



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO. 410.004.01.2023

Monika Domarecka
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1
im. Norberta Barlickiego
w Łodzi
ul. dra Stefana Kopcińskiego 22, 90-138 Łódź

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego ¹ ul. dra Stefana Kopcińskiego 22, 90-138 Łódź
Kierownik jednostki kontrolowanej	Monika Domarecka, Dyrektor, od 1 czerwca 2021 r. p.o. Dyrektora, od dnia 15 lutego 2022 r. dyrektor Szpitala ² . Wcześniej w okresie objętym kontrolą funkcję dyrektora pełniła Anna Murlewska.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Prawdliwość i skuteczność działań zmierzających do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020 – 2022, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed/po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	1. Dariusz Krawczyk, doradca techniczny upoważnienie do kontroli nr LLO/32/2023 z dnia 12 stycznia 2023 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ dalej „Szpital”

² dalej „Dyrektor”

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Szpitala dotyczące profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. Funkcjonujące rozwiązania organizacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zabezpieczyły podejmowanie działań mających na celu prawidłowe diagnozowanie i skuteczne leczenie otyłości u osób dorosłych.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Świadczeń zdrowotnych w omawianym zakresie udzielali lekarze poradni chirurgii ogólnej, poradni chirurgii plastycznej oraz poradni diabetologicznej, posiadający odpowiednie kwalifikacje w leczeniu otyłości. Poradnie udzielały świadczeń w terminach i wymiarze godzin, zgodnych z harmonogramem ustalonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia ⁵ . Zapewniono prawidłowy nadzór nad realizacją zadań w zakresie planowania i realizacji świadczeń dla osób z zaburzeniami metabolicznymi. Lekarze – udzielając świadczeń zdrowotnych pacjentom z nadwagą i otyłością – analizowali ich stan zdrowia, kierowali na badania diagnostyczne oraz prowadzili edukację zdrowotną ukierunkowaną na redukcję masy ciała. Zalecali m.in.: przestrzegania diety, zwiększenie aktywności fizycznej. Szpital zapewniał pacjentom dostęp do porad dietetycznych i porad psychologa. Prawidłowo prowadzona była dokumentacja medyczna pacjentów leczonych na otyłość. Wykazano jednak, że w dokumentacji tej brak było potwierdzenia przekazania lekarzom kierującym pacjenta do leczenia specjalistycznego, pisemnej informacji o wdrożonym leczeniu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.
Opis stanu faktycznego	1.1 Szpital jako podmiot leczniczy, niebędący przedsiębiorcą, prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, został utworzony przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Podstawą działania Szpitala były: wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ⁷ (dalej RPWDL), Statut ⁸ przyjęty uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Regulamin organizacyjny ⁹ , ustalony zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ dalej NFZ

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

⁷ Szpital został wpisany do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego – numer księgi rejestrowej 000000018576.

⁸ ustalonym na podstawie uchwały nr 66/2022 z dnia 6 grudnia 2022 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w sprawie wprowadzenia zmian w treści Statutu SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz przyjęcia tekstu jednolitego Statutu, - dalej również Statut

⁹ ustalonym zarządzeniem wewnętrznym nr 1/2018 Dyrektora SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie wprowadzenia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w wersji ujednoczonej (wg stanu na 1 grudnia 2022 r.) – dalej również Regulamin organizacyjny

Zapisy w księdze rejestrowej w zakresie funkcjonowania poradni specjalistycznych, odzwierciedlały stan określony w Statucie i Regulaminie organizacyjnym.

Zgodnie z powyższymi dokumentami świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane były w 28 poradniach specjalistycznych, działających w strukturze Ambulatorium, wydzielonego w zakładzie leczniczym „Zespół Poradni”. Według postanowień Regulaminu organizacyjnego do zadań poradni specjalistycznych należały w szczególności: diagnostyka, leczenie i profilaktyka zaburzeń i chorób zgodnie ze specjalnością i kodem resortowym danej dziedziny medycyny wykazanym w rejestrze podmiotów leczniczych. Komórki organizacyjne działające w ramach wydzielonych zakładów leczniczych zobowiązane były m.in. do współdziałania z poszanowaniem praw pacjenta, dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala.

