



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.014.01.2020

Edward Hartwich
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
ul. Chodkiewicza 44
85-667 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/079 Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi
wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Edward Hartwich, Dyrektor, powołany 1 października 2016 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. 2. Skuteczność diagnozowania i leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2020 (I kwartał) z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie ³ .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Mikołaj Rumiński, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/161/2020 z 15 września 2020 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: „WSD”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Czynności kontrolne w jednostce zakończono 13 listopada 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Funkcjonujące w WSD rozwiązania zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Prawidłowe były działania jednostki w zakresie oceny i poprawy funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych, zatrudnienia lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach oraz bieżącej analizy kosztów prowadzonej działalności. Realizując świadczenia specjalistyczne lekarze skutecznie podejmowali działania zmierzające do diagnozowania i leczenia dzieci i młodzieży. Pacjentów obejmowano opieką, w ramach której udzielano świadczeń lekarskich, porad dietetycznych, przeprowadzano niezbędne badania diagnostyczne, a także w razie potrzeby zapewniano wsparcie psychologiczne. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo. W WSD lecząc pacjentów z rozpoznaniem otyłości spowodowanej nadmierną podażą energii nie stosowano farmakoterapii. Dążono do redukcji masy ciała poprzez trwałą zmianę nawyków żywieniowych. Służyły temu konsultacje dietetyczne oraz kluczowe w tym procesie podtrzymywanie motywacji i działania edukacyjne dotyczące produktów żywnościowych i roli aktywności fizycznej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: realizacji świadczeń zdrowotnych przez lekarzy niezgodnie z harmonogramem do zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia *Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁶ oraz niespełniania wymogów Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁷ w zakresie czasu pracy poradni chorób metabolicznych.

OBSZAR

1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. W WSD realizowano świadczenia na rzecz dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych⁸. Świadczenia te

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

⁶ Umowa nr 02-00-00769/17-21/B0004/PSZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta 29 września 2017 r. pomiędzy WSD a Narodowym Funduszem Zdrowia - Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim, dalej: „Umowa”.

⁷ W okresie objętym kontrolą obowiązywały:

- od 11 sierpnia 2017 r. do 1 lipca 2018 r. - Zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017 r.,
- od 1 lipca 2018 r. do 1 kwietnia 2019 r. - Zarządzenie Nr 65/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r.,
- od 1 kwietnia 2019 r. do 1 stycznia 2020 r. - Zarządzenie Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r.,
- od 1 stycznia 2020 r. do 31 marca 2020 r. - Zarządzenie Nr 185/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r.;
dalej: „Zarządzenie PSZ”.

⁸ Rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: E03 – Inne postaci niedoczynności tarczycy, E88 – Inne zaburzenia metaboliczne, I10 – Nadciśnienie samoistne (pierwotne), K72 – Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej, E78.0 – Czysta hipercholesterolemia, E78.1 – Czysta hiperglicydemia, E78.2 – Hiperlipidemia mieszana; E66 - Otyłość, E07 – Inne choroby tarczycy, N62 – Przerost sutka, E16.8 – Inne określone zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki, E16.9 – Zaburzenia wewnętrznego wydzielania trzustki, nieokreślone, E34.9 – Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, nieokreślone K76 – Inne choroby wątroby, dalej: „choroby cywilizacyjne”. W dalszej części wystąpienia pokontrolnego będą wykorzystywane kody ICD-10.

były realizowane w ramach sześciu poradni: chorób metabolicznych, endokrynologicznej, kardiologicznej, rehabilitacyjnej, chirurgii dziecięcej oraz ginekologicznej dla dziewcząt⁹. Zakres świadczeń był zgodny ze Statutem¹⁰, Regulaminem Organizacyjnym¹¹ oraz Księgą Rejestrową¹².

