nie zawarto informacji odnośnie rozpoznania zdrowotnego, jakim była otyłość (BMI \geq 30 kg/m²). Koordinator ds. DM wyjaśniła, że w przypadku ww. pacjentów podjęto działania w celu ustalenia przyczyny nadmiernej masy ciała. Dwóch z ww. pacjentów jest w trakcie diagnostyki, z

³² Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

³³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1876.

³⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm., dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r.

³⁵ Wskaźnik BMI wskazywał na nadwagę u 14 pacjentów, natomiast na otyłość u czterech pacjentów.

rozpoznanie zaburzeń metabolicznych oraz innych lipidemii określanych kodem ICD-10 E78. Trzeci z ww. pacjentów jest stale monitorowany z diagnozą ICD-10 E78, stosuje się do zaleceń dotyczących diety, pomiarów glikemii w domu, wykonuje zlecone badania laboratoryjne, systematycznie korzysta z wizyt w POZ, co skutkuje redukcją masy ciała – obecnie wskaźnik BMI pacjenta wskazuje na nadwagę. Cztery z ww. pacjentów prowadzony jest w poradni diabetologicznej i został zdiagnozowany przez lekarza specjalistę. Kod ICD-10 jest widoczny w karcie elektronicznej pacjenta i całość prowadzonej dokumentacji medycznej z tej poradni jest udostępniona do wglądu lekarza POZ. Ze względu na widoczność wszystkich rozpoznań pacjenta w jego EDM lekarze nie powielają każdorazowo podczas wizyty – lekarz wprowadza rozpoznanie zasadnicze problemu zdrowotnego, z którym zgłasza się pacjent na konkretną wizytę.

(akta kontroli str. 431-432, 434-435)

2.2. Badaniem szczegółowym objęto EDM 18 z ww. 64 pacjentów chorych na otyłość, w tym 15, u których lekarze POZ zdiagnozowali chorobę w okresie objętym kontrolą.

Przed postawieniem diagnozy ICD-10 E66 dokonywano pomiarów wzrostu i masy ciała u 11 ww. pacjentów, a u czterech z nich odnotowano te dane po raz pierwszy w okresie objętym kontrolą w dniu rozpoznania choroby.

Analiza EDM 15 pacjentów wykazała, że tylko w jednym przypadku rozpoznanie choroby otyłości nastąpiło w czasie wizyty pacjenta z powodu symptomów zaburzeń metabolicznych. W 14 pozostałych przypadkach diagnoza ICD-10 E66 zapadła w okolicznościach niezwiązanych z tym problemem zdrowotnym, tj. podczas wizyt kontrolnych, np. z wynikami badań okresowych, Programu 40 PLUS lub w związku z chorobą przewlekłą lub z informacją dla lekarza prowadzącego od specjalisty (sześciu pacjentów); spowodowanych złym samopoczuciem (dwóch pacjentów); z prośbą o skierowanie do specjalisty (jeden pacjent); po przebytej infekcji (jeden pacjent); z problemami ortopedycznymi (dwóch pacjentów); podczas izolacji pacjenta oraz z innym schorzeniem skutkującym hospitalizacją i operacją pacjenta.

Przedział wieku 15 ww. pacjentów w momencie postawienia diagnozy choroby otyłości wynosił od 20 do 68 lat (a średnia wieku 45,5 lat). W grupie tej znalazło się siedem kobiet (średnia wieku 47,3 lat) i ośmiu mężczyzn (średnia wieku 43,9 lat).

W CMI nie obowiązywały kwestionariusze, za pomocą których lekarz POZ mógłby przeprowadzać wywiad z pacjentem. Na wizytach, podczas których zdiagnozowano chorobę otyłości, badanie podmiotowe przeprowadzono u wszystkich 15 pacjentów, natomiast badanie przedmiotowe (np. osłuchiwanie, opukiwanie, oglądanie, pomiary ciśnienia krwi) u 12 z nich. W przypadku czterech pacjentów było to spowodowane udzieleniem świadczenia w formie teleporady.

Diagnoza choroby otyłości:

- u ośmiu pacjentów poprzedzona była analizą badań diagnostycznych (zleconych przez lekarza POZ na poprzedniej wizycie, wyniki badań z Programu 40 PLUS);
- u czterech pacjentów zdiagnozowano chorobę otyłości i zlecono badania diagnostyczne na tej samej wizycie;
- u trzech pacjentów zdiagnozowano chorobę otyłości i zlecono badania diagnostyczne na kolejnej wizycie.