(akta kontroli str. 4-68)

Zadania z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów z otyłością oraz sprawozdawczości ujęte zostały w wykazie zadań jednostek działalności administracyjnej i jednostek działalności medycznej, zajmujących się pacjentami, u których rozpoznano E 66 (jako rozpoznanie zasadnicze lub współistniejące)¹⁰. Medyczne dane statystyczne w tym zakresie podlegały analizie przez: Zespół ds. Jakości - przy tworzeniu Planu Poprawy Jakości, przez Dział Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych – przy planowaniu zwiększenia zakresu ilości świadczeń a także przez Dział Organizacji i Nadzoru – przy analizie ryzyk medycznych w kontroli zarządczej.

Na rzecz poprawy jakości oferowanych usług medycznych w leczeniu otyłości uruchamiano nowe techniki leczenia w oddziale chirurgicznym, doposażano placówkę w sprzęt i aparaturę umożliwiającą dostęp dla osób otyłych, personel lekarski uczestniczył w specjalistycznych szkoleniach i kursach w zakresie bariatrii

(akta kontroli str. 299-306)

W latach objętych kontrolą – poza okresem do końca maja 2020 r. gdy funkcjonowała Poradnia Leczenia Chorób Metabolicznych i Otyłości¹¹ - w Szpitalu nie było wyodrębnionej poradni zajmująca się kompleksowym leczeniem otyłości. Pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym według kodu ICD-10: E 66 udzielano świadczeń w poradniach: chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej oraz diabetologicznej.

W poradni chirurgii ogólnej:

- w 2020 r. udzielono świadczeń 484 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym E 66 oraz ośmiu pacjentom z rozpoznaniem E66, które były współistniejące z innymi chorobami. Świadczenia te realizowane były w ramach 810 wizyt pacjentów z rozpoznaniem otyłości oraz 21 wizyt pacjentów w chorobami współistniejącymi,
- w 2021 r. 460 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym udzielono świadczeń w ramach 857 wizyt. Dodatkowo świadczeń udzielono podczas 24 wizyt 15 pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami,
- w 2022 r. w ramach 811 wizyt udzielono świadczeń 437 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym oraz w ramach 22 wizyt 11 pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami.

W poradni diabetologicznej:

- w 2020 r. udzielono świadczeń 16 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym E 66- oraz 245 pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami.

¹⁰ np. personel poradni diabetologicznej sygnalizował występującą tendencję wzrostu liczby pacjentów z rozpoznaniem współistniejącym E 66.

¹¹ umowa Szpitala z NFZ dotycząca zakresów 02.1008.001.02 – świadczenia w zakresie chorób metabolicznych oraz 02.1008.401.02 – świadczenia w zakresie chorób metabolicznych – świadczenia pierwszorazowe, rozwiązana z dniem 1 maja 2020 r. na skutek zaistnienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy.

Świadczenia te realizowane były w ramach 34 wizyt pacjentów z rozpoznaniem otyłości oraz 683 wizyt pacjentów w chorobami współistniejącymi,

- w 2021 r. 11 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym E 66 udzielono świadczeń w ramach 25 wizyt. Dodatkowo świadczeń udzielono podczas 785 wizyt 329 pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami,
- w 2022 r. w ramach 38 wizyt udzielono świadczeń 15 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym oraz w ramach 1185 wizyt 455 pacjentom z rozpoznaniem współistniejącym.

W poradni chirurgii plastycznej¹²:

- w 2020 r. udzielono świadczeń 18 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym E 66. Świadczenia te realizowane były w ramach 31 wizyt,
- w 2021 r. 14 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym udzielono świadczeń w ramach 17 wizyt. Dodatkowo świadczeń udzielono podczas pięciu wizyt trzem pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami,
- w 2022 r. w ramach 37 wizyt udzielono świadczeń 17 pacjentom z rozpoznaniem zasadniczym oraz w ramach dwóch wizyt dwóm pacjentom z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami.

W poradni chirurgii plastycznej udzielane były świadczenia na rzecz pacjentów, którzy zostali skierowani przez chirurgów ogólnych do poradni z powodu fałdów skórno-tłuszczowych brzucha po utracie znacznej masy ciała. W poradni chirurgii plastycznej prowadzona była kwalifikacja do zabiegu. W przypadku kwalifikacji do operacyjnej redukcji fałdów skórno-tłuszczowych, pacjenci kierowani byli do Oddziału Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, jako kontynuacja leczenia bariatrycznego.

(akta kontroli str. 288)

W 2020 r. świadczeniami realizowanymi w Poradni Leczenia Chorób Metabolicznych i Otyłości objętych zostało 43 pacjentów z rozpoznaniem zasadniczym (75 wizyt) oraz ośmiu pacjentów z rozpoznaniem współistniejącym (dziewięć wizyt).