W latach 2018-2020 (I kw.) choroby cywilizacyjne zdiagnozowano u 5 515 osób (2 165 w roku 2018, 2 355 w roku 2019, a 995 w I kw. roku 2020) i udzielono w tym czasie 10 197 świadczeń medycznych (4 577 w roku 2018, 4 556 w roku 2019, a 1 064 w I kw. roku 2020). Pacjentów, u których zdiagnozowano otyłość było 1 226 (odpowiednio 502, 526 i 198), a udzielono im w tym czasie 2 146 świadczeń (973, 963 i 210).

Pacjenci w ramach prowadzonej terapii mieli dostęp do świadczeń psychologa i dietetyka. Dietetyk realizował świadczenia w ramach poradni chorób metabolicznych. Ponadto pacjenci poradni endokrynologicznej mieli dostęp do konsultacji dietetycznej. Jak poinformował Dyrektor w razie potrzeby pacjentowi zapewniane było wsparcie psychologa.

WSD stanowił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a podmiotem go tworzącym i sprawującym nadzór było Województwo Kujawsko-Pomorskie. W ramach pionu Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych realizowano zadania z zakresu sprawozdawczości. W jednostce planowano, rozpoznawano i zabezpieczano potrzeby zdrowotne pacjentów dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi, a świadczenia realizowano na oddziałach oraz w poradniach przyszpitalnych. W WSD funkcjonował Zespół ds. Żywienia, w ramach którego m.in. wspierano terapię pacjenta poprzez działania edukacyjne i diagnozę potrzeb żywieniowych pacjenta. Realizowano programy edukacyjne oraz edukacyjno-lecznicze.

(akta kontroli str. 5-10, 12, 14, 52, 69-70, 106-116, 236-237, 259-264, 277-283, 286)

W WSD analizowano istniejące rozwiązania diagnostyczno-lecznicze oraz administracyjno-gospodarcze dążąc do poprawy funkcjonowania podmiotu. Służyły temu: wdrożenie zasad ISO 9001:2015¹³ oraz uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Ministra Zdrowia¹⁴, przeprowadzanie audytów wewnętrznych, analiza skarg oraz ocena realizacji umowy. Jak wyjaśnił Dyrektor wdrożone rozwiązania w obszarze opieki ambulatoryjnej polegały m.in. na: poprawie warunków lokalowych i sprzętowych, przeprowadzeniu szkoleń pracowniczych, wdrożeniu nowego systemu komputerowego z zakresu gospodarki lekowej oraz aktualizacji procedur.

(akta kontroli str. 471, 475-480)

1.2. Świadczeń zdrowotnych w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na rzecz osób z chorobami cywilizacyjnymi według stanu na 31 grudnia 2018 r. udzielało 25 lekarzy, a według stanu na 31 grudnia 2019 oraz 31 marca 2020 r.

⁹ Poradnia rehabilitacyjna funkcjonowała w oparciu o umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH), a pozostałe w oparciu o umowę w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego (PSZ).

¹⁰ Statut nadany uchwałą Nr XVII/318/12 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 30 stycznia 2012 r., (do tekstu pierwotnego wprowadzono sześciokrotnie zmiany w latach 2012-2017) http://www.bjp.wsd.org.pl/?cid=135&bjp_id=34 – dostęp dnia 1 października 2020 r.

¹¹ Tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego wprowadzono Zarządzeniem nr 62/2017 Dyrektora WSD z dnia 7 listopada 2017 r. W okresie objętym kontrolą regulamin został zmieniony Zarządzeniami nr 38/2018 z dnia 26 czerwca 2018 r., nr 13/2019 z dnia 28 lutego 2019 r. oraz nr 39/2019 z dnia 1 lipca 2019 r.

¹² Księga rejestrowa prowadzona przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego nr 000000002215.

¹³ Data pierwszej certyfikacji wg norm ISO to 17 października 2007 r.

¹⁴ Certyfikat nr 32/2017 ważny był w okresie od 16 października 2017 r. do 16 października 2020 r.

