



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.004.01.2023

Małgorzata Kowalczyk – Kram
Prezes Zarządu
Przychodnie Medycyny Rodzinnej Sp. z o.o.
ul. Władysława Szafera 16-18,
71-245 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Przychodnie Medycyny Rodzinnej Sp. z o.o. ¹ , ul. Władysława Szafera 16-18, 71-245 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Małgorzata Kowalczyk-Kram, Prezes Zarządu ² , od 23 czerwca 2002 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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.3. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020 – 2022, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ⁴
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Adam Milczarek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/16/2023 z 19 stycznia 2023 r.2. Radosław Kropiowski, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/10/2023 z 13 stycznia 2023 r.3. Marzena Guzierowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/11/2023 z 13 stycznia 2023 r. <p>(akta kontroli str.1-4, 37-49)</p>

¹ Dalej: Przychodnia lub PMR.

² Dalej: Prezes.

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

⁴ Dalej: NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Przychodni wprowadzono rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej⁶, bez szczególnego ukierunkowania na leczenie i profilaktykę otyłości u osób dorosłych. Przychodnia dysponowała sprzętem umożliwiającym diagnozowanie i monitorowanie choroby otyłości.

Mimo obowiązku określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁷, Przychodnia nie przekazywała do Funduszu⁸, co najmniej raz w roku kalendarzowym informacji o masie i wzroście świadczeniobiorców.

Z powodu ogłoszonego stanu epidemii COVID-19⁹ i wprowadzonych ograniczeń w latach 2020-2022, mimo obowiązków lekarza POZ określonych m.in. w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰, lekarze POZ nie w każdym przypadku monitorowali stan zdrowia pacjentów poprzez odnotowywanie w dokumentacji medycznej pomiarów masy ciała i wzrostu każdego pacjenta, co najmniej raz w roku kalendarzowym. Pomiarów te odnotowano w dokumentacji medycznej 67,2% pacjentów¹¹, przy czym w siedmiu przypadkach (10,9%), mimo dokonania pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI¹², który wskazywał na otyłość, w dokumentacji medycznej nie odnotowano rozpoznania choroby otyłości, a w jednym przypadku nie dokonano ww. pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI, mimo rozpoznania otyłości (E66). Lekarze POZ nie w każdym przypadku odnotowywali w dokumentacji medycznej wszystkie możliwe działania zmierzające do skutecznego rozpoznania i leczenia otyłości¹³. Działania promujące zdrowy styl życia, profilaktyczne i prozdrowotne na rzecz zapobiegania otyłości wśród osób dorosłych były prowadzone w trakcie wizyt lekarskich oraz w ramach prowadzenia edukacji pielęgniarskiej.

Podkreślić należy, że ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁴ nie wyłączyła stosowania obowiązków świadczeniodawców POZ (lekarzy POZ) określonych m.in. w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ, jak również w rozporządzeniu w sprawie zakresu niezbędnych informacji

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

⁶ Dalej: POZ.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

⁸ Dalej: Funduszu lub NFZ.

⁹ W związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 – rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340, ze zm.) – uchylonym z dniem 16 maja 2022 r.

¹⁰ Dz. U. poz. 2335; dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza POZ.

¹¹ Tj. 43 pacjentów (z 64) objętych analizą.

¹² Współczynnik masy ciała (Body Mass Index – BMI), obliczany według wzoru BMI= masa ciała [kg] / wzrost [m]².

¹³ M.in.: na badania diagnostyczne skierowali pacjentów w 81,8% analizowanych przypadkach, a do poradni specjalistycznych – 27,3 % przypadkach, a w żadnym przypadku nie zalecali skorzystania z porady dietetyka.

¹⁴ Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.; dalej: ustawa covidowa.

przetwarzanych przez świadczeniodawców oraz nie wyłączyła stosowania zasad dokumentowania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁵.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja jednostki zapewniająca realizację zadań związanych z zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia otyłości u osób dorosłych.

Przychodnia funkcjonowała na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁷. W okresie objętym kontrolą, w skład przychodni wchodziło m.in. siedem komórek organizacyjnych (tj. siedziba¹⁸ i sześć filii¹⁹), które pełniły funkcję poradni POZ.

(akta kontroli str. 50-54)

Zakres udzielanych w Przychodni świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ był zgodny ze zgłoszonym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz określonym w regulaminie organizacyjnym Przychodni.

(akta kontroli str. 50-54, 128-130)

W § 18 Regulaminu organizacyjnego określono, że *proces udzielania świadczeń rozpoczął się w rejestracji, gdzie pacjenci zgłaszali się w celu umówienia wizyty u lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ. Rejestracja pacjentów odbywała się w każdej dostępnej formie, tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie i przez internet, z wyznaczeniem dnia i godziny świadczenia zdrowotnego. Świadczenia zdrowotne udzielane były w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności. W pierwszej kolejności przyjmowani byli pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego. W każdym przypadku pielęgniarka obecna w przychodni przeprowadzała z pacjentem (lub jego rodziną bądź osobami dzwoniącymi w jego imieniu) wywiad dotyczący objawów, czasu ich trwania i zastosowanych dotychczas środków.*

(akta kontroli str. 53-54)

Zadania z zakresu rozpoznawania, planowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych pacjentów (w tym pacjentów z otyłością) oraz zadania dotyczące sprawozdawczości zrealizowanych świadczeń, zostały powierzone lekarzom i pielęgniarkom realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie POZ. Powyższe zadania były realizowane w ramach poradni medycyny rodzinnej, gabinetów zabiegowych / gabinetów pielęgniarek POZ, gabinetów promocji zdrowia, funkcjonujących w każdej

¹⁵ Określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ¹⁵ (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm.) – uchylonym z dniem 15 kwietnia 2020 r. dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r. oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.); dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

¹⁶ 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.

¹⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁸ Szczecinie przy ul. Szafera 16 – 18.

¹⁹ W Szczecinie przy: ul. Derdowskiego 28; ul. 9 Maja 13; ul. Miodowej 45; ul. Lubelskiej 29; ul. Ledóchowskiego 16. W Bezzeczcu przy ul. Górnej 18B.

z siedmiu komórek organizacyjnych Przychodni. Do zadań lekarzy POZ należało m.in.:

- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- identyfikowanie czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych pacjenta,
- podejmowanie działań ukierunkowanych na ograniczenie czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych, a także planowanie działań edukacyjnych (przy współpracy z pielęgniarką POZ),
- planowanie i koordynowanie postępowania diagnostycznego,
- wskazywanie podmiotów mogących realizować poza POZ dalsze działania na rzecz pacjenta.