W 2021 r. udzielono także świadczeń dwóm pacjentom poradni gastroenterologicznej, u których jako zasadnicze rozpoznanie wskazano E66.

W latach objętych kontrolą pacjenci z rozpoznaniem E66 współistniejącym z innymi chorobami leczeni byli ponadto w poradniach:

- leczenia bólu (w każdym roku jeden pacjent odpowiednio w ramach ośmiu, czterech i pięciu wizyt),
- kardiologicznej (tylko w 2020 r trzech pacjentów podczas ośmiu wizyt),
- alergologicznej (w każdym roku czterech pacjentów w ramach odpowiednio siedmiu, 13 i 11 wizyt),
- pulmonologicznej dla dorosłych (31, 69 i 129 pacjentów w ramach odpowiednio 69, 94 oraz 227 wizyt),
- alergologicznej dla dzieci (19, 10 i 10 pacjentów w trakcie odpowiednio 63, 33 i 26 wizyt)
- nefrologicznej (sześciu, pięciu i dziewięciu pacjentów w czasie 15, 16 i 28 wizyt),
- gastroenterologicznej (w 2021 r. 2 a w 2022 r. pięciu pacjentów w ramach odpowiednio czterech i 14 wizyt)

(akta kontroli str. 69-71)

W poradniach przyklinicznych prowadzone były listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z uwzględnieniem kategorii medycznej: przypadek pilny, przypadek stabilny. W Regulaminie organizacyjnym ustalono, że listy oczekujących

¹² oświadczenie o świadczeniach realizowanych na rzecz osób otyłych

zapewniają poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zasady zapisu na listę oczekujących, określające obowiązki świadczeniodawcy, pacjenta oraz uprawnienia do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, podane były na stronie internetowej Szpital w zakładce „Informacje dla pacjenta”.

(akta kontroli str. 29, 173)

Według danych przekazywanych przez Szpital do NFZ liczba pacjentów i czas oczekiwania na świadczenia w poradniach, w których leczone były osoby ze stwierdzonym jako zasadnicze rozpoznanie E-66, przedstawiały się następująco:

a) w poradni chirurgii ogólnej:

– średni czas oczekiwania na świadczenie wynosił:

w 2020 r. – w przypadku stabilnym 10 dni, w przypadku pilnym pięć dni. Według stanu na koniec 2020 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 11 dni i cztery dni.

w 2021 r. – w przypadku stabilnym 18 dni, w przypadku pilnym 10 dni. Według stanu na koniec 2021 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 12 dni i pięć dni.

w 2022 r. – w przypadku stabilnym 11 dni, w przypadku pilnym sześć dni. Według stanu na koniec 2022 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 11 dni i trzy dni.

– liczba osób oczekujących wynosiła 30 osób (tylko przypadki stabilne) na koniec 2020 r. 52 osoby (tylko przypadki stabilne) na koniec 2021 r. oraz 39 osób (w tym jeden przypadek pilny) na koniec 2022 r.

b) w poradni diabetologicznej

– średni czas oczekiwania na świadczenie wynosił:

w 2020 r. – w przypadku stabilnym 170 dni, w przypadku pilnym 0 dni. Według stanu na koniec 2020 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 61 dni i 34 dni.

w 2021 r. – w przypadku stabilnym 110 dni, w przypadku pilnym 97 dni. Według stanu na koniec 2021 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 84 dni i 70 dni.

w 2022 r. – w przypadku stabilnym 109 dni, w przypadku pilnym 97 dni. Według stanu na koniec 2022 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 111 dni i 79 dni.

– liczba osób oczekujących wynosiła 55 osób (w tym cztery przypadki pilne) na koniec 2020 r. 89 osób (w tym trzy przypadki pilne) na koniec 2021 r. oraz 88 osób (w tym cztery przypadki pilne) na koniec 2022 r.

c) w poradni chirurgii plastycznej

– średni czas oczekiwania na świadczenie wynosił:

w 2020 r. – w przypadku stabilnym 65 dni, w przypadku pilnym 19 dni. Według stanu na koniec 2020 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 55 dni i 40 dni.

w 2021 r. – w przypadku stabilnym 92 dni, w przypadku pilnym 69 dni. Według stanu na koniec 2021 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 144 dni i 110 dni.

w 2022 r. – w przypadku stabilnym 201 dni, w przypadku pilnym 150 dni. Według stanu na koniec 2022 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 186 dni i trzy dni.

