



KZD.430.007.2019  
Nr ewid. 170/2019/P/19/059/KZD

Informacja o wynikach kontroli

## DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (W LATACH 2017–2019)

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

### Informacja o wynikach kontroli

### Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)

Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

#### Akceptuję:

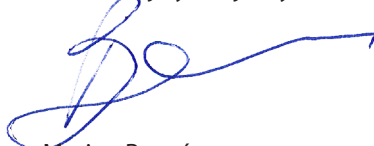
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Marek Opiola

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 06.03.2020

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA .....	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	19
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	20
5.1. Ministerstwo Zdrowia.....	20
5.2. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym (w szpitalach).....	33
5.3. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym (poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży) .....	63
6. ZAŁĄCZNIKI.....	90
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	90
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	129
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	143
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	146
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....	147

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

<b>Dokumentacja medyczna</b>	Zapis określonych ustawowo danych i informacji medycznych o stanie zdrowia pacjenta oraz postępowaniu medycznym.
<b>Lista oczekujących</b>	Lista pacjentów oczekujących na leczenie (udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej), ustalona na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej tj.: stanie zdrowia pacjenta; rokowaniu co do dalszego przebiegu choroby; chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być leczony; zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
<b>Małoletni</b>	Dzieci i młodzież poniżej 18. roku życia.
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia lub Fundusz.
<b>OW NFZ</b>	Oddział wojewódzki NFZ.
<b>NPZ</b>	Narodowy Program Zdrowia
<b>PZP</b>	Poradnia zdrowia psychicznego.
<b>Przymus bezpośredni, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego oznacza:</b>	a) Przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody, c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. W szpitalu psychiatrycznym informacja o jego zastosowaniu zamieszczana jest w historii choroby i w księdze raportów pielęgniarskich.
<b>Rozporządzenie w sprawie DM</b>	Rozporządzenie 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).
<b>Świadczenie szpitalne</b>	Kompleksowe diagnozowanie, leczenie, rehabilitacja pacjenta (świadczenia zdrowotne), wykonywane w ramach całodobowego pobytu szpitalnego, które nie może być wykonane w ramach pobytu w innych stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych placówkach; leczeniem szpitalnym (świadczeniami szpitalnymi) są także świadczenia przewidziane do wykonania w ciągu maksymalnie 24 godzin.
<b>Świadczenie terapeutyczne</b>	Postępowanie służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację.
<b>Świadczenie zdrowotne</b>	Postępowanie z pacjentami służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach zdrowotnych).
<b>Ustawa o ozp</b>	Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878).

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy dzieciom i młodzieży zapewniono dostęp do leczenia psychiatrycznego?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy system diagnozowania i leczenia dzieci i młodzieży zapewnia dostęp do leczenia psychiatrycznego?
2. Czy wdrażany jest model leczenia środowiskowego, jako najbardziej pożądany dla tej populacji?
3. Czy stworzono rozwiązania prawne i organizacyjne umożliwiające przygotowanie odpowiedniej liczby specjalistów w zakresie psychiatrii dziecięcej?
4. Czy organy władzy publicznej realizują zadania w zakresie profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży?

## Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym (szpitale) i trybie ambulatoryjnym (poradnie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży).

## Okres objęty kontrolą

Lata 2017–2019 (I półrocze), z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeżeli zdarzenia, które wówczas miały miejsce, wpływały na kontrolowany okres.

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka, a zdrowie warunkuje pomyślność fizyczną, umysłową oraz społeczną<sup>1</sup>. Prawidłowa opieka w okresie dzieciństwa i młodości stanowi istotny czynnik decydujący o kondycji zdrowia i jakości życia człowieka na dalszych jego etapach.

Rozwój psychospołeczny dziecka i nastolatka zależy od wielu czynników związanych ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym, takich jak sytuacja rodzinna dziecka i współpraca opiekunów z różnymi instytucjami, stan zdrowia – zarówno dziecka, jak i jego najbliższych, czy przyjazne środowisko nauczania, oferujące adekwatne formy wsparcia dla dziecka i jego rodziny. Profilaktyka oraz promowanie zdrowego stylu życia wśród najmłodszych wpływają na kondycję zdrowotną przyszłej populacji osób w wieku produkcyjnym – od stanu zdrowia dzieci zależy bowiem zdrowie przyszłych pokoleń.

Problemy zdrowia psychicznego narastają i są wynikiem wielu czynników – globalizacji, warunków społeczno-ekonomicznych, trudności okresu dorastania, problemów życia rodzinnego (rozwód, czy rozpad rodziny), a także relacji rodziców z dzieckiem, których ograniczenie może zwiększać poczucie osamotnienia i ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych.

Dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży wykazującej zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są zbliżone w wielu krajach i dotyczą około 10% tej populacji. W Polsce odsetek ten wynosi co najmniej 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji, w grupie wiekowej nastolatków, drugą co do częstości przyczyną zgonów są samobójstwa (Polska jest w czołówce Europy pod względem liczby samobójstw). W latach 2017–2019 (I półrocze) liczba zamachów samobójczych wśród małoletnich w wieku 7–18 lat wzrosła z 730 (w roku 2017) do 772 (w roku 2018), a w I półroczu 2019 r. wyniosła już 485; łącznie – w okresie objętym kontrolą - było 1987 zamachów samobójczych, w tym 250 zakończonych zgonem. W 585 przypadkach przyczyną zamachów samobójczych była choroba psychiczna (w tym 30 – zakończyło się zgonem małoletniego), a w 374 przypadkach – były to zaburzenia psychiczne (w tym 25 zakończonych zgonem małoletniego).

Podstawową zasadą terapii dzieci i młodzieży, w przypadkach pogorszenia się ich stanu psychicznego, jest kompleksowość, z uwzględnieniem kontekstu społecznego i rodzinnego, w jakim dziecko funkcjonuje, diagnozy psychologicznej i lekarskiej oraz wielokierunkowego procesu leczenia i rehabilitacji. Leczenie powinno obejmować psychoterapię, oddziaływania rodzinne i w razie potrzeby środki farmakologiczne.

<sup>1</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477, ze zm.).

## WPROWADZENIE

W sytuacji, gdy dotknięte zaburzeniami psychicznymi dzieci nie otrzymają odpowiedniej opieki i wsparcia, to problemy, które mają, mogą trwale odciśnąć się na całym ich życiu.

Minister Zdrowia przygotował nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wprowadzający trzy poziomy referencyjne placówek realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym. Wdrażanie nowych rozwiązań rozpoczęło się już po zakończeniu kontroli NIK i powinno przyczynić się do poprawy dostępności świadczeń.

## 2. OCENA OGÓLNA

System leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży nie zaspokaja w pełni potrzeb tej populacji pacjentów oraz nie zapewnia kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W okresie objętym kontrolą, w pięciu województwach nie funkcjonował żaden oddział psychiatryczny dzienny<sup>2</sup>, a w województwie podlaskim brakowało całodobowego, stacjonarnego oddziału dla dzieci i młodzieży. Zmniejszyła się również liczba świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych<sup>3</sup>. Jednocześnie dostępność do tej formy opieki dla dzieci i młodzieży była zależna od miejsca zamieszkania, utrudniona w małych miastach i na wsi.

W leczeniu stacjonarnym, w przypadkach gdy w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży brakowało miejsc, małoletni pacjenci trafiali niekiedy na oddziały dla dorosłych. Skontrolowane szpitale zapewniły obsadę kadrową wymaganą przepisami<sup>4</sup>. Natomiast problem z obsadą lekarską i zabezpieczeniem ciągłości leczenia (udzielania świadczeń) miała część świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, co prowadziło, w niektórych przypadkach, do przerwania leczenia<sup>5</sup>.

Kadra lekarska była nierównomiernie rozmieszczona pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Różnice, biorąc pod uwagę liczbę psychiatrów dziecięcych przypadających na 10 tysięcy dzieci i młodzieży, były nawet ponad czterokrotne<sup>6</sup>. Nie wprowadzono rozwiązań, które mogły ograniczyć różnicowanie terytorialne w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów. Nie opracowano również metody określania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, by zapewnić ich odpowiednią liczbę. Minister Zdrowia nie wskazał minimalnej liczby psychiatrów dzieci i młodzieży, niezbędnej do pełnego zabezpieczenia leczenia psychiatrycznego dla tej grupy pacjentów.

Niekorzystna była również struktura wiekowa kadry lekarskiej, bowiem 32% specjalistów miało powyżej 55 lat. W najbliższych latach ten problem może się pogłębić, gdyż tylko niewielka część przyznaných przez Ministra Zdrowia miejsc szkoleniowych dla rezydentów została obsadzona. Minister wpisał wprawdzie psychiatrię dzieci i młodzieży na listę specjalności priorytetowych, ale nie spowodowało to istotnego zwiększenia zainteresowania lekarzy wyborem specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych była niewystarczająca. W ponad połowie skontrolowanych placówek udzielających świadczeń ambulatoryjnych nie prowadzono profilaktyki zaburzeń psychicznych, uzasadniając to realizacją tych zadań przez szkoły (pedagoga lub psychologa szkolnego) lub poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Tymczasem prowadzenie profilaktyki zaburzeń psychicznych w szkole utrudnia duża liczba uczniów przypadająca na jednego pedagoga czy psychologa.

**Dzieciom i młodzieży nie zapewniono równego w skali kraju dostępu do leczenia psychiatrycznego**

<sup>2</sup> W województwach: lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

<sup>3</sup> Według stanu na dzień 19 lipca 2019 r., 171 świadczeniodawców udzielało ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, o 13 placówek mniej niż w roku 2018 (184).

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386) zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>5</sup> Standardem, według WHO, powinien być jeden lekarz tej specjalizacji na 10 tys. populacji dzieci i młodzieży, a w Polsce ten wskaźnik wynosi tylko 0,51.

<sup>6</sup> Liczba pacjentów przypadających na jednego psychiatrę dziecięcego wynosiła w skali kraju, w roku 2018, średnio 417 osób (od 202 osób w województwie łódzkim do 980 osób w województwie podkarpackim).

## OCENA OGÓLNA

Odpowiednią profilaktykę adresowaną do dzieci i młodzieży oraz skuteczną terapię ma zapewnić model leczenia środowiskowego, stanowiący najbardziej efektywną formę opieki nad tą populacją. Minister Zdrowia rozpoczął wdrażanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, które pozwolą na jego funkcjonowanie już po zakończeniu kontroli NIK<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Kontrola NIK zakończyła się 28 sierpnia 2019 r.



### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Działania Ministra  
Zdrowia

Minister Zdrowia wpisał wprawdzie psychiatrię dzieci i młodzieży do katalogu specjalizacji priorytetowych, ale w okresie objętym kontrolą nie weszły w życie rozwiązania, które powinny poprawić funkcjonowanie niewydolnego dziś systemu leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów.

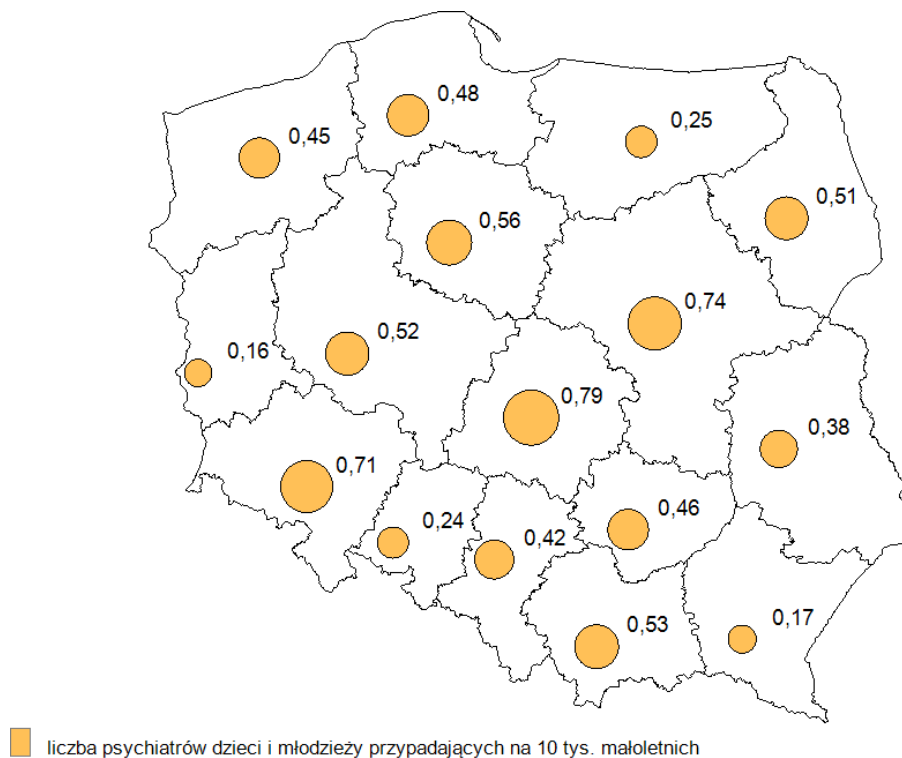
Do dnia zakończenia kontroli<sup>8</sup> Minister nie wdrożył modelu leczenia środowiskowego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Według Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017–2022, upowszechnienie tej formy opieki nad pacjentem jest niezbędnym warunkiem rozwoju leczenia psychiatrycznego.

Minister Zdrowia podjął współpracę z Ministrem Edukacji Narodowej w sprawie stworzenia opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. W ramach NPOZP nie przewidziano jednak zadań dotyczących szkolenia psychologów i pedagogów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w szkołach, służących redukcji potencjalnych zagrożeń i incydentów zaburzeń zdrowia psychicznego wśród uczniów lub wychowanków.

Nierównomierne rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju uniemożliwiało zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej. Najmniej lekarzy tej specjalności przypadających na 10 tys. osób małoletnich było w województwie lubuskim (0,16), a najwięcej – w województwie łódzkim (0,79).

Rysunek nr 1

Rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

<sup>8</sup> Kontrola w Ministerstwie Zdrowia zakończyła się 19 lipca 2019 r.

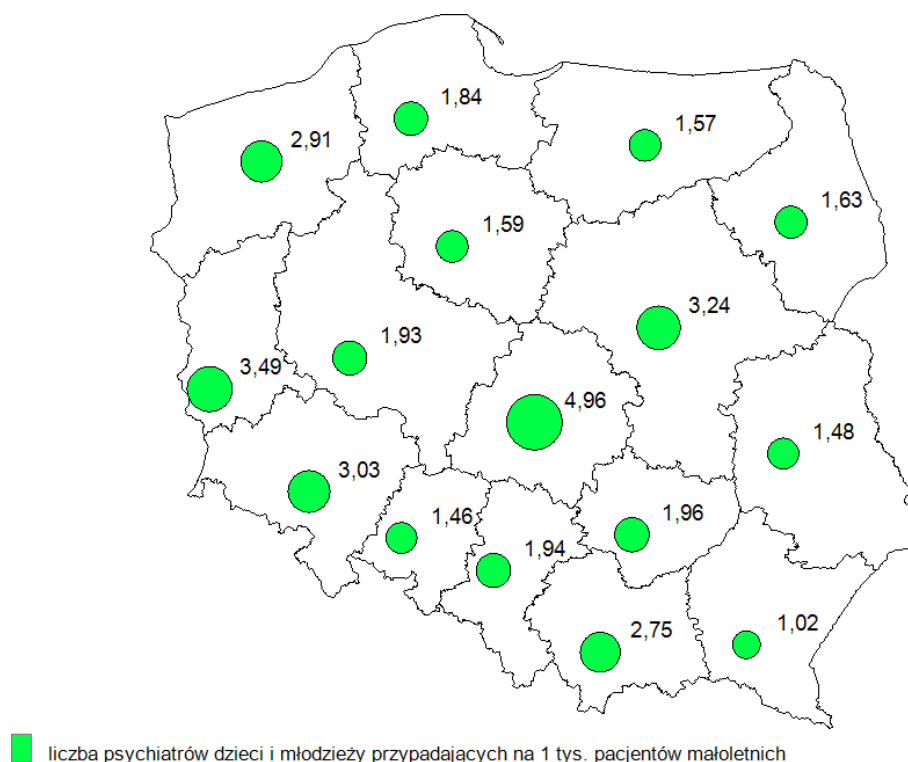
## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Dysproporcje występowały również w rozmieszczeniu ośrodków i miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach (rozpiętość liczby miejsc szkoleniowych wynosiła od zera w województwie podlaskim do 64 – w województwie mazowieckim). Nie pojawiły się wystarczające zachęty dla lekarzy, aby podejmowali specjalizację w tej dziedzinie medycyny. Świadczy o tym fakt, że na 161 miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie rezydenckim – tylko 39 osób (tj. 24,2%) zdecydowało się na podjęcie szkolenia w tej specjalizacji.