Podczas monitorowania stanu zdrowia za pomocą przeprowadzania laboratoryjnych badań diagnostycznych lekarze POZ wystawiali skierowania na: morfologię krwi,

lipidogram³⁶, TSH³⁷, stężenie glukozy we krwi³⁸, próby wątrobowe³⁹ i badanie moczu, oraz badania m.in.: OB⁴⁰, CRP⁴¹, TG⁴², krzywej cukrowej⁴³, HbA1c⁴⁴, kwasu moczowego we krwi⁴⁵, poziomu kreatyniny we krwi⁴⁶, FT3, FT4⁴⁷, amylazy⁴⁸. Ponadto lekarze POZ wykorzystywali również wyniki badań zleconych w poradniach specjalistycznych, dostarczonych przez pacjentów oraz z Programu 40 PLUS, w ramach którego realizowany był pakiet badań laboratoryjnych (morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, stężenie glukozy we krwi, próby wątrobowe, poziom kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowego we krwi, krew utajona w kale, PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity⁴⁹) oraz pakiet

-
- ³⁶ Pakiet zawiera pomiary poziomu wskaźników takich jak: [1] cholesterol całkowity – określa poziom cholesterolu. Jego pomiar jest stosowany jako badanie przesiewowe w kierunku dyslipidemii (zaburzeń gospodarki lipidowej), a także jako wskaźnik do oceny efektu leczenia przeciwnadciężkowego; [2] trójglicerydy – określa poziom tłuszczów prostych, głównej rezerwy energii zmagazynowanej w tkance tłuszczowej; [3] – cholesterol LDL – lipoproteina o niskiej gęstości (tzw. „zły” cholesterol) – LDL to wskaźnik do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Miażdżycy i choroba niedokrwienna serca występują częściej u pacjentów z podwyższonym poziomem LDL; [4] cholesterol HDL – lipoproteina o dużej gęstości (tzw. „dobry” cholesterol) – wysoki poziom HDL zmniejsza ryzyko rozwoju miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca.
- ³⁷ Oznaczanie hormonu tyreotropowego jest przydatne w monitorowaniu leczenia u pacjentów z niedoczynnością tarczycy, w ocenie skuteczności terapii.
- ³⁸ Badanie glukozy następuje najczęściej w sytuacji, w której zachodzi podejrzenie, że pacjent może chorować na cukrzycę, a gdy zostały już stwierdzone zaburzenia tolerancji węglowodanów służy do monitorowania stanu pacjenta.
- ³⁹ W ramach prób wątrobowych oznacza się następujące parametry: [1] – aminotransferaza alaninowa (ALT) – enzym należący do grupy aminotransferaz. Bierze udział w przemianach białek i w największych ilościach występuje w komórkach wątroby (hepatocytach); [2] aminotransferaza asparaginianowa (AST) – enzym obecny w mięśniu sercowym, mięśniach szkieletowych, nerkach, trzustce, tkankach mózgu oraz erytrocytach. Jest mniej specyficznym wskaźnikiem czynności wątroby niż ALT; [3] fosfataza zasadowa (ALP) – enzym poza wątrobą występujący w łożysku u kobiet w ciąży, błonie śluzowej jelita, nerkach oraz osteoblastach kości; [4] gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP) – enzym błonowy, występujący w komórkach kanalików nerkowych bliższych; hepatocytach, trzustce, komórkach nabłonka dróg żółciowych oraz w jelicie. Badanie rozpoznaje uszkodzenie mięszu wątroby oraz dróg żółciowych (szczególnie o podłożu alkoholowym); [5] bilirubina całkowita – barwnik żółciowy, który powstaje w wyniku rozpadu czerwonych krwinek, dokładniej hemu (składnika hemoglobiny). W organizmie bilirubina występuje w dwóch frakcjach – sprzężonej (związanej, bezpośredniej) oraz niesprzężonej (wolnej, pośredniej). Bilirubina całkowita w surowicy krwi jest połączeniem obu frakcji.
- ⁴⁰ OB (odczyn Biernackiego) – szybkość sedymentacji (opad) erytrocytów – przesiewowe, nieswoiste, wykrywające i monitorujące przewlekłe stany zapalne organizmu, infekcje (głównie bakteryjnych), zmiany składu i proporcji globulin oraz obecność białek patologicznych (paraprotein) we krwi.
- ⁴¹ Poziom białka C-reaktywnego (CRP) pomaga ustalić przyczynę choroby i zdiagnozować rozwijający się stan zapalny w organizmie. Jego poziom rośnie, gdy w ciele rozwija się infekcja, doszło do urazu lub zawału serca oraz przy stanach zapalnych.
- ⁴² Badanie tyreoglobuliny (czyli oznaczenie przeciwciał anti-TG, inaczej aTG lub badanie TG) wykonywane jest u pacjentów w związku z podejrzeniem niektórych chorób tarczycy, jak również w celu kontroli stanu zdrowia i oceny skuteczności leczenia u osób po przebytej chorobie nowotworowej tarczycy.
- ⁴³ Pakiet krzywa cukrowa (zawiera 3 pomiary glukozy) jest doustnym testem obciążenia glukozą, polegającym na ocenie poziomu tego cukru we krwi na czczo, a następnie po 1 i 2 godzinach od przyjęcia glukozy. Krzywa cukrowa wykorzystywana jest w diagnostyce zaburzeń gospodarki węglowodanowej.
- ⁴⁴ Oznaczenie hemoglobiny glikowanej jest badaniem polegającym na pomiarze stężenia hemoglobiny, która występuje w połączeniu z glukozą i jest wykorzystywane przede wszystkim w monitorowaniu cukrzycy. Hemoglobina badanie. Wysoki poziom może oznaczać niewłaściwą kontrolę cukrzycy.
- ⁴⁵ Podwyższony poziom kwasu moczowego może być związany z różnymi chorobami i zaburzeniami, np. dną moczanową.
- ⁴⁶ Badanie wykonuje się głównie w celu oceny czynności nerek w przebiegu ich chorób lub narażenia na działanie toksyn, przyjmowania uszkadzających je leków. Stężenie kreatyniny jest również rutynowo oznaczane przed badaniami wymagającymi podania dożylnego kontrastu, jak tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.
- ⁴⁷ Badanie FT3, razem z FT4 i TSH, jest wykorzystywane do oceny czynności tarczycy. Wykonuje się je głównie przy podejrzeniu nadczynności tarczycy, gdy niskiemu stężeniu TSH towarzyszy prawidłowy poziom FT4.
- ⁴⁸ Oznaczenie amylazy we krwi jest wykorzystywane do rozpoznania ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki. Często zleca się także oznaczenie stężenia lipazy we krwi. Amylaza może też być oznaczana w moczu. Zwykle stężenie amylazy w moczu jest odzwierciedleniem jej stężenia we krwi.
- ⁴⁹ W pakiecie badań dla mężczyzn.

