



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.004.04.2023

Andrzej Kondaszewski
Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/080 „Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych”

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie
ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin
T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66
lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie ¹ , ul. Tytusa Chałubińskiego 7, 75-950 Koszalin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kondaszewski, Dyrektor Szpitala ² , od 1 września 2009 r. do 27 lutego 2023 r. oraz od 1 marca 2023 r. – pełniący obowiązki Dyrektora. W dniu 28 lutego 2023 r. pełniącą obowiązki Dyrektora była Magdalena Sikora.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Prawdopodobieństwo i skuteczność działań zmierzających do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2022 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed / po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust.2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ⁴
Kontrolerzy	1. Sylwia Krawczyk, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/29/2023 z 8 lutego 2023 r. 2. Bogumiła Mędrzak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/31/2023 z 9 lutego 2023 r. 3. Lidia Modrzejewska-Markiewicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/42/2023 z 9 marca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-10)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

⁴ Dalej: NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital wprowadził rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶, bez szczególnego ukierunkowania na diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych. Funkcjonujące w nim rozwiązania organizacyjne i formy nadzoru zabezpieczały możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach skontrolowanych trzech poradni AOS (diabetologicznej, kardiologicznej i chirurgii ogólnej), w tym osobom chorym na otyłość, które korzystały ze specjalistycznych porad lekarzy. Zasoby techniczne Szpitala umożliwiały realizację zadań z zakresu diagnozowania i leczenia pacjentów z otyłością.

Lekarze AOS leczyli głównie choroby z zakresu diabetologii, kardiologii i chirurgii ogólnej, co było częściowo uzasadnione charakterem zadań kontrolowanych poradni specjalistycznych. Jedynie w dwóch przypadkach osób chorych na otyłość (z 20 analizowanych)⁷ podjęto aktywne działania w kierunku leczenia tej choroby. Lekarze wyjaśnili, że podejmowali działania zmierzające do zdiagnozowania lub leczenia otyłości u osób dorosłych. Większość z tych działań nie była jednak odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjentów. Mając na uwadze, iż okres objęty kontrolą, tj. lata 2020-2022, pokrywał się w większości z okresem stanu epidemii COVID-19 i występowania wielu ograniczeń w realizacji opieki zdrowotnej, NIK odstąpiła od sformułowania nieprawidłowości dotyczącej niepodejmowania (lub braku odnotowywania w dokumentacji medycznej) wszelkich możliwych działań zmierzających do skutecznego diagnozowania i leczenia otyłości.

W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości świadczące o niedostatecznym nadzorze nad wykonywaniem zadań Szpitala w zakresie AOS, tj.:

- niezgodne z przepisami sporządzenie regulaminu organizacyjnego Szpitala w odniesieniu do zadań poradni specjalistycznych oraz niezaktualizowanie regulaminu stosownie do wprowadzonych zmian w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego (miejsca udzielania świadczeń AOS z zakresu diabetologii);
- dopuszczenie do udzielania świadczeń w specjalistycznej poradni diabetologicznej w sposób niezgodny z warunkami obsady kadrowej określonymi w umowach z NFZ;
- brak potwierdzenia realizacji obowiązku przekazywania lekarzowi kierującemu na leczenie specjalistyczne informacji o wdrożonym leczeniu przez lekarzy AOS.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1-1.2. Strukturę organizacyjną Szpitala określono w uchwałach Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego⁹ w sprawie nadania statutu oraz regulaminie

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

⁶ Dalej: AOS.

⁷ Co stanowiło 10% analizowanej próby.

⁸ 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.

⁹ Nr XXVIII/437/17 z 2017 r., nr IV/45/19 z 2019 r. i nr XIV/189/20 z 2020 r.

organizacyjnym¹⁰. Jednostki i komórki organizacyjne zakładu leczniczego zgłaszane były do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego¹¹. Rodzaje i liczbę poradni specjalistycznych określał statut Szpitala¹². Według statutu w latach 2020-2022 w Szpitalu funkcjonowały 32 poradnie udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)¹³. Zakres i miejsce udzielania świadczeń przez Poradnię Diabetologiczną, Kardiologiczną i Chirurgii Ogólnej, leczących m.in. osoby z otyłością, były zgodne ze zgłoszonymi do rejestru podmiotów leczniczych oraz statutem.

(akta kontroli str. 41-69)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala w rozdziale IV § 20 pkt 2 ppkt 1 wskazano, że świadczenia ambulatoryjne w poradniach specjalistycznych udzielane są w lokalizacji przy ul. Chałubińskiego 7 (w Koszalinie). Natomiast Poradnia Diabetologiczna mieściła się w innej lokalizacji, tj. przy ul. Słowiańskiej 15 w Koszalinie, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 70-88, 207-220)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala zamieszczono informacje o udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej. Regulamin określał zasady organizacji udzielania świadczeń ambulatoryjnych. Nie precyzował zakresu udzielanych świadczeń w ramach AOS, w tym nie określał rodzaju i liczby poradni specjalistycznych. W paragrafie 42 pkt 1 regulaminu wskazano, że Szpital w miejscu udzielania świadczeń oraz w BIP podaje do wiadomości pacjentów m.in. informacje o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w BIP¹⁴ podmiotu leczniczego zamieszczono informacje o zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Powyższe było zgodne z przepisami art. 10, art.14 ust. 1 oraz art. 24 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵.

(akta kontroli str. 70-88, 221-223)

W myśl art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala w § 4 pkt 4 wskazano, że organizację i zadania komórek organizacyjnych określa załącznik do regulaminu. Natomiast w § 19 podano, iż załącznik określa zakres działania poszczególnych komórek. Załącznik do regulaminu stanowił schemat organizacyjny Szpitala. Schemat ten nie określał zadań komórek organizacyjnych. Nie określał też zakresu ich działania.

Na schemacie organizacyjnym zamieszczono wykaz jednostek / komórek Szpitala oraz ich podległość służbową. Przyszpitalne poradnie specjalistyczne podlegały kierownikom poradni oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Regulamin organizacyjny nie określał zadań poradni specjalistycznych¹⁶, w tym Poradni Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 70-88)

¹⁰ Zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala 30 lipca 2019 r.

¹¹ Księga rejestrowa nr 000000018250. Dalej: rejestr podmiotów leczniczych.

¹² W latach 2020-2022. Uchwałą nr XL/457/23 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z 26 stycznia 2023 r. zmieniono statut Szpitala. W § 12 ust. 1 pkt 2 określono wyłącznie, że strukturę organizacyjną Szpitala tworzą zakłady (...): zakład leczniczy „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna”.

¹³ W tym: cztery dla dzieci, jedna dla dzieci i dorosłych, pozostałe – dla dorosłych. W Szpitalu nie funkcjonowała poradnia endokrynologiczna.

¹⁴ Według stanu na 16 i 17 lutego 2023 r.

¹⁵ Dz.U. z 2022 r., poz. 633, ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁶ W § 32 określono wyłącznie zasady udzielania świadczeń ambulatoryjnych.

Osobom chorym na otyłość (z rozpoznaniem E.66¹⁷) udzielono świadczeń zdrowotnych w następujących poradniach specjalistycznych¹⁸:

- Poradnia Diabetologiczna – w 2020 r. 448 pacjentom¹⁹ udzielono 909 świadczeń zdrowotnych²⁰; w 2021 r. 485 pacjentom (897 świadczeń); w 2022 r. 479 pacjentom (834 świadczeń); w 2023 r. (na dzień 31.01.) 86 pacjentom (92 świadczeń). W dokumentacji medycznej wymienionej liczby pacjentów otyłość jako rozpoznanie zasadnicze wskazano w 2020 r. u 29 osób (którym udzielono 45 świadczeń), a jako rozpoznanie współistniejące u 419 osób (864 świadczeń); w 2021 r. odpowiednio u 24 osób (35 świadczeń) i 461 osób (862); w 2022 r. u 31 osób (44 świadczeń) i 448 osób (790);
- Poradnia Kardiologiczna – w 2020 r. 38 pacjentom udzielono 51 świadczeń zdrowotnych; w 2021 r. 25 pacjentom (72 świadczeń); w 2022 r. 19 pacjentom (46 świadczeń). W dokumentacji medycznej wymienionej liczby pacjentów nie wskazano otyłości jako rozpoznania zasadniczego w 2020 r., a jako współistniejące - wykazano u 38 osób (którym udzielono 51 świadczeń); w 2021 r. otyłość jako rozpoznanie zasadnicze wskazano u jednej osoby (udzielono dwóch świadczeń), a jako współistniejące - u 24 osób (70 świadczeń); w 2022 r. odpowiednio u jednej osoby (dwóch świadczeń) i 18 osób (44 świadczeń);
- Poradnia Chirurgii Ogólnej – w 2020 r. sześciu pacjentom udzielono ośmiu świadczeń zdrowotnych; w 2021 r. 14 pacjentom (14 świadczeń); w 2022 r. 11 pacjentom (12 świadczeń). W dokumentacji medycznej wymienionej liczby pacjentów otyłość jako rozpoznanie zasadnicze wskazano w 2020 r. u pięciu osób (udzielono siedmiu świadczeń), a jako rozpoznanie współistniejące u jednej osoby (jednego świadczenia); w 2021 r. otyłość jako rozpoznanie zasadnicze wskazano u 14 osób (14 świadczeń), w 2022 r. u 11 osób (12 świadczeń); w latach 2021-2022 nie wskazywano otyłości jako rozpoznania współistniejącego.

(akta kontroli str. 298-302)

We wszystkich poradniach AOS Szpitala liczba udzielonych świadczeń (z rozpoznaniem E.66) wyniosła 1 024 w 2020 r., 1044 w 2021 r., 971 w 2022 r. oraz 116 na 31.01.2023 r. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń wyniosła 532 w 2020 r. (w tym 50 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym E.66 i 482 z rozpoznaniem współistniejącym), 561 w 2021 r. (62 i 499), 552 w 2022 r. (62 i 490) oraz 109 na 31.01.2023 r. (8 i 101).

(akta kontroli str. 298-299)

Według danych raportowanych przez Szpital do NFZ czas oczekiwania na wizytę²¹ i liczba osób oczekujących²² przedstawiały się następująco:

¹⁷ Kod statystyczny według klasyfikacji ICD-10.

¹⁸ Dane na podstawie raportowania realizowanego w oparciu o § 11.1 pkt 1 zarządzenia nr 61/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (oraz wcześniejszego zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia z dnia 31 grudnia 2019 r.).

¹⁹ Łączna liczba pacjentów (oczekujących i kontynuujących), którym w danym roku kalendarzowym udzielono świadczenia w danej poradni specjalistycznej (E.66).

²⁰ Łączna liczba świadczeń udzielonych w roku kalendarzowym wszystkim pacjentom (oczekującym i kontynuującym) w danej poradni specjalistycznej (E.66).