Według stanu na 31 marca 2019 r., 419 psychiatrów dzieci i młodzieży wykonywało ten zawód (a 169 lekarzy było w trakcie specjalizacji). Raporty konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wskazywały na brak ok. 300 lekarzy tej specjalności. Minister Zdrowia nie określił wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w stosunku do populacji, która zaspokoi potrzeby ani nie przygotował modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów.

Rysunek nr 2

Lekarze psychiatrii dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach



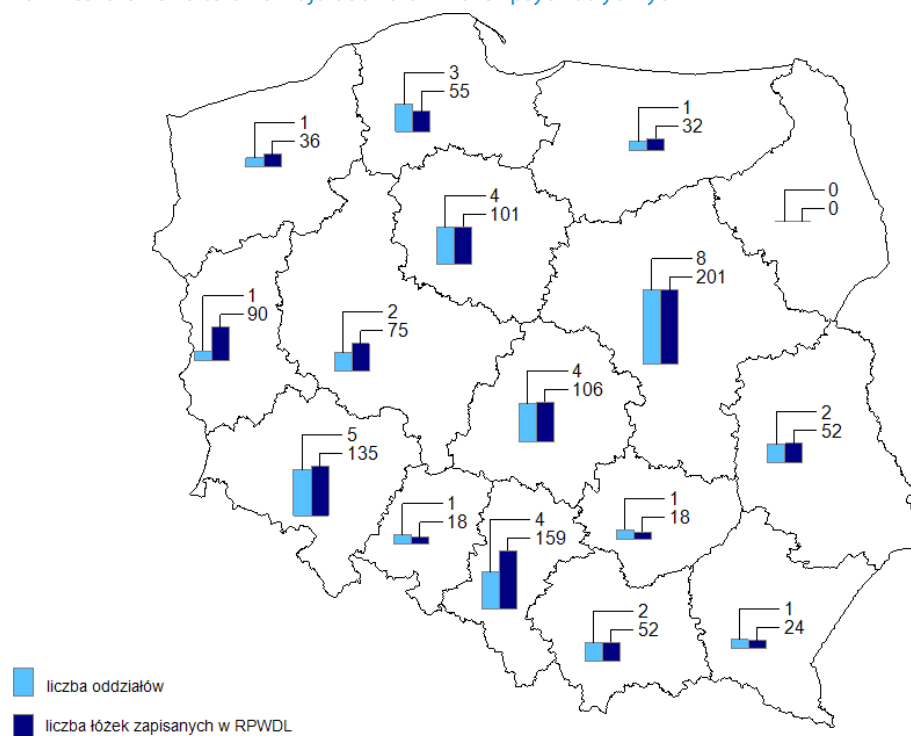
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stacjonarne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (40) oraz oddziały dzienne (46), w których udzielano świadczeń psychiatrycznych małym dzieciom były nierównomiernie rozmieszczone na terenie kraju i brakowało ich na terenie niektórych województw<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Według stanu na koniec I półrocza 2019 r. stacjonarne całodobowe oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży funkcjonowały w 15 województwach, nie było takiego oddziału

Rysunek nr 3

Rozmieszczenie na terenie kraju oddziałów i łóżek psychiatrycznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Natomiast podmioty udzielające świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym (171) funkcjonowały we wszystkich województwach, ale według stanu na koniec I półrocza 2019 r. było ich o 13 mniej niż w roku 2018.

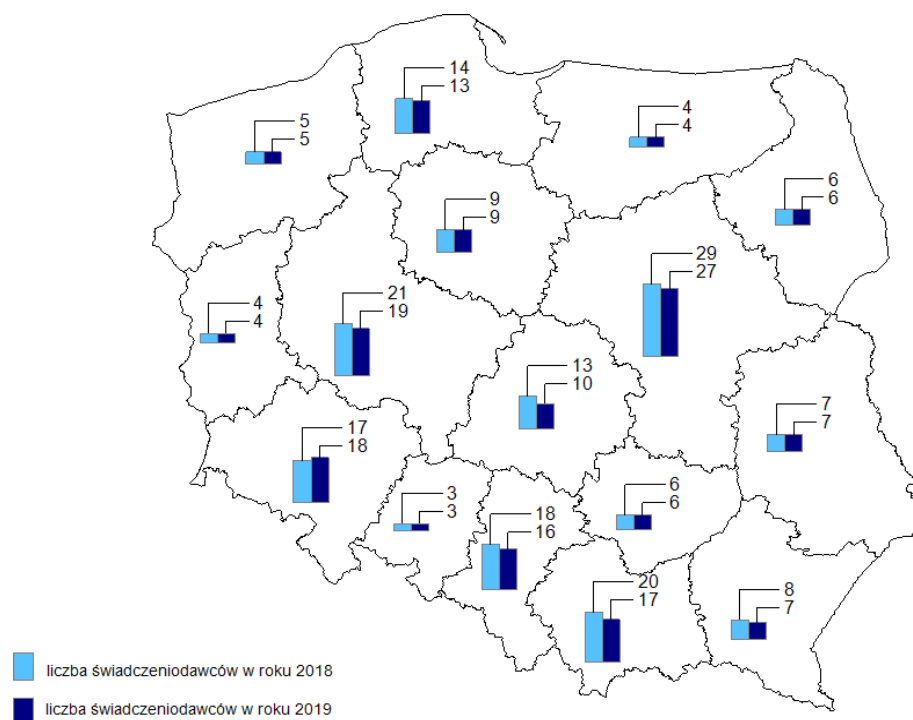
NIK zwraca uwagę na odpowiedzialność władz publicznych za zapewnienie mieszkańcom kraju równego dostępu do świadczeń na terenie poszczególnych województw<sup>10</sup>. W tym obszarze nie może zabraknąć aktywnych działań Ministra Zdrowia. [str. 20–32]

w województwie podlaskim. Natomiast oddziały dzienne funkcjonowały na terenie 11 województw; nie było ich w województwie lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Kierownictwo Poradni w Zielonej Górze (woj. lubuskie) zgłosiło chęć zawarcia umowy z NFZ na utworzenie dziennego oddziału psychiatrycznego dla małoletnich, ale NFZ nie ogłosił konkursu w tym zakresie.

<sup>10</sup> Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek ochrony zdrowia obywateli. Nie określa jednak szczegółowo jak ma być on realizowany, przenosząc określenie szczegółowych rozwiązań w tym zakresie na ustawy, a nadzór nad ich realizacją na administrację publiczną.

Rysunek nr 4

Rozmieszczenie na terenie kraju świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

### Udzielanie świadczeń w trybie stacjonarnym

W skali kraju, według stanu na koniec 2018 r., 402 małoletnich pacjentów w stabilnym stanie zdrowia oczekiwało na hospitalizację. Było to mniej o 114 osób w stosunku do liczby pacjentów oczekujących na hospitalizację na koniec 2017 r., a średni czas oczekiwania zmniejszył się z dwóch dni (w 2017 r.) do półtora dnia (w 2018 r.).

W latach 2017–2018 (III kwartał) pacjenci w stabilnym stanie zdrowia oczekiwali w kolejce na hospitalizację w dwóch szpitalach (spośród ośmiu objętych kontrolą)<sup>11</sup>: w Lublińcu<sup>12</sup> i w Zaborze<sup>13</sup> (odpowiednio siedem i 49 osób, a średni czas oczekiwania wynosił 49 i 22 dni).

Natomiast od IV kwartału 2018 r. pacjenci oczekiwali na hospitalizację również w Szpitalu w Bielsku-Białej<sup>14</sup> – pięć osób na koniec IV kwartału 2018 r. i 12 osób – na koniec I kwartału 2019 r. – czas oczekiwania wynosił odpowiednio 14 i 57 dni, a od I kwartału 2019 r. w kolejnych dwóch – w Szpitalu w Zagórz (dwie osoby) oraz w Łąncucie (jedna osoba). Pacjenci, w stanie zdrowia wymagającym pilnej hospitalizacji, oczekiwali

<sup>11</sup> Specjalistyczny Szpital im. ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach nie udzielał świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży w okresie objętym kontrolą. W związku z tym ustalenia kontroli w tym Szpitalu nie zostały uwzględnione w *Informacji*.

<sup>12</sup> Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu (zwany dalej: „Szpitalem w Lublińcu”).

<sup>13</sup> SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, Szpital Psychiatryczny (zwany dalej: „Szpitalem w Zaborze”).

<sup>14</sup> Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej (dalej zwany: „Szpitalem w Bielsku-Białej”). Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży rozpoczął działalność od 15 listopada 2018 r.

na hospitalizację tylko w jednym szpitalu, tj. Szpitalu w Bielsku-Białej (na koniec IV kwartału 2018 r. – dwie osoby, a na koniec I kwartału 2019 r. – 11 osób, a średni czas oczekiwania wynosił 13 i 28 dni).

W dwóch skontrolowanych szpitalach, z uwagi na brak miejsc, pacjenci małoletni hospitalizowani byli również na oddziałach dla dorosłych. Nie ograniczało to jednak udzielania należnych im świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej przeznaczonych dla dzieci i młodzieży.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży stwierdziła, że nie ma istotnej poprawy dostępności świadczeń całodobowych. Największe trudności przeżywa województwo pomorskie (liczba dostępnych łóżek jest absolutnie niewystarczająca) i województwo podlaskie, gdzie cały czas nie ma oddziału całodobowego.

W okresie objętym kontrolą, uwagę zwrócił brak jednoznacznych formalnych uregulowań leczenia psychiatrycznego dzieci do 7. roku życia. [str. 35–41, 117]

W sześciu szpitalach (spośród ośmiu objętych kontrolą<sup>15</sup>), w oddziałach leczących małoletnich pacjentów (udzielających im świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej), rzeczywisty stan zatrudnienia pracowników<sup>16</sup>, w każdej grupie zawodowej, z reguły spełniał lub przewyższał normy określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Personel udzielający świadczeń

Natomiast w toku kontroli dyrektorzy szpitali/ordynatorzy oddziałów zgłaszali, że: *biorąc pod uwagę specyfikę oddziałów, aby zapewnić należyłą opiekę pacjentom oraz bezpieczeństwo pacjentom i personelowi, należy zatrudnić więcej personelu niż określono to w rozporządzeniu.* [str. 33–63]

W latach 2017–2019 (I kwartał) kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży przekazywane szpitalom na podstawie umów zawartych z OW NFZ nie pokrywały kosztów leczenia tych pacjentów. Wartość umów na finansowanie tych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom małoletnim, zawartych przez siedem szpitali objętych kontrolą<sup>17</sup>, wyniosła: w 2017 r. – 20,7 mln zł, w 2018 r. – 22,3 mln zł a na I kwartał 2019 r. – 10,1 mln . zł. Wartość umów zrealizowanych wyniosła – odpowiednio w latach 2017–2018 – 20,7 mln zł (99,7%), 22,6 mln zł (101,6%), a w I kwartale 2019 r. 6,0 mln zł (24,9%).

Niewystarczające środki na finansowanie świadczeń w trybie stacjonarnym

Ustalono, że tylko w trzech szpitalach (w Lublińcu, Łańcucie<sup>18</sup> i Zagórz) prowadzono bieżącą analizę kosztów udzielanych świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. [str. 57–60]

<sup>15</sup> W analizie nie uwzględniono Szpitala w Bielsku-Białej (ponieważ Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży rozpoczął działalność od 15 listopada 2018 r.) i Szpitala w Ciborzu (ponieważ nie określono liczby łóżek przeznaczonych do psychiatrycznego leczenia małoletnich).

<sup>16</sup> Pracownicy zatrudnieni na oddziałach udzielających małoletnim świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej: lekarze, psychologzy, pielęgniarki, terapeuci.

<sup>17</sup> Bez umów zawartych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu (zwany dalej „Szpitalem w Ciborzu”) – ponieważ z ogólnej puli środków na finansowanie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, nie można było wydzielić kwoty przeznaczonej na świadczenia dla dzieci i młodzieży.

<sup>18</sup> Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o. (zwane dalej „Szpitalem w Łańcucie”).

**Nieprawidłowości  
w sprawowaniu opieki  
medycznej**

Proces kwalifikowania i diagnozowania małych pacjentów był prowadzony na oddziałach według ustalonych tam zasad.

Dokumentacja (badana w toku kontroli) nie pozwalała jednak na ustalenie, w jakim zakresie prowadzono konsultacje rodzinne, czy organizowano spotkania terapeutyczne rodzin i/lub spotkania edukacyjne dla rodziców.

W szpitalach, w różny sposób rozwiązana była również kwestia organizacji zajęć terapeutycznych dla małych i sposób dokumentowania przeprowadzonych zajęć. W niektórych placówkach (np. w Łańcucie) ustalony był, dla każdego pacjenta, indywidualny plan zajęć terapeutycznych/rehabilitacyjnych, a w innych opracowywane były plany grupowe, w których nie określano wymiaru czasu tych zajęć dla poszczególnych pacjentów. W szpitalach (np. w Zaborze, Lublińcu) nie przestrzegano obowiązku dołączania dokumentacji dotyczącej rehabilitacji i terapii pacjenta do jego indywidualnej dokumentacji medycznej.

Badanie dokumentacji medycznej (193 kart *Historii zdrowia i choroby*) wykazało, że większość z nich, poza pojedynczymi przypadkami, spełniała wymogi *rozporządzenia w sprawie DM*. Zwrócono jednak uwagę na częstotliwość wpisów lekarskich w tej dokumentacji: w 21,2% (41DM) wpisy dokonywane były w odstępach 4–7 dniowych, a w 11,4% (22DM) – w odstępach powyżej siedmiu dni (przerwy między wpisami wynosiły od 10 do 140 dni). [str. 53–57]

**Nieprawidłowości  
dotyczące  
stosowania przymusu  
bezpośredniego**

W okresie objętym kontrolą, w siedmiu szpitalach zastosowano łącznie 2761 razy przymus bezpośredni wobec pacjentów małych<sup>19</sup>. Wobec niektórych pacjentów, przymus bezpośredni stosowany był wielokrotnie (nawet 27 razy).