– liczba osób oczekujących wynosiła 95 osób (w tym cztery przypadki pilne) na koniec 2020 r. 308 osób na koniec 2021 r. (w tym pięć przypadków pilnych) oraz 454 osoby (w tym sześć przypadków pilnych) na koniec 2022 r.

(akta kontroli str. 72-75)

1.2. W poradniach udzielających świadczeń pacjentom chorym na otyłość lub choroby z niej wynikające zatrudnionych było:

– w poradni chirurgii ogólnej 16 lekarzy na koniec 2020 r., 14 lekarzy na koniec 2021 r. oraz 19 lekarzy na koniec 2022 r.,

– w poradni chirurgii plastycznej odpowiednio po ośmiu lekarzy w każdym roku,

- w poradni diabetologicznej odpowiednio 10, dziewięciu i siedmiu lekarzy.
(akta kontroli str. 76-78)

W okresie objętym kontrolą w poradniach udzielających świadczeń pacjentom chorym na otyłość lub choroby z niej wynikające, tylko w 2020 r. w poradni diabetologicznej zatrudniony był dietetyk. W zasobach personelu medycznego wykazywanego w pozostałych poradniach i okresach brak było psychologa i dietetyka.

(akta kontroli str. 139-168)

Dyrektor wskazując działania Szpitala zapewniające pacjentom chorym na otyłość kompleksową opiekę, w tym wsparcie dietetyka i psychologa, podała, że w zasobach kadrowych podmiotu leczniczego znajdują się osoby na stanowisku: psycholog oraz dietetyk. Istnieje możliwość skorzystania z ich wiedzy i doświadczenia w procesie leczenia pacjenta z otyłością. Pacjenci w ramach AOS prowadzeni przez danego lekarza są edukowani oraz otrzymują konieczne informacje i porady. Wsparcie ze strony dietetyka czy psychologa dostępne jest natomiast dla pacjentów uczestniczących w programie leczenia otyłości lub w trakcie leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 299-306)

Wybrana do badania dokumentacja trzech lekarzy poradni chirurgii¹³ ogólnej, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę¹⁴, wykazała, że wszyscy posiadali kwalifikacje wymagane do udzielania świadczeń w zakresie chirurgii¹⁵. Dwoch z nich posiadało także certyfikat umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości¹⁶.

(akta kontroli str. 79-107)

Świadczenia zdrowotne w poradni chirurgii ogólnej udzielane były przez lekarzy od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach ustalonych harmonogramem pracy poszczególnych lekarzy oraz z harmonogramami pracy tej poradni zawartymi w załączniku nr 2 „Harmonogram - zasoby”, do umowy z NFZ¹⁷.

Analiza dokumentacji¹⁸ realizacji świadczeń przez wybranych lekarzy, w miesiącach lipiec i sierpień oraz grudzień każdego roku objętego kontrolą, wykazała, że wymiar ich czasu pracy oraz harmonogramy udzielania świadczeń w poradni były spójne z ustalonymi w „Harmonogramie – zasoby”. Lekarze udzielali świadczeń w godzinach i wymiarze (z uwzględnieniem zastępstw w sytuacjach losowych), wskazanych w tym dokumencie.

(akta kontroli str. 108-168,)

1.3. Poradnie przykliniczne, w których udzielane były świadczenia w zakresie leczenia otyłości wyposażone były w sprzęt umożliwiający diagnozowanie zaburzeń metabolicznych oraz monitorowanie zdrowia pacjentów. W poradni: chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej oraz diabetologicznej, znajdowały się wagi lekarskie umożliwiające pomiar masy oraz wzrostu pacjentów. Poradnie dysponowały

¹³ wyboru dokonano według kryterium: pracowali przez cały okres objęty kontrolą oraz przez największą liczbę godzin w tygodniu udzielali świadczeń w danej poradni AOS.

¹⁴ lekarze zatrudnieni byli na podstawie umowy o pracę w Szpitalu: dwóch lekarzy [redacted], w pełnym wymiarze czasu, jeden [redacted] w wymiarze 0,8 w 2020 r. i 0,7 etatu w 2021 i 2022 r.