27 lekarzy¹⁵. Szczegółowa analiza dokumentacji osobowej dziesięciu lekarzy¹⁶ wykazała, że posiadali oni właściwe kwalifikacje¹⁷, w tym odpowiednią dla danego rodzaju świadczeń specjalizację. Dwóch lekarzy dodatkowo, zgodnie z wymogami, posiadało oprócz specjalizacji, co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy na oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego. Wszyscy lekarze posiadali specjalizację z pediatrii, a pięciu dodatkowo specjalizację¹⁸. Lekarze podwyższali kwalifikacje uczestnicząc w szkoleniach i konferencjach, w tym z zakresu pediatrii oraz zaburzeń metabolicznych. Jednak żaden z nich nie posiadał certyfikatu umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia otyłości wydanego przez Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością.

Świadczenia zdrowotne nie były realizowane zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do Umowy. Szczegółowe informacje zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Poradnia chorób metabolicznych nie spełniała wymogów w zakresie godzin pracy, tj. czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia. Szczegółowe informacje zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 225-232, 233-234, 293, 295-314, 412-418,)

1.3. WSD realizował świadczenia na rzecz dzieci i młodzieży z chorobami cywilizacyjnymi w ramach ryczału w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ). Z przyjętej konstrukcji finansowania świadczeń w poradniach wynikało, że poszczególne zakresy świadczeń nie miały określonego odrębnego poziomu finansowania. Wartość ryczału, w skład którego wchodziły przedmiotowe świadczenia, w latach 2018 - 2020 (I kw.) wyniosła odpowiednio 48 355,3 tys. zł; 56 416,6 tys. zł oraz 15 104,1 tys. zł. Jak wskazał Dyrektor, WSD ustalał i analizował koszty udzielanych świadczeń. Średnie koszty punktów¹⁹ i porad w czterech poradniach, tj.: chorób metabolicznych, endokrynologicznej, kardiologicznej oraz ginekologicznej dla dziewcząt kształtowały się na podobnym poziomie – koszt porad to średnio 103,65 zł w 2018 r. i 119,65 zł w 2019 r., a koszt punktu to średnio 1,36 zł w latach 2018-2019. W poradni chirurgii dziecięcej koszt porady był inny i wynosił 68,87 zł w 2018 r. i 82,54 zł w 2019 r., a koszt punktu wynosił 1,58 zł w roku 2018 i 1,63 zł w roku 2019.

Liczba wykonanych punktów łącznie w powyższych poradniach w roku 2018 wyniosła 1 844,5 tys., a w 2019 - 2 053 tys., co stanowiło wzrost o 208,5 tys., tj. o 11,3%. Koszty wyniosły odpowiednio 2 570,9 tys. zł oraz 2 851 tys. zł i wzrosły o 10,9%. Liczba porad w tym okresie wzrosła o 3,2%.

¹⁵ W poradni chorób metabolicznych (dwóch), endokrynologicznej (pięciu), kardiologicznej (siedmiu), chirurgii dziecięcej (według stanu na 31 grudnia 2018 r. dziewięciu, a według stanu na 31 grudnia 2019 r. i 31 marca 2020 r. - 11) oraz ginekologicznej dla dziewcząt - dwóch.

¹⁶ Wszystkich lekarzy poradni endokrynologicznej (pięciu) oraz poradni chorób metabolicznych (dwóch) oraz wybranych lekarzy poradni kardiologicznej (trzech).

¹⁷ WSD prowadząc poradnie przyszpitalne stosował wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.), dalej: „Rozporządzenie AOS”, na podstawie Art. 95m ust. 10 pkt. 1 lit. A ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.) w związku z delegacją z art. 31d tej ustawy. Rozporządzenie AOS szczegółowo określało kwalifikacje wymagane od lekarza realizującego świadczenia.

¹⁸ Jeden posiadał specjalizację z kardiologii dziecięcej, dwóch z endokrynologii, jeden z endokrynologii, a także z endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Ponadto jeden z lekarzy w 2019 r. ukończył specjalizację z endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

¹⁹ Zgodnie z definicją punktu zawartą w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Zarządzenie 62/2016/DSOZ; 22/2018/DSOZ; 88/2019/DSOZ oraz 182/2019/DSOZ).