W szpitalach nie przestrzegano ściśle przepisów ustawy z 19 sierpnia 1994 *o ochronie zdrowia psychicznego*<sup>20</sup>, dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego lub jego dokumentowania. Szereg istotnych nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w Szpitalu w Zagórze. [str. 50–53]

W okresie objętym kontrolą, w ośmiu szpitalach, przedstawiciele zobowiązanych organów (np. sędziowie sądów rejonowych, kontrolerzy z powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, czy NFZ) przeprowadzili łącznie 45 kontroli związanych z hospitalizacją małych i udzielaniem im świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

**Niedostateczny nadzór  
i kontrola konsultantów  
w dziedzinie psychiatrii  
dzieci i młodzieży  
w lecznictwie  
stacjonarnym**

NIK zwraca uwagę, że tylko dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży przeprowadziło kontrolę w badanych przez NIK szpitalach (jedną w Szpitalu w Ciborzu i jedną w Szpitalu w Lublińcu), a żadnej kontroli nie przeprowadził Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

<sup>19</sup> W czterech szpitalach (spośród siedmiu), w których prowadzono ewidencję stosowania przymusu bezpośredniego uwzględniającą płeć pacjenta – był on stosowany 2063 razy, w tym 1010 razy wobec dziewcząt i 1053 razy wobec chłopców.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm., zwana dalej: ustawą *o ozp*.

Natomiast NFZ przeprowadził tylko jedną kontrolę (w Szpitalu w Zagórzcu) – dotyczącą rzetelności wykonywania świadczeń zgodnie z umową z OW NFZ oraz prawidłowości wykazywania ich w rozliczeniach. [str. 60–62]

W 13 skontrolowanych poradniach, w poszczególnych latach objętych kontrolą, liczba zatrudnionych lekarzy<sup>21</sup> i wymiar ich zatrudnienia utrzymywały się praktycznie na tym samym poziomie.

Udzielanie świadczeń  
w trybie ambulatoryjnym

Rzeczywisty stan zatrudnienia lekarzy ogółem w tych poradniach, w przeliczeniu na etaty wynosił – odpowiednio w latach objętych kontrolą – 12,25 etatu; 12,25 etatu i 12,19 etatu i był wyższy od określonego w przepisach<sup>22</sup> – odpowiednio o 0,92; 0,95 i 1,13 etatu.<sup>23</sup> Niektórzy dyrektorzy placówek zgłaszali jednak, że wobec dużych potrzeb psychiatrycznego leczenia dzieci i młodzieży poradni jest za mało (wydłużają się kolejki do poradni). Są również problemy ze zdobyciem specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży z powodu deficytu lekarzy tej specjalności.

Natomiast w jednej poradni, w Piszcu<sup>24</sup>, niewystarczający do potrzeb stan zatrudnienia, wymusił zakończenie jej działalności (z dniem 1 lipca 2019 r.).

Liczba pacjentów przypadających na jeden etat lekarza w 2017 r. – wynosiła średnio 1091 osób, ale była różna w poszczególnych poradniach i wynosiła od 477 małych pacjentów (w Poradni w Kędzierzynie-Koźlu<sup>25</sup>) do 3347 takich pacjentów (w Poradni w Rzeszowie<sup>26</sup>). Natomiast w 2018 r. średnia liczba pacjentów na jeden etat lekarza wzrosła do 1124 osób, wahając się od 593 osób (w Poradni w Piszcu) do 2415 osób (w Poradni w Rzeszowie).

W każdym roku objętym kontrolą rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów ogółem, w przeliczeniu na etaty, był wyższy od normy wynikającej z przepisów i wynosił odpowiednio w poszczególnych latach – 17,37 etatu (według stanu prawnego 10,77 etatu), 18,03 etatu (stan prawny – 11,69 etatu) i 17,62 etatu (stan prawny – 11,4 etatu).

Rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów, w poszczególnych poradniach – w przeliczeniu na etaty – wahał się od 0,1 do 2,91 etatu.

<sup>21</sup> Wśród zatrudnionych lekarzy byli: specjaliści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej (1), specjaliści w dziedzinie psychiatrii.

<sup>22</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (uchylone z dniem 26.07.2019 r.). Zgodnie z przepisami, stan zatrudnienia w Poradni powinien wynosić: lekarz (w tym jeden specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży) udzielający świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż ¾ czasu pracy poradni tygodniowo, jeden psycholog udzielający świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo. Aktualnie: Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>23</sup> W toku kontroli wyjaśniano – nie potwierdzając tego na piśmie – że przyczyną większego niż wynika to z przepisów stanu zatrudnienia lekarzy i psychologów było zwiększenie dostępności do świadczeń małym pacjentom.

<sup>24</sup> Poradnia w strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszcu (zwana dalej „Poradnią w Piszcu”).

<sup>25</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze NZOZ „SENSIMED sp. z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu (zwana dalej „Poradnią w Kędzierzynie-Koźlu”).

<sup>26</sup> Poradnia w strukturze organizacyjnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie (zwana dalej „Poradnią w Rzeszowie”).

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na praktykę, stosowaną w niektórych poradniach, przyjmowania małych pacjentów (udzielania świadczeń małym pacjentom) tylko w godzinach przedpołudniowych (nawet od godz. 6:00) lub tylko popołudniowych (do godz. 22:00) – co ograniczało dostępność do świadczeń, jak również mogło być uciążliwe dla osób małych i ich rodziców/opiekunów z uwagi na porę udzielania świadczeń.

Kierownictwo poradni (np. w Żurawicy) wyjaśniało, że godziny przyjęć małych pacjentów wynikają z braku lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

W 10 poradniach nierzetelnie realizowano postanowienia umów z OBNFZ (określone w załącznikach do tych umów) dotyczące wymiaru czasu pracy i godzin pracy niektórych specjalistów (z reguły wymiar ten był niższy), a także udzielania świadczeń przez wszystkie osoby wskazane w tych załącznikach.

Liczba pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, oczekujących na leczenie sukcesywnie rosła i w poszczególnych kwartałach 2017 r. wynosiła (ogółem w skontrolowanych poradniach) średnio 564 osoby, w 2018 r. – 661 osób, a w 2019 r. – 1036 osób. W kolejnych latach objętych kontrolą wydłużył się również średni czas oczekiwania na wizytę (łącznie w 10 poradniach) z 44,5 dnia (2017 r.) do 55 dni (2018 r.) i 56 dni (2019 r.). Natomiast w poszczególnych poradniach średni czas oczekiwania wynosił od 23,9 dni do 120 dni.

W toku kontroli wyjaśniano, że przyczyną dużej liczby pacjentów oczekujących na wizytę i długiego czasu oczekiwania na świadczenie była głównie mała liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, nagłe zwiększenie liczby małych pacjentów, u których zaszła konieczność leczenia w poradni, wielkość kontraktu z OBNFZ na udzielanie świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pora roku (okres wakacyjny, urlopowy).

W okresie objętym kontrolą, w 13 poradniach leczonych było łącznie 37 891 pacjentów (dzieci i młodzieży), w tym 8433 osoby po raz pierwszy (22,3%).

W poszczególnych latach, liczba pacjentów ogółem i pierwszorazowych sukcesywnie rosła – odpowiednio w latach – z 15,2 tys. osób (3,7 tys. pacjentów pierwszorazowych) do 16,1 tys. pacjentów (3,8 tys. pacjentów) i w I kwartale 2019 r. – wynosiła już 6,5 tys. pacjentów (998 pacjentów). W poszczególnych poradniach liczba pacjentów pierwszorazowych stanowiła od 10,8% do 47,4% ogółem przyjętych pacjentów.

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów<sup>27</sup> wykazało, że poza pewnymi wyjątkami, była ona prowadzona zgodnie z przepisami *rozporządzenia w sprawie DM i upp*<sup>28</sup>, Najwyższa Izba Kontroli zwróciła

<sup>27</sup> Badano dokumentację medyczną (DM) 718 pacjentów w tym 453 – pacjentów pierwszorazowych (63,1% ogółem analizowanej).

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 127, ze zm.); zwana dalej *upp*.



uwagę na przypadki nierzetelnego wykazywania w dokumentacji medycznej niektórych świadczeń, które zostały przedstawione do rozliczenia Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

W żadnej (spośród 13) poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży nie funkcjonowały zespoły opieki środowiskowej. W toku kontroli kierownictwo poradni wyjaśniało, że NFZ nie finansuje opieki środowiskowej dla dzieci, poradnie nie realizują wizyt domowych psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Brakuje także specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutów, którzy uczestniczyliby w tych zespołach.

Tymczasem, jak wykazują kontrole NIK<sup>29</sup>, system oświaty nie gwarantuje dzieciom i młodzieży szkolnej łatwej dostępności do opieki psychologiczno-pedagogicznej. Blisko połowa szkół publicznych różnych typów (44,2%) nie zatrudniała na odrębnym etacie ani pedagoga ani psychologa. Brak psychologa w szkole, pedagog tylko raz w tygodniu, zbyt liczne klasy – w opinii nauczycieli – skutkują utrudnieniami w indywidualnym podejściu do problemów ucznia. [str. 63–89]

Wartość zakontraktowanych świadczeń finansowanych ze środków NFZ, wyniosła łącznie w 13 poradniach, w poszczególnych latach (2017–I półrocze 2019 r.), odpowiednio 3,7 mln zł; 3,9 mln zł i 1,0 mln zł, natomiast wartość świadczeń wykonanych była większa i wynosiła – odpowiednio – 3,9 mln zł; 4,2 mln zł i 1,0 mln zł. Wartość punktu stanowiąca podstawę do wyliczania ogólnej wartości umowy była zróżnicowana i dla poszczególnych poradni wahała się od 8,7 zł do 12,5 zł.

W sześciu poradniach nie prowadzono ewidencji analitycznej kosztów poszczególnych świadczeń zdrowotnych (poradnie nie ustalały, nie rejestrowały i nie analizowały jednostkowych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych).

W 11 poradniach (spośród 13 skontrolowanych) kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, w ramach umów zawartych z OW NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą, pokrywały koszty ich udzielania (w tym w dwóch poradniach – na granicy opłacalności). Tym samym nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów, spowodowane brakiem środków finansowych. Natomiast ograniczenia w tym zakresie wystąpiły w dwóch poradniach<sup>30</sup>, w których cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 12,50 zł. [str. 82–86]

W okresie objętym kontrolą, tylko jedna poradnia (spośród 13 skontrolowanych) była przedmiotem kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, a trzy poradnie – przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez OW NFZ.

Finasowanie świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym

Niedostateczny nadzór i kontrola konsultantów w dziedzinie dzieci i młodzieży w leczeniu ambulatoryjnym

<sup>29</sup> Informacja o wynikach kontroli P/16/026 „Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży”, czerwiec 2017 r.

<sup>30</sup> W Poradni w Zaborze i w Zielonej Górze.

## SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Kontrola NFZ dotyczyła sprawdzenia *zgodności realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych.*

Wyniki kontroli NFZ, w każdej kontrolowanej poradni, wykazały szereg nieprawidłowości, w wyniku których na dwie poradnie nałożono kary za udzielanie świadczeń niezgodnie z umową. Nieprawidłowości dotyczyły rozliczania udzielonych świadczeń, nieprawidłowego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, niezgodności w czasie pracy lekarzy w poradni z czasem zgłoszonym w umowie, a także udzielania świadczeń przez osoby niezgłoszone w umowie. [str. 87–88]

## 4. WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli uznaje za zasadne podjęcie przez Ministra Zdrowia Minister Zdrowia następujących działań:

- wprowadzenie rozwiązań organizacyjno-kadrowych, które ograniczą Wnioski systemowe zróżnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;
- opracowanie modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, z uwzględnieniem zmian demograficznych, by zapewnić niezbędną liczbę lekarzy, w tym lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży;
- spowodowanie równomiernego rozmieszczenia ośrodków i miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- określenie wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, które pozwolą zaspokoić potrzeby w leczeniu stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Wnioski Najwyższej Izby Kontroli kierowane do świadczeniodawców Świadczeniodawcy dotyczyły w szczególności przestrzegania przepisów dotyczących badanych zagadnień.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Ministerstwo Zdrowia

System leczenia psychiatrycznego dzieci młodzieży, funkcjonujący w okresie objętym kontrolą, nie zaspokajał potrzeb tej populacji pacjentów, a Minister Zdrowia nie wprowadził jeszcze wówczas rozwiązań naprawiających tę sytuację.

Dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi nie zapewniono kompleksowej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, bowiem:

- nie wdrożono modelu leczenia środowiskowego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, jako najbardziej pożądanego dla tej populacji chorych;
- nie wprowadzono rozwiązań ograniczających zróżnicowanie terytorialne w dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;
- nie określono wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, która zaspokoi potrzeby;
- nie opracowano modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, by – uwzględniając zmiany demograficzne – zapewnić ich niezbędną liczbę, w tym lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży.

Minister Zdrowia wpisał psychiatrię dzieci i młodzieży do katalogu specjalności priorytetowych. Nie spowodowało to jednak istotnego zwiększenia zainteresowania lekarzy wyborem specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Wdrażanie nowego modelu leczenia środowiskowego, wprowadzającego trzy poziomy referencyjne placówek realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym, rozpoczęło się po zakończeniu kontroli NIK. Wcześniej podjęto działania reformujące opiekę psychiatryczną dla osób dorosłych – rozpoczęto pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego, które powinny poprawić dostępność leczenia.

Jednocześnie, w okresie objętym kontrolą, Minister Zdrowia, we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz Narodowym Funduszem Zdrowia przygotowywał nowy sposób finansowania i wyceny świadczeń<sup>31</sup>.

#### 5.1.1. Wdrażanie modelu leczenia środowiskowego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej – nowy model leczenia środowiskowego

Według Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Rozdział 5), niezbędnym kierunkiem zmian i warunkiem rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej jest wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego<sup>32</sup>.

W NPOZP na lata 2017–2022 zostało określone zadanie dla Ministra Zdrowia, które dotyczy zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, m.in. poprzez upo-

<sup>31</sup> Prezes AOTMiT Obwieszczeniem z dnia 10 października 2019 r. ustalił nowy system taryfikacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, poprawiony kolejnym Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 20 grudnia 2019 r.

<sup>32</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Analogiczne zadanie było już zapisane w poprzedniej edycji Programu na lata 2011–2015.

Nie wskazano jednak w tym dokumencie kategorii wiekowych pacjentów, których ten model ma dotyczyć, co oznacza, że powinien on objąć wszystkie osoby, także poniżej 18. roku życia.

W celu wdrożenia modelu leczenia środowiskowego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Minister wydał rozporządzenie z dnia 14 sierpnia 2019 r. wprowadzające nowe warunki udzielania świadczeń<sup>33</sup>. Aby umożliwić zawieranie umów, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z 20 września 2019 r. zmieniające *rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>34</sup>.

Jak 22 listopada 2019 r. poinformował NIK Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia: *W chwili obecnej toczą się prace końcowe nad ostateczną wersją zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zawierania umów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Po wydaniu tego zarządzenia rozpoczną się prace związane z kontraktowaniem świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien ogłosić konkursy w I kwartale 2020 r.*

W 2018 r. Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*<sup>35</sup> (w jego skład weszło 13 ekspertów i praktyków zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży), którego zadaniem – zgodnie z § 3 zarządzenia – *było przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i leczenia uzależnień*. Minister nie określił jednak w tym zarządzeniu terminu zakończenia prac Zespołu. Do dnia zakończenia kontroli NIK Zespół nie przygotował tych rekomendacji.