²¹ Czas oczekiwania (w dniach) na wizytę dla pacjentów oczekujących („pierwszorazowych”), którym udzielono świadczenia w ostatnich trzech miesiącach (z rozpoznaniem E.66).

Czas obliczony zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 rozporządzenia 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 publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.). Dalej: rozporządzenie MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

²² Liczba osób oczekujących (przypadki pilne i stabilne) na pierwszą wizytę zapisanych do harmonogramu przyjęć na dany dzień (z rozpoznaniem E.66). Dane na podstawie raportowania realizowanego w oparciu o § 8 oraz załącznik nr 6 do rozporządzenia MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

- w Poradni Diabetologicznej – według stanu na koniec 2020 r. w przypadku pilnym i stabilnym czas oczekiwania wynosił odpowiednio dwa dni i 140 dni; na koniec 2021 r. odpowiednio 0 (zero) i 77 dni; na koniec 2022 r. 30 i 118 dni; według stanu na 31.01.2023 r. wynosił 41 i 124 dni. Liczba oczekujących w przypadku pilnym i stabilnym wynosiła odpowiednio 0 (zero) i 115 osób w 2020 r., 0 (zero) i 107 osób w 2021 r., 20 i 165 osób w 2022 r. oraz 22 i 152 osoby na 31.01.2023 r.;
- w Poradni Kardiologicznej – według stanu na koniec 2020 r. w przypadku pilnym i stabilnym czas oczekiwania wynosił odpowiednio 19 i 70 dni; na koniec 2021 r. odpowiednio 0 (zero) i 96 dni; na koniec 2022 r. 95 i 100 dni; według stanu na 31.01.2023 r. wynosił 68 i 96 dni. Liczba oczekujących w przypadku pilnym i stabilnym wynosiła odpowiednio 0 (zero) i 320 osób w 2020 r., 0 (zero) i 407 osób w 2021 r., sześć i 564 osoby w 2022 r. oraz trzy i 537 osób na 31.01.2023 r.;
- w Poradni Chirurgii Ogólnej – według stanu na koniec 2020 r. w przypadku pilnym i stabilnym czas oczekiwania wynosił 0 (zero) i sześć dni; na koniec 2021 r. odpowiednio 0 (zero) i pięć dni; na koniec 2022 r. 0 (zero) i siedem dni; według stanu na 31.01.2023 r. wynosił 0 (zero) i siedem dni. Liczba oczekujących w przypadku pilnym i stabilnym wynosiła odpowiednio 0 (zero) i 23 osoby w 2020 r., 0 (zero) i 26 osób w 2021 r., 0 (zero) i 28 osób w 2022 r. oraz 0 (zero) i 36 osób na 31.01.2023 r.

W latach 2020-2022 minimalny i maksymalny czas oczekiwania na wizytę w ww. trzech poradniach specjalistycznych w przypadku pilnym wynosił od 0 (zero) do 95 dni, w przypadku stabilnym od pięciu do 140 dni.

(akta kontroli str. 298-302)

Zasady prowadzenia harmonogramów przyjęć (według kolejności zgłoszenia) w zakresie świadczeń stacjonarnych zostały w sposób ogólny opisane w § 26 regulaminu organizacyjnego Szpitala. Zasady te regulują szczegółowo zarządzenia Dyrektora. W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych w regulaminie (w § 32) wskazano jedynie, że „rejestracja pacjentów odbywa się osobiście, telefonicznie lub elektronicznie”.

(akta kontroli str. 70-88)

W sprawie długiego czasu oczekiwania na wizytę, szczególnie w przypadku Poradni Kardiologicznej, oraz sprawie umawiania (rejestrowania) pacjentów w poradniach z wyprzedzeniem czasowym Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że okres objęty kontrolą nie jest reprezentatywny: (...) *W marcu 2020 r. z powodu pandemii zawieszono działalność Poradni Specjalistycznych. Od kwietnia do maja 2020 r. wykonywano procedury określane mianem teleporad. (...) Pod koniec roku 2020 i na początku roku 2023 rozpoczęto przyjmowanie Pacjentów stacjonarnie w reżimie sanitarnym – rozpisywano porady w mniejszej liczbie / dzień, aby nie zwiększać ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Był to czas, kiedy niektórym pacjentom, wygasły aktualne skierowania, czas oczekiwania na wizyty w POZ również był wydłużony, stąd przerwy w świadczeniach specjalistycznych wyniosły nawet więcej niż 2 lata. Wspomniany okres jest pandemicznym i popandemicznym, kiedy niestety, ilość lekarzy nie zwiększyła się, a ilość Pacjentów zaległych i nowych (pocovidowych z powikłaniami lub podejrzanych o nie) stała się liczbą, której nie można nadrobić w czasie i w trybie zadawalającym Pacjentów, Lekarzy jak i Kontrolerów. Ta liczba oczekujących i czas do pierwszej wizyty niestety będzie rosła. (...)*

1. *Czas oczekiwania na wizyty nie wynika z lenistwa lekarzy, ale z ich fizycznego braku. Każdy z lekarzy świadczy przynajmniej 300 porad miesięcznie.*

2. *W celu „skrócenia” kolejki, Pacjenci umawiani są co 15 minut. Załatwienie Pacjenta w takim czasie jest często nierealne, co przekłada się na wydłużenie wizyty, długi czas czekania Pacjenta pod drzwiami i częste sytuacje sporne wśród Pacjentów. Jest to*

sytuacja niekomfortowa, ale zmniejszenie liczby porad wydłużyłoby jeszcze bardziej kolejkę oczekujących.

3. Skierowanie tzw. „pilne” - to przypadki nagłe, które powinny być kierowane do SOR lub Oddziału Kardiologii / Wewnętrzny, gdyż – jak sama nazwa mówi - wymagają wdrożenia pilnego leczenia i diagnostyki. Często są to wymuszenia, aby skrócić czas oczekiwania pacjenta na wizytę w trybie planowym.

4. Pacjenci pod stałą kontrolą Poradni umawiani są na kolejne wizyty w zależności od stanu zdrowia – niektórzy wymagają wizyt 1 x w roku, inni 1 x na dwa lata, a jeszcze inni co miesiąc lub dwa.

5. Wpisanie Pacjenta pierwszorazowego na listę Pacjentów to rzecz najprostsza. Trzeba zaplanować diagnostykę i leczenie, co wiąże się z dodatkowymi kilkoma wizytami w krótkim czasie – czyli dopisaniem pacjenta do istniejącej już pełnej listy Pacjentów.

6. Jak wiadomo w jednym okienku wizyty można wpisać wiele osób, bo komputer, podobnie jak papier, przyjmie wszystko.

7. Brak lekarzy jest główną przyczyną takiego stanu rzeczy oraz niestety nie zawsze zadawalająca opieka Pacjentów w POZ – często Pacjenci leczą się tylko w Poradniach Specjalistycznych, a do POZ chodzą po przedłużeniu leków.

(akta kontroli str. 312-316)

Szpital nie posiadał wyodrębnionej / dedykowanej komórki organizacyjnej w celu leczenia osób z rozpoznaniem choroby E.66 i realizował zadania bez szczególnego ukierunkowania na chorobę otyłości.

Zadania z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów (w tym z rozpoznaniem E.66) nie zostały przypisane jednostkom / komórkom organizacyjnym. W sposób pośredni sprawę uregulowano w regulaminie organizacyjnym Szpitala, w którym wskazano, że Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiada za koordynowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez "podejmowanie działań na rzecz poprawy jakości usług oraz współuczestnictwo w planowaniu zadań Szpitala" (§ 11 ust. 1 pkt 11a). W regulaminie Szpitala wskazano, że to pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze zobowiązani są do "planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórek, którymi kierują" (§ 16 ust. 1). W regulaminie wskazano też, że do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy m.in. "poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych" (§ 14 ust. 4 pkt 8).

W Szpitalu nie wyznaczono (w sposób bezpośredni) osób do realizacji zadań z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów z otyłością.

Zadania z zakresu bieżącej sprawozdawczości i statystyki medycznej przypisano poszczególnym komórkom organizacyjnym Szpitala. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadali m.in. za "terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji, a w przypadku medycznych komórek organizacyjnych, prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco w sposób czytelny i umożliwiający identyfikację osób dokonujących wpisów" (§ 16 ust. 4 pkt 7). Nadzorowanie i kontrolowanie sprawozdawczości ekonomiczno-finansowej przypisano Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych, przy czym Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej podlegał również Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.

Szpital w latach 2020-2022 (i w 2023 r.) nie podejmował działań celem zwiększenia zasobów osobowych dotyczących zadań z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów z otyłością.

(akta kontroli str. 15, 18, 70-88)

Zasoby kadrowe wybranych do analizy poradni specjalistycznych (Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej), według umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ²³ i realizowanych przez Szpital, miały zabezpieczać bieżące potrzeby pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach AOS (zgodnie z załącznikiem nr 2 do ww. umów – "Harmonogram - zasoby").

Według umów z NFZ obowiązujących w latach 2020-2022 w Poradni Diabetologicznej świadczeń udzielało dwóch lekarzy. W Poradni tej pracowała też jedna pielęgniarka i jedna osoba będąca specjalistą do spraw dietetyki (łącznie cztery osoby). W Poradni Kardiologicznej świadczeń udzielało ogółem od ośmiu do dziewięciu lekarzy oraz od czterech do pięciu pielęgniarek. W Poradni Chirurgii Ogólnej świadczeń udzielało ogółem 10 lekarzy i dwie pielęgniarki.

(akta kontroli str. 160-179)

Z przeprowadzonej analizy kolejki oczekujących i czasu oczekiwania na wizytę (w przypadku pilnym i stabilnym), a także wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wynika, że rzeczywiste potrzeby pacjentów zabezpieczono w sposób częściowy.

(akta kontroli str. 298, 313, 316)

Według umów zawartych z NFZ personel medyczny (lekarski) udzielający świadczeń w ramach AOS w Poradni Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej posiadał kwalifikacje odpowiednie dla świadczeń z zakresu ww. poradni specjalistycznych. Lekarze zatrudnieni przez Szpital w tych trzech poradniach byli specjalistami diabetologii, kardiologii, chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej. Analiza akt osobowych trzech lekarzy AOS wykazała, że posiadali specjalizację lekarską oraz kwalifikacje odpowiednie do udzielania świadczeń w poradniach AOS na rzecz których pracowali. Żaden z tych lekarzy nie posiadał certyfikatu umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości²⁴. Żaden z nich nie uczestniczył też w szkoleniach z zakresu leczenia otyłości. Dyrektor Szpitala nie wykazał, by którykolwiek lekarz z Poradni Diabetologicznej, Kardiologicznej, Chirurgii Ogólnej (lub innej) posiadał takie umiejętności (w tym ww. certyfikat) lub brał udział w tego rodzaju szkoleniach.

W zasobach personelu medycznego wykazywanego dla ww. poradni specjalistycznych brak było psychologa.