(akta kontroli str. 117-123, 146, 172, 200, 287-289, 291-292)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Świadczenia zdrowotne²⁰ realizowano niezgodnie z załącznikiem nr 2 „Harmonogram - zasoby”²¹ do Umowy, w ten sposób, że:

- a. dwóch z dziesięciu lekarzy wykazywanych w Umowach nie realizowało świadczeń. W przypadku każdego z lekarzy dotyczyło to jednego z analizowanych miesięcy.
- b. dziewięciu z dziesięciu lekarzy wykazywanych w umowach realizowało świadczenia niezgodnie z harmonogramem, tj. w wymiarze czasu pracy innym niż wykazany w potencjale. Dotyczyło to łącznie realizacji świadczeń w 17 analizowanych miesiącach.

Zgodnie z § 2 Umowy, świadczenia gwarantowane udzielane miały być przez osoby wymienione w harmonogramie oraz zgodnie z harmonogramem pracy w nim ujętym. Obowiązek realizacji świadczeń zgodnie z harmonogramem wynika również z § 6 ust. 1 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”²² do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Harmonogram zawiera dane o potencjale wykonawczym, którym WSD zobowiązał się dysponować, stanowiąc w szczególności wykaz osób realizujących świadczenia w określonym ściśle czasie i miejscu. Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 9 Umowy WSD był zobowiązany do bieżącej aktualizacji danych o swoim potencjale przeznaczonym do realizacji umowy. Z kolei § 6 ust. 2 OWU zobowiązywał do zgłaszania w harmonogramie zmian dotyczących osób realizujących świadczenia najpóźniej w dniu poprzedzającym powstanie zmiany, a w sytuacjach losowych niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str. 117-123, 165-168, 195-198, 225-232, 412-418)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła m.in., że nie jest zasadne wprowadzanie wszystkich zmian jakie występują w harmonogramie pracy personelu. Zmiany związane z organizacją pracy poszczególnych lekarzy (urlopy, nieobecność losowa spowodowana chorobą) nie są wprowadzane w umowie. Nieobecności lekarzy nie wpływały na dostępność do świadczeń, gdyż pacjentom zapewniano opiekę innych specjalistów. Zwiększony czas pracy lekarzy wynikał z realizacji świadczeń pilnych.

(akta kontroli str. 350-352, 485-488)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z przywołanymi wyżej regulacjami WSD zobowiązany był realizować świadczenia zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ²³ oraz na bieżąco aktualizować dane o swoim potencjale przeznaczonym do realizacji umowy.

2. Poradnia chorób metabolicznych²⁴ w miesiącach grudzień 2018 r. i 2019 r. nie spełniała wymogów Zarządzenia PSZ²⁵, co do godzin jej otwarcia. Zgodnie z § 10

²⁰ Analizie poddano dane z realizacji pracy dziesięciu lekarzy w miesiącach grudzień 2018 r. i 2019 r. oraz marzec 2020 r.

²¹ Dalej: „harmonogram”.

²² Dalej: „OWU”.

²³ Dalej: „OW NFZ”.

²⁴ Analizie poddano harmonogramy pracy w miesiącach grudzień 2018 r. i 2019 r. oraz marzec 2020 r.

ust. 1 i 3 tego Zarządzenia czas pracy poradni przyszpitalnej powinien obejmować co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo (łącznie), a ewentualne skrócenie czasu pracy poradni wymagało zgody Dyrektora OW NFZ, tymczasem według harmonogramów poradnia była czynna pięć razy w tygodniu, ale jej łączny czas funkcjonowania wynosił 7,5 godziny. Ponadto, jak wykazało badanie harmonogramów pracy w miesiącach grudzień 2018 r. i 2019 r., faktyczny czas pracy poradni²⁶ był w badanym okresie zmienny i wynosił od 7 godz. 35 minut²⁷ do 11 godz. 55 minut²⁸ tygodniowo, a lekarz przyjmował od jednego do pięciu razy w tygodniu w zależności od analizowanego okresu.

(akta kontroli str. 226-227, 233-234, 412-414)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że ograniczony czas pracy lekarzy wynikał z braku specjalistów leczących choroby metaboliczne i posiadano zgodę na skrócenie czasu pracy poradni.

