



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.007.01.2020

Bartosz Stemplewski

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

al. Tysiąclecia Państwa Polskiego 4, 25-520 Kielce

T +48 41 249 91 00, F +48 41 249 91 05

lki@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Kielcach (dalej: Szpital), ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Stemplewski, Dyrektor Szpitala od 8 maja 2019 r. Uprzednio, od 24 stycznia 2019 r. do 7 maja 2019 r. Bartosz Stemplewski pełnił obowiązki Dyrektora Szpitala. Od 8 lipca 2015 r. do 23 stycznia 2019 r. Dyrektorem Szpitala był Andrzej Domański.
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	2018-2020 (I kwartał) z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych, o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontrolerzy	1. Iwona Rezner, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKI/96/2020 z 15 grudnia 2020 r. 2. Zbigniew Jurkowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/97/2020 z 15 grudnia 2020 r. 3. Barbara Jaros, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/80/2020 z dnia 28 października 2020 r.

(akta kontroli str. 1-9)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Przyjęte w Szpitalu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³ rozwiązania organizacyjne, polegające przede wszystkim na wyodrębnieniu dla dzieci i młodzieży Poradni Diabetologicznej oraz Poradni Endokrynologicznej, a także komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za organizację ich pracy, pozwoliły na zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Szpital zapewnił kadrę medyczną oraz środki finansowe na realizację tych świadczeń. Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że lecząc zaburzenia metaboliczne lekarze podejmowali działania zmierzające do redukcji masy ciała, a nie tylko leczyli powikłania wynikające z otyłości.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości polegały na niedokonaniu aktualizacji danych w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia⁴ w sytuacji, gdy jeden lekarz wykazany do udzielania świadczeń ich nie realizował, a także na nieudokumentowaniu przekazania przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej⁵ wymaganych informacji związanych z leczeniem pacjenta w czterech spośród 20 zbadanych przypadków.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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. Sejmik Województwa Świętokrzyskiego nadał Szpitalowi statut⁶, zgodnie z którym podstawowym celem Szpitala było udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów, a także uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badań powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Według statutu, Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych między innymi w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

(akta kontroli str. 10-14)

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala, do 1 października 2018 r. w skład Wojewódzkiej Przychodni Pediatricznej wchodziły Poradnia Diabetologiczna oraz Poradnia Endokrynologiczna. Od 2 października 2018 r. obydwie poradnie zostały ujęte w strukturze II Kliniki Pediatrii - III Oddział Chorób Dziecięcych Szpitala. Kierownikiem Wojewódzkiej Przychodni Pediatricznej był Rafał Kasica. Kierownikiem II Kliniki Pediatrii - III Oddział Chorób Dziecięcych do 29 lipca 2019 r. była Jolanta Nawrotek. Od 1 sierpnia 2019 r. kierownikiem tej Kliniki jest Elżbieta Skotarczyk-Kowalska. Dyrektor Szpitala ustalił regulamin wewnętrzny komórek organizacyjnych Szpitala, w tym poradni.

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

³ Dalej: AOS.

⁴ Dalej: NFZ. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: umowa z NFZ).

⁵ Dalej: POZ.

⁶ Uchwała nr XXXVIII/545/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z 20 listopada 2017 r.

Do zadań poradni należało udzielanie świadczeń specjalistycznych pacjentom. Do zadań Działu Marketingu Szpitala należało między innymi: prowadzenie ewidencji świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach podpisanych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zbieranie i uzupełnianie danych dotyczących zasobów personalnych i sprzętowych w systemach udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, opracowywanie raportów, zestawień i analiz. Do zadań Działu Kontroli i Analiz Szpitala należało między innymi przeprowadzanie kontroli poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, a także analiza kosztów procedur medycznych.

(akta kontroli str. 31-38)

Organem rejestrowym Szpitala był Wojewoda Świętokrzyski. Ww. poradnie pediatryczne zostały ujęte w księdze rejestrowej. Szpital posiadał akredytację Ministra Zdrowia w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz certyfikat ISO 9001 Systemy zarządzania jakością.

