



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.009.05.2017
P/17/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/057 – Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Barbara Guga, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/128/2017 z 14 czerwca 2017 r. i nr LKR/169/2017 z 8 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego w Wieliczce, ul. Bolesława Szpunara 20, 32-020 Wieliczka (SPZLO lub Zakład)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grażyna Kozak, Dyrektor SPZLO (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna²

W latach 2015-2017 (I półrocze) Zespół spełniał wymogi określone w umowach zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie (MOW NFZ) na udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

W kontrolowanym okresie Zakład sprawował opiekę w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2 w ramach POZ i AOS (Poradni Diabetologicznej)³. Kontrola wykazała, że zapewniono odpowiednią kadrę oraz należyte warunki udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. NIK zwraca jednak uwagę na wydłużający się czas oczekiwania na pierwszą i kolejne wizyty pacjentów (w stanie stabilnym) z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. W ocenie NIK, zasadne jest więc podjęcie działań w celu maksymalnego skrócenia tego czasu i jak najszybsze rozpoczęcie specjalistycznego leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą. Szybkie podjęcie leczenia ma istotne znaczenie dla efektywności tego procesu.

Sposób prowadzenia indywidualnej edukacji osób chorych na cukrzycę typu 2 nie budzi zastrzeżeń Najwyższej Izby Kontroli. Stwierdzono natomiast, że w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 nie w pełni stosowano się do zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD). Dotyczyło to w szczególności wywiadów o stanie zdrowia pacjentów i kierowania ich na badania przesiewowe w ramach POZ oraz zalecanej częstotliwości skierowań na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne (POZ i AOS). Zdaniem NIK stosowanie zaleceń PTD jest konieczne dla pełnego i efektywnego procesu leczenia osób chorych na cukrzycę typu 2.

Ponadto kontrola NIK wykazała przypadki nieprzestrzegania przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym nieodnotowywania lub niezalączania do tej dokumentacji ustaleń z zakresu profilaktyki cukrzycy u pacjentów oraz wyników specjalistycznych badań diagnostycznych i konsultacji u lekarzy specjalistów.

¹ W latach 2015 – 2017 (I półrocze), z uwzględnieniem badania dokumentacji medycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z lat 2013-2017.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętych kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

³ Zwanej dalej PD.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego w Wieliczce był wpisany do prowadzonego przez Wojewodę Małopolskiego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod pozycją 00000005593.

Zakład realizował świadczenia finansowane ze środków publicznych w zakresie POZ i AOS, w tym: diabetologii, kardiologii, chirurgii ogólnej i okulistyki.

(dowód: akta kontroli, str. 4-11)

1. Podstawowa opieka zdrowotna – prewencja cukrzycy

Opis stanu
faktycznego

W latach 2015-2017 (I półrocze) SPZLO realizował świadczenia w zakresie POZ na podstawie umów zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁴.

(dowód: akta kontroli, str. 35-117)

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ realizowane były przez 15 lekarzy w 2015, 13 lekarzy w 2016 r i 15 lekarzy w 2017 r. oraz – w całym kontrolowanym okresie – przez pięć pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 27-32)

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 20 losowo wybranych osób korzystających ze świadczeń lekarzy POZ w zakresie profilaktyki cukrzycy w latach 2010-2017, ustalono że nie we wszystkich badanych przypadkach realizowano zalecenia PTD dotyczące:

- odnotowywania pięciu wywiadów: o przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych, paleniu papierosów, o obciążeniach dziedzicznych w kierunku cukrzycy typu 2 oraz wskaźniku BMI;
- rozpoznania u pacjenta możliwości zaliczenia do grup ryzyka chorych na cukrzycę typu 2;
- kierowania na badania przesiewowe w kierunku rozpoznania cukrzycy typu 2.

W trzech kartach odnotowano mniej niż trzy z pięciu ww. wywiadów, w 15 kartach trzy do czterech wywiadów, a w dwóch wszystkie pięć.

W zakresie możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2 w dwóch kartach odnotowano mniej niż pięć z dziesięciu czynników o tym decydujących, w 15 kartach od pięciu do dziewięciu czynników, a w trzech przypadkach wszystkie czynniki.

W zakresie kierowania na badania przesiewowe w kierunku rozpoznania cukrzycy typu 2, 13 pacjentów zostało skierowanych na mniej niż dwa z zalecanych trzech badań, siedmiu pacjentów na dwa badania, a żaden na wszystkie trzy. Do grupy ryzyka związanego z cukrzycą typu 2 zakwalifikowano 13 osób (65%).