W styczniu 2019 r. Minister rozszerzył skład Zespołu o kolejnych 11 ekspertów<sup>36</sup>.

Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w wyjaśnieniach podał, że na etapie tworzenia Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nie można było określić dokładnie daty zakończenia prac nad rekomendacjami dotyczącymi poprawy opieki dla dzieci i młodzieży w lecznictwie psychiatrycznym.

<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. poz. 1640). Rozporządzenie weszło w życie z dniem 30 sierpnia 2019 r., wygasło z dniem 30 listopada 2019 r.

<sup>34</sup> Dz. U. poz. 1887.

<sup>35</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania *Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży* (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 6), zwanego dalej *Zespołem*.

<sup>36</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 stycznia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania *Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży* (Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 8).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Posiedzenia Zespołu nie były dokumentowane<sup>37</sup>. W MZ nie została sporządzona dokumentacja (sprawozdania, protokoły) ilustrująca przebieg prac Zespołu. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny: *...nie ma obowiązku dokumentowania posiedzeń Zespołu sprawozdaniami lub protokołami.*

Zastępca Dyrektora wyjaśnił także, iż znaczna część kontaktów między członkami Zespołu była prowadzona w trybie roboczym, za pośrednictwem poczty elektronicznej. Efektem dotychczasowych prac Zespołu jest przygotowanie projektu zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>38</sup>.

W toku kontroli nie przedstawiono NIK dokumentów prezentujących wyniki monitorowania prac ani analizy funkcjonowania Zespołu, o które zwrócono się pisemnie do Dyrektora Biura Ministra<sup>39</sup>.

W latach 2017–2019 (do 15 maja) problemy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży omawiane były na posiedzeniu Rady do spraw Zdrowia Psychicznego tylko jeden raz – 23 listopada 2017 r.<sup>40</sup>

### Współpraca Ministra Zdrowia z Ministrem Edukacji Narodowej

Minister Zdrowia podjął współpracę z Ministrem Edukacji Narodowej w sprawie stworzenia opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Spotkania robocze, które dotyczyły tych kwestii odbyły się 11 grudnia 2018 r. w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie i 27 marca 2019 r. w Ministerstwie Edukacji Narodowej. W spotkaniach tych wzięli udział przedstawiciele dwóch zespołów:

- do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Ministrze Zdrowia,
- do spraw opracowania modelu kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przy Ministrze Edukacji Narodowej.

Tematem tych spotkań, według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny, był aktualny stan prac obu wyżej wymienionych zespołów nad opracowaniem modelu wsparcia dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Minister Edukacji Narodowej przekazał również Ministrowi Zdrowia informacje dotyczące poradni psychologiczno-pedagogicznych<sup>41</sup>. Miały one charakter danych roboczych i zostały wykorzystane do analizy terytorialnego dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz potencjału współpracy między ośrodkami systemu ochrony zdrowia psychicznego.

<sup>37</sup> Według § 2 ust. 1 pkt 3 zarządzenia MZ w sprawie Zespołu, w skład Zespołu wchodzi sekretarz – przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ (poprzednia nazwa obecnego Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny).

<sup>38</sup> Uchylone z dniem 26 lipca 2019 r., tj. z dniem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285).

<sup>39</sup> Według Regulaminu organizacyjnego MZ stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 12, ze zm.), monitorowanie prac oraz analiza zasadności funkcjonowania zespołów powoływanych przez Ministra Zdrowia należy do zadań Biura Ministra.

<sup>40</sup> Posiedzenie Rady odbyło się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

<sup>41</sup> W odpowiedzi na pismo z dnia 17 grudnia 2018 r.

W ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego nie przewidziano zadań dotyczących szkolenia psychologów i pedagogów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w szkołach, służących redukcji potencjalnych zagrożeń i incydentów zaburzeń zdrowia psychicznego wśród uczniów lub wychowanków.

W związku z koniecznością przygotowania koncepcji nowego modelu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, Minister Zdrowia podjął współpracę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dla przygotowania nowej wyceny świadczeń oraz z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), w kwestii sposobu finansowania poradni i jednostek opieki psychiatrycznej. W tej sprawie, 28 marca 2019 r., odbyło się spotkanie robocze z przedstawicielami NFZ, na którym dyskutowano nad możliwymi rozwiązaniami dotyczącymi finansowania i procedur konkursowych. Kontrolerowi NIK nie przedstawiono dokumentu prezentującego ustalenia z tego spotkania.

### **5.1.2. Rozwiązania prawne i organizacyjne umożliwiające przygotowanie odpowiedniej liczby specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży**

Od 31 grudnia 2017 r. do 31 marca 2019 r. liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód wzrosła z 403<sup>42</sup> do 419<sup>43</sup>.

Spośród 407 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód (według stanu na marzec 2018 r.), 18 osób (4%) było w wieku od 66 do 70 lat, a 43 osoby (11%) miały więcej niż 70 lat<sup>44</sup>. Pozostali lekarze psychiatrzy dzieci i młodzieży byli w wieku: od 31 do 35 lat – 16 osób, od 36 do 55 lat – 259, od 56 do 65 lat – 71 osób.

Według raportów konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, za lata 2017–2018, w Polsce brakuje obecnie około 300 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

W latach 2017–2019 (I półrocze) 53 lekarzy uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży<sup>45</sup>.

Według stanu na 31 marca 2019 r. 169 lekarzy było w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie medycyny, w tym 122 lekarzy odbywało tę specjalizację w trybie rezydenckim, a 47 w trybie pozarezydenckim<sup>46</sup>.

Brak lekarzy specjalistów-  
psychiatrów dzieci  
i młodzieży

<sup>42</sup> Liczba psychiatrów dzieci i młodzieży ogółem według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. – 442.

<sup>43</sup> Liczba psychiatrów dzieci i młodzieży ogółem według stanu na dzień 31 marca 2019 r. – 455.

<sup>44</sup> Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki nie miał informacji o wieku tych specjalistów na dzień: 31 grudnia 2017 r., 31 grudnia 2018 r., 31 marca 2019 r.

<sup>45</sup> Złożyli Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z wynikiem pozytywnym i uzyskali tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w roku 2017 – 26, w roku 2018 – 20, w roku 2019 (I półrocze) – siedem.

<sup>46</sup> Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. 159 lekarzy było w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym: 109 lekarzy odbywało tę specjalizację w trybie rezydenckim, a 50 w trybie pozarezydenckim. Według stanu na 31 marca 2018 r. 168 lekarzy było w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym: 117 lekarzy odbywało tę specjalizację w trybie rezydenckim, a 51 w trybie pozarezydenckim.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

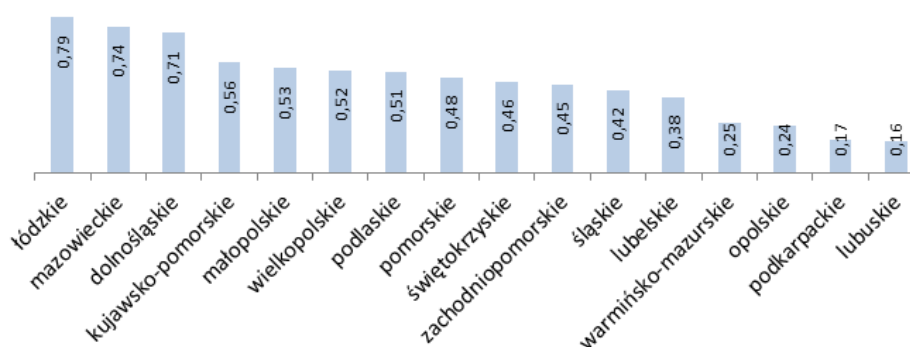
Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 10 tys. dzieci i młodzieży w Polsce, według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r., wyniósł 0,51 i był nieznacznie wyższy od wartości tego wskaźnika na koniec 2017 r. (0,50).

Według standardu WHO (2005 r.) dla kraju o średnim poziomie dochodów liczba psychiatrów dziecięcych powinna wynosić – 1 psychiatra na 10 tys. dzieci i młodzieży.

Roźmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju było bardzo zróżnicowane.

Wykres nr 1

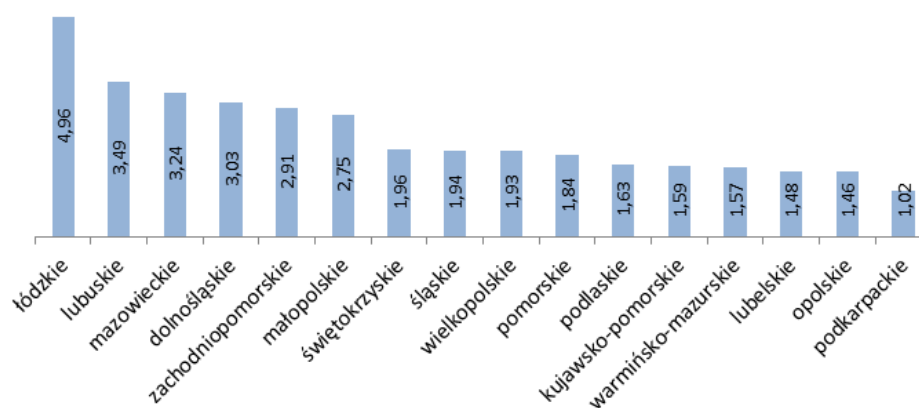
Wskaźnik liczby psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 10 tys. małych dzieci (według stanu na 31 grudnia 2018 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Wykres nr 2

Wskaźnik liczby psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 1 tys. pacjentów małych dzieci (wg stanu na 31 grudnia 2018 roku)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ<sup>47</sup>.

W latach 2017–2019 Minister Zdrowia podjął działania mające zwiększyć zasób specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży<sup>48</sup>. Przygotował również programy wsparcia medycznych kadr

<sup>47</sup> Dane otrzymano z NFZ na etapie przygotowania kontroli.

<sup>48</sup> - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1738) poszerzono katalog dziedzin priorytetowych o pięć dziedzin, w tym o psychiatrię dzieci i młodzieży. Z tego tytułu wzrosły wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie medycyny,



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

specjalistycznych, które pozwolą prawnie uregulować kompetencje osób specjalizujących się w pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi<sup>49</sup>.

W Ministerstwie nie opracowano jednak dotychczas modeli (wskaźników), dzięki którym można szacować, jaka liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny będzie wystarczająca w stosunku do potrzeb.

### Przykłady

Pełniąca obowiązki Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki wyjaśniła, że: *...obecnie Departament Analiz i Strategii prowadzi prace nad opracowaniem modelu zapotrzebowania na kadry medyczne, w tym na lekarzy specjalistów. Na dzień dzisiejszy<sup>50</sup> planowany termin ukończenia prac nad modelem zapotrzebowania na lekarzy specjalistów to koniec 2019 r.*

Z kolei Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii wyjaśnił, że *zgodnie z harmonogramem projektu, wyniki modelu mają być opracowane do końca 2020 r.*

Według stanu na 31 marca 2019 r., 31 jednostek było uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży (254 miejsca szkoleniowe), o trzy jednostki więcej w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2016 r. (28), przy czym ubyło 10 miejsc specjalizacyjnych.

Nierównomierne rozmieszczenie miejsc szkoleniowych

Rozmieszczenie miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach było nierównomierne.

- Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury – z dnia 27 października 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2017), a następnie z dnia 6 września 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1737) – podwyższono wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

- W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537) wprowadzono przepisy art. 16j ust. 2b–2s, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w wysokości 700 zł miesięcznie (w przypadku dziedzin priorytetowych) lub 600 zł (w przypadku pozostałych) w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. z 2019 r. poz. 602) wprowadzono regulacje związane z wdrażaniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), w tym Elektronicznej Karty Szkolenia (EKS).

<sup>49</sup> - Opracowano program specjalizacji z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży.

- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 226) utworzono specjalizację Psychoterapia dzieci i młodzieży. Z dniem 1 kwietnia 2019 roku powołano krajowego konsultanta w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.

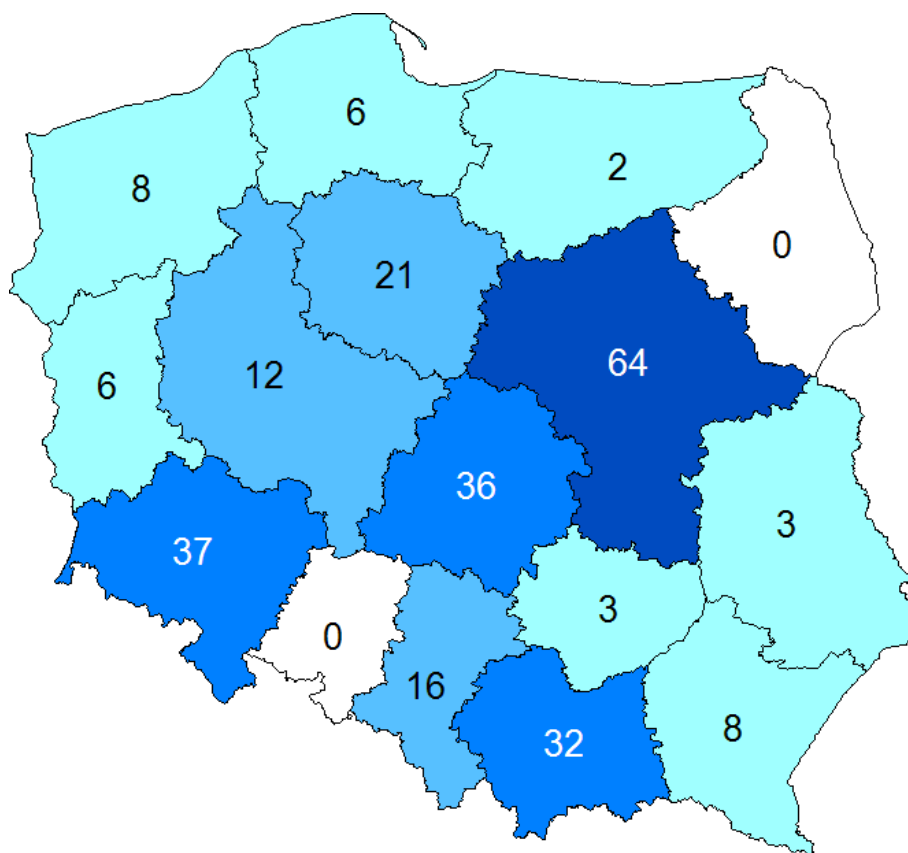
- Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. włączono kwalifikacje rynkowe „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) – M.P. poz. 1279. Opracowany został ramowy program szkolenia w tej dziedzinie (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/ksztalcenie-podwplymowe-kursy-i-szkolenia>).

<sup>50</sup> Wyjaśnienia z dnia 15 lipca 2019 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 5

Rozmieszczenie miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Minister Zdrowia przyznał łącznie 161 miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie rezydenckim dla lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację na podstawie postępowań kwalifikacyjnych przeprowadzonych od 1 marca 2017 r. do 31 marca 2019 r. Wykorzystano tylko 39 miejsc (tj. 24,2% miejsc przyznanych)<sup>51</sup>. Zapotrzebowanie zgłoszone w tym okresie przez wojewodów dotyczyło łącznie 251 miejsc, było więc o 90 miejsc większe od liczby przyznanych miejsc.

Z informacji uzyskanej w toku kontroli na temat wykorzystania miejsc szkoleniowych, wynika, że nie było lekarzy chętnych do podjęcia szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie medycyny.