badan diagnostycznych, w tym: pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie BMI.

W 15 przypadkach lekarze POZ zalecili pacjentom redukcję masy ciała udzielając porad żywieniowych. Najczęściej proponowano przestrzeganie diety niskotłuszczowej, ubogopurynowej, niskowęglowodanowej; stosowanie diety hipolipemicznej⁵⁰, diety śródziemnomorskiej oraz zalecano regularne spożywanie posiłków. W przypadku czterech pacjentów lekarz POZ zaproponował skorzystanie z porady dietetycznej, a jednemu z tych pacjentów również udanie się na terapię. Analiza EDM 15 pacjentów wykazała, że tylko w przypadku dwóch nie odnotowano innych schorzeń (w momencie diagnozy pacjenci byli w wieku 20 i 26 lat). Pozostali pacjenci, oprócz otyłości, cierpieli również z powodu chorób współistniejących, tj. na nadciśnienie samoistne (pierwotne)⁵¹ oraz zaburzenia metabolizmu i inne lipidemie⁵² – osiem osób; stan przedcukrzycowy⁵³ stwierdzono u dwóch osób, choroby tarczycy oraz stłuszczenie wątroby – u dwóch osób, a przewlekłą chorobę niedokrwinną serca⁵⁴ – u jednej osoby. U siedmiu z 15 pacjentów zastosowano leczenie farmakologiczne⁵⁵. W okresie objętym kontrolą lekarze POZ zalecili konsultację psychologiczną w przypadku dwóch pacjentów, dietetyczną w przypadku jednego pacjenta oraz wystawili skierowania do następujących poradni specjalistycznych: endokrynologicznej (trzy), gastrologicznej (dwa), hepatologicznej (jedno), chorób metabolicznych (jedno), kardiologicznej (jedno), genetycznej (jedno), pulmonologicznej (dwa), ortopedycznej (jedno), chirurgii ogólnej (dwa), neurologicznej (jedno) oraz okulistycznej (jedno) w przypadku dziewięciu pacjentów. Lekarze POZ mieli dostęp do EDM pacjentów z ww. poradni, jeżeli skorzystali oni z usług CMI.