Do zadań pielęgniarek POZ należało m.in.:

- rozpoznawanie, ocenianie i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u pacjentów,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz działań profilaktycznych,
- prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia.

(akta kontroli str. 5-7, 11-12)

Prezes wyjaśniła m.in.: *iż celem usprawnienia działania Przychodni zatrudniani są lekarze do pomocy (inni niż lekarze POZ zbierający deklaracje) oraz pielęgniarki (nie zbierające deklaracji, wspomagające proces szczepień, realizację zadań w gabinecie zabiegowym). Na zatrudnienie tego personelu nie były uzyskiwane odrębne środki finansowe. Dodatkowo podejmowane były działania, tj. stała wymiana sprzętu, także komputerowego; zatrudnianie pracowników rejestracji, którym powierzono obowiązki koordynatorów świadczeń medycznych; przekazywanie ważnych, istotnych informacji dotyczących procesu leczenia i obszaru ochrony zdrowia w programie (...), z którego zobowiązani są korzystać wszyscy pracownicy i współpracownicy w obszarze POZ.*

(akta kontroli str. 12)

1.2. Raportowanie danych o stanie zdrowia pacjentów.

Według danych raportowanych do NFZ (wg stanu na 1 stycznia roku 2020, 2021, 2022) na listach aktywnych lekarzy POZ było w:

- 2020 r. – 37 785 osób, w tym 28 079 pacjentów powyżej 19 roku życia²⁰ (74% wszystkich) i 9 706 pacjentów do 19 r.ż.
- 2021 r. – 38 307 osób, w tym 28 549 pacjentów powyżej 19 r.ż. (75% wszystkich) i 9 758 pacjentów do 19 r.ż.
- 2022 r. – 39 832 osób, w tym 29 716 pacjentów powyżej 19 r.ż. (75% wszystkich) i 10 116 pacjentów do 19 r.ż.

(akta kontroli str. 20)

W ramach POZ udzielono²¹: 300 201 świadczeń zdrowotnych w 2020 r., 318 257 ww. świadczeń w 2021 r. i 329 960 ww. świadczeń w 2022 r.

(akta kontroli str. 20)

W sprawozdaniach do NFZ²² wykazano, że otyłość (wg klasyfikacji ICD-10: E66) rozpoznano u 2 006 osób dorosłych²³ w 2020 r., 2 178 osób – w 2021 r. i 2 400 osób – w 2022 r.

(akta kontroli str. 20)

Na podstawie danych ujętych w sprawozdaniach MZ-11 (wg stanu na 31 grudnia roku 2020, 2021, 2022) na listach aktywnych lekarzy POZ było w:

²⁰ Dalej: r.ż.

²¹ Według danych na 1 stycznia roku 2020, 2021, 2022 (sprawozdawanych do NFZ).

²² Według danych na 1 stycznia roku 2020, 2021, 2022.

²³ Tj. powyżej 19 r. ż.

- 2020 r. – 40 176 osób, w tym 29 439 osób powyżej 19 r.ż. (73% wszystkich) i 10 737 osób do 19 r.ż.
- 2021 r. – 43 497 osób, w tym 33 285 osób powyżej 19 r.ż. (77% wszystkich), 10 212 osób do 19 r.ż.
- 2022 r. – 44 490 osób, w tym 34 095 osób powyżej 19 r.ż. (76% wszystkich), 10 395 osób do 19 r.ż.

W ww. sprawozdaniach MZ-11 wykazano, że otyłość (wg klasyfikacji ICD-10: E65-E68) rozpoznano u: 842 dorosłych osób w 2020 r., 852 osób – w 2021 r., 1 836 osób – w 2022 r.

(akta kontroli str. 30, 428)

Dane raportowane przez Przychodnię do NFZ dotyczące liczby świadczeniobiorców na listach aktywnych lekarzy POZ:

- poniżej 19 roku życia były niższe od liczby sprawozdawanej Ministrowi Zdrowia (w MZ-11) o: 1 031 osób (9,6%) w 2020 r., o 454 osób (4,4%) w 2021 r. i o 279 (2,7%) osób w 2022 r.
- powyżej 19 roku życia były niższe od liczby sprawozdawanej Ministrowi Zdrowia (w MZ-11) o: 1 360 osób (4,6%) w 2020 r., o 4 736 (14,2%) osób w 2021 r. i o 4 379 (12,8%) osób w 2022 r.

Dane raportowane przez Przychodnię do NFZ dotyczące liczby osób chorych na otyłość (E66) były wyższe od danych sprawozdawanych Ministrowi Zdrowia w sprawozdaniach MZ-11 (E65-E68) o: 1 164 (58,03%) osoby w 2020 r.; 1 326 osoby (60,88%) w 2021 r.; 564 osoby (23,5%) w 2022 r.

(akta kontroli str. 20, 143, 428, 453)

W sprawie różnic pomiędzy danymi sprawozdawanymi do NFZ oraz do Ministra Zdrowia w sprawozdaniach MZ-11, Prezes wyjaśniła, iż: *Dane sprawozdawane w dokumencie MZ-11 są przygotowane na określony dzień. Przygotowując kolejne zestawienie nie jesteśmy w stanie podać innych danych, niż widoczne w systemie te zaś są zmienne: zależą od uznania deklaracji przez NFZ (fakt prawa do świadczeń, możliwość zmiany placówki). Wobec pojedynczego pacjenta jesteśmy w stanie ustalić w jakim okresie deklaracja była uznana przez NFZ, jednak nie możemy tego zrobić ani wstecznie, ani dla całej populacji objętej opieką.*

W zakresie różnic dotyczących liczby osób chorych na otyłość Prezes wyjaśniła: *Dane sprawozdawane w dokumencie MZ-11 dotyczą rozpoznania głównego, nie zawierają informacji o rozpoznaniach współistniejących. Dane wskazane przez placówkę są pełne: dotyczą wszystkich pacjentów, u których rozpoznano określone choroby.*

(akta kontroli str. 126, 434-435)

Przychodnia nie sprawozdawała w latach 2020-2022 do Funduszu, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy, określonej w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 127-436)

Przychodnia była realizatorem pilotażu POZ Plus, który był prowadzony w jednej placówce (z siedmiu miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych POZ)²⁴. Do pilotażu włączono 1 600 osób, w trakcie jego realizacji m.in.:

- wykonano 1 013 bilansów zdrowia pacjentów dorosłych,
- włączono 645 pacjentów w program zarządzania chorobą przewlekłą,
- 385 osób skierowano na porady dietetyczne, ponad 200 osób z niej skorzystało.