¹⁵ wszyscy posiadali tytuł specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej i udokumentowany udział w szkoleniach w zakresie gastroenterologii, bariatrii, chirurgii minimalnie inwazyjnej, konferencjach i kongresach dotyczących bariatrii

¹⁶ Lekarz [redacted] posiadał certyfikat wydany przez Towarzystwo Chirurgów Polskich – Sekcję Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej potwierdzający kwalifikacje do wykonywania procedur chirurgii bariatrycznej (rok uzyskania 2019),

Lekarz [redacted] posiadał dyplom ukończenia 2-letniego Programu Dydaktycznego „Postępy w gastroenterologii”

¹⁷ W poradni lekarze przyjmowali pacjentów od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 – 8.15 oraz 8.30-13.00 (wtorek, piątek) 10.00-13.00 (czwartek) i 10.00-14.30 (poniedziałek, środa).

¹⁸ harmonogramy pracy poradni chirurgii ogólnej w 2020, 2021 i 2022 r. oraz rejestr udzielonych przez lekarza świadczeń w miesiącach lipiec, sierpień i grudzień w latach 2020-2022

aparaturami umożliwiającymi pomiar ciśnienia krwi u pacjentów z nadwagą i otyłością (mankiety o zwiększonej długości).

(akta kontroli str. 169-171)

1.4. Nadzór i koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, były zadaniami powierzonymi w Statucie i Regulaminie organizacyjnym Szpitala Dyrektorowi; Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Medycznych oraz Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego. Dyrektor – stosownie do postanowień Statutu – zobowiązany był do organizacji prac Szpitala w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz realizację zadań statutowych Szpitala, prowadzenia nadzoru nad wykonywaniem zadań przez pracowników Szpitala.

W strukturze Szpitala wydzielono komórkę merytoryczną do monitorowania i rozliczania świadczeń medycznych – dział monitorowania świadczeń zdrowotnych i statystyki medycznej – który w ramach swoich zadań m.in. świadczył pomoc merytoryczną jednostkom i komórkom organizacyjnym działalności medycznej w zakresie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych, zasad rozliczania świadczeń w ramach zawartych umów z NFZ oraz obowiązków sprawozdawczych. W ramach przypisanych zadań dział współpracował ze służbami finansowymi, w tym z działem kontrolingu i gospodarki aktywami trwałymi (zadania wyceny procedur medycznych) oraz z innymi komórkami organizacyjnymi np. z działem jakości, realizującym m.in. zadania planowania, przeprowadzania i dokumentowania audytów wewnętrznych dotyczących systemów zarządzania i akredytacji.

Zasady i sposób organizacji pracy Szpitala, koordynowania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz nadzoru nad ich realizacją, ustalane były zarządzeniami wewnętrznymi¹⁹, w pismach okólnych kierowanych do jednostek organizacyjnych działalności medycznej²⁰, a także podczas bieżących spotkań z kierownikami jednostek organizacyjnych.

(akta kontroli str. 4-68, 174-199)

Personel medyczny realizujący zadania z zakresu otyłości nie zgłaszał w okresie objętym kontrolą problemów związanych z realizacją powierzonych im zadań. W ocenie Dyrektora natomiast brak ujęcia w „koszyku świadczeń gwarantowanych” porad dietetycznych, wspomaganie leczenia otyłości przez zespoły interdyscyplinarne i brak refundacji leków na otyłość, istotnie ograniczają możliwości efektywnego leczenia otyłości. Problemy wynikające z zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych zgłaszane były przez Szpital do NFZ. Dyrektor zwróciła uwagę, że lekarze w ramach udzielanych świadczeń specjalistycznych muszą uwzględniać racjonalność wydatków i generowanych kosztów. Porady dietetyczne, wspomaganie leczenia przez zespoły interdyscyplinarne, Szpital zapewnia pacjentom w ramach leczenia szpitalnego oraz uczestniczącym w realizowanych programach zdrowotnych (KOS-BAR).

(akta kontroli str. 299-306)

¹⁹ zarządzenia wewnętrzne:

- nr 3/2025 z 15.01.2015 w sprawie sposobu prowadzenia list oczekujących i działania Zespołu Oceny Przyjęć (ostatni aneks – Aneks nr 3 z dnia 23.08.2021),
- nr 3/2019 z 30.01.2019 w sprawie Zespołu ds. Jakości (ostatni aneks – Aneks nr 5 z 31.05.2022 r.),
- nr 37/2021 z 16.11.2021 r. w sprawie realizacji w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniodawcami leczonymi z powodu otyłości olbryziej

²⁰ np. pismo OD/158/2023- w sprawie zaleceń klinicznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, dotyczących postępowania u chorych na otyłość 2022

W ramach nadzoru sprawowanego przez Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przeprowadzone zostały kontrole realizacji zadań określonych w Regulaminie organizacyjnym i Statucie:

- w 2021 r. m.in. pod kątem dostępności oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości w badanym zakresie,
- w 2022 r. m.in. w zakresie skarg i wniosków złożonych przez pacjentów w latach 2019-2021. W okresie objętym kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących załatwiania skarg i wniosków.