EDM pacjentów prowadzona była zgodnie z § 10 rozporządzenia w sprawie DM w systemie komputerowym w sposób chronologiczny oraz zawierała m.in.: PESEL pacjenta, datę urodzenia, rok założenia historii choroby, informacje o pobytach w szpitalach, informacje o ewentualnych obciążeniach dziedzicznych oraz o udostępnianej dokumentacji. Wpisy były czytelne. W podglądzie wydruku widoczne były strony oraz autoryzacja. W objętych badaniem dokumentach nie wystąpiły korekty zapisów. Pacjentom umożliwiono otrzymywanie odpisów (wydruków) z EDM oraz zapewniono różne formy odbioru wyników badań laboratoryjnych (osobiście w placówkach, jak również elektronicznie).

(akta kontroli str. 150-229, 479)

2.3. W CMI nie obowiązywały wytyczne dotyczące sposobu postępowania z pacjentami chorymi na otyłość.

Koordynator ds. DM wyjaśniła, że lekarze POZ prowadząc pacjenta z otyłością opierają się na swojej wiedzy medycznej, postępują zgodnie z wytycznymi związanymi z daną jednostką chorobową. W przypadku choroby otyłości posiłkują się m.in. wytycznymi opracowanymi przez Ekspertów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych

⁵⁰ Polega na ograniczeniu spożycia tłuszczu ogółem (poniżej 30% energii), kwasów tłuszczowych nasyconych (poniżej 10% energii), cholesterolu pokarmowego (poniżej 300 mg/dl) i cukrów prostych (poniżej 10% energii). Istotną jest odpowiednia podaż błonnika pokarmowego i witamin antyoksydacyjnych.

⁵¹ Określane kodem ICD-10 I10.

⁵² Określane kodem ICD-10 E78, w tym czysta hypercholesterolemia, czysta hyperglicerydemia, hiperlipidemia mieszana, hyperlipoproteinemia, hyperlipoproteinemia.

⁵³ Określane kodem ICD-10 R73.

⁵⁴ Określana kodem ICD-10 I25.

⁵⁵ Przypisane pacjentom leki były stosowane w leczeniu m.in. cukrzycy typu II, hipercholesterolemii, dyslipidemii oraz chorób wątroby i były zalecane szczególnie osobom z nadmierną masą ciała, gdy dotychczas stosowane diety i inne nefarmakologiczne sposoby leczenia, np. aktywność fizyczna, okazały się niewystarczające.

w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i innych pokrewnych. W związku z powyższym CMI nie opracowywało dodatkowych procedur dotyczących postępowania z pacjentem z otyłością.

Analiza EDM 15 pacjentów, u których w okresie objętym kontrolą stwierdzono chorobę otyłości, wykazała, że lekarze POZ udzielali porad dotyczących zdrowego stylu życia, monitorowali ich stan zdrowia poprzez zlecenie badań diagnostycznych, kierowali do leczenia specjalistycznego. Jeden z pacjentów został skierowany do leczenia szpitalnego⁵⁶, a jeden do leczenia uzdrowiskowego⁵⁷.

Trzech z 15 pacjentów wykonało zlecone im w czwartym kwartale 2022 r. badania laboratoryjne, ale do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie odbyli oni jeszcze wizyty w POZ, w związku z czym nie było informacji w zakresie postępów leczenia. Jeden pacjentów stawiał się w POZ po wizycie u hepatologa oraz wynikami badań, ale więcej nie skorzystał z usług CMI. W przypadku dwóch pacjentów nie odnotowano masy ciała w 2022 r. Po zdiagnozowaniu choroby otyłości, sześciu pacjentów zgłaszało się do lekarzy POZ z innymi problemami zdrowotnymi, w różnych formach, w tym w ramach teleporady. Z EDM wynikało, że lekarze POZ posiadali pełną wiedzę odnośnie stanu zdrowia pięciu pacjentów: jeden znajdował się pod opieką m.in. poradni metabolicznej oraz endokrynologicznej, zredukował i utrzymywał masę ciała; drugi znajdował się pod kontrolą specjalisty endokrynologa, miał wdrożone leczenie hormonalne w związku z inną jednostką chorobową, która mogła mieć wpływ na brak efektów leczenia w postaci utraty masy ciała; stan zdrowia trzeciego pacjenta był stabilny, bez dolegliwości, a po wdrożeniu leczenia farmakologicznego nastąpiła redukcja masy ciała; czwarty znajdował się pod opieką kardiologa oraz gastrologa, przeżyta operacja chirurgiczna mogła mieć wpływ na brak efektów leczenia w postaci utraty masy ciała; a piąty był pod opieką poradni gastrologicznej, po wdrożeniu leczenia farmakologicznego nastąpiła redukcja masy ciała, a nowych dolegliwości nie odnotowano.