(dowód: akta kontroli str. 715-754, 759-761)

Dyrektor SPZLO wyjaśniła, że: (...) *możliwość pominięcia w dokumentacji medycznej zapisów dotyczących wywiadów wynika z ograniczonego czasu przeznaczonego na wizytę w POZ, stąd we wpisach znajdują się głównie informacje bardzo istotne i stale uzupełniane o nowe wpisy dotyczące procesu leczenia i problemu, z którym pacjent się zgłosił. Przy każdorazowej wizycie, wywiad wraz z informacją o chorobach przewlekłych i przebytych poważnych chorobach zawarty jest w skrócie klasyfikacji ICD10 i ICD9 (rozpoznanie główne oraz rozpoznania dodatkowe). Dane z wywiadu są dla lekarza POZ leczącego całe rodziny od wielu lat oczywiste i nie zawsze wymagają kolejnego wpisu, co nie oznacza, że nie są każdorazowo zaznaczane z użyciem klasyfikacji ICD10 (np. rozpoznanie główne E66, rozpoznania dodatkowe E78, lub wady wrodzone Q24, Z74, Z87.7).*

(dowód: akta kontroli str. 762-765)

Ponadto Dyrektor SPZLO wyjaśniła m.in., że w żadnej z umów z NFZ nie ma podanych standardów wymaganych dla procesów leczenia jak również szacunkowych nakładów finansowych przeznaczonych na leczenie tego typu schorzenia. Lekarze opierają się na wiedzy zdobytej z aktualnych szkoleń specjalistycznych Towarzystw Lekarskich, w tym przypadku PTD, starając się dostosować do zaleceń i wytycznych w obliczu drastycznie

⁴ Umowa nr 061/100037/POZ/05/2011 i nr 061/100037/POZ/03/2016.

niedoszacowanych procedur usług medycznych. Poradnie specjalistyczne, zgodnie z ich nazwą prowadzą leczenie dla swojego jednego zakresu. POZ – zajmuje się pacjentem całościowo. Pacjenci urodzeni w latach 1950-1965, to grupa ludzi, u których zdiagnozowano już po kilka lub kilkanaście chorób przewlekłych. Każdorazowa wizyta w POZ jest związana z nowym problemem zdrowotnym nie zawsze związanym z leczeniem chorób przewlekłych. Porada z zakresu leczenia cukrzycy, w tym cukrzycy typu 2 staje się w POZ chorobą towarzyszącą i mniej pilną, gdy pacjent zgłasza się z innymi poważnymi dolegliwościami. Ograniczony wymiar dobowy czasu pracy lekarza pozwala na wpis w historii zdrowia choroby pacjenta, zawierający opis badania podstawowego i przedmiotowego obejmującego aktualny problem zdrowotny, z którym pacjent zgłosił się w danym dniu. W wyznaczonym terminie kontrolnym w związku z chorobą przewlekłą pacjent, który nie odczuwa pogorszenia stanu zdrowia zwykle zapomina i nie zgłasza się na wizytę u lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 811)

Ustalono
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli brak w analizowanej dokumentacji części wywiadów i wyników badań zalecanych przez PTD na etapie profilaktyki cukrzycy typu 2 należy uznać jako stan nieprawidłowy.

Zgodnie z *Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę* PTD do zadań POZ w zakresie profilaktyki cukrzycy należy m.in:

- promocja zdrowego stylu życia w ramach prowadzenia profilaktyki rozwoju zaburzeń tolerancji węglowodanów,
- identyfikacja czynników ryzyka cukrzycy,
- diagnostyka cukrzycy i stanów przedcukrzycowych.

Natomiast w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵ określono obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny.

Według wyjaśnień przytoczonych już w tym punkcie wystąpienia pokontrolnego część zalecanych wywiadów i badań mogła zostać wykonana, przy czym nie odnotowano tego w dokumentacji medycznej. NIK stoi na stanowisku, że przypadki takie świadczą o niekompletności dokumentacji medycznej, co było niezgodne z art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶ oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷. Zgodnie ze wskazanymi przepisami, historia zdrowia i choroby pacjenta w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m.in. informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

2. Podstawowa opieka zdrowotna – leczenie pacjentów chorych na cukrzycę typu 2

W latach 2013-2017 (I półrocze) SPZLO realizował świadczenia związane z leczeniem cukrzycy typu 2 na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W wyniku badania kart zdrowia i choroby 20 pacjentów, którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ w 2012 r. i u których stwierdzono cukrzycę typu 2 w trakcie leczenia w POZ, ustalono m.in., że w 19 przypadkach pacjenci zostali skierowani przez lekarzy POZ do Poradni Diabetologicznej niezwłocznie po rozpoznaniu choroby bez podejmowania próby ich leczenia.

⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm., dalej – *ustawa o prawach pacjenta*.

⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 2069, dalej – *rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

W badanej próbie stwierdzono cztery przypadki leczenia pacjentów w związku z tą chorobą przez lekarzy POZ:

- trzech pacjentów skierowanych do PD, którzy decyzją lekarza diabetologa przekazani zostali ponownie do leczenia w POZ (w tym jeden pacjent po pierwszej wizycie w PD, a dwóch pozostałych po kilkunastu miesiącach leczenia specjalistycznego);
- jeden pacjent, u którego rozpoznano cukrzycę typu 2 w kwietniu 2015 r. (którego nie skierowano do PD).

(dowód: akta kontroli str. 649-652)

Zgodnie z „Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę” (opracowanymi przez PTD) – leczenie cukrzycy należy do zadań POZ (pkt 5 II „organizacja opieki medycznej nad dorosłym chorym na cukrzycę”, m.in. podpunkt 6 „Prowadzenie chorych na cukrzycę typu 2 leczonych behawioralnie oraz za pomocą leków doustnych”, podpunkt 7 „Rozpoczęcie i prowadzenie insulinoterapii w modelu terapii skojarzonej z lekami doustnymi na cukrzycę typu 2, podpunkt 8 „Kierowanie leczonych chorych – co najmniej raz w roku – na konsultacje specjalistyczne w celu m.in.: oceny wyrównania metabolicznego oraz oceny stopnia zaawansowania późnych powikłań i ewentualnego wdrożenia ich terapii”. Natomiast do zadań opieki specjalistycznej tj. w tym przypadku diabetologa, należy m.in., zgodnie z pkt5 III, weryfikacja efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych przez lekarzy POZ, w ramach corocznej kontroli.

Dyrektor SPZLO wyjaśniła, że od stycznia 2012 r. powstała nowa lista leków refundowanych, a warunkiem koniecznym do wystawienia recept na leki refundowane przez lekarza POZ, w każdym przypadku, w tym także w leczeniu chorób przewlekłych zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ (dla lekarzy i pacjentów) wymagane jest udokumentowane rozpoznanie schorzenia oraz weryfikacja zasadności ordynowania leków specjalistycznych. Stosowanie tych leków wymaga doświadczenia i monitorowania ewentualnych powikłań/bądź ich efektów ubocznych/ czego nie da się ocenić na jednej wizycie w roku u specjalisty. Postępy w medycynie i „nowe metody” leczenia cukrzycy typu 2-go wymagają poszerzenia diagnostyki /np. o ocenę wydolności wysp Langerhansa/ by przyniosły prawidłowy efekt leczenia u pacjentów już wcześniej leczonych przewlekle. Wszystkie te badania nie zawsze mieszczą się w „koszyku świadczeń gwarantowanych POZ” a najczęściej zaliczane są do tzw. badań kosztochłonnych, na które skierowanie może wystawić jedynie lekarz specjalista. W naszej Przychodni posiadamy zintegrowany system informatyczny (program InfoMedica) dla POZ, AOS oraz pracowni diagnostycznych, dlatego też lekarze POZ mając wgląd do szczegółów każdej odbytej przez pacjenta wizyty w poradniach specjalistycznych (diabetologicznej, kardiologicznej, chirurgicznej, okulistycznej, neurologicznej) oraz podgląd wykonanych przez pacjenta badań laboratoryjnych, mogą podjąć optymalnie najbardziej korzystną decyzję, co do sposobu kontynuacji i dalszego leczenia pacjenta. Ocena diabetologiczna powikłań występujących w leczeniu cukrzycy, wyrównania metabolicznego, oraz stopnia zaawansowania różnych innych powikłań i ewentualne wdrożenie ich terapii nie jest możliwe w trakcie jednej wizyty w roku u specjalisty. Czym innym jest też fakt, że lekarze POZ nie mogą odmówić pacjentowi skierowania do poradni specjalistycznej, gdy ten o takie prosi i wymaga. Olbrzymią niedogodnością w tej chwili jest drastyczny niedobór lekarzy POZ/med. rodzinnej/. W Poradni Diabetologicznej w ramach wizyty realizowanej przez lekarza specjalistę oraz wysoko kwalifikowaną pielęgniarkę jest więcej czasu na poradę obejmującą edukację, ocenę wysiłku fizycznego, prawidłowości stosowania insuliny, samokontrolę oraz edukację pacjenta. Bywa też tak, że pacjent nie chce stosować się do zaleceń jednego z lekarzy, dlatego też potrzebuje wsparcia i edukacji ze strony lekarza POZ i lekarza Specjalisty. W niektórych przypadkach ilość schorzeń nakłada się na siebie i występujące wahania poziomu glukozy niekoniecznie są efektem źle prowadzonej cukrzycy, dlatego tak istotne jest prowadzenie pacjentów wspólnie przez lekarza POZ i Diabetologa.