(akta kontroli str. 347-352)

NIK zauważa, że w przypadku, gdy WSD nie był w stanie zapewnić otwarcia poradni w odpowiedniej liczbie godzin powinien niezwłocznie zgodnie z § 10 ust. 3 Zarządzenia PSZ wystąpić o zgodę na jej skrócenie. O taką zgodę wystąpiono ostatecznie dopiero w dniu 3 marca 2020 r., choć poradnia nie spełniała wymogów już wcześniej. Wskazać należy również, że Dyrektor OW NFZ wyraził zgodę na tę zmianę w piśmie z dnia 11 marca 2020 r., doręczonym WSD 18 marca 2020 r.

(akta kontroli str. 233-234, 465)

OCENA CZĄSTKOWA

Funkcjonujące rozwiązania zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z chorobami cywilizacyjnymi. WSD prowadził analizy kosztów realizowanych świadczeń, zapewnił lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach, a także podejmował działania zmierzające do oceny i poprawy funkcjonujących rozwiązań podmiotu pod względem leczniczo-diagnostycznym oraz administracyjno-gospodarczym. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły realizacji świadczeń zdrowotnych przez personel niezgodnie z harmonogramem, co naruszało § 6 ust. 1 OWU i § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Umowy oraz niezgodności czasu pracy poradni chorób metabolicznych z wymogami określonymi w § 10 Zarządzenia PSZ.

OBSZAR

2. Skuteczność diagnozowania i leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych

Opis stanu faktycznego

2.1. Kontrolą objęto dokumentację medyczną 20 pacjentów poradni endokrynologicznej. W 14 przypadkach (70%) skierowanie do poradni zostało wystawione przez lekarza POZ²⁹, a w sześciu - pacjentów skierowano ze szpitala, w tym czterech z WSD. W 12 przypadkach lekarz kierujący do poradni, jako przyczynę konsultacji specjalistycznej podał potrzebę *obserwacji medycznej i ocenę przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne*³⁰, w siedmiu *otyłość*³¹, a w jednym *przerost sutka*³².

²⁵ Wymogi określał § 10 Zarządzenia PSZ.

²⁶ Czas pracy poradni rozumiany jako czas pracy lekarza udzielającego świadczeń.

²⁷ W tygodniu 10-14 grudnia 2018 r.

²⁸ W tygodniu 9-13 oraz 16-20 grudnia 2019 r.

²⁹ Lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.), dalej: „lekarz POZ”.

³⁰ Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: Z03.

Lekarze WSD prowadzili działania w celu zdiagnozowania przyczyn zaburzeń metabolicznych. W 19 przypadkach na 20 lekarze zlecieli badania diagnostyczne. W siedmiu przypadkach pacjenci okazali przy pierwszej wizycie wyniki wcześniej zleconych badań. W jednym przypadku stanowiło to podstawę do nieskierowania na dodatkowe badania, a pacjent przerwał leczenie. Zakres badań był różnicowany, w zależności od określanych przez lekarza potrzeb pacjenta. W trzech przypadkach w celu przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki wystawiono skierowanie do szpitala.

We wszystkich badanych przypadkach u pacjentów rozpoznano otyłość spowodowaną nadmierną podażą energii³³. W pięciu przypadkach poza rozpoznaniem głównym wskazano także rozpoznanie dodatkowe³⁴.

W poradniach dokumentowano proces leczniczy pacjenta prowadząc indywidualną dokumentację medyczną. Wpisy były czytelne, autoryzowane i prowadzone w porządku chronologicznym. Przy wydruku historii choroby prowadzonej w wersji elektronicznej, strony były numerowane. Dokumentacja zawierała rozpoznanie wraz z kodem według klasyfikacji ICD-10.