(akta kontroli str. 23)

²⁴ Tj. w placówce w Bezzreczu przy ulicy Górnej 18.

1.3. Zasoby kadrowe poradni POZ umożliwiające realizację zadań z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.

Przychodnia zatrudniała łącznie 26 lekarzy, w tym 21 lekarzy rodzinnych i pięciu lekarzy pomocników. Trzech lekarzy POZ (objętych analizą m.in. w zakresie kwalifikacji umożliwiających realizację zadań POZ²⁵) posiadało wymagane kwalifikacje zgodnie z wymogami określonymi w art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej²⁶ oraz w części V pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁷. Lekarze POZ nie posiadali certyfikatu umiejętności z zakresu profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości (m.in. Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością) i nie uczestniczyli w latach 2020-2022 w szkoleniach dotyczących POZ (w tym medycyny rodzinnej) oraz choroby otyłości (w tym redukcji nadmiernej masy ciała).

Tygodniowo jeden lekarz realizował 35 godzin pracy (0,92 etatu²⁸) w Poradni POZ, a dwóch lekarzy – 50 godzin (1,32 etatu). Liczba świadczeniobiorców objętych opieką ww. lekarzy POZ (tj. listy aktywne pacjentów) wynosiła od 1 780 do 2 431 osób i nie przekraczała zalecanej przez Prezesa NFZ liczby 2 500 pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza POZ.

(akta kontroli str. 441-444)

W wybranych do kontroli NIK miesiącach²⁹, lekarze realizowali harmonogram pracy Poradni, zgodnie z wymaganiami określonymi w umowie z NFZ.

(akta kontroli str.131-139, 445-446)

W sprawie braku ujęcia w „koszyku świadczeń gwarantowanych” porad dietetycznych, wspomaganie leczenia otyłości przez zespoły interdyscyplinarne składające się z lekarzy, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, braku refundacji leków na otyłość (co ogranicza skuteczność leczenia otyłości), , Prezes³⁰ wyjaśniła: *Zarówno w pilotażu POZ Plus jak i w opiece koordynowanej, (...) dostrzeżono choroby, które mogą być skutkiem i konsekwencją otyłości, nie wyodrębniając samej otyłości jako jednostki chorobowej podlegającej leczeniu koordynowanemu. (...) Podsumowując tę część z przykrością stwierdzamy, że otyłość jako samoistne rozpoznanie jest pomijana w proponowanych pozytywnych zmianach w obszarze działania POZ. Aktualnie pacjent, u którego podejrzewamy hipoglikemię reaktywną, z wysokim ryzykiem wystąpienia cukrzycy typu 2, nie uzyskuje w POZ żadnych możliwości działania: lekarz POZ nie może zlecić krzywej insulinowej. Nie może także skierować pacjenta do diabetologa, gdyż nie ma rozpoznania (...). A wiemy, że przed wystąpieniem rozpoznania można by włączyć szybką edukację dietetyka, wspartą rozsądną fizjoterapią i wzmocnieniem aktywności fizycznej. Dodatkowo: porady dietetyczne (czy edukacja dietetyczna) powinny być prowadzone w stosunku do całych rodzin, nie jedynie pacjentów z otyłością: funkcjonują oni często w środowisku, w którym zmiana nawyków żywieniowych musi wynikać ze wspólnej i świadomej decyzji rodziny (...).*

(akta kontroli str. 24-26)

²⁵ Specjaliści w zakresie medycyny rodzinnej.

²⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.; dalej: ustawa o POZ.

²⁷ Dz.U. z 2021 r., poz. 540, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ.

²⁸ Tj. średnio 37 godzin i 55 min w przeciętnym tygodniu pracy – na podstawie art. 93 ustawy o działalności leczniczej.

²⁹ W każdym roku objętym kontrolą badano realizację harmonogramu w miesiącach: lipiec, sierpień i grudzień.

³⁰ Będąca również lekarzem POZ.

1.4. Sprzęt do przeprowadzenia badań bilansowych i stałego monitoringu zdrowia pacjentów, umożliwiającym diagnozowanie i leczenie otyłości.

Objęte oględzinami jedno (z siedmiu) miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych POZ³¹ spełniało wymagania określone w części V załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. Poradnia POZ składała się z: trzech gabinetów lekarskich rodzinnych (POZ), gabinetu zabiegowego, punktu szczepień, stanowiska rejestracji, pokoju socjalnego, toalety przystosowanej do osób z niepełnosprawnościami. Oględziny wyposażenia znajdującego się w gabinetach wykazały, iż:

- jeden gabinet był wyposażony w wagę pozwalającą ważyć maksymalnie do 300 kg i pozwalającą dokonać pomiaru wzrostu do 210 cm oraz ciśnieniomierz o długości rękawa 23-33 cm;
- dwa gabinety były wyposażone w wagę pozwalającą ważyć maksymalnie do 200 kg i pozwalającą dokonać pomiaru wzrostu do 210 cm oraz ciśnieniomierz o długości rękawa 34-44 cm (oznaczony jako XXL);
- gabinet zabiegowy wyposażony był w wagę pozwalającą ważyć maksymalnie do 200 kg i mierzyć wzrost do 210 cm oraz ciśnieniomierz o długości rękawa 31-47.

(akta kontroli str. 108-118)

W sprawie długości mankietów ciśnieniomierzy Pani Wiesława Gozdur – Członek Zarządu Przychodni wyjaśniła, iż *standardowo dostępne na rynku (w hurtowni medycznej) długości mankietów przeznaczone dla osób otyłych wynoszą do 44 – 47 cm. Dostępne są jeszcze ciśnieniomierze o długości rękawa do 60 cm, które są przeznaczone do mierzenia ciśnienia na udzie. Dostępne w przychodni ciśnieniomierze są dedykowane dla osób otyłych i nie wystąpiły przypadki, gdy niemożliwe byłoby zmierzenie ciśnienia osobie otyłej z uwagi na niewystarczającą długość mankieta.*

(akta kontroli str. 108-109)

1.5. Wydatki poradni POZ na profilaktykę i diagnostykę laboratoryjną w celu zapobiegania i diagnozowania otyłości u osób dorosłych.

Lekarze Przychodni kierowali pacjentów na badania laboratoryjne kierując się zasadą potrzeby zdrowotnej pacjentów. W Przychodni nie określono limitów wydatków na badania (laboratoryjne, diagnostykę ultrasonograficzną i zdjęcia RTG).