(dowód: akta kontroli str. 805-807)

W wyniku badania kart zdrowia i choroby ww. czterech pacjentów leczonych przez lekarzy POZ ustalono, że:

- żadnego pacjenta nie skierowano na więcej niż trzy z siedmiu zalecanych przez PTD badań;
- żadnego pacjenta nie skierowano do więcej niż dwóch z pięciu zalecanych przez PTD specjalistów;
- u trzech pacjentów stwierdzono osiągnięcie od czterech do siedmiu z wymaganych ośmiu parametrów wyrównania metabolicznego, a u jednego mniej niż cztery parametry.
(dowód: akta kontroli str. 649-714, 759-761)

Dyrektor SPZLO wyjaśniła, że (...) wszyscy czterej pacjenci leczeni przez lekarzy POZ przez długi okres (od kilku do kilkunastu miesięcy) byli na granicy dla wartości glukozy – stanów przedcukrzycowych i cukrzycy. Było to uzależnione od innych czynników takich jak: zaburzenia natury psychicznej (sytuacja rodzinna), nieprawidłowy styl życia (ruch fizyczny, dieta, stan ekonomiczny), współistnienie innych chorób np. hipertyreoza lub hipotyreoza, leczenie ginekologiczne okresu okołomenopauzalnego. Dla nich właściwym leczeniem cukrzycy typu 2 była edukacja, przestrzeganie prawidłowej diety, kontrola BMI i kontrola badań z podstawowego koszyka świadczeń dla POZ. Nie było potrzeby kierowania każdego z tych pacjentów do pięciu specjalistów zalecanych przez PTD, gdyż wyniki badań podstawowych i ogólny stan zdrowia pacjenta, jak i brak istotnych objawów klinicznych nie wskazywały na taką potrzebę. Wyniki badań dla wyrównania metabolicznego uzależnione były od leczenia choroby współistniejącej (poradnia: endokrynologiczna, kardiologiczna, ginekologiczna, nefrologiczna). Ponadto były istotnie uzależnione od współpracy pacjenta, jego zdyscyplinowania, stosowania się do zaleceń i przede wszystkim zgłaszania się do kontroli lekarskiej, a nie wtedy gdy coś dokucza (wtedy pacjent dostarcza wyniki badań, wcześniej o zaleceniach na te badania nie pamiętając) (...) wyniki konsultacji specjalistycznej pacjenci zazwyczaj zapominają donieść lub nagminnie je gubią, ale dobrodziejstwem jest fakt posiadania systemu informatycznego, który pozwala na wyświetlenie wizyty specjalistycznej i stałe monitorowanie leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 808-810)

Ustalone
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, stwierdzone na podstawie analizy kart zdrowia niepełne zastosowanie się do zaleceń PTD w procesie leczniczym czterech pacjentów, w zakresie liczby skierowań na badania oraz do lekarzy specjalistów, należy uznać jako stan nieprawidłowy.

3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie SPZLO realizował świadczenia AOS nad pacjentem z cukrzycą typu 2 na podstawie umowy zawartej z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ⁸. W całym kontrolowanym okresie Poradnia Diabetologiczna zatrudniała dwóch lekarzy diabetologów oraz jedną pielęgniarkę. W latach 2015, 2016 i pierwszej połowie 2017 r., liczba pacjentów leczonych w związku z cukrzycą typu 2 wynosiła odpowiednio: 1312, 1268, 1157. Liczba wizyt udzielonych w związku z wykryciem i leczeniem ww. choroby wynosiła, odpowiednio: 2781, 2826, 1462.

(dowód: akta kontroli str. 13-14, 27-32, 118-189)

Analiza kart zdrowia i choroby 20 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, korzystających w latach 2013-2017 (I półrocze)⁹ ze świadczeń PD wykazała m.in., że:

- W zakresie kierowania na konieczne do wykonania badania diagnostyczne:
- dziewięciu z 20 pacjentów zostało skierowanych na mniej niż trzy z siedmiu zalecanych badań diagnostycznych raz w roku;

⁸ Umowa nr 061/100037/AOS/01/2011 z 9 lutego 2011 r. aneksowana na lata 2015, 2016 i 2017.

⁹ Analiza kart zdrowia i choroby 20 pacjentów została dokonana w oparciu o dokumentację papierową zawartą w kartotece każdego z badanych pacjentów. Badaniu nie poddano danych zawartych w systemie informatycznym Info-Medica, w którym znajdują się wyniki badań laboratoryjnych, USG, RTG itp. zlecanych przez lekarzy zatrudnionych w innych poradniach SPZLO.