(akta kontroli str. 39-49)

Rozpoznanie zaburzeń metabolicznych wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych (według kodów ICD-10: E66, E07, N62, E03, E16.8, E16.9; E34.9, E78.0, E78.1, E78.2, E88, I10, K72, K76) w poszczególnych latach stwierdzono u ogółem 2152 dzieci i młodzieży, z tego w: 2018 r. – 933, 2019 r. – 906, 2020 (do 31 marca) – 313. Osobom tym udzielono w poszczególnych latach odpowiednio: 1524, 1515 oraz 331 świadczeń, w związku z czym średnia liczba udzielonych świadczeń wyniosła: 1,63 w 2018 r., 1,67 w 2019 r. oraz 1,05 w I kwartale 2020 r.

Najczęściej u dzieci i młodzieży stwierdzono następujące schorzenia:

- E66 – *otyłość* w 1207 przypadkach (2018 r. – 548 osób, tj. 58% wszystkich zaburzeń metabolicznych wynikających z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych; 2019 r. – 494 osoby, tj. 54%; I kwartał 2020 r. – 165, tj. 52%). Schorzenie rozpoznano głównie w Poradni Diabetologicznej (1169 przypadków).
- E03 – *niedoczynność tarczycy* w 718 przypadkach (2018 r. – 268 osób, tj. 29% wszystkich zaburzeń metabolicznych wynikających z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych, 2019 r. – 328 osób, tj. 46% oraz I kwartał 2020 r. – 122 osoby, tj. 39%). Schorzenie rozpoznano wyłącznie w Poradni Endokrynologicznej.
- E07 – *choroby tarczycy* w 174 przypadkach (2018 r. – 88 osób, tj. 9% wszystkich zaburzeń metabolicznych wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych, 2019 r. – 67 osób, tj. 7%, I kwartał 2020 r. – 19 osób, tj. 6%). Schorzenie rozpoznano wyłącznie w Poradni Endokrynologicznej.

Otyłość, niedoczynność tarczycy, a także choroby tarczycy stanowiły 98% wszystkich zaburzeń metabolicznych wynikających z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych.

(akta kontroli str. 50-52)

Poradnia Diabetologiczna oraz Poradnia Endokrynologiczna miały zapewnioną obsługę przez dwóch psychologów oraz dwóch dietetyków.

(akta kontroli str. 56-61)

Kierownik Działu Kontroli i Analiz Szpitala Maciej Zembala podał, że od 2018 r. nie kontrolował zagadnień związanych z funkcjonowaniem II Kliniki Pediatrii - III Oddział Chorób Dziecięcych, w ramach którego funkcjonowały Poradnia Endokrynologiczna oraz Poradnia Diabetologiczna. Zajmując się zagadnieniami związanymi z funkcjonowaniem pracy Szpitala wizytował poszczególne jego komórki organizacyjne, w tym II Klinikę Pediatrii – III Oddział Chorób Dziecięcych. Spotkania nie były dokumentowane (sporządzano jedynie listy obecności). W ich trakcie omawiano w szczególności kwestie związane z funkcjonowaniem kliniki.

(akta kontroli str. 145-189)

1.2. Świadczeń zdrowotnych w Poradni Diabetologicznej oraz w Poradni Endokrynologicznej udzielało łącznie sześciu lekarzy. Szczegółowa analiza ich dokumentacji osobowej wykazała, że posiadali oni odpowiednią dla danego rodzaju świadczeń specjalizację, tj. pediatryczną, endokrynologiczną lub diabetologiczną. Poszczególni lekarze byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę. Dwóch lekarzy dysponowało zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dzieci i dorosłych.

Elżbieta Skotarczyk-Kowalska podała, że odbywały się szkolenia wewnątrzoddziałowe, prowadzone przez zespół medyczny II Kliniki Pediatrii, trwające około 30 minut. W poszczególnych latach przeprowadzono następującą liczbę tych szkoleń: 2018 r. – trzy pediatryczne oraz siedem dotyczących zaburzeń metabolicznych, 2019 r. – odpowiednio pięć i pięć, I kwartał 2020 r. – odpowiednio jedno i dwa. Elżbieta Skotarczyk-Kowalska posiadała certyfikat potwierdzający uczestnictwo w konferencji *Otyłość dziecięca od poczęcia do dorosłości*.

(akta kontroli str. 75-92)

Jeden z lekarzy wykazany w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy z NFZ do udzielania świadczeń w okresie od 7 stycznia do 17 lutego 2019 r. ich nie realizował, ponieważ był nieobecny w pracy. W okresie tym pozostali lekarze wykazani w ww. załączniku zapewnili dostępność świadczeń dla dzieci i młodzieży. W załączniku tym dla obydwu poradni określono ogólną liczbę godzin ich pracy w tygodniu oraz godziny pracy w poszczególnych dniach tygodnia (od poniedziałku do piątku), a także liczbę godzin pracy poszczególnych lekarzy w danej poradni. Tygodniowy czas pracy lekarzy w poradniach był zróżnicowany (wynosił od jednej godziny do 35 godzin 55 minut) i zapewniał pełną dostępność świadczeń w godzinach pracy obydwu poradni.