(akta kontroli str. 150-299, 479)

Monitoring masy ich ciała w okresie objętym kontrolą wskazywał, że:

- redukcja masy ciała nastąpiła u trzech pacjentów odpowiednio o: 7,9%, 10% i 8,9%;
- w przypadku jednego pacjenta podczas wizyty w 2022 r. odnotowano „BMI powyżej 30”, rok wcześniej BMI pacjenta wyniosło 33,24;
- sześciu pacjentów utrzymało masę ciała na zbliżonym poziomie (od 0 do 2%);
- wzrost masy ciała nastąpił w przypadku trzech pacjentów o odpowiednio: 32,4%, 6% i 18,4%;
- w przypadku dwóch pacjentów w EDM w 2022 r. nie odnotowano masy ciała, natomiast informacje dotyczące pomiarów masy ciała tych pacjentów w latach 2020-2021, wskazywały na tendencję spadkową u pierwszego pacjenta (7,6%), natomiast wzrostową u drugiego (13,7%).

(akta kontroli str. 150-299, 447, 450, 479)

W latach 2020-2022 zgodnie z zapisami w EDM, pacjenci odbyli łącznie 368 wizyt w ramach POZ, w tym w: 2020 r. – 116 wizyt, 2021 r. – 132 i w 2022 r. – 120. Wizyty osobiste stanowiły 27,5% ogółu w pierwszym roku pandemii, 88,6% w 2021 r. oraz 87,5% w 2022 r. Z ww. DM wynika również, że w okresie objętym kontrolą, na zwolnieniach lekarskich przebywało pięciu pacjentów łącznie 28 razy przez 253 dni.

(akta kontroli str. 150-299, 473)

⁵⁶ Brak w EDM informacji z leczenia szpitalnego pacjenta.

⁵⁷ Z rozpoznaniem nadciśnienia samoistnego.

W działalności CMI w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Niedochowanie rzetelności w zakresie realizowania obowiązku, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r., poprzez niedokonywanie przynajmniej raz w roku pomiarów ciała i wzrostu każdego pacjenta.

Analiza zapisów 64 EDM wykazała, że w 15 przypadkach (tj. 23,4%) brak było informacji o wykonaniu tego typu badań w latach 2020-2022. Również w dokumentacji pacjentów, u których zdiagnozowano otyłość w okresie objętym kontrolą – (18 z 64 osób), w dziewięciu przypadkach (tj. 50%), nie dokonano w każdym roku badania wagi, pomimo iż pacjenci odbywali wizyty. W przypadku trzech⁵⁸ pacjentów w 2022 r. nie odnotowano w EDM ich masy ciała, co pozwoliłoby na ocenę postępów leczenia choroby otyłości. W związku z powyższym do OW NFZ przekazywano niekompletne raporty, bowiem dane dotyczące wagi i wzrostu pacjentów dorosłych nie były w dokumentacji medycznej aktualizowane.

Koordynator ds. DM wyjaśniła, że wynikało to z przyczyn niezależnych od placówki, które były kwestią nadrzędną, wynikającą z zaistnienia nie dających się przewidzieć zdarzeń i działania siły wyższej:

- wystąpienie stanu epidemii COVID-19. Zostały wprowadzone przepisy ustawodawcze i wykonawcze, komunikaty centrali NFZ, wytyczne Konsultantów Krajowych oraz schematy postępowania w placówkach medycznych związane z wystąpieniem stanu epidemii, które jednoznacznie określały zasady przyjęcia pacjenta m.in.: wprowadzenie reżimu sanitarnego, wprowadzenie teleporady jako świadczenia udzielanego w pierwszej kolejności pacjentowi, a w sytuacjach kiedy jest to niezbędne umówienie pacjenta na konkretną godzinę do lekarza, ograniczanie ryzyka zakażenia innych pacjentów i personelu, unikanie bezpośredniego kontaktu (w tym badania fizykalnego i kontaktu z wydzielinami pacjenta), wstrzymanie możliwych działań profilaktycznych (np. bilansów zdrowia), zastosowanie kryteriów epidemiologicznych postępowania z pacjentem (kryterium ABC);
- niska świadomość pacjentów dotycząca problemów otyłości, niechęć lub odmowa wykonania pomiarów antropometrycznych (wzrost, masa ciała), wyparcie problematyki związanej z nadmierną masą ciała, uznanie przez pacjenta tematu nadwagi za problem dotyczący jego sfery komfortu z poczuciem stygmatyzacji jego osoby (naruszenie autonomii pacjenta), negatywne podejście pacjenta do zaproponowanych form diagnostyki i leczenia otyłości, wysokie koszty podejmowanej farmakoterapii związane z leczeniem nadwagi i otyłości – brak refundacji leków, brak dostępu do właściwego systemu leczenia otyłości oraz specjalistycznych porad lekarskich, porad dietetycznych i psychoterapii;
- rozpatrywanie każdego przypadku zdrowotnego pacjenta pod kątem problemu, z którym pacjent bezpośrednio zgłaszał się do przychodni i udzielenie pomocy lekarskiej niezbędnej w związku z przypadkiem, z którym na wizytę pacjent przyszedł. Lekarz jest osobą, która po rozpatrzeniu przypadku podejmuje decyzję o stosowanej diagnostyce i proponowanym leczeniu w stosunku do problemu zdrowotnego, z którym pacjent się zgłosił;
- zmiana przepisów rozporządzenia regulującego obowiązek wprowadzania pomiarów wzrostu i masy ciała. Od 1 stycznia 2020 r. przepis wskazuje, że pomiarów należy dokonać u każdego pacjenta zgłaszającego się do lekarza POZ raz w roku. W interpretacji, lekarz takich pomiarów mógł

⁵⁸ W tym u jednego odnotowano, że BMI wyniosło ponad 30, bez wskazania masy ciała.

dokonać w okresie 12 miesięcy kalendarzowych, a nie przy pierwszej wizycie w danym roku kalendarzowym pacjenta w POZ. Ograniczenie tej możliwości zostało spowodowane siłą wyższą – wystąpieniem epidemii i w konsekwencji uniemożliwiło zaplanowanie i realizację działań dotyczących wizyt kontrolnych, profilaktyki i dokonywania pomiarów antropometrycznych.

(akta kontroli str. 150-299, 429-431, 433-434, 453-455, 474-476)

OCENA CZĄSTKOWA

Lekarze POZ podejmowali skuteczne działania w rozpoznawaniu zaburzeń metabolicznych pacjentów w celu zdiagnozowania choroby otyłości, z uwagi na stan pandemii oraz zagrożenia epidemicznego, również podczas teleporad. Stosowano się do wytycznych Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością – Zasad postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego poprzez m.in. udzielanie porad dietetycznych, zlecenie badań laboratoryjnych oraz kierowanie pacjentów do poradni specjalistycznych. Wdrażano również farmakologiczne metody leczenia otyłości. Lekarze POZ posiadali wiedzę odnośnie stanu zdrowia pacjentów, jednakże w sześciu przypadkach, mimo iż pacjenci zgłaszali się do placówki z innymi problemami zdrowotnymi, nie można było jednoznacznie ocenić czy wdrożone leczenie choroby otyłości było skuteczne. W dwóch przypadkach z rozpoznaniem E66 nie odnotowano masy ciała pacjentów w 2022 r. W okresie objętym kontrolą u niemalże 1/3 pacjentów nie dokonano pomiaru masy ciała w ogóle.

OBSZAR

3. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych

Opis stanu faktycznego

3.1. Poradnia POZ CMI nie analizowała liczby osób chorych na otyłość w porównaniu do ogólnej liczby pacjentów z ogólnokrajowymi danymi w tym zakresie. Nie przekazywano również informacji o liczbie osób dorosłych, u których zdiagnozowano nadwagę lub otyłość jednostkom samorządu terytorialnego lub innym jednostkom, ponieważ żadna z nich nie wystąpiła do CMI w celu ich pozyskania. Analiza liczby osób z rozpoznaniem E66 dokonywana była wyłącznie dla celów sprawozdawczo-statystycznych. Dane te przekazywane były jedynie do Ministerstwa Zdrowia w formie rocznego sprawozdania MZ-11.