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono innych kontroli. Nie dokonywano również audytu jednostki w zakresie leczenia otyłości.

(akta kontroli str. 200-220)

Skargi składane przez pacjentów rozpatrywane były według zasad ustalonych w Procedurze określającej tryb, sposób składania i rozpatrywania skarg i wniosków, dotyczących usług medycznych świadczonych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi²¹. W Rejestrze Skarg, w okresie objętym kontrolą zarejestrowane były dwie skargi pacjentów związane z leczeniem otyłości:

- złożona w dniu 8 października 2021 r. a dotycząca trudności z wyznaczeniem terminu wizyty w poradni chirurgii ogólnej celem kwalifikacji do zabiegu bariatrycznego. Szpital zgodnie z trybem ustalonym w procedurze dokonał rozpatrzenia skargi, uznał skargę za zasadną, udzielił w dniu 21 października 2021r. wyjaśnień i wyznaczył termin wizyty kwalifikacyjnej do zabiegu bariatrycznego,
- złożona w dniu 28 listopada 2022 r. a dotycząca braku możliwości zapisu do programu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Uznając skargę za zasadną, w dniu 2 grudnia 2022 r. przekazano pacjentowi e-mail, w którym poinformowano o przyjmowaniu zapisów telefonicznie wskazując jednocześnie pierwsze wolne terminy wizyt, zgodne z kolejką oczekujących.

(akta kontroli str. 221-241)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Funkcjonujące w Szpitalu rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. Zapewniono sprawowanie nadzoru nad realizacją tych zadań.

Świadczenia dla pacjentów z nadwagą i otyłością realizowane były przez lekarzy z wymaganymi kwalifikacjami, w tym także w zakresie profesjonalnego leczenia otyłości i nadwagi. Świadczenia udzielane były zgodnie z harmonogramem pracy określonym w umowie z NFZ.

Poradnie przykliniczne, w których udzielane były świadczenia w zakresie leczenia otyłości wyposażone były w sprzęt umożliwiający diagnozowanie zaburzeń metabolicznych oraz monitorowanie zdrowia pacjentów.

²¹ procedura aktualizowana w dniu 27.07.2021 r. i aktualizowana w dniu 9.11.2022 r.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Z dniem 1 lutego 2022 r. w Szpitalu wprowadzono dla niezabiegowych poradni specjalistycznych, obowiązkowe generowanie elektronicznej dokumentacji medycznej (historia zdrowia i choroby) wraz z digitalizacją dokumentacji zewnętrznej dostarczonej przez pacjenta w centralnej rejestracji. Funkcjonujący w Szpitalu system informatyczny ESKULAP umożliwiał lekarzowi świadczącemu usługi medyczne w danej poradni podgląd wszystkich wyników badań zleconych pacjentowi, także wyników badań zleconych przez lekarzy udzielających świadczeń w innych poradniach specjalistycznych Szpitala.

(akta kontroli str. 289-296)

Prowadzenie w latach 2020-2022 dokumentacji medycznej pacjentów poradni: chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej oraz diabetologicznej, u których zdiagnozowano zaburzenia metaboliczne wynikające z otyłości (E66), okoliczności rozpoznania, zlecone badania diagnostyczne oraz podjęte działania, zbadano na podstawie losowo wybranych 20 dokumentacji w formie papierowej, pacjentów tych poradni²².

Dokumentacja poddana badaniu była czytelna, kolejne jej strony były ponumerowane, wpisy dokonywane w porządku chronologicznym, każdorazowo były autoryzowane przez lekarza dokonującego wpisu. W dokumentacji zawarte były m.in.: PESEL, data urodzenia, rok założenia historii choroby, informacje o występujących obciążeniach dziedzicznych²³ oraz informacje dotyczące pobytów w szpitalu²⁴.