(akta kontroli str. 93-96, 109-111 i 138-142)

1.3. Szpital zawarł z NFZ umowę z określoną kwotą ryczałtu. Dyrektor Szpitala przeznaczył dla Poradni Diabetologicznej: 176,3 tys. zł w 2018 r., 188,6 tys. zł w 2019 r. oraz 63,2 tys. zł w I kwartale 2020 r. Wartość wykonanych świadczeń według wcześniej wymienionych kodów ICD-10 wyniosła odpowiednio: 2018 r. – 38,8 tys. zł (22%), 2019 r. – 6,1 tys. zł (3%), I kwartał 2020 r. – 11,3 tys. zł (17%). Dla Poradni Endokrynologicznej przeznaczono: w 2018 r. – 176,0 tys. zł, 179,3 tys. zł w 2019 r. oraz 49,4 tys. zł w I kwartale 2020 r. Wartość wykonanych świadczeń (również według wcześniej wymienionych kodów ICD-10) wyniosła odpowiednio: 2018 r. – 45,4 tys. zł (25%), 2019 r. – 14,3 tys. zł (8%), I kwartał 2020 r. – 14,8 tys. zł (30%). Z przyjętej konstrukcji finansowania świadczeń wynika, że poszczególne zakresy świadczeń nie miały określonego odrębnego poziomu finansowania.

(akta kontroli str. 62)

Poradnia Diabetologiczna oraz Poradnia Endokrynologiczna nie ustalały jednostkowych kosztów świadczeń związanych z diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń metabolicznych dzieci i młodzieży. Wynikało to z przyjętego sposobu rozliczania się z NFZ (w formie ryczałtu).

(akta kontroli str. 143)

Nie wystąpiły sytuacje ograniczeń w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dotyczących diagnozowania i leczenia zaburzeń metabolicznych u dzieci i młodzieży, spowodowane brakiem środków finansowych.

(akta kontroli str. 62)

NFZ nie kontrolował Szpitala odnośnie udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących diagnozowania i leczenia zaburzeń metabolicznych u dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 144)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niedokonaniu aktualizacji danych w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy z NFZ, w sytuacji gdy jeden lekarz wykazany w tym załączniku do udzielania świadczeń w okresie od 7 stycznia do 17 lutego 2019 r. ich nie realizował (był nieobecny w pracy). W okresie tym pozostali lekarze wykazani w ww. załączniku zapewnili dostępność świadczeń dla dzieci i młodzieży.

Zaniechanie aktualizacji tych danych było niezgodne z § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷. Również według § 2 ust. 1 pkt 2 ww. umowy, świadczenia powinny być udzielane przez Szpital zgodnie z harmonogramem pracy określony w tym załączniku. Na podstawie § 2 ust. 9 umowy, świadczeniodawca był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.

(akta kontroli str. 93-96, 109-111 i 138-142)

Były dyrektor Szpitala Andrzej Domański wyjaśnił, że powyższa sytuacja była spowodowana tymczasowym brakiem właściwego przepływu informacji pomiędzy Działem Służb Pracowniczych oraz Działem Marketingu Szpitala, natomiast świadczenia zostały zabezpieczone przez pozostałych lekarzy zgłoszonych do harmonogramu poradni.

(akta kontroli str. 190-191)

OCENA CZĄSTKOWA

Rozwiązania organizacyjne ustalone w Szpitalu pozwoliły na zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Szpital zapewnił kadrę medyczną oraz środki finansowe na realizację świadczeń.

Nie dokonano aktualizacji danych w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy z NFZ, w sytuacji gdy jeden lekarz wykazany do udzielania świadczeń w tym załączniku świadczeń tych nie realizował.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. Badaniem objęto prowadzoną w postaci papierowej dokumentację medyczną 20 dzieci i młodzieży⁸, u których w okresie objętym kontrolą zdiagnozowano w Poradni Diabetologicznej lub Poradni Endokrynologicznej zaburzenia metaboliczne wynikające z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych (dobór celowy).