- 11 z 20 pacjentów zostało skierowanych na więcej niż trzy, ale mniej niż siedem zalecanych specjalistycznych badań diagnostycznych raz w roku;
- żaden z pacjentów nie został skierowany na siedem z zalecanych specjalistycznych badań diagnostycznych raz w roku.

(przykładowo: na badanie hemoglobiny glikowanej co najmniej raz w roku zostało skierowanych 13 z 20 pacjentów, pozostali pacjenci z mniejszą częstotliwością; na badanie kreatyniny w surowicy krwi co najmniej raz w roku zostało skierowanych siedmiu z 20 pacjentów, pozostali z mniejszą częstotliwością; na badanie albuminurii żaden z 20 pacjentów nie został skierowany z częstotliwością co najmniej raz w roku; na badanie ogólne moczu co najmniej raz w roku zostało skierowanych pięciu z 20 pacjentów, pozostali z mniejszą częstotliwością; na badanie cholesterolu całkowitego, HDL, LDL, trójglicerydów co najmniej raz w roku zostało skierowanych sześciu z 20 pacjentów, pozostali z mniejszą częstotliwością).

- W zakresie kierowania na konsultacje specjalistyczne:

- dziewiętnastu z 20 pacjentów zostało skierowanych do mniej niż dwóch specjalistów w ciągu roku;
- jeden pacjent został skierowany do czterech specjalistów w ciągu roku;
- żaden z pacjentów nie został skierowany do pięciu specjalistów w ciągu roku.

(przykładowo: na badanie dna oka co najmniej raz w roku zostało skierowanych czterech z 20 pacjentów, pozostali z mniejszą częstotliwością).

W próbie 20 kontrolowanych pacjentów, 15 z nich było pod stałą opieką od jednego do trzech specjalistów (m.in. okulisty, chirurga, kardiologa).

- W zakresie wyrównania metabolicznego:

- siedemnastu z 20 pacjentów miało wyrównanie więcej niż czterech ale mniej niż ośmiu parametrów metabolicznych;
- trzech z 20 pacjentów miało wyrównane mniej niż cztery parametry metaboliczne;
- żaden z pacjentów nie uzyskał wyrównania ośmiu parametrów.

(dowód: akta kontroli str. 231-648, 755)

Z treści § 1 pkt 2 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS wynika, że świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych przez Prezesa NFZ. W § 10 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁰ wskazano natomiast, że świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych m.in. w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Zgodnie z zaleceniami PTD, w ramach monitorowania dorosłych chorych na cukrzycę przynajmniej raz w roku należy przeprowadzić u takich osób m.in. monitorowanie stężenia cholesterolu całkowitego, frakcji HDL i LDL, stężenia HbA1c, kreatyniny w surowicy krwi oraz monitorowanie wyników badania ogólnego moczu z osadem. PTD zaleca również raz w roku badania okulistyczne u chorych na cukrzycę, ze względu m.in. na początkowo bezobjawowy charakter retinopatii.

Dyrektor SPZLO wyjaśniła, że (...) brak wpisów o wydanych skierowaniach w dokumentacji medycznej lekarzy AOS do innych specjalistów np. kardiologa, neurologa, chirurga czy okulisty wynika z braku potrzeby takiego skierowania z uwagi na stan kliniczny pacjenta i posiadane wyniki badań (np. EKG), bądź jest już wiadome, że pacjent pozostaje w stałej opiece lekarza specjalisty. Każdy lekarz zarówno POZ jak i AOS ma możliwość wglądu na bieżąco do aktualnych danych z wszystkich wizyt, badań laboratoryjnych, USG, RTG, co wynika z posiadanego systemu informatycznego Przychodni (Info-Medica). Np. do Poradni Neurologicznej kierowani są pacjenci po rozpoznaniu polineuropatii lub jej podejrzenia, do Poradni Nefrologicznej kierowani są pacjenci przy nieprawidłowych wynikach wydolności nerek (kreatynina, e-GFR, mocznik, białkomocz), bądź podejrzeniu lub rozpoznaniu przewlekłej choroby nerek. Według treści wyjaśnień, (...) kryterium wyrównania metabolicznego nie da się rygorystycznie ustalić dla wszystkich grup wiekowych pacjentów (dla osób starszych są one bardziej zliberalizowane, zależą też od czasu trwania cukrzycy

¹⁰ Nr 79/2014/DSOZ.

i nowych powikłań). Pacjenci, u których brak podstaw klinicznych, (są wyrównani metabolicznie, przedstawiają prawidłowe i wiarygodne wyniki samokontroli, są zdyscyplinowani), mogą mieć zlecone badania z mniejszą częstotliwością niż zalecana. Trzeba również brać pod uwagę, że pacjent dostarcza własne wyniki badań (wykonane poza Przzychodnią). Ponadto Dyrektor podkreśliła, że np. poziom HbA1c oznaczany jest w gabinecie lekarskim w trakcie wizyty szybkim testem. Badania: kreatyniny, e-GFR, ogólne moczu, lipidogramu (HDL, LDL, cholesterolu całkowitego, trójglicerydów są często wykonywane w POZ i przez innych specjalistów. Stąd, mając wgląd do tych wyników (własne laboratorium) nie ma potrzeby ich powielać dla każdej z poradni osobno.