<sup>51</sup> Na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone w dniach:  
- od 1 do 31 marca 2017 r. – przyznano 12 miejsc (wykorzystano – jedno, co stanowiło 8,3% przyznanych miejsc ogółem) – zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów – 48 miejsc;  
- od 1 do 31 października 2017 r. – 55 miejsc (wykorzystano – 10, tj. 18,2%) – zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów – 58 miejsc;  
- od 1 do 31 marca 2018 r. – 24 miejsc (wykorzystano – dwa, tj. 8,3%) – zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów – 49 miejsc;  
- od 1 do 31 października 2018 r. – 46 miejsc (wykorzystano – 21, tj. 45,7%) – zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów – 53 miejsca;  
- od 1 do 31 marca 2019 r. – 24 miejsca (wykorzystano – pięć, tj. 20,8%) – zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów – 43 miejsca.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wartość umów na sfinansowanie rezydentur w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, zawartych przez Ministra Zdrowia z jednostkami, które prowadzą szkolenie specjalizacyjne lekarzy w tej dziedzinie, wynosiła: 6270,8 tys. zł w 2017 r., 9047,3 tys. zł w 2018 r. i 10 549,3 tys. zł w 2019 r.

Udział wartości tych umów w wydatkach na rezydentury wszystkich specjalizacji, w poszczególnych latach, kształtował się następująco: 0,71% w 2017 r., 0,68% w 2018 r. i 0,67% w 2019 r.<sup>52</sup>

Wojewodowie przyznali łącznie 164 miejsca szkoleniowe w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie pozarezydenckim dla lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację na podstawie postępowań kwalifikacyjnych przeprowadzonych w okresie od 1 marca 2017 r. do 31 marca 2019 r., ale wykorzystano tylko 42 miejsca (tj. 25,6% przyznanych)<sup>53</sup>.

Według stanu na 3 lipca 2019 r., w 40 oddziałach udzielano świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym; było to o cztery oddziały więcej w porównaniu do roku 2018 r.<sup>54</sup>, w tym o trzy oddziały więcej w województwie mazowieckim i o jeden w województwie wielkopolskim.

Stacjonarne, całodobowe oddziały dla dzieci i młodzieży znajdowały się we wszystkich województwach oprócz województwa podlaskiego. Powodem braku zakontraktowania oddziału stacjonarnego dla dzieci w województwie podlaskim jest brak świadczeniodawcy mogącego udzielać świadczeń w tym trybie.

W RPWDL<sup>55</sup>, we wszystkich 40 oddziałach stacjonarnych, wykazano 1154 łóżka, przy czym 969 łóżek to liczba wynikająca z wysokości kontraktu zawartego z NFZ.

Według stanu na 3 lipca 2019 r., w poszczególnych województwach, liczbę oddziałów, w których leczono psychiatrycznie małych pacjentów w trybie stacjonarnym ilustruje poniższy wykres:

Nierównomierne rozmieszczenie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży

<sup>52</sup> Dane te nie uwzględniają rezydentur z postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w marcu 2019 r. ponieważ, w okresie objętym kontrolą, nie zawarto jeszcze żadnej umowy na sfinansowanie tych rezydentur. Obecnie w toku zgłaszania do finansowania są rezydentury z postępowań kwalifikacyjnych zakończonych w roku 2018.

<sup>53</sup> Na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone w dniach:  
- od 1 do 31 marca 2017 r. – przyznano 37 miejsc (wykorzystano – siedem, co stanowiło 19,9% przyznanych miejsc ogółem);  
- od 1 do 31 października 2017 r. – przyznano 22 miejsca (wykorzystano – cztery, tj. 18,2%);  
- od 1 do 31 marca 2018 r. – przyznano 39 miejsc (wykorzystano – sześć, tj. 15,4%);  
- od 1 do 31 października 2018 r. – przyznano 31 miejsc (wykorzystano – 12, tj. 38,7%);  
- od 1 do 31 marca 2019 r. – przyznano 35 miejsc (wykorzystano – 13, tj. 37,1%).

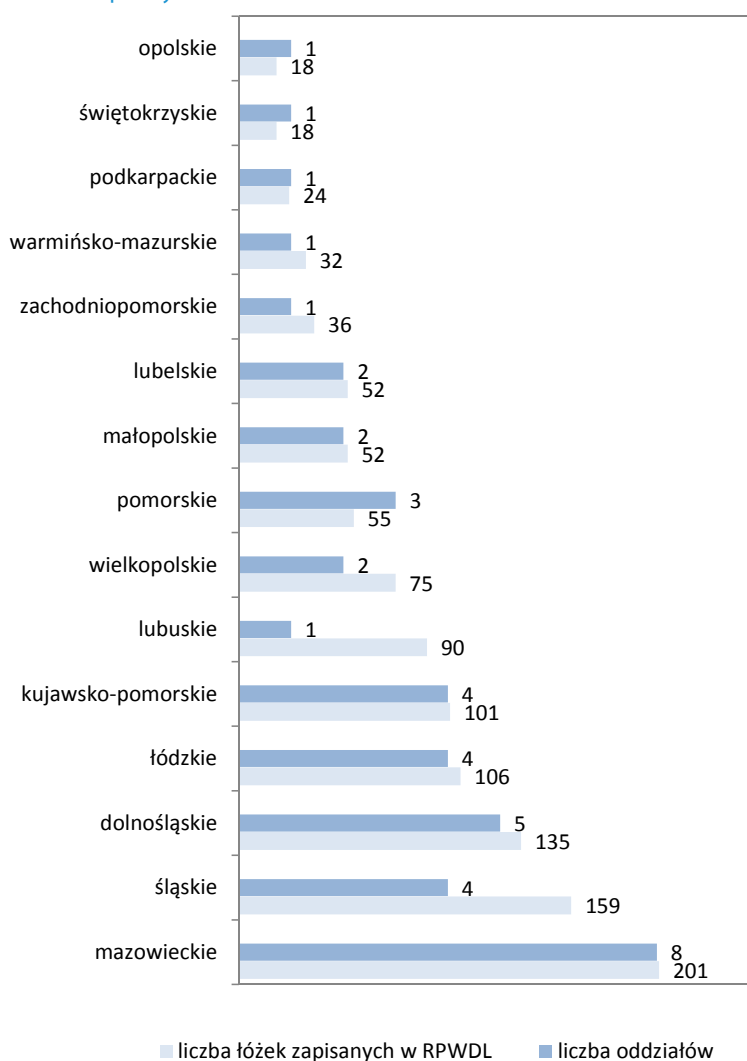
<sup>54</sup> Ministerstwo Zdrowia przedstawiło tylko dane z roku 2018 i lipca 2019 r., które uzyskało z NFZ.

<sup>55</sup> Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 3

Liczba oddziałów, w których leczono psychiatrycznie dzieci i młodzież w trybie stacjonarnym oraz liczba łóżek zapisanych w RPWDL



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

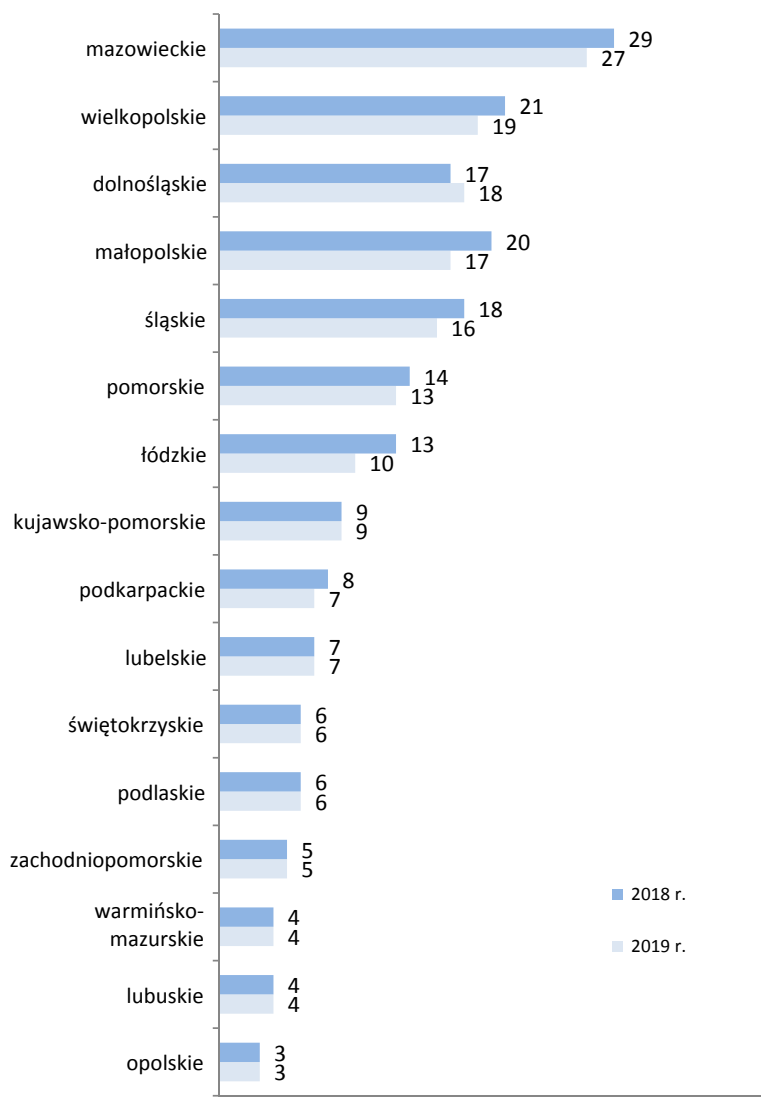
Według stanu na dzień zakończenia badań kontrolnych, tj. na 19 lipca 2019 r., leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży w warunkach dziennych było prowadzone w 46 oddziałach (dwa oddziały więcej w porównaniu do roku 2018). Liczba tych oddziałów, w poszczególnych województwach, kształtowała się następująco: województwo dolnośląskie – osiem oddziałów dziennych, kujawsko-pomorskie – trzy, lubelskie – dwa, łódzkie – cztery, małopolskie – cztery (o jeden oddział więcej w porównaniu do roku 2018), mazowieckie – osiem (o jeden oddział więcej), podkarpackie – dwa (mniej o jeden oddział), podlaskie – trzy, pomorskie – jeden, śląskie – osiem (o dwa oddziały więcej), wielkopolskie – trzy (mniej o jeden oddział). W województwach: lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim nie było świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w warunkach dziennych.

Według stanu na dzień 19 lipca 2019 r., 171 świadczeniodawców udzielało ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, o 13 placówek mniej niż w roku 2018 (184).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 4

Liczba świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w latach 2018 i 2019 wg MZ



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny, odnosząc się do kwestii likwidacji zróżnicowania terytorialnego w dostępności świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wyjaśnił, że: ... zgodnie z ustawą o osp<sup>56</sup> samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art. 6. ust. 1). Wobec powyższego zapewnienie mieszkańcom danego województwa dostępu do właściwej opieki psychiatrycznej stanowi przede wszystkim obowiązek organów samorządu województwa.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące zróżnicowania terytorialnego w dostępie do opieki psychiatrycznej dla małoletnich pacjentów i braku docelowej

<sup>56</sup> Ustawa dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878).

sieci placówek prowadzących takie leczenie, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśnił, że mapy potrzeb zdrowotnych pokazują tylko zróżnicowanie w dostępie do leczenia, a kontraktowanie świadczeń pozostaje w gestii NFZ. Natomiast Zastępca Dyrektora Departamentu Systemu Zdrowia uzupełnił odpowiedź informując, że dostępność do leczenia warunkuje potencjał lecznictwa na danym terenie.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w raportach rocznych za lata 2017–2018 r., przekazywanych Ministrowi Zdrowia, oceniał sytuację w psychiatrii dzieci i młodzieży jako kryzysową<sup>57</sup>. Wskazywał na konieczność rozbudowy pozaszpitalnych form leczenia, niedofinansowanie psychiatrii dzieci i młodzieży, niepewność dotyczącą sposobów i poziomu finansowania w ramach kontraktowania z NFZ, co uniemożliwia planowanie długofalowych inwestycji i negatywnie rzutuje na decyzje o tworzeniu nowych ośrodków, potrzebę promocji specjalizacji psychiatrii dzieci i młodzieży wśród przyszłych absolwentów uczelni medycznych.

Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, liczba osób szkolących się w psychiatrii dzieci i młodzieży jest zdecydowanie za mała na to, żeby w krótkim czasie uzupełnić bardzo duże braki tych specjalistów.

Konsultant Krajowy zwrócił również uwagę na niewielką liczbę ośrodków, w których można realizować szkolenie w tej specjalizacji, w związku z czym dla osób potencjalnie zainteresowanych tym kierunkiem kształcenia, wybór specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży oznacza konieczność przeprowadzki do innego miasta.

Konsultant Krajowy informował Ministra Zdrowia również o: *...dramatycznym kryzysie w obszarze psychiatrii dziecięcej...*<sup>58</sup>.

### **5.1.3. Realizacja zadań organów władzy publicznej dotyczących profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przewidzianych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020**

Realizacja zadań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

W latach 2017–2018 organy administracji rządowej oraz inne jednostki organizacyjne, uczestniczące w realizacji zadań dotyczących zdrowia publicznego, przekazywały Ministrowi Zdrowia roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach, w tym dotyczących realizacji celu operacyjnego nr 3 „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”.

Informację zbiorczą za rok 2017, o zrealizowanych lub podjętych zadaniach dotyczących zdrowia publicznego wraz z opinią o zgodności zadań – zrealizowanych lub podjętych z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej,

<sup>57</sup> Na temat sytuacji w lecznictwie psychiatrycznym dzieci i młodzieży, z Ministrem Zdrowia korespondowali również: Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Dziecka, Konwent Marszałków Województw RP, Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychiczenie „Rodziny”, Marszałek Województwa Mazowieckiego, Zastępca Prezydenta m.st. Warszawy, Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

<sup>58</sup> Pismo z 17 grudnia 2018 r. oraz z 28 marca 2019 r.

województwie przekazali Ministrowi Zdrowia między 20 września a 1 października 2018 r. (z wyjątkiem wojewody mazursko-warmińskiego, który tę informację przekazał dopiero 28 czerwca 2019 r.).

Z informacji przekazanych przez wojewodów wynika, że w roku 2018 część JST nie spełniła obowiązku sprawozdawczego, bądź nie realizowała zadań dotyczących zdrowia publicznego. W sprawozdaniach wojewodów, przekazanych Ministrowi Zdrowia nie było wyszczególnionych zadań dotyczących profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Z analizy danych zawartych w tych informacjach wynika, że zadania realizowane w ramach NPZ na lata 2016–2020 (cel operacyjny nr 3) nie należały do zadań priorytetowych, realizowanych przez JST w ramach tego Programu.

Zauważyć należy, że w odniesieniu do każdego zadania określonego w NPZ na lata 2016–2020 wskazany jest jego realizator/realizatorzy, nie są natomiast podane terminy realizacji poszczególnych zadań.

Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny wyjaśnił, że: *...w głównej mierze zadania te finansowane są ze środków własnych jednostek. Można domniemywać, że przyczyną nierealizowania przez te jednostki części zadań w każdym roku trwania NPZ był brak środków na ich finansowanie.*

Według danych MZ, w ramach NPZ 2016–2020, w roku 2017 zrealizowano lub podjęto realizację 728 zadań dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a w roku 2018 – 881 zadań. Na realizację tych zadań wydatkowano w roku 2017 – 92 912,8 tys. zł, a w roku 2018 – 141 014,2 tys. zł.