Otyłość (schorzenia o kodach ICD-10 E66.0 lub E66.9) jako rozpoznanie zasadnicze stwierdzono u 13 pacjentów, u dwóch jako rozpoznanie współistniejące. W 15 przypadkach, gdy otyłość była rozpoznaniem:

- zasadniczym, rozpoznaniem współistniejącymi były E78⁹ (dwa przypadki) oraz E74¹⁰ i E16.9¹¹ (w jednym przypadku). U 10 pacjentów nie stwierdzono współistniejących zaburzeń metabolicznych;
- współistniejącym, rozpoznaniem zasadniczymi były choroby o kodach N95.1¹² oraz E04¹³ (po jednym przypadku).

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

⁸ Urodzonych w latach: 2002 – jedna osoba, 2004 – dwie osoby, 2005 – jedna osoba, 2006 – cztery osoby, 2007 – dwie osoby, 2008 – jedna osoba, 2009 – jedna osoba, 2010 – trzy osoby, 2012 – dwie osoby, 2015 – jedna osoba, 2016 – jedna osoba, 2018 – jedna osoba.

⁹ Zaburzenia metabolizmu lipoprotein i inne lipidemie.

¹⁰ Inne zaburzenia przemian węglowodanów.

¹¹ Zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki, nieokreślone.

¹² Stany związane z menopauzą i klimakterium u kobiet.

U pacjentów, u których nie stwierdzono otyłości, zdiagnozowane schorzenia to w trzech przypadkach niedoczynność tarczycy (kod E03 lub E03.1); dwie osoby leczono z powodu innej choroby tarczycy (kod E07).

Pacjenci zostali skierowani do AOS w 13 przypadkach przez lekarzy POZ, a w siedmiu – przez lekarzy ze szpitali. Powody skierowań do AOS określone przez lekarzy kierujących były zgodne z późniejszymi rozpoznaniem¹⁴.

Badana dokumentacja medyczna zawierała informacje o obciążeniach dziedzicznych (tylko w jednym przypadku takich obciążeń nie było), pobytach w szpitalu¹⁵ i dokumentacji udostępnionej przez pacjenta¹⁶. Pacjenci skierowani ze szpitala zgłaszali się do poradni z kompletnymi wynikami badań diagnostycznych, spośród pozostałych 13 tylko dwóch nie przedstawiło wyników badań¹⁷. Pacjenci zgłosili się do poradni z wynikami badania TSH¹⁸ (11), dziewięciu miało badania poziomu glukozy, a ośmiu – morfologii krwi. Pacjenci dostarczali także wyniki innych badań, najczęściej lipidogram¹⁹.

Dokumentacja wszystkich pacjentów zawierała dane na temat ich wzrostu i wagi oraz wyników badań podmiotowych i przedmiotowych. W dokumentacji żadnego z pacjentów nie było informacji o wartości wskaźnika BMI²⁰; dokumentacja ośmiu pacjentów zawierała siatki centylowe wzrostu i wagi.

W trakcie leczenia, 18 pacjentów otrzymało zlecenia badań diagnostycznych. Zlecane badania to: poziom glukozy we krwi (12 pacjentów), TSH (ośmiu), morfologia krwi (sześciu) i inne badania (17) – najczęściej badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej lub tarczycy.

(akta kontroli str. 193-232)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²¹, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1). Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem (§ 4 ust. 5).

Badana dokumentacja prowadzona była czytelnie, chronologicznie, zawierała numerację kart historii zdrowia i choroby oraz – poza jednym przypadkiem – autoryzację wpisów.

Zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

W dokumentacji 16 pacjentów nie stwierdzono błędnych wpisów, w dokumentacji trzech prawidłowo skorygowano błędy, a w dokumentacji jednego pacjenta skorygowano jeden błędny wpis bez oznaczenia osoby, która zmiany dokonała.

(akta kontroli str. 193-232)

¹³ Inne wole nietoksyczne.

¹⁴ W jednym przypadku na skierowaniu wskazano kod Z03 – obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne, a rozpoznaniem w Poradni Endokrynologicznej była inna choroba tarczycy (E07).

¹⁵ Informacji na ten temat nie było w dokumentacji dwóch pacjentów.

¹⁶ Informacji na ten temat nie było w dokumentacji jednego pacjenta.

¹⁷ Lub informacji o ich przedstawieniu nie było w dokumentacji (jeden przypadek).