W analizowanej próbie dokumentacji medycznej nadwagę lub otyłość zdiagnozowano u 17 pacjentów²⁵, z tego u 12 pacjentów przed okresem objętym kontrolą oraz u pięciu pacjentów w okresie objętym kontrolą. Diagnoza nadwagi lub otyłości pacjentów w okresie objętym kontrolą dokonana została zarówno przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej²⁶ (dwóch pacjentów), jak i podczas wizyty w poradni specjalistycznej Szpitala (trzech pacjentów). Po zdiagnozowaniu otyłości lekarz POZ kierował pacjenta do poradni specjalistycznej (chirurgii ogólnej), a w przypadku diagnozy dokonanej w poradni chirurgii ogólnej, lekarze podejmowali samodzielne działania w celu leczenia otyłości.

W latach 2020-2022 pacjentom, których dokumentację medyczną poddano badaniom udzielono świadczeń podczas 84 wizyt (od jednej do ośmiu wizyt na pacjenta).

W czasie pierwszej wizyty w poradni chirurgii ogólnej zakładana była „Karta historii zdrowia i choroby pacjenta”, przeprowadzano badania podmiotowe i przedmiotowe, dokonywano pomiarów wagi i wzrostu oraz wyliczano wskaźnik BMI. Wyliczenia wskaźnika BMI – poza jednym przypadkiem²⁷ – były prawidłowe i właściwie ustalały stopień nadwagi lub otyłości (jeden przypadek otyłości I stopnia oraz cztery przypadki otyłości ołbrzymiej). W dokumentacji czterech pacjentów odnotowane były pomiary ciśnienia krwi, a pacjentowi z otyłością I stopnia ustalono także wskaźnik WHR²⁸.

W analizowanej dokumentacji pacjentów poradni chirurgii ogólnej (leczonych w okresie objętym kontrolą) odnotowano zlecenie pakietu badań diagnostycznych²⁹.

W poradni chirurgii plastycznej lekarze zlecali dodatkowo m.in. konsultacje: dermatologiczną, neurochirurgiczną, endokrynologiczną, neurologiczną, badania

²² poradnia chirurgii ogólnej – dokumentacja 15 pacjentów, poradnia chirurgii plastycznej – dokumentacja trzech pacjentów i dokumentacja poradni diabetologicznej – dokumentacja dwóch pacjentów

²³ obciążenia dziedziczne odnotowane w trzech dokumentacjach

²⁴ wpisy w 12 dokumentacjach

²⁵ trzy dokumentacje spośród 20 badanych dotyczyły leczenia w poradni chirurgii plastycznej.

²⁶ dalej lekarz poz.

²⁷ BMI wpisane do dokumentacji – 53,7, BMI wyliczone według pomiarów masy i wzrostu pacjenta – 61,6

²⁸ pomiary odnotowane w dokumentacji jednego pacjenta

²⁹ morfologia krwi, lipidogram, próby wątrobowe badanie moczu, glukoza, cholesterol TSH, EKG

RTG oraz badania USG. W poradni diabetologicznej dodatkowo badania związane z leczeniem cukrzycy.

W dokumentacji siedmiu (41%) pacjentów leczonych w poradni chirurgii ogólnej jako rozpoznanie podana była tylko otyłość (E-66), natomiast u dziesięciu (59%) pacjentów wyniki badań wykazały również występowanie innych zaburzeń metabolicznych (I-10, I-15, E-11, E-14, E-16.8, E-78). W dokumentacji tych pacjentów brak było wpisów dotyczących skierowania ich do innej poradni specjalistycznej. W 16 badanych dokumentacjach medycznych odnotowano udzielenie pacjentom porad żywieniowych.

(akta kontroli str. 285-287)

2.2. W poradni chirurgii ogólnej Szpitala leczeniu nadwagi i otyłości podlegali pacjenci skierowani przez lekarza POZ oraz pacjenci, u których nadwagę lub otyłość rozpoznano w poradni specjalistycznej. Po dokonaniu rozpoznania E66 (pomiar wagi, wzrostu, ustalenie BMI) lekarz w poradni chirurgii ogólnej samodzielnie podejmował działania polegające w pierwszej kolejności na zleceniu pakietu badań diagnostycznych i udzieleniu porad w zakresie diety i aktywności fizycznej (wskazywano źródła informacji, przekazywano materiały informacyjne w tym zakresie). W celu wspomagania leczenia zalecane było skorzystanie z porady dietetycznej. W przypadku jednego pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą i współistniejącą otyłością I stopnia zastosowano leczenie farmakologiczne.

Według analizowanej dokumentacji pacjenci leczeni na otyłość mieli średnio w roku od 2,1 do 2,5 wizyt. Działania w trakcie leczenia podejmowane przez lekarza specjalistę dotyczyły w szczególności monitorowania stanu zdrowia poprzez zlecenie badań diagnostycznych, skierowania do leczenia szpitalnego, monitorowania BMI.