(akta kontroli str. 160-179, 225-228)

Na podstawie umów zawartych z NFZ dostępność miejsca udzielania świadczeń, personel / zasoby kadrowe Poradni AOS i tygodniowa liczba godzin pracy²⁵ personelu według stanu na 31 grudnia roku 2020, 2021 i 2022 były następujące:

– w Poradni Diabetologicznej:

- a) świadczenia pn. leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych (kod 11.1021.047.02) – dwóch lekarzy udzielać miało świadczeń po 16 i 18 godzin tygodniowo, jedna pielęgniarka 30 godzin i jeden specjalista do spraw dietetyki 20 godzin; Poradnia miała być dostępna w godzinach: 12.00-18.00 w poniedziałek; 9.00-15.00 we wtorek i środę; 12.00-18.00 w czwartek; 9.00-15.00 w piątek (tygodniowy czas pracy Poradni wynosił 30 godzin);
 - b) świadczenia pn. świadczenia w zakresie diabetologii (kod 02.1020.001.02) - dwóch lekarzy udzielać miało świadczeń po 16 i 18 godzin tygodniowo, jedna pielęgniarka 30 godzin i jeden specjalista do spraw dietetyki 20 godzin; Poradnia miała być dostępna w godzinach – jak wyżej (pkt a);
- w Poradni Kardiologicznej ośmiu lekarzy (dziewięciu w 2022 r.) udzielać miało świadczeń od trzech do 37,55 godzin tygodniowo²⁶, cztery pielęgniarki (pięć

²³ Umowy wraz z aneksami na rok 2020 (Nr 16-00-00907-19-06/03-08-17-017 z dn. 31.12.2019 r.), na rok 2021 (Nr 16-00-00907-21-09/03-08-17-017 z dn. 12.01.2021 r.) i na rok 2022 (Nr 16-00-00907-22-05/03-08-17-017 z dn. 31.12.2021 r.). Dalej: umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub umowy zawarte z NFZ.

²⁴ Wydawanego przez Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością lub inne.

²⁵ Z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

w 2022 r.) po 37,55 godzin każda; Poradnia miała być dostępna w godzinach: 7.25-18.00 od poniedziałku do piątku (tygodniowy czas pracy Poradni wynosił 52 godziny i 55 minut);

- w Poradni Chirurgii Ogólnej 10 lekarzy udzielać miało świadczeń od dwóch do 15 godzin tygodniowo²⁷, dwie pielęgniarki po 37,55 godzin każda; Poradnia miała być dostępna w godzinach: 7.25-15.00 w poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek; 7.25-18.00 w środę (tygodniowy czas pracy Poradni wynosił 40 godzin i 55 minut).

(akta kontroli str. 160-179)

Analiza kontraktów, rozliczeń wykonanej pracy oraz ewidencji czasu pracy trzech lekarzy AOS (dwóch z Poradni Diabetologicznej i jednego z Chirurgii Ogólnej) w miesiącach lipiec, sierpień i grudzień każdego roku objętego kontrolą, w porównaniu z harmonogramami pracy Poradni (dostępnością miejsca udzielania świadczeń) i tygodniową liczbą godzin pracy poszczególnych lekarzy, była zgodna z warunkami określonymi w umowach z NFZ. Czas pracy poszczególnych lekarzy w przeliczeniu na etat wynosił od 0,40 do 0,42.

(akta kontroli str. 89-155, 225-228, 234-239)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że liczba lekarzy we wszystkich poradniach specjalistycznych udzielających porad pacjentom chorym na otyłość wynosiła 6 (sześć) na dzień 31 grudnia 2020 r., 2021 r. i 2022 r.

(akta kontroli str. 15, 19)

W sprawie harmonogramów pracy poradni specjalistycznych Dyrektor wyjaśnił m.in., że: (...) *Poradnie pracują w systemie podstawowym, jak wiadomo Pracodawca nie ma obowiązku sporządzania harmonogramów czasu pracy jedynie w odniesieniu do osób, które pracują w podstawowym czasie pracy, tak więc nie ma potrzeby przygotowywania harmonogramów na każdy miesiąc dla osób świadczących usługi na kontraktach. (...) Każda ze stron umowy na mocy porozumienia może wnieść o zmianę harmonogramu czy trybu świadczenia usług. Wówczas informowany jest Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej, który to przekazuje stosowne informacje do NFZ.*

(akta kontroli str. 105)

W umowach zawartych z NFZ (w załączniku nr 2) wskazano m.in., że w Poradni Diabetologicznej dla świadczenia pn. leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych oraz pn. świadczenia w zakresie diabetologii – po 20 godzin w tygodniu w ramach każdego z ww. zakresów świadczenia – świadczenia wykonywać będzie specjalista do spraw dietetyki²⁸. Umowy o pracę oraz zakres obowiązków dietetyka (z 2016 r.) wykazały, że miejscem wykonywania pracy był Dział Żywienia Szpitala (nie ww. Poradnia). Nazwa stanowiska w umowie o pracę (dietetyk) nie była zgodna ze stanowiskiem określonym umową z NFZ (specjalista do spraw dietetyki). Osoba wskazana jako dietetyk nie świadczyła pracy w sposób określony w umowach zawartych z NFZ, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 156-179)

W Szpitalu nie funkcjonowała wyodrębniona komórka zajmująca się leczeniem otyłości. Szpital nie brał udziału w realizacji programu KOS-BAR²⁹.

(akta kontroli str. 15, 19, 70-88)

²⁶ Tj. po 25,40 / 37,55 / 37,55 / 3 / 3 / 3 / 3 / 5 (i 37,55) godzin.

²⁷ Tj. po 12,55 / 4 / 15 / 5 / 5 / 9 / 11 / 2 / 5 / 7 godzin.

²⁸ Bez numeru prawa wykonywania zawodu (medycznego).

²⁹ Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej.

Według wyjaśnień Dyrektora w ramach porad diabetologicznych Szpital zapewniał dostęp do dietetyków.

(akta kontroli str. 16, 19)

W sprawie ograniczenia skuteczności leczenia otyłości wskutek braku ujęcia w „koszyku” świadczeń gwarantowanych porad dietetycznych, braku wspomaganie leczenia otyłości przez zespoły interdyscyplinarne składające się z lekarzy, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, braku refundacji leków na otyłość - lekarze AOS wyjaśnili m.in.:

- *jako świadczenie kontraktowe, powinno być stworzone oddzielne poradnictwo AOS dla leczenia E.66, czyli otyłości, dla Poradni Metabolicznej, czytaj Obesitologicznej, która kompleksowo zajęłaby się problemem leczenia otyłości, łącznie z leczeniem chirurgicznym;*
- *tak (lub tak zdecydowanie) - brak ujęcia w „koszyku” świadczeń gwarantowanych porad dietetycznych, brak wspomaganie dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, brak refundacji leków - ogranicza skuteczność leczenia otyłości.*

(akta kontroli str. 34-40)

Do Szpitala, w latach 2020-2022, nie wpłynęły skargi i wnioski dotyczące sposobu udzielania świadczeń w ww. poradniach specjalistycznych osobom z otyłością.

(akta kontroli str. 229-230)

1.3. W wyniku przeprowadzonych oględzin trzech poradni AOS (Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej) stwierdzono, że dysponowano w nich odpowiednim sprzętem do monitoringu zdrowia pacjentów, umożliwiającym diagnozowanie i leczenie otyłości. Poradnie dysponowały sprzętem przystosowanym do udzielania świadczeń osobom chorym na otyłość III stopnia, tj. wagami do 200 kg oraz ciśnieniomierzami z mankietami do ok. 50 cm. Oględziny wykazały m.in., że:

a) w Poradni Diabetologicznej:

- warunki realizacji porady specjalistycznej „diabetologia” oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu udzielania świadczeń były zgodne z wymogami określonymi w pkt 4 załącznika nr 1³⁰ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³¹;
- warunki realizacji „opieki nad pacjentem z cukrzycą” oraz ww. wyposażenie były zgodne z pkt 5a załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ z w sprawie świadczeń AOS;
- warunki realizacji „porady pielęgniarskiej – diabetologia” oraz wyposażenie były zgodne z pkt 2 załącznika nr 1a³² do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń AOS.

Poradnia dysponowała materiałami informacyjnymi (foldery, ulotki, broszury informacyjne) dotyczącymi zasad żywienia, diety i aktywności fizycznej. W Poradni znajdowała się waga do 250 kg i ciśnieniomierz z mankietem do 47 cm.

b) w Poradni Kardiologicznej:

- warunki realizacji „porady specjalistycznej – kardiologia” oraz wyposażenie były zgodne z pkt 14 załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń AOS;
- warunki realizacji „porady pielęgniarskiej – kardiologia” były zgodne z pkt 3 załącznika nr 1a do rozporządzenia MZ z w sprawie świadczeń AOS;

W gabinetach Poradni znajdowały się centymetry do mierzenia obwodu talii / bioder, waga do 200 kg i wagi łazienkowe do 120 kg, ciśnieniomierz z mankietem 33-47 cm.

³⁰ Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji.

³¹ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie MZ z w sprawie świadczeń AOS.

³² Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji.

Poradnia dysponowała materiałami informacyjnymi dotyczącymi zasad żywienia, diety i aktywności fizycznej.

c) w Poradni Chirurgii Ogólnej³³:

- warunki realizacji „porady specjalistycznej – chirurgia ogólna” oraz wyposażenie były zgodne z pkt 36 załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ z w sprawie świadczeń AOS;
- warunki realizacji „porady pielęgniarstwa – chirurgia ogólna” oraz wyposażenie były zgodne z pkt 1 załącznika nr 1a do rozporządzenia MZ z w sprawie świadczeń AOS.

W gabinetach Poradni znajdowały się centymetry do mierzenia obwodu talii / bioder, wagi łazienkowe do 120 kg, ciśnieniomierz z mankietem do 35 cm. Poradnia dysponowała materiałami informacyjnymi dotyczącymi zasad żywienia, diety i aktywności fizycznej.

(akta kontroli str. 180-206)

1.4. Dyrektor kierował Szpitalem m.in. przy pomocy Zastępców Dyrektora i kierowników komórek organizacyjnych. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych nadzorował działalność Szpitala w zakresie wszystkich spraw technicznych i administracyjnych³⁴. Podlegali mu kierownicy działów takich jak Administracyjno-Gospodarczy czy Informatyki.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiadał za koordynowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu m.in. poprzez nadzór nad spełnianiem przez komórki medyczne wymagań organizacyjno-lokalowych, sprzętowych i osobowych wynikających z obowiązujących przepisów oraz warunków realizacji umów określonych przez Prezesa NFZ, nadzór nad procesami diagnostycznymi, leczenia i rehabilitacji w oddziałach, zakładach i poradniach Szpitala, kontrolę dokumentacji lekarskiej (medycznej). Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych odpowiadał za całość gospodarki finansowej Szpitala, w tym za koordynowanie prac oraz bieżący monitoring związany z przygotowaniem i realizacją umów na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ. Podlegała mu m.in. komórka Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej. Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze zobowiązani byli do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórek organizacyjnych. Kierownicy komórek odpowiadali za realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację – odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej – kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala, a także za terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji, a w przypadku medycznych komórek – prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco i w czytelny sposób. Inne wewnętrzne regulacje ustalone były w drodze zarządzeń, decyzji, instrukcji lub procedur wydawanych przez Dyrektora (których projekty sporządzali pracownicy właściwych komórek).

Zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala poradnie AOS podlegały kierownikom poradni oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

(akta kontroli str. 70-88)

Nadzór Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa obejmował koordynowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych (wszystkich – bez wskazania / wyodrębnienia świadczeń w zakresie diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych). Lekarzom AOS (w umowach cywilnoprawnych) nie przypisano szczegółowych zadań z zakresu leczenia otyłości.

W trzech poradniach AOS – Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej – na podstawie umów cywilno-prawnych (kontraktów), lekarze byli zobowiązani do

³³ Znajdującej się w tym samym budynku co Poradnia Kardiologiczna.

³⁴ Na podstawie statutu i regulaminu organizacyjnego.

wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów poradni. Lekarze mieli obowiązek, zgodnie z umową, wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, w sposób zapewniający prawidłową opiekę lekarską, w oparciu o obowiązującą wiedzę, standardy i zasady etyki zawodowej. Wykonywanie świadczeń obejmowało diagnozowanie, leczenie, wykonywanie procedur medycznych, sprawowanie opieki nad pacjentami zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i zasadami sztuki medycznej. Lekarze zobowiązani byli prowadzić dokumentację medyczną pacjentów i dokumentację medyczną w szpitalnym systemie medycznym.

(akta kontroli str. 70-88, 89-104)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nadzór nad realizacją zadań w zakresie leczenia otyłości dorosłych sprawowany był przez lekarzy zatrudnionych w kontrolowanych poradniach.

(akta kontroli str. 16, 19)

Otyłość (E.66) była jednostką chorobową – co do zasady – współistniejącą leczoną w Poradni Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej. Nawet w przypadku rozpoznania zasadniczego E.66 wizyty w ww. Poradniach miały związek z leczeniem chorób odpowiednio z zakresu diabetologii, kardiologii lub chirurgii ogólnej. Biorąc pod uwagę wszystkie poradnie specjalistyczne Szpitala i wszystkie przypadki udzielania świadczeń osobom z rozpoznaniem E.66 w latach 2020-2022 liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń wyniosła:

- w 2020 r. – 50 pacjentów z rozpoznaniem zasadniczym otyłości, co stanowiło 9,4% i 482 z rozpoznaniem współistniejącym, co stanowiło 90,6%;
- w 2021 r. – odpowiednio: 62 (11,1%) i 499 (88,9%);
- w 2022 r. – 62 (11,2%) i 490 (88,8%).

W ramach analizowanej dokumentacji medycznych 20 pacjentów w siedmiu przypadkach rozpoznaniem zasadniczym była otyłość, co stanowiło 35% badanej próby.

(akta kontroli str. 246-291, 298-302)

W Szpitalu nie odnotowano problemów w realizacji zadań w zakresie leczenia otyłości. Personel medyczny nie zgłaszał problemów / trudności w realizacji zadań.

(akta kontroli str. 16, 19, 229-230)

Według wyjaśnień Dyrektora w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie prowadzono analiz z zakresu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne osób chorych na otyłość.

Nie przeprowadzono kontroli zewnętrznych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących profilaktyki i leczenia otyłości. Nie prowadzono kontroli / audytów wewnętrznych w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 15, 18, 292-297)

Do Szpitala, w latach 2020-2022, nie wpłynęły skargi i wnioski dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych dla osób z otyłością.

(akta kontroli str. 229-230)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Regulamin organizacyjny Szpitala, zatwierdzony przez Dyrektora w 2019 r., nie określał zadań komórek organizacyjnych będących poradniami specjalistycznymi, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.

W ww. przepisie określono, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego.

(akta kontroli str. 70-88)

Dyrektor wyjaśnił: *Szpital potwierdza fakt braków formalnych w Regulaminie Organizacyjnym. Trudno w chwili obecnej wyjaśnić dlaczego regulamin nie określał zadań poszczególnych poradni specjalistycznych. Jednocześnie informuje się, że Szpital podjął prace nad nowym regulaminem, który będzie uwzględniał również brakujące zapisy.*

(akta kontroli str. 312, 314)

Regulamin nie został sporządzony w sposób prawidłowy.

2. Zapisy regulaminu organizacyjnego Szpitala, zatwierdzonego przez Dyrektora w 2019 r. i niezmienionego do 31 grudnia 2022 r. (oraz do dnia zakończenia czynności NIK)³⁵, określające miejsce (lokalizację) udzielania świadczeń ambulatoryjnych przez Poradnię Diabetologiczną nie były prawidłowe, tj. nie były zgodne ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 68, 70-88, 207-220)

Dyrektor wyjaśnił: *W związku z ogłoszeniem stanu pandemii COVID-19 Szpital ze względów epidemiologicznych oraz konieczności ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń (...) podjął decyzję o przeniesieniu kilku poradni, w tym m.in. Poradni Diabetologicznej, do budynku przy ul. Słowiańskiej 15. W chwili obecnej trwają prace przygotowawcze mające na celu ponowne przeniesienie tych poradni do lokalizacji przy ul. Chałubińskiego 7. W przypadku niemożliwości zrealizowania powyższych działań Szpital ureguluje zmiany w regulaminie organizacyjnym.*

(akta kontroli str. 305-306)

Regulaminu nie zaktualizowano stosownie do wprowadzonych zmian w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego, co było działaniem nierzetelnym.

3. W Szpitalu nie dostosowano obsady kadrowej do warunków realizacji świadczeń Poradni Diabetologicznej w sposób wskazany w umowach z NFZ.

Dyrektor Szpitala dopuścił do sytuacji, w której pracownik Szpitala, wykazany w umowach z NFZ jako specjalista do spraw dietetyki, nie świadczył pracy w Poradni Diabetologicznej w sposób określony umowami (w załączniku nr 2 do tych umów³⁶), tj. nie wykonywał 20 godzin pracy tygodniowo w ramach świadczenia pn. leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych (kod 11.1021.047.02) oraz 20 godzin pracy w ramach świadczenia w zakresie diabetologii (kod 02.1020.001.02). Umowa o pracę oraz zakres obowiązków służbowych wskazywały, że osoba ta wykonywała pracę w Dziale Żywienia Szpitala, nie zaś w Poradni. Ponadto do jej obowiązków należała obsługa pacjentów hospitalizowanych (bez wskazania na pacjentów ambulatoryjnych).

(akta kontroli str. 156-159, 160-179)

Dyrektor wyjaśnił: *Jednym z celów kontraktowania i zawierania umów jest gwarantowanie przez Płatnika sfinansowania konkretnych świadczeń (usług medycznych). Często w ten sposób są finansowane świadczenia o szczególnym znaczeniu dla Płatnika (np. leczenie pacjentów do 18 r. ż.) lub świadczenia*

³⁵ Tj. do 24 kwietnia 2023 r.

³⁶ Według załącznika Nr 2a do Zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna), tj. na podstawie:

- § 2 ust. 1 (wzoru umowy) – świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są: 1) przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – "Harmonogram – zasoby"; 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – "Harmonogram – zasoby";
- § 2 ust. 2 – dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 do umowy – "Harmonogram – zasoby";
- § 2 ust. 10 – świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

Dalej: załącznik Nr 2a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków i realizacji świadczeń AOS.

o istotnym koszcie (np. endoprotezy). Świadczenia takie przyjmują w umowie „kształt” tzw. zakresów dodatkowych, realizowanych przez Szpital wraz z tzw. zakresem podstawowym. W przypadku świadczeń pn. „pompy insulinowe” mamy do czynienia z taką właśnie sytuacją – głównym celem i przedmiotem tej umowy jest umożliwienie świadczeniodawcy sprawozdanie i rozliczenie (otrzymanie płatności) za pompę insulinową założoną Pacjentowi. Kontraktując taką umowę Szpital wskazuje realizatora świadczenia (w tym przypadku – Poradnię Diabetologiczną) – w harmonogramie pracy Poradni Diabetologicznej, który jest identyczny jak dla zakresu „świadczenia diabetologiczne”. Kontrakt „pompy insulinowe” jest zatem kontraktem komplementarnym do kontraktu „poradnia diabetologiczna”. Należy rozumieć to następująco: spośród pacjentów Poradni tylko wybranym pacjentom zlecana jest pompa insulinowa. W takim przypadku Szpital sprawozdaje do rozliczenia w NFZ nie poradę specjalistyczną (kontrakt poradniany), ale świadczenie związane z przekazaniem urządzenia i instruktażem (kontrakt pompy insulinowe). Błędny jest dodawanie godzin pracy personelu zgłoszonego w obu umowach - jest to „ten sam czas pracy”. Powyższa niedogodność i trudność w interpretowaniu harmonogramów i godzin pracy wynika z modelu i zasad przyjętych przez NFZ do rejestracji zasobów i personelu wykazywanego w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (tzw. SZOI) Płatnika. Szpital zgłaszając w SZOI pracownika do realizacji danego zakresu świadczeń ma jedynie możliwość wskazania „zawodu / specjalności” z zamkniętego katalogu propozycji jaka jest zaimplementowana w SZOI. Wskazanie „zawodu – specjalności” nie jest równoznaczne z nazwą stanowiska, na jakim jest zatrudniony w Szpitalu pracownik. Można tu wskazać przykład zgłaszania w umowie lekarzy – gdzie w ich przypadku jedynym „zawodem / specjalnością” jaką można wskazać w SZOI jest specjalność np. „LEKARZ – SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH”, pomimo że pracownik może być zatrudniony na stanowisku np. starszego asystenta. Wskazanie w SZOI (oraz w umowie), że harmonogram pracy dietetyka w poradni diabetologicznej wynosi 20 godzin oznacza jedynie, że przez cały czas pracy poradni (we wszystkie dni pracy poradni w tygodniu) lekarz ma możliwość zadysponowania, że dla konkretnego pacjenta zalecana jest konsultacja – porada dietetyka. Zapis 20 godzin pracy dietetyka nie oznacza, że rezyduje on razem z lekarzem w gabinecie poradni, ale że jest on „w ciągłej gotowości” do zrealizowania potencjalnej konsultacji – w zależności od potrzeb i wskazań medycznych.