(akta kontroli str. 423-463)

Lekarze realizując świadczenia dążyli do redukcji masy ciała pacjenta poprzez udzielanie porad w zakresie zdrowego stylu życia oraz kierowanie na konsultacje do dietetyka WSD. Ponadto, jak wskazał Dyrektor, w razie stwierdzenia u pacjenta symptomów depresji, a nawet braku motywacji do odchudzania wdrażane było wsparcie psychologiczne. W procesie leczniczym podejmowano działania edukacyjne i motywujące pacjenta poprzez zastosowanie karty samokontroli diety oraz udostępnienie materiałów informacyjnych dotyczących diet, zawierających m.in. propozycje posiłków, listę dozwolonych i przeciwwskazanych produktów i potraw, a także wskazanie pozytywnej roli aktywności fizycznej. Jak wyjaśnił Dyrektor, brak wyodrębnienia porady dietetycznej i niezależnego jej finansowania negatywnie wpływa na proces leczniczy. Zatrudnienie dietetyka stanowi dodatkowe obciążenie finansowe, dlatego część świadczeniodawców z tego rezygnuje. Dzieje się tak pomimo pozytywnego wpływu porad dietetycznych na proces leczenia otyłości i innych schorzeń wymagających leczenia żywieniowego. Wprowadzenie odrębnie finansowanej porady dietetycznej miałoby pozytywny skutek dla pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia.

Lekarze w analizowanych przypadkach nie kierowali pacjentów do sanatoriów i uzdrowisk, co zdaniem WSD wynikało z faktu, że leczenie uzdrowiskowe wdrażane jest na dalszym etapie leczenia z uwagi na lepsze rezultaty terapeutyczne, a analizowane przypadki dotyczyły pacjentów, u których rozpoznano otyłość w okresie objętym kontrolą i był to wczesny etap leczenia. W żadnym z analizowanych przypadków czas trwania leczenia nie przekroczył 12 miesięcy i m.in. z tego powodu, lekarze nie przekazywali lekarzom POZ informacji na temat leczenia specjalistycznego.

³¹ W czterech przypadkach zdiagnozowano otyłość spowodowaną nadmierną podażą energii (ICD-10: E66), w dwóch przypadkach otyłość, nieokreśloną (ICD-10: E66.9), a w jednym przypadku inne postacie otyłości (ICD-10: E66.8).

³² Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: N62.

³³ Rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: E66.

³⁴ W trzech przypadkach były to: *choroby tarczycy inne* (ICD-10: E07) i po jednym przypadku: *Zespół Ehlersa-Danlosa* (ICD-10: Q79.6) oraz *zaburzenia wewnętrzwydzielnicze, nieokreślone* (ICD-10: E44.9).

Nie było możliwe dokonanie oceny poprawy stanu zdrowia pacjenta, ponieważ w 13 na 20 przypadków przerwano leczenie, a w pozostałych dokumentacja medyczna nie zawierała wpisów dotyczących poprawy stanu pacjenta.

(akta kontroli str. 247-258, 259-283, 286-287, 423-463)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W WSD podejmowano skutecznie działania zmierzające do diagnozowania oraz leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Pacjentów obejmowano kompleksową opieką, w ramach której udzielano świadczeń lekarskich, porad dietetycznych, przeprowadzano niezbędne badania diagnostyczne, a także w razie potrzeby obejmowano wsparciem psychologicznym. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo. Lecząc pacjentów z rozpoznaniem otyłości spowodowanej nadmierną podażą energii nie stosowano farmakoterapii, a dążono do redukcji masy ciała pacjenta poprzez trwałą zmianę nawyków żywieniowych, czemu służyły konsultacje dietetyczne oraz kluczowe w tym procesie podtrzymywanie motywacji oraz działania edukacyjne obejmujące zarówno informacje dotyczące produktów żywnościowych, jak i roli aktywności fizycznej.

III. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

Realizowanie świadczeń zgodnie z harmonogramem.

Uwagi

Najwyższa Izba kontroli nie formułuje uwag.

IV. 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 Bydgoszczy. 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 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.

Bydgoszcz, 7 stycznia 2021 r.

Kontroler
(-) Mikołaj Rumiński
starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

p.o. Dyrektor
(-) Tomasz Sobecki