W trakcie leczenia lekarze określali pacjentom oczekiwane zmniejszenie masy i rekomendowali stosowanie zaleceń dietetycznych. W analizowanej dokumentacji nie wystąpiły zapisy o skierowaniu pacjenta do ośrodków (sanatoriów) wspomagających leczenie otyłości lub powikłań z niej wynikających.

Do monitorowania stanu zdrowia pacjenta wykorzystywane były dostępne w systemie Eskulap informacje, dotyczące przebiegu jego leczenia w poradniach AOS Szpitala. Lekarze poradni posiadali wiedzę o aktualnym stanie zdrowia 12 pacjentów (spośród 17 leczonych w okresie objętym kontrolą) kontynuujących leczenie w Szpitalu. Poprawa stanu zdrowia wykazana została w dokumentacji 10 pacjentów (sześciu status – zdrowy, dwóch – status zdrowy monitorowany oraz dwóch – status chory w trakcie leczenia). Zmniejszenie masy ciała wykazane zostało u trzech pacjentów.

W badanej dokumentacji odnotowane były dwa przypadki jej udostępnienia w trybie art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁰. W żadnej dokumentacji nie było natomiast zapisów wskazujących na realizację obowiązku informowania lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej o wdrożonym leczeniu. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*)

(akta kontroli str. 243-284)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W badanej dokumentacji medycznej brak było wpisów o przekazaniu lekarzowi kierującemu do leczenia specjalistycznego, informacji o wdrożonym leczeniu. Brak było takiej informacji również w umieszczonych na platformie P1 dokumentach elektronicznych, dotyczących pacjentów objętych badaniem.

(akta kontroli str. 243-248)

³⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2022 r., poz. 1876)

Zgodnie z § 12 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³¹, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, 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. Informacje w tym zakresie lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi nie rzadziej, niż co 12 miesięcy.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Informacja dla lekarza kierującego jest jednym z dokumentów zaliczanych do EDM³² – obligatoryjnym do stosowania. Informacja dla lekarza kierującego/POZ została zaimplementowana do panelu lekarza w systemie Eskulap w dniu 12.11.2021 r. W styczniu 2023 r.³³ lekarze poradni specjalistycznych otrzymali pismo Dyrektora przypominające o obowiązku wystawiania Informacji dla lekarza kierującego. W przedmiotowym piśmie wskazano, iż lekarz udzielający porady ambulatoryjnej w Poradni specjalistycznej USK nr 1 jest zobligowany do wystawienia informacji dla lekarza kierującego w formie EDM.

(akta kontroli str. 299-306)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przekazywanie informacji do lekarza kierującego na leczenie specjalistyczne ma wpływ na przebieg i efekty dalszego leczenia. Zdaniem NIK nieskuteczny okazał się – mimo podejmowanych działań – nadzór nad realizacją istniejącego obowiązku, przez lekarzy poradni chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej oraz diabetologicznej.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu podejmowano skuteczne działania zmierzające do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych, w tym także leczenie mające na celu redukcję masy ciała. Lekarze analizowali stan zdrowia pacjentów, zlecali wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych oraz prowadzili edukację zdrowotną ukierunkowaną na przestrzeganie diety, zwiększenie aktywności fizycznej. Stwierdzono natomiast, że w przypadku pacjentów objętych kontrolą nie została przekazywana lekarzom kierującym pacjentem do leczenia specjalistycznego pisemna informacja o wdrożonym leczeniu.

IV. Wnioski

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

Wnioski

Zapewnić skuteczny nadzór nad realizacją przez lekarzy udzielających świadczeń w poradniach specjalistycznych obowiązku informowania lekarza kierującego pacjentem do leczenia specjalistycznego o wdrożonym leczeniu.

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

³¹ Dz. U z 2022 r., poz. 787

³² EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna (przypis kontrolera)

³³ Pismo OD/141/2023 z dnia 18 stycznia 2023 Dyrektora Szpitala do lekarzy poradni specjalistycznych

do dyrektora Delegatury NIK w Łodzi. 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag 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.

Łódź, dnia 15 marca 2023 r.

Piotr Walczak
p.o. Dyrektor
Delegatury NIK w Łodzi


.....
podpis

Kontroler
Dariusz Krawczyk
doradca techniczny


.....
podpis