(dowód: akta kontroli str. 762-765)

Ponadto Dyrektor SPZLO podała, że jej zdaniem, analiza dokonana przez NIK może nie odzwierciedlać rzeczywistego stanu procesu leczenia: (...) program realizowany w latach 2013 do czerwca 2017 r. (szczegółowo analizując po jednym badaniu) wyrzuca pacjentów, u których w jednym roku kalendarzowym brak wpisu wyniku badania w dokumentacji medycznej, mimo że to badanie było wykonane w laboratorium w tym roku, ale pacjent z wynikiem pojawił się na wizycie w następnym roku kalendarzowym¹¹. Program wyrzuca też tych pacjentów, u których zlecono badania w danym roku, ale wizytę kontrolną ustalono na styczeń roku następnego. Program wyrzuca też, gdy pacjent z własnej winy nie pojawił się w PD przez okres jednego roku. Dyrektor zwróciła również uwagę, że wystarczy absencja lekarza (np. choroba dłuższa niż dwa tygodnie), aby przesunął się termin wizyty kontrolnej i nastąpiło przesunięcie daty wpisu wyników badań w dokumentacji medycznej pacjenta. Do wyjaśnień załączono kserokopie udzielonych świadczeń medycznych i zapisów dokumentacji medycznej trzech pacjentów z badanej próby.

(dowód: akta kontroli str. 766-804)

NIK biorąc pod uwagę fakt, iż część wymaganych badań znajdowała się w systemie informatycznym Zakładu, zwraca jednak uwagę, że w związku z powyższym, dokumentacja pacjentów dostępna w PD nie była kompletna. Zdaniem NIK dokumentacja medyczna, która jest źródłem wiedzy zarówno dla lekarza, jak i lezonego, powinna rzetelnie opisywać sytuację zdrowotną pacjenta.

W badanym okresie edukację diabetologiczną pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 prowadzono w formie indywidualnej podczas wizyt. Edukacja prowadzona była przez wykwalifikowaną pielęgniarkę¹².

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 231-648)

Przeprowadzone w toku kontroli NIK badanie ankietowe, obejmujące 45 pacjentów AOS z cukrzycą typu 2 wykazało, że:

- badania diagnostyczne po ukończeniu 45 roku życia przeprowadzono: raz w roku u 11 ankietowanych, co trzy lata u jednego ankietowanego, rzadziej u pięciu ankietowanych, wcale nie przeprowadzono w przypadku 22 ankietowanych;
- cukrzycę typu 2 zdiagnozowano: pomiędzy 45-55 rokiem życia u 16 pacjentów, pomiędzy 56-65 rokiem życia u 16 pacjentów, pomiędzy 66-75 rokiem życia u siedmiu pacjentów, później u trzech pacjentów;
- dwie osoby chorowały na cukrzycę typu 2 mniej niż dwa lata, 12 osób od trzech do pięciu lat, 13 osób od sześciu do dziesięciu lat, więcej niż 10 lat – 17 ankietowanych;
- zdiagnozowanie cukrzycy typu 2, wykonane było przez: lekarza POZ – w 19 przypadkach, lekarza specjalistę – w dziewięciu przypadkach, lekarza w szpitalu – w sześciu przypadkach, przy okazji innych badań – w dziewięciu przypadkach¹³;
- o przebiegu, objawach i powikłaniach cukrzycy typu 2 zostało poinformowanych 44 osoby;
- w związku z chorobą wystąpiły następujące powikłania zdrowotne: uszkodzenie wzroku – w 11 przypadkach, choroba sercowo-naczyniowa – w siedmiu przypadkach, zespół stopy cukrzycowej – w dwóch przypadkach, brak powikłań – w 20 przypadkach¹⁴;

¹¹ Rok rozumiany jako 12 miesięcy niekoniecznie od stycznia do grudnia.

¹² Posiadała ona, m.in. następujące certyfikaty: „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem diabetologicznym”, „Akademia skutecznej samokontroli cukrzycy i zdrowe żywienie”, Polska Federacja Edukacji w Diabetologii – cele i zadania”, „Warsztaty pielęgniarskie i edukacyjne” oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie opieki diabetologicznej”.