(akta kontroli str. 312-313, 160-179, 314-315)

NIK nie podziela argumentacji Dyrektora Szpitala sugerującej, że stanem oczekiwanym i prawidłowym, w świetle warunków umowy z NFZ, było jedynie zapewnienie „ciągłej gotowości” do realizacji konsultacji dietetycznej. NIK zauważa, że w ten sam sposób, tj. ze wskazaniem tygodniowej liczby godzin pracy, określono warunki obsady kadrowej Poradni Diabetologicznej dla innych stanowisk – lekarzy i pielęgniarek.

Zgodnie z wymogami załącznika Nr 2a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków i realizacji świadczeń AOS, świadczenia powinny być realizowane przez osoby wymienione w harmonogramie („Harmonogram – zasoby”) oraz zgodnie z harmonogramem pracy w nim określonym.

Ponadto Dyrektor Szpitala nie wyjaśnił i nie udokumentował, czy w okresie objętym kontrolą, a jeśli tak, to w jaki sposób, w jakim zakresie oraz w jakim wymiarze czasowym (lub w jakikolwiek inny mierzalny sposób) dietetyk / specjalista do spraw dietetyki, wykonywał zadania na rzecz Poradni Diabetologicznej, pracując jednocześnie w Dziale Żywienia Szpitala na podstawie umowy o pracę.

(akta kontroli str. 156-159, 312-315)

Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował³⁷ m.in., że: (...) Czas pracy dietetyka w umowie na świadczenia w zakresie diabetologii, zgodnie z udzieloną odpowiedzią w ankiecie w formularzu ofertowym w konkursie ofert na rok 2011 i lata następne, powinien wynosić przynajmniej 25% czasu pracy poradni³⁸. (...) Świadczenia ambulatoryjne, które są przedmiotem kontroli, to nie są tzw. świadczenia ratujące życie. Świadczenia ambulatoryjne mają charakter świadczeń planowych, które udzielane są pacjentowi przez świadczeniodawcę na podstawie skierowania zgodnie z harmonogramem pracy danej poradni specjalistycznej. Trudno zatem w takim wypadku wymagać od jakiegokolwiek personelu medycznego pozostawania w tzw. ciągłej gotowości na terenie Szpitala. (...) Zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie. Jest również zobowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności. (...) Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”. (...) W latach 2020-2022 świadczenia będące przedmiotem kontroli wchodziły w skład umowy w Systemie Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (tzw. umowa sieciowa), zawartej ze Szpitalem (...). Minimalna tygodniowa ilość godzin pracy poradni przyszpitalnych wchodzących w skład umowy sieciowej wynosi 12 godzin. Skutkiem powyższego należałoby w takim przypadku utrzymać zatrudnienie dietetyka w wymiarze czasu pracy odpowiadającym przynajmniej 25% czasu pracy poradni, czyli 3 godziny tygodniowo. (...)

(akta kontroli str. 328-329, 331-334)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital wprowadził rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w AOS, bez szczególnego ukierunkowania na diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych. Zasoby techniczne (sprzęt i wyposażenie) kontrolowanych poradni umożliwiały realizację zadań z zakresu diagnozowania i leczenia pacjentów z otyłością. Funkcjonujące w Szpitalu rozwiązania organizacyjne i formy nadzoru zabezpieczały możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach skontrolowanych poradni AOS, w tym osobom chorym na otyłość, które korzystały ze specjalistycznych porad diabetologów, kardiologów lub chirurgów.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, w tym zapewnienie dostępności miejsca udzielania świadczeń i tygodniowa liczba godzin pracy, przebiegało zgodnie z warunkami określonymi w umowach z NFZ.

W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości świadczące o niewystarczająco skutecznych mechanizmach kontroli i nadzoru nad wykonywaniem zadań z zakresu AOS, tj.: 1) niezgodne z przepisami sporządzenie regulaminu organizacyjnego Szpitala w odniesieniu do zadań poradni specjalistycznych; 2) niezaktualizowanie regulaminu stosownie do wprowadzonych zmian w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego (miejsca / lokalizacji udzielania świadczeń AOS z zakresu diabetologii); 3) dopuszczenie do udzielania świadczeń w Poradni Diabetologicznej w sposób niezgodny z warunkami obsady kadrowej określonymi w umowach z NFZ.

³⁷ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

³⁸ Rozporządzenie 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. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.).

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W Szpitalu nie obowiązywały wytyczne / procedury dotyczące sposobu diagnozowania otyłości u osób dorosłych.

Badanie prawidłowości i skuteczności podejmowanych działań zmierzających do zdiagnozowania otyłości przeprowadzono na podstawie dokumentacji medycznej 20 pacjentów³⁹, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2022 w trzech poradniach AOS (Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej).

W analizowanej grupie pacjentów otyłość zdiagnozowano u siedmiu osób jako rozpoznanie zasadnicze⁴⁰, w przypadku 13 osób jako współistniejące z innymi schorzeniami.

Rozpoznanie otyłości w kontrolowanym okresie nastąpiło w przypadku dwóch pacjentów⁴¹ (przez lekarzy specjalistów AOS), w tym w jednym przypadku przed zdiagnozowaniem otyłości dokonano pomiaru wzrostu i wagi pacjenta oraz obliczono współczynnik BMI⁴².

W dokumentacji medycznej 20 pacjentów odnotowano pomiar zarówno wagi, jak i wzrostu w przypadku trzech osób w 2020 r. i 2021 r. oraz pięciu osób w 2022 r., co oznacza, że nie wykonano tych pomiarów odpowiednio u 17 i 15 osób (85% i 75% badanej próby). Wyłącznie pomiar wagi odnotowano w przypadku 14 osób w 2020 r. i 2021 r. oraz 10 osób w 2022 r. W przypadku trzech pacjentów⁴³ w dokumentacji medycznej w ogóle nie odnotowano danych dotyczących ich wagi i wzrostu.

Informacji o współczynniku BMI nie zamieszczono w dokumentacji medycznej 18 pacjentów⁴⁴ (w latach 2020-2022).

Według klasyfikacji BMI (obliczonej przez algorytm⁴⁵ na podstawie danych o wadze i wzroście pacjentów) w 2020 r. nadwaga wystąpiła u jednej osoby, otyłość I stopnia – u jednej osoby, otyłość olbrzymia – u jednej osoby; w 2021 r. nadwaga wystąpiła u jednej osoby, otyłość I stopnia – u jednej osoby, otyłość II stopnia – u jednej osoby; w 2022 r. otyłość I stopnia wystąpiła u dwóch osób, otyłość II stopnia – u dwóch osób, otyłość olbrzymi – u jednej osoby. BMI w 2021 r. zmniejszyło się w stosunku do 2020 r. w przypadku jednego pacjenta, nie uległo istotnym zmianom u dwóch pacjentów. W 2022 r. BMI wzrosło w stosunku do 2021 r. u jednego pacjenta, nie uległo istotnym zmianom u dwóch pacjentów.

(akta kontroli str. 16, 18-20, 240-245, 246-291)

Na pytanie na jakiej podstawie zamieszczono w dokumentacji medycznej siedmiu pacjentów informacje o rozpoznaniu otyłości (E.66) jako choroby zasadniczej oraz rozpoznaniu otyłości jako choroby współistniejącej u 13 pacjentów, skoro lekarze AOS co do zasady nie obliczali i nie monitorowali (lub nie odnotowywali w dokumentacji medycznej) wartości współczynnika BMI jako symptomu choroby otyłościowej – lekarze AOS wyjaśnili m.in.:

³⁹ Losowy dobór próby pacjentów, u których stwierdzono występowanie choroby E.66. Analizą objętą 12 kart historii chorób mężczyzn i 8 kart historii chorób kobiet.

⁴⁰ Rozpoznanie otyłości [E.66] jako choroby zasadniczej stwierdzono w dokumentacji medycznej następujących pacjentów (nr): 9242, 248810, 62525, 19385, 22030, 255144, 95905.

⁴¹ Numery dokumentacji medycznej: 22030, 120541.

⁴² Współczynnik masy ciała (Body Mass Index – BMI), obliczany według wzoru $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost [m]}^2$.

⁴³ Numery dokumentacji medycznej: 5031, 155970, 50963.

⁴⁴ Numery dokumentacji medycznej: 5031, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 69187, 95905, 39210, 218459, 120541.

⁴⁵ W aplikacji NIK.

- Wszyscy pacjenci przyjmowani w Poradni Diabetologicznej pierwszorazowo są: ważeni, mierzeni (wzrost, talia) i mają wyliczone BMI (vide system Eskulap – wizyta pierwszorazowa).
- BMI jest wyliczany na pierwszej wizycie oraz przy ustalaniu refundacji 30% dla analogów GLP-1. W codziennej praktyce omawiamy z pacjentem na kolejnych wizytach porównawczo zachowanie się wagi ciała, co praktycznie jest tożsame ze zmianami BMI, a bardziej obrazowo przemawia do pacjenta.
- Zarzut o niewyliczaniu BMI jest nietrafiony. W każdej dokumentacji pacjentów (...) znajdują się informacje (np. w kartach wypisowych) o wzroście i wadze. BMI jako pochodna ww. danych jest obliczana wg prostego wzoru. $BMI = \text{waga} / \text{wzrost}^2$. Nota bene zarzut, że nie wyliczono BMI u pacjenta z wagą 138 kg jest kuriozalny, bo zgodnie z ww. wzorem nieotyły pacjent z taką wagą musiałby mieć około 230 cm wzrostu. BMI nie jest ani uniwersalnym, ani najlepszym, a tym samym koniecznym warunkiem do rozpoznania otyłości.

(akta kontroli str. 303-305, 306-311)

Za najbardziej użyteczny, ale nie jedyny wskaźnik diagnostyczny uznaje się wskaźnik masy ciała (BMI). BMI większe lub równe 25 wskazuje na nadwagę, powyżej 30 mowa jest o otyłości (wskaźnik BMI oblicza się na podstawie wzrostu i wagi ciała)⁴⁶.

Aktualna wiedza medyczna jest to wiedza o sposobach postępowania medycznego, które zostały uznane na podstawie wyników poprawnie przeprowadzonych badań naukowych za rozwiązania optymalne z punktu widzenia bilansu korzyści i ryzyka związanego z ich stosowaniem w danym wskazaniu klinicznym. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe, tj. towarzystwa lekarskie, konsultantów wojewódzkich i krajowych w danej dziedzinie medycyny, grupy robocze i zespoły wydające rekomendacje oraz ich aktualizacje odpowiadające postępowi wiedzy w danej dziedzinie⁴⁷. Zatem lekarze AOS przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych powinni stosować m.in. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości*⁴⁸ lub wytyczne Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością czy Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego.