(akta kontroli str. 437-439)

Przychodnia ponosiła koszty realizacji zadań w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz działań na rzecz zachowania zdrowia, wydatki te nie były finansowane ze środków zewnętrznych. Powyższe zadania były realizowane i finansowane przez Przychodnię w ramach prowadzenia edukacji pielęgniarskiej.

Przychodnia oszacowała ww. koszty maksymalnie na: 245 650 zł w 2020 r., 193 920 zł w 2021 r. i 289 170 zł w 2022 r.

(akta kontroli str. 439-440)

W zakresie wysokości ww. wydatków Prezes wyjaśniła: (...) *Program ustalono wzorując się na pilotażu POZ Plus i przewidując wprowadzenie edukacji pielęgniarskiej (...). W okresie 2020- 2022 Zarząd PMR szukał dobrych sposobów motywacji zespołów pielęgniarskich do podejmowania ukierunkowanej edukacji pacjentów. Na początku było to głównie finansowanie zapisywania w dokumentacji BMI pacjentów, później rozbudowywano samą edukację, stopniowo, by personel*

³¹ Przychodni POZ przy ul. Górnej 18b w Bezzreczu.

zachęcić a nie przestraszyć nowymi obowiązkami, szczególnie trudnymi w obszarze administracyjnym (...). Ostatecznie opracowano dla pielęgniarek zakresy zagadnień z obszaru nadciśnienia tętniczego i cukrzyca, a także aktualne listy pacjentów z rozpoznaniami tych chorób oraz materiały pomocne w edukacji. Prowadzona edukacja dotyczy między innymi zagadnień związanych z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą oraz związanymi z nimi zasadami prawidłowego żywienia, co jest bezpośrednio związane z chorobą otyłościową. Każda wykonana edukacja musi zostać prawidłowo zapisana w systemie, na którym pracuje personel PMR Szafera, na tej podstawie Zarząd ustala ilość wykonań. Dlatego nasze określenie kosztów poniesionych na edukację zostało ustalone szacunkowo: w różnym okresie płacono pielęgniarkom od 5 do 10 zł za jednostkową edukację / działania profilaktyczne (za różne działania cena też była różna). Stopniowo włączono kolejne elementy edukacji, zmieniając wycenę dotychczasowych.

(akta kontroli str.119-120)

Wydatki na diagnostykę laboratoryjną w ramach POZ wynosiły łącznie 3 438,1 tys. zł, z tego; w 2020 r. – 681,6 tys. zł; w 2021 r. – 1 151,6 tys. zł i w 2022 r. – 1 604,9 tys. zł. Wydatki na diagnostykę laboratoryjną stanowiły 7,9% przychodów POZ osiąganych ze stawki kapitałowej (z tego: w 2020 r. – 5,1% ww. przychodów; w 2021 r. – 8,1% ww. przychodów i w 2022 r. – 10,1% ww. przychodów).

(akta kontroli str. 440)

1.6. Przyjęte i sprawowane formy nadzoru nad realizacją zadań dotyczących zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.

Nadzór nad realizacją przez pracowników przychodni powierzonych im zadań mających na celu zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości był prowadzony przez Zarząd Przychodni, w szczególności poprzez analizy ilości wykonanych i prawidłowo wpisanych do systemu działań profilaktycznych, także edukacji pacjentów. W przypadku identyfikacji spadku ilości udzielanych świadczeń Zarząd podejmował działania celem ustalenia przyczyn i podjęcia działań naprawczych.

(akta kontroli str. 33, 447-448)

Oceniając skuteczność wprowadzonych rozwiązań organizacyjnych pod względem diagnostyczno-organizacyjnym i administracyjno-gospodarczym opierano się głównie na rozmowach z personelem. Prezes wyjaśniła: *Wszystkie zalecenia są raczej propozycją rozwiązań i są wypracowywane w trakcie spotkań i rozmów z personelem, nie w trakcie kontroli. Zarząd kształtuje komunikację z personelem w sposób otwarty: pytamy o problemy, rozwiązujemy je, określamy ryzyka i korzyści. Działania sformalizowane są stosowane rzadko (kontrola) gdyż otwarty dialog przynosi znacznie więcej korzyści. (...) Zarząd PMR nie prowadzi kontroli skuteczności, gdyż byłaby ona powiązana z kontrolą pacjentów: to od nich w dużej mierze zależy skutek podjętych działań.*

(akta kontroli str.125)

W okresie objętym kontrolą personel medyczny realizujący zadania z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości nie zgłaszał problemów, trudności związanych z realizacją powierzonych im zadań.

(akta kontroli str. 447-448)

W okresie objętym kontrolą nie wpłynęły skargi i wnioski dotyczące niezapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia otyłości oraz powikłań z niej wynikających lub realizacji harmonogramu pracy poradni POZ.

(akta kontroli str. 27-29)

W okresie objętym kontrolą nie były prowadzone kontrole dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia otyłości i profilaktyki.

(akta kontroli str. 240-442)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Przychodnia (będąca świadczeniodawcą POZ, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie POZ) nie przekazywała Funduszowi³² w latach 2020-2022 informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, mimo obowiązku określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

W analizowanej dokumentacji medycznej 43 (67,2%) pacjentów z 64 objętych analizą, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2022, lekarze POZ odnotowali pomiary masy ciała i wzrostu pacjentów.

(akta kontroli str. 127, 449)

Na podstawie § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców – świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie POZ, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują Funduszowi dane o udzielonych świadczeniach m.in. w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – dane te obejmują informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

Prezes wyjaśniła: W celu rozliczenia nie przekazujemy sprawozdania pojedynczych czynności do NFZ, a plik zawierający zestaw kilkunastu tysięcy wykonanych w miesiącu rozliczeniowym świadczeń, przy czym zgodnie z umową z NFZ nie określono odrębnej usługi, która dotyczy wykazania pomiaru BMI u pacjenta. Obowiązek leżący po stronie świadczeniodawców nie jest odrębnym elementem sprawozdawczym.

(akta kontroli str. 127)

Ustawa covidowa nie wyłączyła stosowania obowiązków świadczeniodawców POZ (tj. Przychodni) określonych w rozporządzeniu w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców. Przekazywanie Funduszowi informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, było możliwe, gdyż lekarze POZ dokonywali ww. pomiarów w 67,2% analizowanych przypadków. Podkreślić należy, że przekazywanie Funduszowi informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, możliwe byłoby wówczas, gdyby lekarze POZ dokonywali ww. pomiarów na wizytach, które odbywały się w poradniach lekarzy POZ w latach 2020-2022.