¹³ W dwóch przypadkach nie udzielono odpowiedzi.

- kierowanie na konsultacje specjalistyczne wystąpiło w: dwóch przypadkach do diabetologa, 38 do okulisty, 17 do kardiologa, w sześciu do chirurga, w sześciu do nefrologa. W trzech przypadkach ankietowani stwierdzili, że nie byli konsultowani ze specjalistami;
- na konsultację u specjalisty (po raz pierwszy od zdiagnozowania cukrzycy) oczekiwało: do trzech miesięcy: 26 ankietowanych, cztery do sześciu miesięcy: ośmiu ankietowanych, siedem do 12 miesięcy: jeden ankietowany. Jedna osoba odpowiedziała, że nie było konsultacji;
- na kolejne konsultacje u specjalistów ankietowani oczekiwali: do trzech miesięcy: 23 osoby, cztery do sześciu miesięcy: 14 osób, trzy osoby odpowiedziały, że nie było konsultacji;
- 24 osobom lekarz zlecił wykonanie badania diagnostycznego sprawdzającego stężenie glukozy we krwi co pół roku, 13 osobom raz w roku, trzem osobom rzadziej niż raz w roku;
- badanie na poziom cholesterolu lekarz zlecił: 13 osobom dwa do trzech razy w roku, 25 osobom raz w roku, trzem osobom rzadziej niż raz w roku;
- badanie kontrolne oceniające występowanie ryzyka choroby niedokrwiennej serca wykonywane było u 10 pacjentów od dwóch do trzech razy w roku, u 12 pacjentów raz w roku, u 10 pacjentów rzadziej niż raz w roku, u 10 pacjentów nie było wykonywane;
- ocena występowania objawów stopy cukrzycowej wykonywana była u 15 pacjentów raz w roku, u siedmiu pacjentów co dwa lata, u 18 pacjentów wcale nie wykonywano takiej oceny;
- pierwsze badanie okulistyczne po wykryciu cukrzycy typu 2 wykonano od razu u 39 pacjentów, do 24 miesięcy u dwóch pacjentów, po dwóch latach u trzech pacjentów;
- badanie zaburzenia czucia były wykonywane: u 10 pacjentów raz w roku, rzadziej niż raz w roku u dwóch pacjentów, 26 ankietowanych stwierdziło, że nigdy nie były wykonywane;
- ciśnienie tętnicze krwi mierzono u 44 ankietowanych podczas każdej wizyty.

(dowód: akta kontroli str. 827-830)

Ustalone
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli niepełne uwzględnienie w procesie leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 zaleceń PTD, w zakresie częstotliwości kierowania na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne, należy uznać jako stan nieprawidłowy.

Ponadto dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z uwagi na jej niekompletność w zakresie przeszłości zdrowotnej pacjenta.

4. Dostępność do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów chorych na cukrzycę

Opis stanu
faktycznego

Informacje na temat udzielania świadczeń zdrowotnych w PD oraz w gabinetach POZ, godzinach ich pracy oraz zapisywania się na wizyty podawane były pacjentom m.in. w punkcie informacyjnym Zakładu, na tablicach informacyjnych, stronie internetowej, telebimach umieszczonych na korytarzach każdej kondygnacji budynku oraz telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 33-34)

W latach 2015-2017 (I półrocze), średni rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę pierwszorazową w PD w związku z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w przypadku stanów stabilnych uległ wydłużeniu z 83¹⁴ do 139¹⁶ dni. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na kolejną wizytę w kontrolowanym okresie wynosił od 131 do 149 dni.

(dowód: akta kontroli str. 21-23)

¹⁴ W pięciu przypadkach nie udzielono odpowiedzi.

¹⁵ W IV kwartale 2015 r.

¹⁶ W I kwartale 2017 r.

Dyrektor SPZLO wyjaśniła, że wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na wizytę pierwszorazową w PD w 2017 r, w stosunku do lat poprzednich wynika z większego zapotrzebowania pacjentów na wizyty pierwszorazowe. Zwiększenie przyjęć pacjentów pierwszorazowych przy braku wzrostu finansowania przez NFZ świadczeń diabetologicznych skutkowałoby zmniejszeniem czasu oczekiwania na pierwszą wizytę i jednocześnie wydłużeniem czasu oczekiwania na kolejne wizyty pacjentów objętych leczeniem. (...) Opisana sytuacja wynika ze zbyt niskiego kontraktu z NFZ (oraz pośrednio ze zbyt niskich środków finansowych, które NFZ przeznacza na świadczenia diabetologiczne na obszarze kontraktowania – rejon Wieliczki) w stosunku do zapotrzebowania.