¹⁸ Hormon tyreotropowy, tyreotropina. Oznaczenie TSH jest podstawowym badaniem służącym do rozpoznawania chorób tarczycy.

¹⁹ Lipidogram – profil lipidowy – odzwierciedla stan gospodarki lipidowej organizmu, w tym przebieg metabolizmu lipoprotein i cholesterolu. Badanie obejmuje pomiar: całkowitego cholesterolu, frakcji lipoprotein HDL (lipoproteina o wysokiej gęstości), LDL (lipoproteiny o niskiej gęstości) oraz stężenia trójglicerydów.

²⁰ Wskaźnik masy ciała (ang. body mass index, BMI) – współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach.

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 666, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

2.2. Badana dokumentacja medyczna zawierała opisy udzielonych świadczeń zdrowotnych, określenie rozpoznania choroby, jak również zalecenia lekarskie. Dokumentacja 13 pacjentów zawierała informacje o lekach i ich dawkowaniu. W Szpitalu nie było odrębnej poradni dietetycznej, dziewięciu pacjentów skierowano do dietetyka zatrudnionego w Poradni Diabetologicznej. Dokumentacja 17 pacjentów zawierała wpisy o działaniach profilaktycznych (np. „dieta (...) kcal”, „woda”, „dużo ruchu”, „spacer”, „gimnastyka”, „ograniczyć słodczyce”). Czterech pacjentów zostało skierowanych przez lekarzy AOS do leczenia szpitalnego, a jeden – do leczenia uzdrowiskowego.

Na podstawie zapisów zawartych w badanej dokumentacji ustalono, że poprawa stanu zdrowia nastąpiła u 10 pacjentów, nie nastąpiła u siedmiu. W trzech przypadkach nie można było jednoznacznie stwierdzić, czy poprawa zdrowia nastąpiła.

(akta kontroli str. 193-232)

Zgodnie z § 12 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego m.in. o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

W dokumentacji 12 pacjentów spośród 20 zbadanych były kopie informacji dla lekarzy POZ. Spośród ośmiu pacjentów, w dokumentacji których nie było kopii informacji dla lekarzy POZ, czterech zostało skierowanych do poradni ze szpitala.

(akta kontroli str. 193-232)

Odnosząc się do kwestii, czy brak ujęcia w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych porad dietetycznych ogranicza skuteczność leczenia otyłości, a także jakie trudności i problemy dostrzega w obszarze diagnostyki i leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych, Elżbieta Skotarczyk-Kowalska podała, że ujęcie porad dietetycznych w tym koszyku byłoby jak najbardziej wskazane. Dodała ona, że przydatne byłoby także ujęcie w nim porad psychologa i rehabilitanta. Podkreśliła, że leczenie otyłości jest w dużym stopniu zależne od nawyków żywieniowych i sytuacji rodzinnej pacjenta, stąd potrzeba porad psychologicznych. Z kolei rehabilitant mógłby indywidualnie dopasowywać do możliwości pacjenta zestawy ćwiczeń do wykonywania w domu.

(akta kontroli str. 233-234)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na braku w badanej dokumentacji medycznej (w czterech przypadkach spośród 20 zbadanych) informacji o przekazaniu przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta, o których mowa w § 12 ust. 4 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 193-232)

Elżbieta Skotarczyk-Kowalska wyjaśniła, że *lekarze prawdopodobnie przekazywali stosowne informacje dla lekarzy POZ, trudno jednak teraz wyjaśnić, dlaczego kopii nie pozostawiono w dokumentacji pacjentów.*

(akta kontroli str. 235)

NIK podkreśla, że w sytuacji gdy przepisy prawa nakładają obowiązek dokonania określonej czynności (w tym przypadku przekazania informacji lekarzowi POZ), to należy udokumentować jej zrealizowanie.

OCENA CZĄSTKOWA

Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że lecząc zaburzenia metaboliczne lekarze podejmowali działania zmierzające do redukcji masy ciała, a nie tylko leczyli powikłania wynikające z otyłości. Dokumentacja medyczna prowadzona była na ogół prawidłowo. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła nieudokumentowania, w czterech przypadkach spośród 20 zbadanych, przekazania lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie bieżącej aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń medycznych, wykazanego w umowie z NFZ.
2. Dokumentowanie faktu przekazania przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta, o których mowa w § 12 ust. 4 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. 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.

Kielce, 15 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy

Iwona Rezner
doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

.....
podpis

Zbigniew Jurkowski
specjalista kp.

.....
podpis