Dyrektor ZOW NFZ poinformował³³ m.in.: (...) zgodnie z § 5 umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ to świadczeniodawcy są obowiązani do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy między innymi informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy w formie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML – „Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych”). W związku z wprowadzeniem obowiązku przesyłania informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji

³² W tym Zachodniopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w Szczecinie; dalej: ZOW NFZ.

³³ W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

przetwarzanych przez świadczeniodawców, NFZ wprowadził odpowiednie regulacje prawne. W dniu 1 sierpnia 2019 r. Zarządzeniem nr 98/2019/DI Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, dodano obowiązek przekazywania informacji o wadze i wzroście dla świadczeń lekarza POZ, w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym, jako element składowy opisujący „świadczenie”. Powyższa zmiana weszła w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., co niestety nałożyło się z pandemią COVID-19. Sytuacja panująca w kraju zmusiła Oddział do podjęcia zupełnie nowych działań koordynujących w organizacji systemu zwalczania, zapobiegania i leczenia COVID-19. Stan epidemii spowodował całkowitą zmianę sposobu udzielania świadczeń, jak też wymusił działania organizacyjne polegające na umożliwieniu lekarzom pracy w nowym, trudnym środowisku. Zwiększono intensywność działań w kierunku e-usług w rodzaju e-skierowań i e-recept oraz zostały zintensyfikowane działania dla popularyzacji świadczenia teleporady. Udział świadczeń w rodzaju teleporad osiągnął niemal 90% dla wszystkich udzielanych świadczeń przez lekarzy POZ. Brak bezpośredniego kontaktu świadczeniodawcy z pacjentem uniemożliwił przekazywanie wiarygodnych danych o wadze i wzroście świadczeniobiorcy. Ponadto w uzasadnieniu wprowadzenia nowej regulacji, która dodała informacje o wadze i wzroście wskazano, że dane te mogą być wykorzystane w strumieniu refundacji leków, tj. refundacji aptecznej. Brak natomiast jest powiązania z danymi mającymi wpływ na sposób finansowania w rodzaju POZ. Należy przypomnieć, że świadczenia udzielane w POZ są finansowane na podstawie stawki kapitałowej rocznej oraz liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych, która jest ustalana na podstawie posiadanych deklaracji przez podmioty. Ponadto ZOW NFZ zobowiązuje się do podjęcia czynności mających na celu egzekwowanie realizacji ww. obowiązku od świadczeniodawców POZ.

(akta kontroli str. 454-455)

OCENA CZĄSTKOWA

W Przychodni wprowadzono rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w POZ, bez szczególnego ukierunkowania na leczenie i profilaktykę otyłości u osób dorosłych. Przychodnia dysponowała odpowiednim sprzętem do przeprowadzania badań bilansowych i stałego monitoringu zdrowia pacjentów z chorobą otyłości (w tym wagami od 200 do 300 kg). W Przychodni nie określono limitów skierowań na badania diagnostyczne, aby zapewnić autonomiczność lekarzy w procesie leczenia. Przychodnia, mimo obowiązku nałożonego na świadczeniodawców POZ, nie przekazywała do NFZ, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy, określonej w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Monitorowanie stanu zdrowia u osób dorosłych w celu diagnozowania otyłości.

Szczegółową analizą w zakresie monitorowania stanu zdrowia u osób dorosłych w celu rozpoznania (diagnozowania) otyłości objęto dokumentację medyczną 64 pacjentów leczonych w zakresie POZ³⁴. Nadwagę lub otyłość rozpoznano

³⁴Analizą objęta 32 karty historii chorób mężczyzn i 32 kobiet.

u 18 pacjentów (tj. 28,1%), w tym u 11 pacjentów (61,1%) rozpoznano je w okresie objętym kontrolą.

Badania masy i długości ciała (oraz obliczenie wskaźnika BMI) nie wykonano: w 2020 r. – 54³⁵ pacjentom (tj. u 84,4% objętych analizą); w 2021 r. – 44³⁶ pacjentom (69,8%); w 2022 r. – 34³⁷ pacjentom (55,7%). Pacjentom, którym wykonano pomiary masy i długości ciała, tj. 10 w 2020 r., 19³⁸ w 2021 r. i 27³⁹ w 2022 r. – klasyfikacja BMI wskazywała na otyłość:

- w 2020 roku u sześciu pacjentów (tj. u 60,0% badanych)
- w 2021 roku u 15 pacjentów (78,9%);
- w 2022 roku u 21 pacjentów (77,8%).

Pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI (co najmniej raz w okresie objętym kontrolą) dokonano łącznie 43 (67,2%) pacjentom z 64 objętych analizą, z tego:

- u 18 pacjentów rozpoznano nadwagę lub otyłość (41,9%);
- u siedmiu pacjentów nie postawiono diagnozy nadwagi lub choroby otyłości mimo, iż wskaźnik BMI (>25) na to wskazywał (16,3%).

U pozostałych 21 pacjentów (32,8%) nie odnotowano w dokumentacji medycznej pomiarów masy ciała i wzrostu do obliczenia wskaźnika BMI (co najmniej raz w okresie objętym kontrolą), w tym u jednego pacjenta (1,5%) mimo zdiagnozowanej otyłości (E66).

(akta kontroli str.449-451)

Na podstawie § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców – świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują Funduszowi dane o udzielonych świadczeniach m.in. w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – dane te obejmują informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

Ponadto, lekarze POZ zobowiązani byli prowadzić dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami § 10 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r. i § 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r. Określono w nich, że dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania, zalecenia, informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach.

Powyższe oznacza, że dla uzyskania wiarygodnych danych do sprawozdania lekarz POZ musi dokonywać przynajmniej raz w roku ww. pomiarów, na podstawie których można obliczyć wskaźnik BMI, umożliwiający rozpoznanie (zdiagnozowanie) otyłości.

(akta kontroli str. 34, 144-239, 449-451)

Prezes wyjaśniła, iż powyższe braki: *dotyczą okresu epidemii, trudno było w tym okresie dokonywać pomiarów ciała, gdyż znaczna część pacjentów unikała osobistego kontaktu z przychodnią, a nawet gdy ich nie unikali to starali się ograniczyć czas przebywania w placówce do minimum. W okresach nasilonych zachorowań personel placówki musiał objąć opieką (i nadzorem telefonicznym) znaczną część*

³⁵ Wszyscy pacjenci w 2020 r. odbyli co najmniej jedną wizytę.