W dwóch przypadkach rozpoznania otyłości przez lekarzy specjalistów AOS przeprowadzono badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe (oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie oraz pomiar ciśnienia krwi). W przypadku jednej osoby⁴⁹ lekarz odnotował w dokumentacji podjęcie działań w celu leczenia choroby (rozmowy na temat podejmowanych przez nią działań w celu redukcji masy ciała: aktywność fizyczna i sposób odżywiania), a w przypadku drugiej osoby⁵⁰ odnotowano konieczność podjęcia działań w celu redukcji wagi i stosowania diety hipoglikemicznej. U ww. dwóch pacjentów występowały inne choroby (w tym współistniejące)⁵¹. Wizyty w poradniach AOS ww. pacjentów wystąpiły m.in. z powodu symptomów zaburzeń metabolicznych oraz skierowań od innych lekarzy. Pierwsze działania podjęte w związku z wystąpieniem otyłości to: porada dotycząca zdrowego stylu życia oraz zlecenie badań diagnostycznych. Nie odnotowano w dokumentacji medycznej zalecenia skorzystania

⁴⁶ <https://www.gov.pl/web/psse-wlclawek/europejski-dzien-walki-z-otyloscia>.

⁴⁷ Znaczenie standardów postępowania dla odpowiedzialności prawnej lekarza (<http://www.standardy.pl/newsy/id/94>) dostępne na dzień 30 listopada 2022 r.

⁴⁸ https://ptlo.org.pl/aktualnosci/209-pdf_zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_otylosc_2022 na dzień 30.11.2022.

⁴⁹ Numer dokumentacji medycznej: 120541.

⁵⁰ Numer dokumentacji medycznej: 22030.

⁵¹ U pacjenta 22030: cukrzyca insulinoniezależna, kardiomiopatia, migotanie i trzepotanie przedsionków (oraz obecność rozrusznika serca); u pacjenta nr 120541: inne choroby wątroby, inne postacie niedoczynności tarczycy (rozpoznanie zasadnicze – cukrzyca insulinozależna bez powikłań I typu).

z porady psychologa lub zalecenia farmakoterapii. W przypadku jednej osoby w dokumentacji odnotowano informacje dotyczące leczenia specjalistycznego (w innej poradni – endokrynologicznej). Zlecone pacjentom badania diagnostyczne obejmowały m.in.: morfologię krwi, lipidogram, próby wątrobowe, badanie moczu, glukozę, cholesterol, TSH, EKG (i inne).

(akta kontroli str. 246-291)

W 18 przypadkach (z 20) rozpoznanie otyłości nie nastąpiło w okresie objętym kontrolą.

W dokumentacji medycznej 20 pacjentów z rozpoznaniem E.66 (zasadniczym lub współistniejącym) odnotowano informacje o przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego danej osoby. Informacje o dokonaniu analizy nawyków żywieniowych i / lub aktywności fizycznej zamieszczono w dokumentacji wszystkich 20 pacjentów.

U siedmiu pacjentów (z 20), u których rozpoznaniem zasadniczym była otyłość (E.66) w każdym przypadku stwierdzono występowanie chorób współistniejących (najczęściej takich jak: cukrzyca insulinozależna lub insulinoniezależna, samoistne pierwotne nadciśnienie, zaburzenia przemian lipidów, migotanie i trzepotanie przedsionków).

Dokumentacja medyczna, obejmująca etap diagnozowania otyłości, prowadzona była zgodnie z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵² oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵³.

Dokumentacja medyczna poddana analizie była czytelna, prowadzono ją elektronicznie, wpisano rok założenia historii choroby, zachowano numerację kart historii choroby, wpisy były chronologiczne i posiadały autoryzację. W dokumentacji zawarte były numer PESEL i data urodzenia. Informacje o występujących obciążeniach dziedzicznych zawarto w dokumentacji jednego pacjenta. Informacje dotyczące pobytów w szpitalu odnotowano w dokumentacji 10 pacjentów (w tym w jednym przypadku – bariatrycznego). Nie zamieszczono w kartach historii choroby informacji o ewentualnym udostępnianiu dokumentacji⁵⁴. Nie stwierdzono korygowania błędów dokumentacji.

(akta kontroli str. 246-291)

2.2. W Szpitalu nie obowiązywały wytyczne / procedury dotyczące sposobu leczenia otyłości.

Dyrektor, wskazując działania Szpitala zapewniające pacjentom chorym na otyłość kompleksową opiekę, wyjaśnił: *Edukację pacjentów prowadzono podczas wizyty w Poradni Diabetologicznej, Kardiologicznej i Chirurgii Ogólnej poprzez rozmowę i udostępnianie broszur. Szpital na swojej stronie internetowej publikuje informacje dla pacjentów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia. Zachęca pacjentów do korzystania z bezpłatnego portalu „Diety NFZ”, gdzie można znaleźć plany żywieniowe, przykłady zbilansowanych posiłków, listę zakupów i przydatne porady żywieniowe. Promuje także akcję „Środa z Profilaktyką” NFZ, poświęconą profilaktyce chorób i promocji zdrowia. W ramach tej akcji co tydzień publikowane są porady dotyczące zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, żywienia i innych zachowań prozdrowotnych zarówno dla osób zdrowych, jak również w wybranych schorzeniach. (...) Szpital pozyskuje także ulotki i poradniki w zakresie profilaktyki oraz promocji zdrowia, które rozdawane są pacjentom podczas wizyt w poradniach*

⁵² Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm. – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

⁵³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm., które weszło w życie w dniu 15 kwietnia 2020 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁵⁴ W trybie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.).

specjalistycznych, oddziałach szpitalnych oraz podczas akcji profilaktycznych. Część poradników dedykowana jest poszczególnym grupom pacjentów, ze względu na schorzenie.

(akta kontroli str. 16, 20)

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu nie opracowano we własnym zakresie materiałów informacyjnych w zakresie zapobiegania i leczenia otyłości, ponieważ bezpłatnie pozyskuje się takie materiały z różnych stowarzyszeń, fundacji, NFZ, a następnie udostępnia pacjentom.

(akta kontroli str. 305, 306)

Przeprowadzone w Szpitalu oględziny trzech poradni AOS potwierdziły posiadanie stosownych materiałów informacyjnych, w tym obejmujących tematykę porad żywieniowych i aktywności fizycznej (tj. w Poradni Diabetologicznej⁵⁵, Kardiologicznej⁵⁶ i Chirurgii Ogólnej⁵⁷).

(akta kontroli str. 180-220)

W żadnym z 20 analizowanych przypadków lekarze AOS nie leczyli wyłącznie otyłości lub powikłań wynikających z tej choroby. Leczone były głównie choroby z zakresu diabetologii, kardiologii i chirurgii ogólnej. W dwóch przypadkach podjęto aktywne działania w kierunku leczenia otyłości (zastosowanie farmakoterapii; skierowanie na leczenie otyłości pod kierunkiem dietetyka ze względu na planowaną ciążę).

Koordinację leczenia specjalistycznego odnotowano w dokumentacji medycznej 14 pacjentów (głównie diabetologicznego i kardiologicznego). Ponadto czterech pacjentów zostało skierowanych do poradni urologicznej, reumatologicznej, okulistycznej (do pilnej konsultacji dna oka), pulmonologicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz do kliniki torakochirurgii.

Prowadzenie monitoringu stanu zdrowia poprzez zlecenie badań diagnostycznych stwierdzono w dokumentacji 18 pacjentów. Aktualną wiedzę lekarzy na temat stanu zdrowia pacjentów stwierdzono w 17 przypadkach (m.in. z powodu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych tych osób w 2022 r.). Każdy z 20 pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w poradniach AOS podejmował leczenie.

W latach 2020-2022 ww. 20 pacjentów skorzystało ogółem ze 190 wizyt (w 2020 r. – 71, w 2021 r. – 68, w 2022 r. – 51). Przeciętnie przypadało 3,16 wizyty na pacjenta w okresie jednego roku.

⁵⁵ Prawdy i mity na temat statyn i cholesterolu (porady dot. aktywności fizycznej); Żyj aktywnie (porady dot. aktywności fizycznej i żywienia); Dzienniczek samokontroli glikemii dla chorych na cukrzycę (porady dot. aktywności fizycznej i diety); Poradnik dietetyczny dla pacjenta (porady żywieniowe i dot. aktywności fizycznej); Dieta – poradnik dla chorych na cukrzycę (porady dot. aktywności fizycznej i diety); Aktywny senior – bezpieczne ćwiczenia dla osób powyżej 65 r.ż.; Niezbędny diabetyka (porady dot. aktywności fizycznej i diety); Kalkulator wymienników; Jak żyć z cukrzycą – cukrzyca a choroby oczu – posilkuj się skuteczną terapią cukrzycy typu 2.

⁵⁶ Poradnik dla pacjentów z hiperurykemią (obniżamy kwas moczowy) – poradnik zawierał zalecenia dietetyczne; Plan żywieniowy dla pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem; Zalecenia żywieniowe dla osób z nadciśnieniem tętniczym; Prawidłowy lipidogram w praktyce (porady żywieniowe i dot. aktywności fizycznej); Co należy wiedzieć o zawale serca (porady dot. aktywności fizycznej i masy ciała, diety); Paszport pacjenta z niewydolnością serca (porady dot. m.in. kontroli masy ciała); Dzienniczek pomiaru ciśnienia tętniczego (porady dot. m.in. obliczenia wskaźnika BMI); Niewydolność serca (porady dot. m.in. regularnego kontrolowania masy ciała, stosowania diety, nawadniania się, aktywności fizycznej); W trosce o serce – dzienniczek pacjenta z niewydolnością serca (porady dot. m.in. regularnej kontroli masy ciała, stosowania diety, podaży płynów, aktywności fizycznej); Cholesterol i statyny – co należy wiedzieć (porady dot. diety kardioprotekcyjnej, aktywności fizycznej); Serce Wincentego jest ważne (Regularne ćwiczenia są ważne dla pacjentów z dławicą) – porady dotyczące właściwej diety i aktywności fizycznej; Serce Walerii jest ważne (Zmniejszenie poziomu stresu jest ważne dla pacjentów z dławicą) – porady dotyczące właściwej diety i aktywności fizycznej.

⁵⁷ Ćwic na zdrowie (porady dot. aktywności fizycznej); Otyłość u mężczyzn (porady żywieniowe i dot. aktywności fizycznej); Jak cukrzyca wpływa na serce (porady dot. aktywności fizycznej i diety); Prawidłowy lipidogram w praktyce (porady żywieniowe i dot. aktywności fizycznej).

W okresie stanu epidemii COVID-19⁵⁸ i w związku z wprowadzonymi ograniczeniami, w latach objętych kontrolą, spośród ww. liczby wizyt 55 (tj. 29%) stanowiło teleporady (porady lekarskie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), z tego w 2020 r. – 33, w 2021 r. – 18, w 2022 r. – cztery.

W analizowanej dokumentacji medycznej wszystkich 20 pacjentów odnotowano pomiary ciśnienia krwi w latach 2020-2022 (z wyłączeniem wizyt odbywających się w formie teleporady).

Lekarze AOS nie określali w dokumentacji medycznej celów leczenia otyłości, poza incydentalnym wskazywaniem na konieczność redukcji wagi lub zmiany nawyków żywieniowych.