W latach 2017–2018, w ramach NPZ 2016–2020 (cel operacyjny nr 3 – Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa), w Ministerstwie realizowano następujące zadania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży<sup>59</sup>:

- 1) upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych (numer zadania 1.3.) realizowane przez Fundację Homo Homini im. Karola de Foucauld na podstawie umowy z dnia 30 czerwca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość umowy – 318 880 zł);
- 2) zapobieganie depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku, w tym konsultacja działań w ramach zespołu roboczego utworzonego przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego oraz finansowanie działań badawczych, profilaktycznych i przyczyniających się w inny sposób do realizacji

<sup>59</sup> Wydatkowanie środków finansowych w ramach NPZ 2017–2020 monitorowane jest w ujęciu paragrafowym z uwzględnieniem numerów umów, w wydatkach nie ma danych dotyczących wydatków na zadania związane ze wspieraniem zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz zapobieganiem zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zadania (numer zadania 2.4.) realizowane przez Caritas Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej na podstawie umowy z dnia 31 sierpnia 2017 r. zawartej na okres od 1 sierpnia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość umowy – 1 499 874 zł);
- 3) zapobieganie zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym w populacji generalnej oraz populacjach o zwiększonym ryzyku (numer zadania 2.5.) realizowane przez:
- Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie umowy z dnia 11 lipca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość dofinansowania w ramach środków NPZ – 207 081,25 zł, wartość umowy – 225 831,25 zł);
  - Fundację Wspierania Rodzin Przyszań na podstawie umowy z dnia 30 czerwca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość dofinansowania w ramach środków NPZ – 205 300 zł, wartość umowy – 216 200,00 zł);
  - Fundację Europejskie Centrum Inicjatyw Społecznych im. prof. Kazimierza Twardowskiego na podstawie umowy z dnia 27 czerwca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość dofinansowania w ramach środków NPZ – 300 000 zł, wartość umowy – 339 800 zł);
- 4) prowadzenie w 2017 r. badań dotyczących kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami pornograficznymi i seksualizującymi, a także skutków tego kontaktu dla rozwoju psychoseksualnego i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w 2017 r. (numer zadania 2.9.) realizowane przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę na podstawie umowy z dnia 23 czerwca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. (wartość umowy – 437 528,15 zł);
- 5) szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądającej pornografię (numer zadania 2.11) realizowane przez Fundację Żyjmy Zdrowo na podstawie umowy z dnia 29 czerwca 2017 r. zawartej na okres od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2018 r. (wartość dofinansowania w ramach środków NPZ – 3 147 074,80; wartość umowy – 3 315 494,80 zł).

Działania realizowane na podstawie tych umów skierowane były do dzieci w wieku szkolnym, młodzieży, osób we wczesnej dorosłości, rodziców, nauczycieli i opiekunów, miały charakter przede wszystkim szkoleniowo-edukacyjny, informacyjny oraz badawczy<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Według informacji MZ, liczba osób uczestniczących w prowadzonych przez wymienionych wyżej realizatorów szkoleniach i warsztatach wyniosła w przypadku:  
- zadania nr 1.3. – 1761 rodziców, 1348 nauczycieli, 5403 uczniów;  
- zadania nr 2.4. – 1601 osób (rodzice, nauczyciele, pedagodzy i psychologowie);  
- zadanie 2.5. – 16 397 uczniów, 1639 nauczycieli, pedagogów szkolnych, osób wspierających chorych (lekarze, pielęgniarki, dietetycy); zrealizowano dwie kampanie („Zdrowie Zaczyna Się w Głowie” oraz „Tu nie chodzi o”); wydano jedną monografię pt. „Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania – wiedza ekspercka”;  
- zadanie 2.9. – opracowano Raport z badań – Kontakt dzieci i młodzieży z pornografią;  
- zadanie 2.11. – 870 uczestników w 16 miastach Polski w cyklu 50 szkoleń (310 lekarzy, 271 przedstawicieli służb mundurowych, straży miejskiej i prokuratorów, 289 nauczycieli, pedagogów, pracowników socjalnych).



### 5.2. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym (w szpitalach)

W okresie objętym kontrolą, hospitalizowano<sup>61</sup> łącznie 7340 pacjentów małych dzieci, a 3890 pacjentom odmówiono przyjęcia do szpitala, głównie z powodu braku wskazań.

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., pacjenci oczekiwali na hospitalizację do trzech szpitali spośród ośmiu objętych kontrolą (łącznie 43 pacjentów), tj. do Szpitala w Lublińcu – czterech pacjentów (średni czas oczekiwania wynosił 31 dni), do Szpitala w Bielsku-Białej – pięciu pacjentów (średni czas oczekiwania 14 dni) i do Szpitala w Zaborze – 34 pacjentów (średni czas oczekiwania wynosił 11 dni)<sup>62</sup>.

Nadmienić należy, że zarówno liczba pacjentów, jak i czas oczekiwania na hospitalizację miały wahania sezonowe (np. okres wakacyjny, okres jesienno-zimowy, sprzyjający depresjom i zaburzeniom nastroju, początek roku szkolnego).

Kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej małych dzieci, w okresie objętym kontrolą, przekazywane szpitalom na podstawie umów zawartych z OW NFZ nie zawsze pokrywały koszty ich udzielenia.

Nadmienić należy, że niektóre szpitale nie prowadziły bieżącej analizy kształtowania się kosztów udzielanych świadczeń w tym zakresie.

Na uwagę zasługuje fakt, że mimo medialnych informacji na temat nieprawidłowości funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej małych dzieci, temat ten nie był przedmiotem wystarczającego zainteresowania konsultantów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (krajowego i wojewódzkich). Informacje te nie były przez konsultantów odpowiednio weryfikowane (np. poprzez kontrole/wizytacje w szpitalach).

#### 5.2.1. Organizacja szpitala

Organizację i zasady funkcjonowania ośmiu szpitali określały ich statuty oraz regulaminy organizacyjne (w których szczegółowo przedstawiono zadania poszczególnych jednostek/komórek organizacyjnych). Komórki organizacyjne, w których udzielono małym dzieciom świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej stanowiły oddziały<sup>63</sup>.

W niektórych oddziałach określono przedział wiekowy pacjentów, którym udzielano świadczeń.

Organizacja i zasady funkcjonowania Szpitali

<sup>61</sup> W ośmiu szpitalach objętych kontrolą.

<sup>62</sup> W 2018 r. pacjenci oczekiwali na hospitalizację w trzech województwach objętych kontrolą (34, 71 i 97 pacjentów) a czas oczekiwania wynosił 5,5; 2,5 i 22 dni; w pozostałych trzech województwach – nie było pacjentów oczekujących.

<sup>63</sup> Oddziały miały różne nazwy tj. „Oddział Psychiatryczny”, „Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży”, „Oddział Psychiatryczny Ogólny dla Dzieci”, zwane dalej również „Oddziałami”.

### Przykłady

**W Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie** (zwanym dalej „Szpitalem w Olsztynie”) na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży” hospitalizowano małoletnich pacjentów od 3. do 18. roku życia.

**W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ w Ciborzu** (zwanym dalej „Szpitalem w Ciborzu”) – nie wydzielano oddziałów/sal przeznaczonych do psychiatrycznego leczenia pacjentów małoletnich. W okresie objętym kontrolą, w tym Szpitalu pacjentów od 14. roku życia leczono jedynie z powodu uzależnień (w trzech oddziałach/salach dla uzależnionych).

**W Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o. w Zagórz** (zwanym dalej „Szpitalem w Zagórz”) – na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci – leczono dzieci w wieku do 15. roku życia, a na Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży – małoletnich pacjentów w wieku od 15. do 18. roku życia (lub starszych, jeśli kontynuowali naukę – co było zgodne z § 36 i § 37 Regulaminu Organizacyjnego).

Prezes Spółki wyjaśnił, że: *rozdzielenie udzielania świadczeń w tym samym zakresie na dwa odrębne oddziały, w zależności od wieku pacjenta (...) podyktowane jest bardziej celowaną terapią przystosowaną do konkretnych grup wiekowych pacjentów, co zwiększa efektywność leczenia.*

W szpitalu nie hospitalizowano dzieci w wieku do 7. roku życia. W okresie od 2017 r. do I kw. 2019 r. odnotowano 51 przypadków odmowy przyjęć do szpitala pacjentów poniżej 7. roku życia<sup>64</sup>.

Kierownictwo Szpitala poinformowało, że: (...) *dzieci do lat 7 nie są przyjmowane w ramach świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, ponieważ na oddziale nie ma warunków do hospitalizacji dziecka z opiekunem.*

### Hospitalizacja dzieci do 7. roku życia.

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z wymogiem określonym w Załączniku nr 1 (l.p. 2) do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmowały diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych (do ich ukończenia)<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> W 2017 r. – 27 odmów (uzasadniono brakiem wskazań do hospitalizacji), w 2018 r. – 22 odmowy (w tym: 20 również uzasadniono brakiem wskazań do hospitalizacji, w jednym przypadku skierowano małoletniego pacjenta do innego szpitala i w jednym przypadku, pacjent samowolnie oddalił się z Izby Przyjęć), w I kwartale 2019 r. – dwie odmowy (również uzasadniono brakiem wskazań do hospitalizacji). Z informacji otrzymanej z NFZ (na etapie przygotowania kontroli) wynika, że w latach 2017–2018, 22 świadczeniodawców udzieliło 129 małoletnim pacjentom do 7. roku życia 262 świadczenia z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w trybie stacjonarnym (w tym pięciu świadczeniodawców objętych kontrolą NIK, udzieliło wyżej wymienionych świadczeń 26 małoletnim w wieku do 7. r.ż.)

<sup>65</sup> Z dniem 30 sierpnia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1640), którym, w rozporządzeniu z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dodano załącznik nr 8 „Warunki szczególne, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych”. Załącznik ten wprowadza w odniesieniu do dzieci i młodzieży formy opieki środowiskowej, w ramach których zapewniona jest opieka dla dzieci poniżej 7. roku życia, w tym w ramach całodobowej opieki stacjonarnej. Dotyczy to jednak tylko tych świadczeniodawców, którzy wyrazili zgodę na zmianę dotychczasowych umów. Warunki będą też miały zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w wyniku postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami wszczętych po dniu wejścia w życie rozporządzenia zmieniającego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił<sup>66</sup>, że z informacji OW NFZ wynika, iż do szpitali przyjmowano pacjentów nieuprawnionych jedynie w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, czy życia innych osób lub niszczenia mienia. Przepisy dopuszczają finansowanie leczenia takich pacjentów w podmiotach, które nie mają umów z NFZ.

Wyniki kontroli wskazały również, że w Szpitalu w Zagórz, w okresie objętym kontrolą, czasowo przestano leczyć małych pacjentów na Oddziale dla Dzieci. Przerwa trwała od 11 grudnia 2018 r. do 31 stycznia 2019 r. z powodu złożenia wypowiedzeń umów o pracę przez wszystkich lekarzy z tego Oddziału. Zarząd Spółki podjął decyzję o czasowym zaprzestaniu działalności Oddziału, o czym poinformował Wojewodę Mazowieckiego i Dyrektora MOW NFZ.

W czasie zamknięcia Oddziału przebywało tam 19 pacjentów: 12 – których stan zdrowia na to pozwalał zostało wypisanych do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym, a siedmiu – skierowano do innych szpitali do dalszego leczenia w trybie hospitalizacji. Oddział dla dzieci wznowił działalność od 1 lutego 2019 r., po wyrażeniu zgody na prowadzenie tego Oddziału przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.

W 2017 r. w Szpitalu w Zagórz, w dwóch Oddziałach, w których leczono psychiatrycznie małych pacjentów, były łącznie 84 łóżka (tj. na Oddziale dla Dzieci – 39 i na Oddziale dla Młodzieży – 45). W 2018 r. na obu Oddziałach liczba łóżek została zmniejszona łącznie o 27, w tym 29 listopada 2018 r. na Oddziale dla Dzieci – do 22 łóżek (tj. o 17), a 23 maja 2018 r. na Oddziale dla Młodzieży – do 35 łóżek (tj. o 10).

Zmniejszenie liczby łóżek spowodowane było złożeniem wypowiedzenia przez wszystkich lekarzy tam zatrudnionych. W wyniku przeprowadzonych rozmów, lekarze Oddziału dla Młodzieży wycofali wypowiedzenia, zaś z Oddziału dla Dzieci odeszli z końcem okresu wypowiedzenia (co opisano powyżej).

W latach 2017–2019 (I kwartał) w sześciu skontrolowanych szpitalach<sup>67</sup>, liczba łóżek faktycznych (ujętych w rejestrach Wojewodów) wynosiła łącznie, w poszczególnych latach, odpowiednio – 272, 249 i 261.

W okresie objętym kontrolą, w czterech szpitalach (spośród sześciu skontrolowanych), liczba łóżek faktycznych była stała w Olsztynie (32 łóżka), Opolu (18), Zaborze (90) i Łańcucie (24). Natomiast w Szpitalu w Zagórz liczba łóżek faktycznych uległa zmniejszeniu z 84 (w 2017 r.) do 57 (w 2019 r.), a w Szpitalu w Lublińcu – zwiększyła się z 24 (w 2017 r.) do 28 (w 2018 r.) i do 40 (w 2019 r.). Natomiast, w tym samym okresie, łączna liczba łóżek rzeczywistych (wykorzystywanych w oddziale) zmniejszyła się z 272 (w 2017 r.) do 267 (w 2018 r.) i 242 (w 2019 r.). W Szpitalu w Zagó-

Wykorzystanie łóżek szpitalnych przeznaczonych na leczenie psychiatryczne

<sup>66</sup> W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo znak DSOZ. 401.2448.2019/201984183 z dnia 29 października 2019 r.

<sup>67</sup> W analizie nie uwzględniono Szpitala w Bielsku-Białej (ponieważ Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży rozpoczął działalność od 18 listopada 2018 r.) i Szpitala w Ciburzu (ponieważ nie określono liczby łóżek przeznaczonych do psychiatrycznego leczenia małych pacjentów).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

rzę, liczba łóżek zmniejszyła się z 91 (średnia liczba łóżek w 2017 i 2018 r.) do 70 (średnia liczba łóżek w 2019 r.), w Szpitalu w Zaborze również zmniejszyła się w poszczególnych latach odpowiednio z 83 do 73 i do 68, a w Szpitalu w Olsztynie z 33 do 34 i 35. Z kolei w tych samych latach, liczba łóżek rzeczywistych wzrosła w Szpitalu w Łańcucie, odpowiednio z 24 do 26 i do 28. W pozostałych dwóch szpitalach liczba tych łóżek nie zmieniła się. W Szpitalu w Lublińcu – były 23 łóżka, a w Szpitalu w Opolu – 18 łóżek.