³⁶ Z czego dwóch pacjentów nie miało żadnej wizyty w 2021 r.

³⁷ Z czego jeden pacjent nie odbył żadnej wizyty w 2022 r.

³⁸ W pozostałym jednym przypadku dokonano tylko pomiaru masy ciała.

³⁹ W pozostałych trzech przypadkach dokonano tylko pomiaru masy ciała.

chorujących pacjentów, co powodowało zwiększoną ilość obowiązków (kontakt z pacjentami w izolacji, nadzór nad chorującymi, ankiety epidemiologiczne przeprowadzane z każdym pacjentem, a w późniejszym czasie także edukacja dotycząca szczepień osób dorosłych). Wyższym dobrem było bezpieczeństwo zdrowotne, niż profilaktyka. Czasowo wstrzymano nawet szczepienia obowiązkowe dzieci, co skutkowało koniecznością odrobienia zaległości w czasie, gdy szczepienia wznowiono. Kłopotem było też zapisywanie danych przez personel: wprowadzenie danych wymaga zapisania odrębnej usługi, co było działaniem nowym (od czerwca 2019), czasochłonnym i w efekcie niewiele wnoszącym. Sam fakt ustalenia BMI niewiele mówi o stanie pacjenta, może być wskaźnikiem dodatkowym. (...) Ponadto zauważamy, że w trudnym okresie epidemii wpisano jednak znacznej części pacjentów dane dotyczące BMI, mimo, iż brak przekonania o ich istotnej wartości występuje u personelu medycznego, a ich zbieranie w okresie epidemii było bardzo utrudnione.

(akta kontroli str.122)

Ustawa covidowa nie wyłączyła stosowania obowiązków świadczeniodawców POZ (tj. Przychodni) określonych w rozporządzeniu w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, a także zasad udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy POZ (określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴⁰ oraz art. 5 ust. 2 ustawy o POZ) oraz zasad prowadzenia dokumentacji medycznej (określonych w § 10 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r. i § 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.⁴¹).

Przepis art. 4 ustawy o zawodach lekarza stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz POZ w ramach koordynacji opieki zdrowotnej inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zwanego dalej "świadczeniodawcą", w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (art. 5 ust. 2 ustawy o POZ).

Oznaczało, to, że w przypadkach, w których wizyty odbyły się w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (tj. w poradni POZ) – lekarze POZ mogli dokonać pomiarów masy ciała i wzrostu świadczeniobiorcy, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym – w celu realizacji przez Przychodnię (jako świadczeniodawcy POZ) obowiązku określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, na podstawie wymogów udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ określonych w art. 4 ustawy z o zawodach lekarza oraz art. 5 ust. 2 ustawy o POZ.

2.2. Podejmowane działania zmierzające do zdiagnozowania otyłości u osób dorosłych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej w tym zakresie.

Szczegółowym badaniem w zakresie podejmowanych przez lekarzy POZ działań zmierzających do prawidłowego i skutecznego rozpoznania (zdiagnozowania) otyłości objęto dokumentację medyczną 18 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66).

⁴⁰ Dz. U z 2022 r. poz. 1731, ze zm.; dalej: ustawa o zawodach lekarza.

⁴¹ Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania, zalecenia, informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach.

W 11 analizowanych przypadkach (z 18) lekarze POZ rozpoznali otyłość (E66) w okresie objętym kontrolą, a w siedmiu przypadkach – przed tym okresem.

U dwóch pacjentów (z 11) przed rozpoznaniem otyłości (E66) dokonano pomiarów wzrostu i masy oraz obliczano wskaźnik BMI w odstępach rocznych (w tym u jednego pacjenta w wyniku przeprowadzonych pomiarów stwierdzono wzrost BMI). W pozostałych dziewięciu przypadkach nie dokonywano ww. pomiarów w odstępach rocznych.

Otyłość (E66) została rozpoznana w czterech (36,4%) przypadkach (z 11) w wyniku wizyty związanej ze złym samopoczuciem, a w pozostałych siedmiu przypadkach z innych przyczyn (m.in. z powodu infekcji, badania bilansowego POZ PLUS, symptomów zaburzeń metabolicznych).

Do poradni skierowano wszystkich 18 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66), w tym 13 pacjentów (72,2%) z powodu otyłości i powikłań z niej wynikających, a pozostałych pięciu pacjentów – z powodu innego rozpoznania.

Pacjenci w dniu rozpoznania otyłości mieli od 28 do 71 lat (średnio 49,1 lat).

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

U wszystkich 11 pacjentów, u których rozpoznano otyłość w okresie objętym kontrolą, przeprowadzono badanie podmiotowe (bez dedykowanego kwestionariusza) i badanie przedmiotowe, m.in. oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie.

Spośród 11 pacjentów, u których wykonano badanie przedmiotowe, 10 pacjentom (90,9%) dokonano pomiarów masy ciała i wzrostu pacjenta oraz obliczono wskaźnik BMI, a u jednego pacjenta nie dokonano ww. pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI, mimo rozpoznania otyłości (E66) przez lekarza POZ.

Spośród 10 pacjentów, u których obliczono wskaźnik BMI, w sześciu przypadkach wskazywał on na otyłość I stopnia, a w pozostałych czterech przypadkach – na otyłość obrzymia⁴² i otyłość II stopnia⁴³.

Ponadto, w czterech (40%) przypadkach dodatkowo zmierzono obwód tali i bioder pacjenta oraz obliczono wskaźnik WHR⁴⁴.

Ośmiu (80%) pacjentom, u których rozpoznano otyłość i dokonano pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI (z 10) wykonano pomiar ciśnienia krwi, a dwóm pacjentom – nie dokonano pomiaru ciśnienia krwi na wizycie, na której rozpoznano otyłość (E66).

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

Spośród 11 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66) w okresie objętym kontrolą, na badania diagnostyczne (w tym laboratoryjne) skierowano dziewięciu (81,8%) pacjentów (wszystkim pacjentom zlecono wykonanie morfologii krwi), a dwóch pacjentów nie skierowano na ww. badania. W siedmiu (77,8%) z dziewięciu ww. przypadków, wyniki badań wskazywały, że oprócz otyłości wystąpiły inne powikłania wynikające z otyłości.