(dowód: akta kontroli str. 808-810)

Czas oczekiwania na wizyty pierwszorazowe w innych prowadzonych przez Zespół poradniach realizujących świadczenia m.in. w zakresie powikłań cukrzycy typu 2, wynosił w kontrolowanym okresie:

- w poradni kardiologicznej od „0” do 231 dni¹⁷ (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od 161 do 234 dni);
- w poradni okulistycznej od „0” do 42 dni¹⁸ (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od 15 do 32 dni);
- w poradni chirurgii ogólnej „0” dni (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od 2 do 5 dni).

(dowód: akta kontroli str. 15-20, 24-26)

W badanym okresie w Zespole nie prowadzono gabinetu stopy cukrzycowej. Pacjenci z tym powikłaniem, lub podejrzeniem tego typu powikłania, kierowani byli do lekarzy specjalistów.

(dowód: akta kontroli str. 33-34)

SPZLO nie prowadził rejestru chorych na cukrzycę typu 2. W kontrolowanym okresie przekazywano do NFZ, w formie elektronicznej, raporty dotyczące zrealizowanych jednostek rozliczeniowych świadczeń wykonanych w PD. Sprawozdania te dotyczyły pacjentów z każdym rozpoznaniem, bez oddzielenia chorych z rozpoznaniem cukrzycy typu 2.

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 200-230)

W kontrolowanym okresie stan zatrudnienia w POZ oraz AOS był zgodny z postanowieniami umów zawartych z NFZ. Zatrudnieni lekarze oraz pielęgniarki posiadali wskazane w umowach specjalności, kompetencje i prawa do wykonywania zawodu oraz byli dostępni dla pacjentów w określonych godzinach przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 12, 27-32)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi do
kontrolowanej
działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na rosnący czas oczekiwania na pierwszą wizytę i kolejne pacjentów (w stanie stabilnym) z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Szybkie podjęcie leczenia ma istotne znaczenie dla efektywności tego procesu.

5. Wdrażanie metod leczenia cukrzycy typu 2 wykorzystujących leki najnowszej generacji

Opis stanu
faktycznego

Z badań ankietowych przeprowadzonych przez NIK wśród 11 lekarzy zatrudnionych w SPZLO, w tym dziewięciu lekarzy POZ oraz dwóch lekarzy diabetologów zatrudnionych w Przychodni Diabetologicznej wynika m.in. że ich zdaniem:

- w świetle aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej leczenia cukrzycy stosowane leki i metody leczenia wg siedmiu ankietowanych nie spełniają oczekiwań skutecznego

¹⁷ „0” dla liczby oczekujących w danym kwartale oznacza brak oczekujących skierowanych przez PD, a pacjent jest chory na cukrzycę typu 2 (w danym kwartale nie było wizyt pierwszorazowych ww. pacjentów)

¹⁸ J.w.

leczenia tej choroby (tj. osiągnięcia „wyrównania metabolicznego”). W uwagach zaznaczono m.in., że leki nowej generacji są zbyt drogie, 6 min. w POZ na pacjenta nie pozwala na kompleksowe leczenie, pacjenci często nie stosują się do zaleceń;

- stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 nie uwzględniają leków najnowszej generacji (sześciu ankietowanych). Leki najnowszej generacji są drogie i nie są refundowane. Chorzy rezygnują z proponowanego schematu leczenia ze względu na koszty,
- stosowane metody leczenia nie uwzględniają leków najnowszej generacji ze względu m.in. na ich wysoką cenę i brak refundacji,
- do leków najnowszej generacji, które mogłyby być stosowane, ale nie są refundowane, należą m.in.: leki inkretynowe, insuliny analogowe, inhibitory SGLT2, pochodne tiazolidynodionów,
- ankietowanym lekarzom w większości nie były znane przypadki, aby pacjenci sami kupowali leki niedostępne w Polsce i przyjmowali je pod kontrolą lekarza (ośmiu ankietowanych).

(dowód: akta kontroli str. 812-826)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba kontroli na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹ wnosi o:

- 1) stosowanie się do zaleceń PTD w zakresie prowadzenia profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz kierowania pacjentów na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne zgodnie z zalecaną częstotliwością;
- 2) prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób zapewniający pełną i rzetelną informację o procesie diagnozowania i leczenia pacjenta.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Krakowie.

obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i 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.

Kraków, dnia 25 września 2017 r.

Kontroler

Barbara Guga
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

z up.

Marcin Kopeć
Wicedyrektor

¹⁹ Dz.U. z 2017 r., poz. 524. (dalej *ustawa o NIK*)