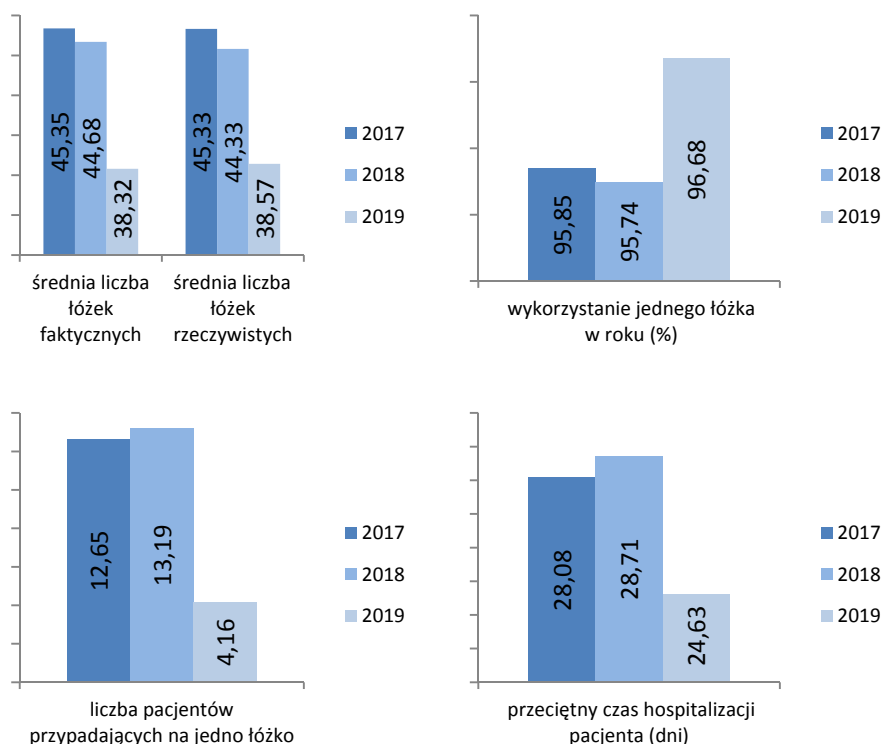
Średnie wykorzystanie łóżka w poszczególnych szpitalach, które były kontrolowane, wynosiło w roku 2017 – od 268,70 dni, tj. 73,62% (Szpital w Zagórzcu), do 369,00 dni tj. 101,10% (Szpital w Olsztynie). W roku 2018 – od 287,30 dni, tj. 78,71% (Szpital w Zagórzcu), do 395,79 dni, tj. 108,44% (Szpital w Łańcucie). W roku 2019 (I kwartał) – od 66,88 dnia, tj. 18,32% (Szpital w Zagórzcu), do 106,37 dni, tj. 29,14% (Szpital w Łańcucie).

Stopień wykorzystania łóżek wynikał ze zgłaszalności pacjentów do leczenia.

W kolejnych latach objętych kontrolą, przeciętny czas hospitalizacji pacjenta wynosił – odpowiednio – 28,08, 28,71 i 24,63 dni, a na jedno łóżko rzeczywiste przypadało – odpowiednio 12,65, 13,19 i 4,16 pacjenta. W poszczególnych Szpitalach – przeciętny czas hospitalizacji pacjenta wynosił w roku 2017 – od 17,93 dnia (w Szpitalu w Opolu) do 38,93 dnia (w Szpitalu w Zaborze), w 2018 r. – od 17,80 dnia (w Szpitalu w Opolu) do 32,53 dnia (w Szpitalu w Łańcucie), a w 2019 r. (w I kwartale) – od 18,74 dnia (w Szpitalu w Bielsku-Białej) do 39,46 dnia (w Szpitalu w Zaborze).

Wykres nr 5

### Wykorzystanie łóżek w szpitalach objętych kontrolą



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W skontrolowanych szpitalach liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko, wynosiła w roku 2017 – od 9,11 (w Szpitalu w Zaborze) do 17,83 (w Szpitalu w Opolu). W 2018 r. – od 8,14 (w Szpitalu w Zaborze) do 19,94 (w Szpitalu w Opolu). W 2019 r. (I kwartał) – od 2,28 (w Szpitalu w Zaborze) do 6,44 (w Szpitalu w Opolu).

W okresie objętym kontrolą, w ośmiu Szpitalach hospitalizowano łącznie 7340 pacjentów małych, w tym w 2017 r. – 3169 osób, w 2018 r. – 3177 osób i w 2019 r. (I kwartał) – 994 osoby. Faktyczny czas hospitalizacji wyniósł łącznie 191 053 osobodni, w tym odpowiednio w latach: 83 877, 86 854 i 20 322.

Najwięcej małych pacjentów przebywało na oddziale przez okres od dwóch do trzech miesięcy (31 do 90 dni), tj. 2488 pacjentów (odpowiednio w latach; 1124, 1081 i 283 pacjentów) i od 15 dni do jednego miesiąca (30 dni) – łącznie 2232 pacjentów (950, 960 i 322 pacjentów). Natomiast przez okres do 14 dni na oddziałach przebywało łącznie 2136 pacjentów (898, 942 i 296 osób), przez okres od czterech do sześciu miesięcy 111 pacjentów (51, 50 i 10 pacjentów), a przez okres powyżej sześciu miesięcy – 52 pacjentów (28, 22 i dwóch pacjentów).

W dwóch szpitalach (spośród ośmiu objętych kontrolą) pacjenci małych hospitalizowani byli na oddziałach dla dorosłych. Nie ograniczało to jednak udzielania im świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży.

### Przykłady

**Szpital w Lublińcu** – w Szpitalu w 2017 r. leczono 426 pacjentów małych, w 2018 r. – 406, a w I kwartale 2019 r. – 167. Większość z tych pacjentów, odpowiednio 350 (82,2%), 376 (92,6%) i 167 (100%), była leczona na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży (PDM). Pozostali pacjenci – 76 osób w 2017 r. i 30 w 2018 r. byli leczeni na oddziałach dla dorosłych. Na Oddziale PDM były w 2017 r. – 24 łóżka, w 2018 r. – 28 łóżek, a w I kwartale 2019 r. – 40 łóżek rzeczywistych (wykorzystywanych do realizacji umowy z NFZ). Wzrost liczby łóżek związany był z powiększeniem, od 1 grudnia 2018 r., Oddziału PDM (uruchomiono Oddział na drugiej kondygnacji budynku). Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że: *w latach 2017–2018 pacjenci małych byli hospitalizowani na oddziałach dla dorosłych z powodu braku miejsc na Oddziale PDM.*

**Szpital w Ciborzu** – w okresie objętym kontrolą leczonych było łącznie 85 małych pacjentów – w tym na Oddziale TN<sup>68</sup> 59 osób (odpowiednio w latach 2017–2019 (I kwartał) – 24, 25, 10) czas hospitalizacji wyniósł przeciętnie 82,4 dnia. Większość małych pacjentów hospitalizowanych na Oddziale TN przebywało tam powyżej sześciu miesięcy (66,7% w 2017 r., 52% w 2018 r.). Jedynie w I kwartale 2019 r. większość hospitalizowanych w Oddziale NT małych pacjentów przebywało tam od czterech do sześciu miesięcy (50%). Na oddziale RN<sup>69</sup> – hospitalizowano łącznie 26 małych pacjentów (odpowiednio – 11, 8, 7), czas hospitalizacji wyniósł przeciętnie 235,4 dnia. Pobyt na Oddziale RN niemal w każdym przypadku trwał co najmniej sześć miesięcy (100% w 2017 r.; 87,5% w 2018 r. i 85,7%

<sup>68</sup> Oddział Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych – dalej „Oddziałów TN”.

<sup>69</sup> Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych – dalej „Oddział RN”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w I kwartale 2019 r.). Osoby małoletnie były przyjmowane do tych oddziałów na bieżąco. Na oddziałach TN i RN hospitalizowani byli małoletni pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych, którzy dobrowolnie zgłosili się na leczenie i rehabilitację

Wyniki kontroli wskazały, że niektóre szpitale leczyły małoletnich pacjentów (świadczyły psychiatryczne usługi zdrowotne) ponad limit określony w umowach z OW NFZ zawartych na lata 2017–2019.

### Przykłady

**Szpital w Łańcucie** – w okresie objętym kontrolą, średnie wykorzystanie łóżek wynosiło: 95,07% w 2017 r., 108,44% w 2018 r. i 106,37% w I kwartale 2019 r.

Prezes Centrum podał, że: *pacjenci przyjmowani do Oddziału to często przypadki pilne, wymagające natychmiastowej hospitalizacji, a tutejszy Oddział jest jedynym w województwie podkarpackim świadczącym tego rodzaju usługi.*

*Specyfika świadczeń dla dzieci i młodzieży nie pozwala na ustawienie kolejki oczekujących z uwagi na wyczerpanie limitu punktów przyznanych przez NFZ. Wszystkim pacjentom wymagającym przyjęcia na oddział, Szpital nie odmawia udzielenia pomocy, bowiem byłoby to nieetyczne i niehumanitarne.* Natomiast w kwestii udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży w innych oddziałach Szpitala, Prezes Centrum, wyjaśnił, że nie jest prowadzony rejestr takich przypadków.

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z umowami zawartymi z NFZ, Szpital winien dysponować 24 łózkami, ale limit ten był przekraczany. W 2017 r. limit ustalono na 141 874 pkt, a rzeczywiste wykonanie wyniosło 145 388 pkt.

W I półroczu 2018 r. dane te wynosiły – odpowiednio – 69 197 pkt i 91 615 pkt. W II półroczu 86 259 pkt, i 83 144 pkt, a w I kwartale 2019 r. – 42 981 pkt i 48 516 pkt.

**Szpital w Bielsku-Białej** – umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej na oddziale stacjonarnym Szpital podpisał z mocą od 15 listopada 2018 r. Pełny stan osobowy pacjentów oddziału został osiągnięty 9 grudnia 2018 r. W grudniu niepełne wykorzystanie potencjału oddziału (w 72,7%) wynikało z dni wolnych od pracy i dni świątecznych. Wpływ na to miał również proces terapeutyczny, który uwzględniał przepustki dla pacjentów. W I kwartale 2019 r. wykorzystanie łóżek wynosiło 102,9%, co wynikało z faktu, że liczba łóżek faktycznych była większa, od jednego do pięciu, w stosunku do liczby łóżek rzeczywistych (dostawki). Zapotrzebowanie (trudne i nagłe przypadki) na leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży w pewnych okresach przekraczało możliwości Oddziału.

**Szpital w Olsztynie** – w latach 2017–2019 (do końca I kwartału) Szpital leczył małoletnich pacjentów ponad limity określone w umowach z NFZ. W 2017 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 2 725 758,00 zł, a wartość zrealizowanych świadczeń – 2 751 263,98 zł (kwoty te nie uwzględniają refundacji wynagrodzeń). W 2018 r. było to odpowiednio: 2 834 944,00 zł i 3 115 655,37 zł, natomiast w I kwartale 2019 r. – 723 856,00 zł i 826 080,15 zł. Tym samym, Szpital zrealizował takie świadczenia na poziomie większym od zakontraktowanego odpowiednio dla poszczególnych lat o: 0,9%, 9,9% i 14,1%.

**Szpital w Lublińcu** – na Oddziale PDM leczono małoletnich pacjentów ponad limit na świadczenia, określony w umowach zawartych z NFZ. I tak w 2017 r. zrealizowano świadczenia na kwotę 1929,5 tys. zł, o 37,4 tys. zł większą od limitu, a w 2018 r. zrealizowano świadczenia na kwotę 2228,7 tys. zł., o 155,4 tys. zł wyższą od limitu. W wyniku ugód zawartych z NFZ, Szpital uzy-

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

skął finansowanie wszystkich wykonanych świadczeń. W I kwartale 2019 r. Szpital zrealizował świadczenia na kwotę 844,0 tys. zł, czyli wartość wykonanych świadczeń ponad limit wyniosła 299,3 tys. zł.

**Szpital w Zaborze** – w latach 2017–2019 (I kwartał) Szpital nie leczył pacjentów ponad limit określony w umowach zawartych na ten okres. Przełożona pielęgniarek wskazała, że: *liczba oczekujących i czas oczekiwania ma charakter sezonowy, zależy od tego, który okres danego roku bierzemy pod uwagę. W miesiącach lipiec i sierpień jest mniej pacjentów na Oddziale (z uwagi na wakacje), dlatego pacjenci, którzy zgłaszają się w tym okresie są przyjmowani bardzo często bez oczekiwania lub czas oczekiwania jest krótszy niż w pozostałych miesiącach roku. Duża liczba skierowań wpływa w IV kwartale, z uwagi na rozpoczęcie roku szkolnego i związane z tym problemy oraz okres jesienno-zimowy sprzyjający depresjom i zaburzeniom nastroju. W okresie objętym kontrolą nie stwierdzono występowania na liście oczekujących przypadków pilnych.*

W pięciu szpitalach (spośród ośmiu skontrolowanych) prowadzono rejestry osób oczekujących na hospitalizację psychiatryczną, a w trzech – nie, uzasadniając ten fakt brakiem pacjentów oczekujących na przyjęcie do Szpitala.

### Przykłady

**Szpital w Zagórzcu** – w latach 2017–2018 dla żadnego z dwóch Oddziałów nie prowadzono listy oczekujących na leczenie szpitalne. W I kwartale 2019 r. na udzielenie świadczenia na liście oczekujących umieszczonych było dwóch pacjentów.

**Szpital w Opolu** – nie było kolejki oczekujących na przyjęcie do Oddziału, w związku z czym nie był prowadzony rejestr osób małoletnich oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala *...czas oczekiwania na przyjęcie ustalany jest z rodzicami i wynosi od kilku dni do maksymalnie 2 tygodni.*

W latach 2017–2019 (I kwartał), w pięciu Szpitalach (spośród ośmiu objętych kontrolą)<sup>70</sup>, liczba „pacjentów w planie leczenia”, tj. osób, które w toku leczenia muszą być kolejny raz hospitalizowane, wynosiła – na koniec każdego kwartału okresu objętego kontrolą od 57 do 103 pacjentów (średnio 73). Najwięcej „pacjentów w planie leczenia” było w Szpitalu w Olsztynie i w Łańcucie.

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., pacjenci oczekiwali na hospitalizację do trzech szpitali, spośród ośmiu objętych kontrolą (łącznie 43 pacjentów), tj. do Szpitala w Lublińcu – czterech pacjentów (średni czas oczekiwania wynosił 31 dni), do Szpitala w Bielsku-Białej – pięciu pacjentów (średni czas oczekiwania 14 dni) i do Szpitala w Zaborze – 34 pacjentów (średni czas oczekiwania wynosił 11 dni).

W latach 2017–2018 (III kwartał), pacjenci w stabilnym stanie zdrowia oczekiwali na hospitalizację do dwóch szpitali (spośród ośmiu objętych kontrolą); łączna liczba takich pacjentów wynosiła – na koniec poszczególnych kwartałów – od 14 do 101 osób (średnio 59), a średni czas oczekiwania na hospitalizację wynosił od pięciu do 15 dni.

<sup>70</sup> W trzech Szpitalach nie było pacjentów, którzy kolejny raz musieliby być hospitalizowani (tj. w Szpitalu w Zagórzcu, Ciborzu i w Zaborze).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Od IV kwartału 2018 r. pacjenci oczekiwali na hospitalizację w kolejnym szpitalu, a od I kwartału 2019 r. jeszcze w dwóch innych szpitalach<sup>71</sup> i łączna liczba oczekujących na hospitalizację wynosiła w IV kwartale 2018 r. – 43 osoby, a w I kwartale 2019 r. – 72 osoby, natomiast średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio – 11 i 23 dni.

### Przykłady

**Szpital w Lublińcu** – na koniec kwartałów okresu objętego kontrolą liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację wyniosła od trzech do 13 osób, a średni czas oczekiwania od 27 do 79 dni.

**Szpital w Zaborze** – dane te wynosiły odpowiednio – od 10 do 88 osób i od 11 do 35 dni.

Liczba pacjentów skreślonych z „list oczekujących”, w związku z udzieleniem im świadczeń (czyli hospitalizowanych) lub ich rezygnacją z oczekiwania na hospitalizację, wynosiła na koniec każdego kwartału objętego kontrolą.