Lekarze POZ skierowali trzech (42,9%) z siedmiu ww. pacjentów ze stwierdzoną otyłością i powikłaniami z niej wynikającymi do poradni specjalistycznej (w tym w dwóch przypadkach do poradni endokrynologicznej, a w jednym przypadku do kardiologicznej). W pozostałych czterech przypadkach (57,1%) – pacjentów nie kierowano do poradni specjalistycznej.

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

Wpisy w dokumentacji medycznej 18 pacjentów, u których zdiagnozowano otyłość (E66) były dokonywane chronologicznie i autoryzowane przez lekarzy POZ. W dokumentacji medycznej odnotowywano m.in. PESEL, datę urodzenia, rok

⁴² W dwóch przypadkach.

⁴³ W dwóch przypadkach.

⁴⁴ Tj. stosunek obwodu talii do obwodu bioder.

założenia historii choroby. W przychodni dokumentacja była prowadzona elektronicznie.

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

2.3. Podejmowane działania zmierzające do leczenia otyłości u osób dorosłych.

Przychodnia nie opracowała wytycznych dotyczących kierowania do leczenia pacjentów z rozpoznaną otyłością w ramach POZ oraz własnych materiałów dotyczących zdrowego żywienia / aktywności fizycznej w celu ich rozpowszechniania wśród ww. pacjentów. Przychodnia nie nawiązała współpracy z osobami / ośrodkiem / poradnią / innym podmiotem zajmującym się leczeniem nadwagi / otyłości w celu kierowania pacjentów do leczenia otyłości rozpoznanej w ramach POZ. Pacjenci z rozpoznaną otyłością w ramach POZ byli kierowani na leczenie zgodnie z rozpoznaniem.

(akta kontroli str. 448)

W zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej wykorzystywano i polecano pacjentom serwisy akademii NFZ, Diety NFZ jak i Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej.

(akta kontroli str. 448)

Prezes wyjaśniła m.in., iż lekarze w ramach porad zalecają ruch i aktywność fizyczną (np. spacer, czy w miarę możliwości ograniczenia korzystania z samochodu), gdy stwierdzają otyłość u pacjenta. Z uwagi na ograniczony czas wizyty i ilość pacjentów lekarze nie mają możliwości przekazywania bardziej szczegółowych informacji. Informacje przekazywane przez lekarzy są często uzupełniane przez pielęgniarki po wizycie.

(akta kontroli str. 448)

Pierwsze działanie lekarza podjęte w związku z wystąpieniem nadwagi lub otyłości polegało na badaniach diagnostycznych⁴⁵.

W dokumentacji medycznej 11 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66) w okresie objętym kontrolą, lekarze POZ nie podejmowali (i nie odnotowali w dokumentacji medycznej) wszystkich możliwych działań zmierzających do skutecznego diagnozowania i leczenia otyłości, takich jak:

- zalecanie pacjentom skorzystania z porady dietetycznej – w żadnym z analizowanych przypadków;
- kierowanie pacjentów do poradni specjalistycznych – w czterech przypadkach (57,1%) – do poradni skierowano trzech pacjentów z siedmiu⁴⁶, u których rozpoznano otyłość i powikłania z niej wynikające;
- zlecenia badań diagnostycznych – w dwóch przypadkach (18,2%) – ww. badanie zlecono dziewięciu pacjentom (z 11), u których rozpoznano otyłość w okresie objętym kontrolą (w każdym przypadku zlecano morfologię krwi).

W dokumentacji medycznej żadnego z 11 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66) w okresie objętym kontrolą, nie odnotowano przypadków farmakoterapii w leczeniu otyłości.

Ostatnie zlecenie na badania laboratoryjne było w 2022 r. w 16 z 18 przypadków objętych analizą.

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

Ustawa covidowa nie wyłączyła obowiązku podejmowania przez lekarzy POZ działań w celu rozpoznania chorób; zachowania zdrowia świadczeniobiorcy oraz profilaktyki chorób (w tym także udzielanych w innych warunkach niż stacjonarne) określonych

⁴⁵ Takie badanie zlecono w siedmiu z 11 przypadków.

⁴⁶ Pacjenci, u których oprócz otyłości wystąpiły inne powikłania wynikające z otyłości.

w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ, a także zasad prowadzenia dokumentacji medycznej (określonych w § 10 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r. i § 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.), takich jak: dokumentowanie stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, w szczególności: np. opisu problemu zdrowotnego, stanu funkcjonowania czy udzielonych zaleceń. Ustawa covidowa nie wyłączyła także obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy POZ (określonych w art. 4 ustawy o zawodach lekarza oraz art. 5 ust. 2 ustawy o POZ), na podstawie których lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz POZ w ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, zwanego dalej „świadczeniodawcą”, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną⁴⁷.

Lekarz POZ posiadał aktualną wiedzę o stanie zdrowia wszystkich 18 pacjentów, u których rozpoznano otyłość (E66). W stosunku do 2020 r. w 2021 r. u dwóch osób stwierdzono redukcję masy ciała (o 1,5% i 9%) w trzech przypadkach nastąpił wzrost masy ciała (o 1%, 6% i 13%). W stosunku do 2021 r. w 2022 r. w dwóch przypadkach nastąpiła redukcja masy ciała (o 1,69% i 9,57%), a w trzech przypadkach nastąpił wzrost masy ciała (o 0,95%, 4,72% i 9,09%).

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

W okresie objętym kontrolą z porad lekarza POZ skorzystało w:

- 2020 r. – 63 pacjentów z 64 objętych analizą (od 1 do 180 porad rocznie)⁴⁸, jeden pacjent nie korzystał z porad lekarza POZ;
- 2021 r. – 61 pacjentów z 64 objętych analizą (od 1 do 216 porad rocznie)⁴⁹, trzech pacjentów nie korzystało z porad lekarza POZ;
- 2022 r. – 60 pacjentów z 64 objętych analizą (od 2 do 38 porad rocznie)⁵⁰, czterech pacjentów nie korzystało z porad lekarza POZ.

Ze zwolnień lekarskich korzystało łącznie 24 pacjentów: w 2020 r. – od jednego do czterech razy w roku; w 2021 r. – od jednego do siedmiu razy w roku oraz w 2021 r. – od jednego do dziewięciu razy.

(akta kontroli str. 144-239, 449-451)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W dokumentacji medycznej siedmiu pacjentów⁵¹, lekarze POZ nie odnotowali rozpoznania choroby otyłości, pomimo dokonania pomiarów masy ciała i wzrostu

⁴⁷ Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez międzynarodowe koła naukowe, tj. towarzystwa lekarskie, konsultantów wojewódzkich i krajowych w danej dziedzinie medycyny, grupy robocze i zespoły wydające rekomendacje oraz ich aktualizacje odpowiadające postępowi wiedzy w danej dziedzinie. Zatem lekarze POZ przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązani są stosować: Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością – Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego oraz Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

⁴⁸ Łącznie 1 311 wizyt (średnio 20,48 wizyt rocznie).