(akta kontroli str. 86-146, 377-379, 439-443, 480-482 – akta elektroniczne na płycie CD nr 5)

Wśród swoich pacjentów CMI rozpowszechniało pozyskane z zewnątrz ulotki dotyczące przede wszystkim: diet o różnej kaloryczności rozpisanych na cały tydzień (np. 1200, 1600, 1800, 2000 kcal), diet dedykowanych diabetikom oraz kobietom w ciąży oraz poradniki dla osób z cukrzycą typu 1 i 2, które zawierały m.in.: wstęp z opisem piramidy zdrowego żywienia, zachętę do wyboru aktywności fizycznej, informacje na temat kontrolowania masy ciała, obliczania BMI, porady żywieniowe: przykładowe diety, planowanie posiłków, obliczanie wymienników węglowodanowych, tabele produktów żywieniowych. Ww. materiały były najczęściej opracowane przez lekarzy diabetologów oraz dietetyków, niejednokrotnie pod patronatem np. Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Instytutu Żywności i Żywienia lub objęte konsultacją lekarzy specjalistów.

Ponadto CMI dystrybuowało wśród pacjentów dzienniczki pomiaru ciśnienia tętniczego oraz kontroli diabetologicznej, z wytycznymi dotyczącymi właściwego przygotowania się pacjentów do przeprowadzania badań w ramach samokontroli.

(akta kontroli str. 300-302, 483-484 – akta elektroniczne na płycie CD nr 6)

3.2. CMI nie wnioskowało do jednostek samorządu terytorialnego o stworzenie programów profilaktycznych, natomiast rozpoznawało możliwość udziału w programie profilaktycznym POZ PLUS. Jak wyjaśniła Koordynator ds. DM, program ten, w jednym z wymogów stawiał podmiotowi warunek posiadania od 2500 do 10 000 pacjentów na listach aktywnych lekarzy POZ w miejscu udzielania świadczeń – CMI tego warunku nie spełniało ze względu na posiadaną większą liczbę deklaracji niż ta zawarta w wymogach programu. Program KOS BAR dedykowany był dla ośrodków posiadających doświadczenie w realizacji procedur medycznych z zakresu chirurgii bariatrycznej, a także wykonujących w 2019 roku, co najmniej 130 zabiegów chirurgicznych leczenia otyłości wykonanych dwiema różnymi technikami. CMI prowadzi działalność leczniczą o innym charakterze.

W 2022 r. w ramach swojej praktyki Centrum realizowało programy profilaktyczne adekwatne do swojego profilu m.in.: CHUK oraz Program 40 PLUS.

Działania CMI w celu propagowania zdrowego stylu życia oraz wdrożenia programów profilaktycznych polegały m.in. na:

- ogłoszeniach o prowadzeniu programów profilaktycznych za pośrednictwem środków masowego przekazu: zamieszczenie zaproszenia dla pacjentów do skorzystania z bezpłatnych programów profilaktycznych w prasie lokalnej; spot informacyjny zapraszający do wykonania badań profilaktycznych w radiu lokalnym; serwis informacyjny umieszczony w poczekalni w placówce składający się z prezentacji wizualnej oraz komunikatów informacyjnych;
- publikowaniu dostępnych programów profilaktycznych i zachęcaniu pacjentów do skorzystania z nich w mediach społecznościowych, na stronie internetowej CMI oraz na stronach serwisów informacyjnych lokalnej prasy i rozgłośni radiowej;
- informowaniu pacjentów podczas zapowiedzi telefonicznej o dostępności prowadzonych przez CMI programów profilaktycznych, utworzeniu dedykowanego numeru wewnętrznego na infolinii;
- dystrybucji: informatorów, ulotek, plakatów dotyczących programów profilaktycznych, podczas lokalnych imprez sportowych np. „Bieg Mikołajów”, „Niebieski Rajd z Wąsem” (bieg i marsz nordic walking Puławy);
- informacjach zamieszczanych w rejestracjach, na tablicach ogłoszeń, na drzwiach w poczekalniach w postaci np. plakatów;
- informacji pisemnej dotyczącej programów profilaktycznych udostępnionej na karcie rezerwacji wizyty oraz na karcie z kodem do odbioru wyników badań laboratoryjnych, jak również na teczkach służących do zabezpieczenia wydawanych dokumentów dla pacjenta;
- bezpośredniej informacji przekazywanej przez pracowników podczas kontaktu z pacjentem np. w rejestracji, w gabinecie lekarskim, pielęgniarskim.