(akta kontroli str. 246-291)

Mimo odnotowania w dokumentacji medycznej 20 pacjentów informacji o rozpoznaniu otyłości E.66⁵⁹, lekarze AOS co do zasady nie podejmowali wszelkich możliwych działań (lub nie odnotowywali tych działań w kartach historii choroby) zmierzających do skutecznego leczenia otyłości, w tym redukcji masy ciała, m.in. poprzez:

a) udzielanie porad żywieniowych (w zakresie diety) i aktywności fizycznej (w przypadku 15 pacjentów⁶⁰, co stanowiło 75%); informacje o udzieleniu ww. porad zamieszczono w dokumentacji 5 pacjentów⁶¹;

b) zalecenie skorzystania z porady dietetyka lub psychologa w celu wspomaganie leczenia otyłości (w przypadku 18 pacjentów⁶², co stanowiło 90%); informacje o udzieleniu ww. porad zamieszczono w dokumentacji dwóch pacjentów⁶³;

c) zalecenie stosowania farmakoterapii w celu redukcji wagi (w przypadku 19 pacjentów⁶⁴, co stanowiło 95%); informacje o ww. zaleceniu (lub propozycji zastosowania farmakoterapii) zamieszczono w dokumentacji medycznej jednego pacjenta⁶⁵;

d) obliczanie współczynnika BMI i monitorowanie wzrostu / spadku współczynnika BMI jako symptomu choroby otyłościowej (w przypadku 18 pacjentów⁶⁶, co stanowiło 90%); informacje o współczynniku BMI zamieszczono w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów⁶⁷;

e) kierowanie pacjentów do leczenia uzdrowiskowego w celu leczenia otyłości lub powikłań z niej wynikających (w przypadku 20 pacjentów⁶⁸, co stanowiło 100%).

(akta kontroli str. 246-291)

⁵⁸ Wprowadzonego w Polsce od 20 marca 2020 r. (obowiązującego do 15 maja 2022 r.; od 16 maja 2022 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2).

⁵⁹ W dokumentacji siedmiu pacjentów informacji o rozpoznaniu otyłości E.66 jako choroby zasadniczej oraz rozpoznaniu otyłości jako choroby współistniejącej u 13 pacjentów.

⁶⁰ Numery dokumentacji medycznej: 5031, 39991, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 6870, 95905.

⁶¹ Numery dokumentacji medycznej: 39991, 69187, 39210, 218459, 120541.

Informacje o dokonaniu analizy nawyków żywieniowych i / lub aktywności fizycznej zamieszczono w dokumentacji wszystkich 20 pacjentów.

⁶² Numery dokumentacji medycznej: 5031, 39991, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 6870, 69187, 95905, 39210.

⁶³ Numery dokumentacji medycznej: 218459, 120541.

⁶⁴ Numery dokumentacji medycznej: 5031, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 6870, 69187, 95905, 39210, 218459, 120541.

⁶⁵ Numery dokumentacji medycznej: 39991.

⁶⁶ Numery dokumentacji medycznej: 5031, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 69187, 95905, 39210, 218459, 120541.

⁶⁷ Numery dokumentacji medycznej: 39991 (w latach 2020-2022), 6870 (w 2022 r.).

⁶⁸ Numery dokumentacji medycznej pacjentów: 5031, 39991, 224173, 9242, 179636, 127034, 248810, 266807, 155970, 50963, 62525, 19385, 22030, 255144, 6870, 69187, 95905, 39210, 218459, 120541. W przypadku pacjenta 39991 – skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawiono w roku 2023 (nieobjętym kontrolą).

W zakresie niepodejmowania lub nieodnotowania działań lekarzy AOS wymienionych w ww. punktach a-e w dokumentacji medycznej pacjentów Dyrektor przekazał wyjaśnienia złożone przez lekarzy, którzy dokumentację tą prowadzili.

(akta kontroli str. 303-305, 306)

Lekarze AOS wyjaśnili m.in.:

- *W trakcie kolejnych wizyt monitorujemy ciśnienie tętnicze i wagę ciała (zaznaczamy przyrost lub spadek); w trakcie każdej wizyty prowadzę ustną edukację dotyczącą żywienia i aktywności fizycznej i staramy się wspólnie znaleźć najlepsze rozwiązanie (pacjenci otrzymują pisemne materiały edukacyjne); włączenie typowego leczenia celem redukcji wagi (flozyna, GLP-1, metformina, zabiegi bariatryczne) jest często ograniczone finansami - chory jest zawsze informowany o takich możliwościach, ale nie zawsze zdąży wpisać to do wizyty; pacjenci, którzy mają uprawnienia do refundacji tych leków zawsze je otrzymują, niestety często z powodu braków w aptece czy złej tolerancji bądź braku spadku wagi przerywają terapię; w ramach wizyty w Poradni Diabetologicznej mam dla każdego pacjenta 15 minut i należy: przeanalizować zapisy glukometru od ostatniej wizyty, rozważyć i zaplanować leczenie, wystawić receptę, umówić kolejny termin wizyty, w trakcie tego prowadzić edukację i odpowiadać na liczne wątpliwości chorego; dysponujemy „wolnym” sprzętem komputerowym i wykonanie każdej operacji zabiera wiele czasu; przeglądając wizyty od 2016 r. (czas działania Eskulap), w co któreś wizycie wpisywałam zalecenia żywieniowe, aktywności fizycznej i propozycje nowych leków, ale mówię o tym na każdej wizycie; po obecnej kontroli przygotuję w pamięci systemu formuły edukacyjne, zalecenia i odmowy leczenia i będę je kopiować do każdej wizyty.*
- *Motywacja do zmiany stylu życia jest nieodłączną częścią każdej wizyty u diabetologa i porady odnośnie diety oraz aktywności fizycznej adekwatnej do wieku, stanu zdrowia i stopnia otyłości odbywają się podczas każdej wizyty zarówno w gabinecie pielęgniarki edukacyjnej (wykonującej m.in. pomiary antropometryczne), jak i w gabinecie lekarskim; informację o edukacji umieszczamy w formie pisemnej jedynie na pierwszej wizycie; skierowania na porady dietetyczne zwykle pacjenci otrzymują na wizycie pierwszorazowej, a ponadto profesjonalna edukacja dietetyczna jest proponowana – wobec braku redukcji masy ciała – podczas badania podmiotowego; z badania podmiotowego wynika również sugestia zwrócenia się po poradę psychologiczną; z uwagi na ograniczony czas wizyty nie wszystkie ww. działania są odnotowywane w dokumentacji; po uwagach kontrolnych myślę, że trzeba będzie do szablonu wizyty wprowadzić opis stosunku pacjenta do proponowanych działań; farmakoterapia otyłości w oparciu o analogi GLP-1 została zastosowana u pacjentów w historii 69187 i 39991 dopiero wówczas, gdy uzyskali oni wskazanie do refundacji 30%; dla większości pacjentów 100% (odpłatności) stanowi barierę ceny; farmakoterapii otyłości nie zaleca się również kobietom z cukrzycą typu 1 w okresie prokreacyjnym – bez pewnej antykoncepcji; w przypadku pacjenta 39991 było wystawione skierowanie na leczenie uzdrowiskowe; młodszy pacjenci z otyłością (aktywni zawodowo, z małymi dziećmi) świadomie nie wybierają leczenia sanatoryjnego – być może należałoby odnotowywać taką propozycję w historii choroby.*
- *Nieodnotowanie w dokumentacji medycznej wymienionych w podpunktach a-d działań wynika z ich, w większości, banalności (np. nie każdy pacjent może być skierowany na leczenie uzdrowiskowe, stwierdzenie otyłości nie zawsze wymaga wyliczenia indeksu BMI, pacjenci podejmujący próbę leczenia farmakologicznego wyczerpali możliwości dietetyczne, itp.); po analizie dokumentacji nasuwają się następujące spostrzeżenia: pacjent 5031 to osoba lat 86, po operacji zastawki*

aortalnej, z cukrzycą typu 2, po przebytej urosepsie – jakie zalecenia dotyczące aktywności fizycznej miałyby się znaleźć w dokumentacji?; pacjent 155970 to osoba o napadowym migotaniu przedsionków i cukrzycą typu 2 – czy pacjenci leczeni diabetologicznie nie mają do znudzenia powtarzanej edukacji w zakresie zasad zdrowego odżywiania?; pacjent 5963 to osoba po operacji bariatrycznej, do której wykonania są rygorystyczne i ściśle określone wymagania, m.in. konsultacje psychologa - czy wpisywanie ww. danych nie byłoby dublowaniem dokumentacji?; czy wpisywanie trywialnych i oczywistych dla każdego klinicysty spostrzeżeń jest rzeczą nadrzędną, czy może marnowaniem czasu, który mógłby być przeznaczony na uważne wysłuchanie i zbadanie pacjenta?; umieszczanie przez lekarza w dokumentacji wszystkich wymienionych danych (często zwyczajnie zbędnych) skutkowałoby bezproduktywnym wydłużeniem wizyty, spadkiem jakości leczenia i wydłużaniem i tak długiego okresu oczekiwania na kolejne wizyty; spostrzeżenie takie dotyczy oczywiście wszelkich rodzajów wizyt i jest bólem większości porad lekarskich. Jednocześnie nieodnotowanie ww. działań w dokumentacji medycznej, jak słusznie zauważono, może ale w żaden sposób nie przesądza o niepodjęciu ww. działań i jako takie nie może służyć do stawiania jakichkolwiek zarzutów.

(akta kontroli str. 306-311)

Lekarz AOS miał obowiązek m.in. rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością⁶⁹ (art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁰). Zobowiązany był prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej. Według § 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania, zalecenia, informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach. W dokumentacji indywidualnej pacjenta odnotowuje się również fakt wydania dokumentacji indywidualnej zewnętrznej (§ 2 ust. 5 ww. rozporządzenia).

Na podstawie § 2 ust. 2 pkt 1-4 zarządzenia nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia specjalistyczne obejmują również: 1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne gwarantowane zgodnie z przepisami (...); 2) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą; 3) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych; 4) wykonywanie badań profilaktycznych.

Okres objęty kontrolą, tj. lata 2020-2022, pokrywał się w większości z okresem stanu epidemii COVID-19⁷¹ i występowania wielu ograniczeń w świadczeniu usług zdrowotnych.

⁶⁹ Za należytą staranność NIK przyjmuje stan, gdy lekarze AOS przeprowadzali analizy stanu zdrowia pacjentów oraz podejmowali na podstawie ich wyników działania zmierzające do leczenia u osób dorosłych otyłości lub jej powikłań. Za prawidłowe NIK uznaje działania lekarzy AOS, gdy w celu wyleczenia pacjenta z otyłości również podejmowali starania zmierzające do redukcji masy ciała pacjenta.

⁷⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm., dalej: ustawa o zawodach lekarza i dentystry.