⁴⁹ Łącznie 1 214 wizyt (średnio 18,96 wizyt rocznie).

⁵⁰ Łącznie 879 wizyt (średnio 14,17 wizyt rocznie).

⁵¹ Dokumentacja medyczna pacjentów o nr: 25 (2020 r.); 7 (2021 r.); 1, 25, 27, 31 i 36 (2022 r.).

pacjenta, umożliwiającą obliczenie wskaźnika BMI, który wskazywał na nadwagę (>25).

(akta kontroli str. 144, 150, 171-172, 174, 179, 184)

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza – wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im.

W art. 12 ust. 1 ustawy o POZ określono, że lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą, w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ określono, że w zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób – lekarz POZ m.in.: planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy; informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia.

Zgodnie z zasadami prowadzenia dokumentacji medycznej (określonych w § 10 ust. 1 pkt 5 lit. b rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.⁵² i § 10 pkt 4 lit. b rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.⁵³) indywidualna dokumentacja medyczna zawiera m.in. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego.

Prezes wyjaśniła: *Brak wpisu nie jest równoznaczny z brakiem diagnozy i najczęściej spowodowany był pośpiechem i znaczną liczbą osób oczekujących na wizytę. Poza tym: samo określenie BMI niewiele wnosi do informacji o stanie zdrowia pacjenta.*

(akta kontroli str. 123)

OCENA CZĄSTKOWA

Lekarze POZ nie monitorowali stanu zdrowia pacjentów poprzez odnotowywanie w dokumentacji medycznej pomiarów masy ciała i wzrostu każdego pacjenta, co najmniej raz w roku kalendarzowym. Pomiary te odnotowano w dokumentacji medycznej 67,2% pacjentów, przy czym w siedmiu przypadkach (10,9%), mimo dokonania pomiarów do obliczenia wskaźnika BMI, który wskazywał na otyłość, w dokumentacji medycznej nie odnotowano rozpoznania choroby otyłości.

Lekarze POZ nie w każdym przypadku odnotowywali w dokumentacji medycznej wszystkie możliwe działania zmierzające do skutecznego diagnozowania i leczenia otyłości, m.in.: na badania diagnostyczne skierowali pacjentów w 81,8% analizowanych przypadkach, a do poradni specjalistycznych w 27,3% przypadkach, a w żadnym przypadku nie zalecali skorzystania z porady dietetyka. Mając na uwadze nadzwyczajne okoliczności towarzyszące wykonywaniu świadczeń zdrowotnych POZ w okresie objętym kontrolą, w którym wystąpiła epidemia COVID-19, oraz fakt skierowania systemu ochrony zdrowia na walkę z tą epidemią, NIK odstąpiła od sformułowania nieprawidłowości dotyczących: niepodejmowania (i nieodnotowywania w dokumentacji medycznej) wszystkich możliwych działań zmierzających do skutecznego monitorowania, diagnozowania i leczenia otyłości zgodnie z obowiązkami lekarza POZ określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ, art. 4 ustawy o zawodach lekarza, art. 5 ust. 2 ustawy o POZ oraz obowiązków świadczeniodawcy POZ określonych w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych

⁵² rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm.) – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

⁵³ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.); dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020

informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, a także obowiązujących zasad prowadzenia dokumentacji medycznej.

OBSZAR

3. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.

Opis stanu faktycznego

3.1. Działania profilaktyczne polegające na promocji zdrowia wśród pacjentów w celu zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.

W latach 2020-2022 PMR:

- nie przeprowadziła analiz dotyczących liczby osób ze zdiagnozowaną otyłością w porównaniu do ogólnej liczby pacjentów oraz w odniesieniu do danych ogólnokrajowych oraz nie planowali działań zapobiegających i eliminujących problem nadmiernej masy ciała wśród pacjentów;
- nie rozpoznawała potrzeb pacjentów w zakresie działań profilaktycznych polegających na promocji zdrowego stylu życia w celu zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych (poza udzielaniem bieżących porad lekarskich oraz prowadzenia edukacji pielęgniarskiej⁵⁴);
- nie podejmowała z własnej inicjatywy innych działań na rzecz zapobiegania otyłości wśród osób dorosłych (poza udzielaniem bieżących porad lekarskich oraz prowadzenia edukacji pielęgniarskiej);
- nie prowadziła w środowisku lokalnym działań zarówno promujących, jak i edukacyjnych w zakresie zdrowego stylu życia mających na celu zapobieganie nadmiernej masie ciała wśród osób dorosłych;
- nie przekazywała jednostkom samorządu terytorialnego informacji o liczbie osób dorosłych, u których zdiagnozowano nadwagę / otyłość, w celu dostosowania działań profilaktycznych do potrzeb społeczności lokalnej.

(akta kontroli str. 21, 31)

3.2. Działania w celu wdrożenia programów profilaktycznych na rzecz promocji zdrowia w celu zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.

W latach 2020-2022 Przychodnia nie uczestniczyła w realizacji działań z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych (Gmina Miasto Szczecin nie realizowała działań z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych).

Przychodnia realizowała programy profilaktyczne z zakresu szczepień: zarówno przeciwko grypie (program finansowany w latach 2021 i 2020 przez Gminę Miasto Szczecin) jak i przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (program finansowany przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ).

(akta kontroli str. 21, 31, 452)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2020-2022 Przychodnia nie uczestniczyła w realizacji działań z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych, poza udzielaniem bieżących porad w trakcie wizyt oraz prowadzeniem edukacji pielęgniarskich. Przychodnia realizowała programy profilaktyczne z zakresu szczepień: zarówno przeciwko grypie, jak i przeciwko wirusowi SARS-CoV-2.

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:

⁵⁴ Która została opisana w pkt 1.5. niniejszego wstąpienia pokontrolnego.

- Wnioski
- 1) Przekazywanie do ZOW NFZ, co najmniej raz w danym roku, informacji dotyczących danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy, stosownie do obowiązku określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.
 - 2) Zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.
- 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 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Szczecin, dnia 17 maja 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor
Z up.

Kontroler
Adam Milczarek
Starszy inspektor kontroli państwowej

p.o. Wicedyrektor Delegatury