(akta kontroli str. 363-376, 438-466 – akta elektroniczne na płycie CD nr 3 – pliki nr 08-11)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności CMI w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

CMI podejmowało działania na rzecz promocji zdrowia. W zakresie tematyki nadwagi i choroby otyłości nie wykraczały one jednak poza porady lekarskie czy dystrybucję materiałów informacyjnych. CMI nie realizowało programów profilaktycznych skierowanych bezpośrednio do osób z nadwagą lub chorujących na otyłość. Internus realizował inne nieodpłatne programy zdrowotne, których profil pozwalał na diagnozowanie choroby otyłości oraz powikłań z niej wynikających i zachęcał mieszkańców Puław do wzięcia w nich udziału za pośrednictwem prasy, radia i Internetu. Dystrybuował również materiały dotyczące zdrowego odżywiania

i zachęcające do aktywności fizycznej opracowane przez specjalistów ds. dietyki i diabetologii.

IV. Uwagi i wnioski

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

- Wnioski
1. Podjęcie działań mających na celu realizację obowiązku dotyczącego sprawozdawania wzrostu i masy ciała pacjentów do NFZ poprzez coroczne dokonywanie pomiarów antropometrycznych (wzrostu, masy ciała, BMI).
 2. Rzetelne wykazywanie danych w sprawozdaniach MZ-11 w zakresie liczby chorych na otyłość.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Lublin, 19 kwietnia 2023 r.

Kontroler
Małgorzata Dobrowolska
Główny specjalista kontroli państwowej

p.o. Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Szempruch

/ - /

/ - /

.....
Podpis

.....
Podpis

[.....]* – Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie wyłączyła z publikacji fragmenty wystąpienia pokontrolnego oznaczone w niniejszy sposób na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i art. 10 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 773), w związku z objęciem tych fragmentów tajemnicą statystyczną.

[.....]** – Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie wyłączyła z publikacji fragmenty wystąpienia pokontrolnego oznaczone w niniejszy sposób na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r. poz. 1233), w związku z objęciem tych fragmentów tajemnicą przedsiębiorstwa przez i na rzecz Centrum Medycznego Internus Sp. z o. o. w Puławach.

Na podstawie z art. 35c ust. 1 i 2 ustawy o NIK w tekście wystąpienia pokontrolnego z dnia 19 kwietnia 2023 r. nr LLU.410.002.04.2023, dokonano sprostowania oczywistych omyłek pisarskich w następujący sposób:

w części III. Opis ustalonego stanu faktycznego:

- na str. 3 wystąpienia pokontrolnego w akapicie pierwszym od dołu w wierszu pierwszym i drugim tekst „Świadczenia zdrowotne w CMI były udzielane od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 8:00” zastąpiono tekstem „Świadczenia zdrowotne w CMI były udzielane od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 18:00.”,
- na str. 5 wystąpienia pokontrolnego w akapicie drugim od góry od pierwszego do piątego wiersza tekst „Koordynator ds. DM wyjaśniła, że ww. różnice mogły wynikać z korzystania przez pacjentów z wizyt POZ a posiadających aktywną deklarację do lekarza POZ, na różnych zasadach (naprzemiennie np. z pakietów medycznych oraz porad udzielonych w ramach POZ) oraz faktu ujmowania w sprawozdaniach pacjentów bez aktywnej deklaracji.” zastąpiono tekstem „Koordynator ds. DM wyjaśniła, że ww. różnice mogły wynikać z korzystania przez pacjentów z wizyt POZ a posiadających aktywną deklarację do lekarza POZ, na różnych zasadach (naprzemiennie np. z pakietów medycznych oraz porad udzielonych w ramach POZ) oraz faktu wystąpienia rozbieżności spowodowanej np. brakiem aktywnej deklaracji pacjentów podczas przeprowadzonej weryfikacji danych w okresie przeprowadzanej kontroli a ujętych w sprawozdaniu MZ-11 za 2020 r.”,
- na str. 6 wystąpienia pokontrolnego w wierszu szóstym od góry tekst (internistyka, w tym diabetologia) zastąpiono tekstem (choroby wewnętrzne, w tym diabetologia).

Informuję jednocześnie, że do sprostowanego wystąpienia pokontrolnego nie przysługuje prawo zgłoszenia zastrzeżeń.

Lublin, dnia 22 maja 2023 r.

Kontroler

Małgorzata Dobrowolska
Główny specjalista kontroli państwowej

/ - /

.....
Podpis

p.o. Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Szempruch

/ - /

.....
Podpis