⁷¹ Wprowadzonym w Polsce od 20 marca 2020 r. (obowiązującym do 15 maja 2022 r.; od 16 maja 2022 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2).

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 kryzysowych⁷² nie wyłączyła jednak stosowania przepisów określających obowiązki lekarza AOS, o których była mowa powyżej, w szczególności dotyczących wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej.

W żadnej z 20 analizowanych dokumentacji medycznych pacjentów⁷³ nie stwierdzono zapisów wskazujących na realizację obowiązku, o którym mowa w § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁴, tj. przekazywania lekarzowi kierującemu na leczenie specjalistyczne lub lekarzowi POZ informacji o wdrożonym leczeniu, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 246-291)

W Szpitalu wprowadzono obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej⁷⁵ Zarządzeniem nr 137/2018 Dyrektora Szpitala z 10 października 2018 r. dla każdego nowo przyjętego pacjenta: od 15 października 2018 r. pilotażowo – w wybranych medycznych komórkach organizacyjnych, od 5 listopada 2018 r. we wszystkich komórkach medycznych. Obowiązek ten dotyczył dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej (§ 2 ust. 1 ww. Zarządzenia). W okresie objętym kontrolą prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (dalej: EDM) uregulowano w „Instrukcji dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej w programie (...)” stanowiącej załącznik do Zarządzenia nr 12/2019 Dyrektora Szpitala z 28 stycznia 2019 r. (zmieniającego ww. Zarządzenie z 10 października 2018 r.).

Według części VII ust. 4 pkt b ww. Instrukcji – EDM stanowiła informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej (lub leczenia szpitalnego) o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. W Instrukcji podano także sposób wygenerowania EDM w systemie elektronicznym.

(akta kontroli str. 317-323)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Niezależnie od udzielonych wcześniej wyjaśnień i przekazanych informacji chcę zwrócić uwagę na niezaprzeczalny fakt, iż okres kontroli NIK dotyczy warunków pracy naszego Szpitala i poradni AOS w czasie epidemii COVID-19. Cały system ochrony zdrowia, w szczególności szpitali, był ukierunkowany na walkę z epidemią i jej skutkami. W latach 2020-2022 odwoływano lub przekładano na terminy późniejsze realizację szeregu świadczeń zdrowotnych, w tym nawet ważnych nie tylko dla zdrowia ale i życia pacjentów. Wiele świadczeń / wizyt wykonywano też w AOS w formie teleporady. Stąd też leczenie pacjentów, u których zdiagnozowano otyłość (E.66) jako chorobę zasadniczą lub współistniejącą, pod kątem innych świadczeń niż z zakresu diabetologii, kardiologii czy chirurgii ogólnej (w kontrolowanych przez NIK poradniach specjalistycznych), nie miało w tym okresie charakteru priorytetowego. Ponadto Szpital nasz nigdy nie specjalizował się w leczeniu otyłości i realizował zadania bez szczególnego ukierunkowania na tą jednostkę chorobową (E.66).*

(akta kontroli str. 324)

⁷² Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.; dalej: ustawa covidowa.

⁷³ Wszyscy pacjenci, których dokumentację medyczną badano objęci byli okresowym monitorowaniem, a niektórym z nich dokonywano zmiany leczenia (np. zmiany leków lub dawkowania).

⁷⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm. Dalej: rozporządzenie MZ w sprawie ogólnych warunków umów.

⁷⁵ Wdrożenie systemu elektronicznego rozpoczęło się od 2016 r. i trwało cztery lata.

Umowy zawarte z NFZ na lata 2020-2022 w żaden szczególny sposób nie odnosiły się do leczenia nadwagi i otyłości.

(akta kontroli str. 160-179)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W dokumentacji medycznej 20 pacjentów (100% próby), prowadzonej przez trzech lekarzy AOS, brak było wpisów o przekazywaniu lekarzowi kierującemu do leczenia specjalistycznego / lekarzowi POZ informacji o wdrożonym leczeniu. Brak odnotowywania w dokumentacji medycznej pacjentów realizacji ww. obowiązku świadczy o nierzetelnym jej prowadzeniu, a dodatkowo wskazuje na możliwość niewykonywania obowiązku informacyjnego.

(akta kontroli str. 246-291)

Na podstawie § 12 ust. 4 rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów lekarz AOS zobowiązany jest przekazywać lekarzowi kierującemu do leczenia specjalistycznego lub lekarzowi POZ⁷⁶ informację o wdrożonym leczeniu, tj. o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Według § 12 ust. 5 pkt 1 ww. rozporządzenia MZ informację tą lekarz AOS jest obowiązany przekazać lekarzowi nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia.

Na podstawie § 36 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi: 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby; 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4 i 6-8. Według § 2 ust. 4 pkt 6 ww. rozporządzenia MZ – informacja (dla lekarza kierującego / lekarza POZ do poradni specjalistycznej) jest dokumentacją indywidualną zewnętrzną. Zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia dokumentacja ta jest przekazywana przez podmiot, który ją wytworzył za pomocą środków komunikacji elektronicznej w terminie 7 dni od dnia jej wytworzenia, a w przypadku gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają jej przekazanie drogą elektroniczną, dokumentacja przekazywana jest w postaci papierowej. Natomiast § 2 ust. 5 tego rozporządzenia stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

Ponadto według § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej⁷⁷ informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej (o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych) jest elektroniczną dokumentacją medyczną.

⁷⁶ Tj. lekarzowi, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

⁷⁷ Dz.U. z 2021 r. poz. 1153, ze zm..

Taki sam zapis zawarto w „Instrukcji dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej w programie (...)” stanowiącej załącznik do Zarządzenia nr 12/2019 Dyrektora Szpitala z 28 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 317-323)

Dyrektor wyjaśnił, że upoważnił do odpowiedzi wyznaczonych lekarzy, którzy udzielali świadczeń AOS i pod których nadzorem dokumentacja była tworzona. Lekarze wyjaśnili m.in., że:

- *Wszyscy pacjenci przyjmowani w Poradni Diabetologicznej pierwszorazowo (...) otrzymują informacje dla lekarza POZ o podjętych działaniach (vide system Eskulap - wizyta pierwszorazowa); (...) informacja dla lekarza POZ jest widoczna w systemie tylko przy danej wizycie i najczęściej przy zmianie sposobu leczenia; ponadto nie zawsze jest możliwość wystawienia na określonym druku, więc drukuje się daną wizytę (problemy informatyczne).*
- *W Poradni (Diabetologicznej) pracujemy w programie Eskulap, korzystając ze sprzętu komputerowego, którego możliwości operacyjne są „bardzo wolne”, stąd często nie korzystamy z formularza pt. „Informacja dla lekarza POZ”, tylko po prostu drukujemy wizytę w formie karty informacyjnej, którą zawsze przekazujemy pacjentowi, gdy modyfikujemy / wprowadzamy zmianę terapii; takie postępowanie skraca czas reakcji systemu komputerowego i pozwala optymalniej wykorzystać czas porady lekarskiej – 15 minut; z formularza „Informacja dla lekarza POZ” zwykle korzystamy jedynie podczas wizyty pierwszorazowej.*
- *Twierdzenie, że lekarze POZ (...) nie otrzymali informacji wymaganej wg § 12 pkt 4 rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów (...) nie jest prawdziwe. Każdy pacjent otrzymuje informacje o wdrożonym leczeniu za każdym razem, jeśli ulega ono zmianie, lecz nie rzadziej niż co 12 miesięcy. (...) Nadmieniam, że paragraf 12 pkt 4 rozporządzenia nakładając ww. obowiązek nie zobowiązuje lekarza AOS do udokumentowania wydania zaświadczenia w dokumentacji medycznej pacjenta.*

(akta kontroli str. 303-304, 306-307, 309-310)

NIK zauważa, że obowiązek informacyjny, o którym mowa w powyższych przepisach, dotyczy wszystkich pacjentów / świadczeniobiorców objętych leczeniem specjalistycznym wymagających okresowego monitorowania lub zmiany leczenia, w tym w okresie dłuższym niż 12 miesięcy, a nie jedynie pacjentów, u których wykonuje się tzw. świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe⁷⁸. Ponadto informacja ta ma być przekazywana lekarzowi kierującemu / lekarzowi POZ w sposób elektroniczny, w określonym terminie, a wyłącznie problemy organizacyjno-techniczne uzasadniają jej przekazanie (lekarzowi) w postaci papierowej. Informacja ta nie stanowi „zaświadczenia” i przepisy nie obligują do jej przekazywania pacjentowi.

Brak potwierdzenia realizacji obowiązku informacyjnego w sposób określony przepisami oraz wewnętrznymi regulacjami Szpitala świadczy o niedostatecznym nadzorze osób odpowiedzialnych za prawidłowe wykonywanie zadań Szpitala w zakresie AOS.

OCENA CZĄSTKOWA

W dokumentacji medycznej pacjentów nie odnotowano większości działań zmierzających do zdiagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych, jednakże lekarze wyjaśnili, że działania były w tym zakresie prowadzone. W dwóch przypadkach (z 20 analizowanych) podjęto aktywne działania w kierunku leczenia otyłości. Mimo, że lekarze AOS analizowali stan zdrowia pacjentów, zlecali wykonywanie różnych badań diagnostycznych, leczone były głównie choroby z zakresu diabetologii, kardiologii

⁷⁸ O których jest mowa w zarządzeniu nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w § 2 ust. 1 pkt 8 i pkt 34).

i chirurgii ogólnej, co było częściowo uzasadnione charakterem zadań kontrolowanych poradni specjalistycznych.

W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowość polegającą na braku potwierdzenia realizacji obowiązku przekazywania lekarzowi kierującemu na leczenie specjalistyczne informacji o wdrożonym leczeniu przez lekarzy AOS. Świadczy to o niedostatecznym nadzorze osób odpowiedzialnych za prawidłowe wykonywanie zadań Szpitala w zakresie AOS.

Mając na uwadze, iż okres objęty kontrolą, tj. lata 2020-2022, pokrywał się w większości z okresem stanu epidemii COVID-19 i występowania wielu ograniczeń w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, NIK odstąpiła od sformułowania nieprawidłowości dotyczącej niepodjęcia (lub braku odnotowywania w dokumentacji medycznej) wszelkich możliwych działań zmierzających do skutecznego diagnozowania i leczenia otyłości.

IV. 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) Określić w regulaminie organizacyjnym Szpitala zadania poradni specjalistycznych.
- 2) Wskazać w regulaminie organizacyjnym Szpitala prawidłowe miejsce / lokalizację udzielania świadczeń Poradni Diabetologicznej.
- 3) Zapewnić realizację obowiązku przekazywania lekarzom kierującym na leczenie specjalistyczne informacji o wdrożonym leczeniu przez lekarzy AOS.

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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków 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.

Szczecin, dnia 24 maja 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

Kontroler:
Sylwia Krawczyk
Doradca ekonomiczny

Z up.

p.o. Wicedyrektor Delegatury