### Przykłady

**W Szpitalu w Lublińcu** – od trzech do 10 osób; **w Szpitalu w Zaborze** – od 14 do 71 osób; **w Szpitalu w Bielsku-Białej** – jeden pacjent na koniec IV kwartału 2018 r. i jeden – na koniec I kwartału 2019 r.

W okresie objętym kontrolą, według stanu na koniec każdego kwartału, pacjenci w przypadkach pilnych – oczekiwali na hospitalizację tylko do Szpitala w Bielsku-Białej (spośród ośmiu badanych szpitali), tj. dwie osoby oczekiwały w IV kwartale 2018 r. i 11 osób – w I kwartale 2019 r. Średni czas oczekiwania na hospitalizację do tego Szpitala wynosił – w wyżej wymienionych kwartałach – 13 i 28 dni. Natomiast do Szpitala w Lublińcu, pacjenci (w przypadkach pilnych) oczekiwali na hospitalizację, średnio – odpowiednio w poszczególnych kwartałach okresu objętego kontrolą – od jednego do 12 dni i nie było pacjentów oczekujących na hospitalizację na koniec każdego kwartału.

W skali kraju, według stanu na 31 grudnia 2018 r.<sup>72</sup>, liczba małoletnich pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, oczekujących na hospitalizację (na udzielanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej) wynosiła 402 osoby i była mniejsza od liczby oczekujących – według stanu na 31 grudnia 2017 r. – o 114 osób, średni rzeczywisty czas oczekiwania na hospitalizację zmniejszył się z dwóch dni (w 2017 r.) do półtora dnia. Liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację (w 2018 r.) wynosiła, w 11 województwach, średnio 36 pacjentów i średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił osiem dni. Natomiast w pięciu województwach – nie było kolejek oczekujących na hospitalizację. W województwach objętych kontrolą liczba małoletnich pacjentów oczekujących na hospitalizację oraz czas oczekiwania na hospi-

<sup>71</sup> W Szpitalu w Zagórzcu – dwie osoby oczekiwały na hospitalizację na koniec I kwartału 2019 r. i w Szpitalu w Bielsku-Białej – pięć osób (na koniec IV kwartału 2018 r.) i 12 osób (na koniec I kwartału 2019 r.) a średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio 14 i 57 dni; w Szpitalu w Łańcucie – jedna osoba (na koniec I kwartału 2019 r.) a średni czas oczekiwania wynosił siedem dni.

<sup>72</sup> Według danych NFZ otrzymanych na etapie kontroli P/19/058 „Realizacja zadań NFZ w 2018 r”.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

talizację, wynosiły – odpowiednio – w woj. lubuskim – 34 osoby oraz pięć i pół dnia, w woj. mazowieckim 71 pacjentów oraz dwa i pół dnia, w woj. śląskim – 97 pacjentów i 22 dni, a woj. opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim – nie było pacjentów oczekujących na hospitalizację.

W latach objętych kontrolą, w sześciu szpitalach (spośród ośmiu skontrolowanych)<sup>73</sup>, przyjęcia do szpitala odmówiono 3890 pacjentom małoletnim, w tym w 2017 r. – 1625 pacjentom, w 2018 r. – 1797, a w 2019 r. (I kwartał) – 468<sup>74</sup>.

Odmowa przyjęć  
na hospitalizację

Analiza 3711 odmów przyjęcia do szpitala (tj. 95,4% wszystkich odmów) pod kątem ich przyczyn<sup>75</sup>, wykazała, że głównym powodem odmowy był brak wskazań do hospitalizacji – 3473 przypadki (93,6%), brak zgody rodzica/opiekuna małoletniego na hospitalizację – 73 przypadki (2,0%), odmowa pacjenta na hospitalizację – 121 przypadków (3,3%) a 148 pacjentów (4,0%) skierowano do innych szpitali.

### Przykłady

**Szpital w Olsztynie** – w okresie objętym kontrolą odmówiono przyjęcia do szpitala łącznie 242 pacjentom (odpowiednio w kolejnych latach – 76, 100, 66), w tym 40 pacjentom ze skierowaniami do Szpitala i 202 – bez skierowania. Główną przyczyną 129 odmów (53,3%), był brak wskazań do hospitalizacji, 59 (24,4%) – brak zgody rodzica/opiekuna prawnego na hospitalizację, 21 pacjentom (8,7%) udzielono porady i 20 – skierowano do innego szpitala<sup>76</sup>. Tylko w siedmiu przypadkach przyczyną odmowy był brak miejsca na oddziale.

**Szpital w Zagórz** – w okresie objętym kontrolą odmówiono przyjęcia do szpitala 2750 pacjentom (odpowiednio w poszczególnych latach 1185, 1300 i 265). Główną przyczyną odmów przyjęć był: brak wskazania medycznego do hospitalizacji – w 2 486 przypadkach tj. 90,4% (odpowiednio – 1075, 1177, 234), odmowa pacjenta – w 95 przypadkach (3,5%), 106 pacjentów (3,9%) skierowano do innego szpitala i tylko w 23 przypadkach przyczyną odmowy był brak miejsc na oddziale.

Prezes Spółki wyjaśnił, że: *Przyczyną wzrostu liczby odmów przyjęć w 2018 r. była zwiększona liczba pacjentów zgłaszających się w Izbie Przyjęć bez wskazań do hospitalizacji. W związku z faktem, że do Poradni Zdrowia Psychicznego są bardzo długie kolejki oczekujących pacjenci szukają pomocy na Izbie Przyjęć. Dla większości chorych jest to pierwszy kontakt z psychiatrą.*

**Szpital w Opolu** – w okresie objętym kontrolą odmówiono przyjęcia do szpitala łącznie 688 pacjentom (odpowiednio w kolejnych latach: 283, 313, 92). Przyczyną odmowy – według „Księgi odmów i porad” był „brak wskazań do hospitalizacji” – w 644 przypadkach (93,6%), odmowa pacjenta – w 26 przypadkach (3,8%), skierowanie pacjenta do innego szpitala – w 12 przypadkach (1,7%). „Brak wskazań do hospitalizacji”, oznaczał brak stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu małoletniego pacjenta lub innych osób, w przeciwieństwie

<sup>73</sup> W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ w Ciborzu oraz w Centrum Medycznym w Łańcucie sp. z o.o. – nie było odmów przyjęcia pacjentów małoletnich na hospitalizację.

<sup>74</sup> Zapis o „przyjęciu” lub „odmowie przyjęcia” pacjenta na hospitalizację (do szpitala) dotyczy „przyjęcia” lub „odmowy przyjęcia” pacjenta małoletniego na Oddział Psychiatryczny.

<sup>75</sup> Stwierdzono przypadki, że odmówiono hospitalizacji z kilku (dwóch–trzech) powodów, jak również, że w „rejestrze odmów” nie odnotowano przyczyny odmowy.

<sup>76</sup> Do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie.

do osób np. po próbach samobójczych, z zachowaniami autoagresywnymi lub zagrażającymi zdrowiu lub życiu innych osób. W świetle tego na uwagę zasługują dwa z 12 analizowanych przypadków odmów, które dotyczyły tej samej 16-letniej pacjentki. Pierwszy raz pacjentkę po próbie samobójczej przywiózł do Szpitala Zespół Ratownictwa Medycznego – ze skierowaniem od lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, z rozpoznaniem: „stan po samookaleczeniu (drugi epizod w ciągu kilku tygodni)” i mimo tego pacjentka nie została przyjęta do Oddziału. Drugi raz pacjentka zgłosiła się do Izby Przyjęć z rozpoznaniem: „Obserwacja w kierunku podejrzewanych zaburzeń umysłowych i osobowości” i również nie została przyjęta na Oddział. Obie odmowy przyjęcia nie były konsultowane z Ordynatorem Oddziału – była to decyzja lekarza dyżurnego w Izbie Przyjęć.

### Hospitalizacja małoletnich pacjentów

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego małoletniego pacjenta lub osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, odbywa się za pisemną zgodą ustawowego przedstawiciela danego pacjenta, wyrażoną w dokumencie *Zgoda na leczenie psychiatryczne*.

W okresie objętym kontrolą, hospitalizowano łącznie 4683 pacjentów małoletnich za ich zgodą lub zgodą opiekuna (odpowiednio w kolejnych latach – 1458, 2487 i 738), natomiast bez zgody małoletnich lub ich opiekunów – hospitalizowano łącznie 547 pacjentów (odpowiednio – 226, 248 i 73).

W okresie objętym kontrolą, w trybie nagłym – bez takiej zgody (art. 23 ustawy o ozp)<sup>77</sup>, hospitalizowano 167 małoletnich pacjentów (odpowiednio w kolejnych latach – 64, 81 i 22), a w trybie przymusowej obserwacji (art. 24 ustawy o ozp)<sup>78</sup>, łącznie 373 pacjentów (odpowiednio w kolejnych latach – 159, 166 i 48).

Najwięcej pacjentów hospitalizowanych w trybie art. 23 ustawy o ozp (tryb nagły bez zgody pacjenta) było w Szpitalu w Zaborze – 76 pacjentów (56,3% wszystkich pacjentów przyjętych do Szpitala). Natomiast w Szpitalu w Olsztynie w trybie art. 24 ustawy o ozp (tryb przymusowej hospitalizacji) – przyjęto 142 pacjentów, czyli 60,2% pacjentów małoletnich przyjętych do tego Szpitala.

Małoletni pacjenci, hospitalizowani byli również na wniosek rodziny (zgodnie z art. 29 ustawy o ozp)<sup>79</sup> – łącznie 809 małoletnich pacjentów (odpowiednio w kolejnych latach – 341, 361 i 107), w tym 338 pacjentów (odpowiednio w latach – 148, 150 i 40) z doręczonym orzeczeniem lekarza psychiatry, które szczegółowo uzasadniało potrzebę leczenia w szpitalu

<sup>77</sup> Art. 23 ustawy o ozp stanowi: „osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób.

<sup>78</sup> Art. 24 ustawy o ozp stanowi „Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości”.

<sup>79</sup> Art. 29 ustawy o ozp stanowi „Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie: 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź: 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

psychiatrycznym (tj. zgodnie z art. 30 ustawy *o ozp*)<sup>80</sup>. Hospitalizacje, o których mowa (w trybie art. 29 i 30 ustawy *o ozp*) odbyły się w Szpitalu w Olsztynie.

W całym okresie objętym kontrolą, na podstawie ustawy *o postępowaniu w sprawach nieletnich* (art. 12<sup>81</sup>) hospitalizowano tylko 38 małoletnich pacjentów – z tego 23 w Szpitalu w Ciborzu.

Na podstawie innych przepisów hospitalizowano 48 małoletnich pacjentów (w tym 29 – w Szpitalu w Ciborzu i 19 w Szpitalu w Zaborze).

W przypadkach umieszczenia małoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, zawiadomienie o tym fakcie kierowane było do sądu opiekuńczego (zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 23 ust. 4 ustawy *o ozp*), postanowienie dotyczące przyjęcia osoby do szpitala bez jej zgody wydawał sąd opiekuńczy.

W okresie objętym kontrolą nie było przypadku wydania przez sąd opiekuńczy postanowienia o braku podstaw do przyjęcia do szpitala osoby małoletniej bez jej zgody lub zgody jej opiekuna prawnego.

Zgodnie z §1 rozporządzenia *w sprawie leczenia i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych*<sup>82</sup>, sądy uprawnione są do umieszczania nieletnich jedynie w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami: sądy nie przestrzegały tego przepisu i kierowały małoletnich również do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami. Zgodnie z art. 25a ust. 4 ustawy *o postępowaniu w sprawach nieletnich*, obserwacja w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą nie powinna trwać dłużej niż cztery tygodnie; na wniosek podmiotu leczniczego sąd rodzinny może przedłużyć ten termin na czas nieokreślony, niezbędny do zakończenia obserwacji, a łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może przekroczyć sześciu tygodni.

### Przykłady

**Szpital w Łańcucie** – jest wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego (pod nazwą Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o.), a mimo tego sądy<sup>83</sup> skierowały do tego Szpitala troje nieletnich, wydając *orzeczenie o umieszczeniu w zakładzie* – w oparciu o przepisy ustawy *o postępowaniu*

<sup>80</sup> Art. 30 ustawy stanowi „Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania”.

<sup>81</sup> Art. 12 ustawy z 26 października 1982 r. *o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. z 2018 r. poz. 969) stanowi „W razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia nieletniemu jedynie opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki – w domu pomocy społecznej”.

<sup>82</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 kwietnia 2005 r. *w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1928) zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie kierowania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*.

<sup>83</sup> Sąd Rejonowy w Rzeszowie oraz Sąd Rejonowy w Jarosławiu.

*niu w sprawie nieletnich*<sup>84</sup>. Sądy nie przesyłały do Szpitala opinii, o których mowa w tych przepisach (opinii zespołów sądowych specjalistów lub innej specjalistycznej placówki, bądź biegłego lub biegłych).

Prezes Centrum w każdym przypadku, gdy Szpital otrzymywał postanowienie sądu o umieszczeniu nieletniego w Centrum informował sądy, że nie jest uprawniony do prowadzenia obserwacji, leczenia i postępowania wychowawczego z takimi pacjentami na mocy ustawy *o postępowaniu w sprawach nieletnich* i przepisów wykonawczych do powołanej ustawy.

W żadnym ze wskazanych przypadków sądy nie zmieniły wydanych postanowień i nieletni byli hospitalizowani w Szpitalu. W postanowieniu o skierowaniu jednego z trzech takich nieletnich pacjentów sąd określił termin pobytu nieletniego w Oddziale – *na czas trwania postępowania*<sup>85</sup>, a rzeczywisty okres pobytu nieletniego w tym przypadku przekraczał termin określony w przepisie (art. 25a ust. 4 ustawy *o postępowaniu w sprawach nieletnich*), który wyniósł łącznie 74 dni.

W okresie objętym kontrolą, na Oddziale przebywały jeszcze dwie nieletnie osoby, które winny być umieszczone w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponującej warunkami wzmocnionego zabezpieczenia. Oddział nie spełniał kryteriów określonych w § 16 pkt 5<sup>86</sup> i § 17 pkt 3<sup>87</sup> rozporządzenia *w sprawie kierowania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych*.

### 5.2.2. Zapewnienie udzielania świadczeń

#### Personel udzielający świadczeń

W okresie objętym kontrolą wymagania dotyczące liczby i kwalifikacji (wykształcenie, staż, wymagane certyfikaty) pracowników niezbędnych do zapewnienia opieki na oddziałach były uregulowane w rozporządzeniu *w sprawie świadczeń gwarantowanych*, rozporządzeniu *w sprawie kwalifikacji pracowników w podmiotach leczniczych*<sup>88</sup> oraz w umowach z OW NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zgodnie z rozporządzeniem *w sprawie świadczeń gwarantowanych* (załącznik nr 1 poz. 2), na oddziale powinien być zatrudniony jeden lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (na 32 łóżka), lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (jeden etat na 16 łóżek), psycholog jeden etat na 10 łóżek oraz osoba prowadząca terapię zajęciową (jeden etat na 60 łóżek) oraz pielęgniarki.

W sześciu szpitalach objętych kontrolą, na oddziałach, w których leczono psychiatrycznie małoletnich pacjentów (udzielano małoletnim pacjentom świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej), rzeczywisty stan

<sup>84</sup> Ustawa z 26 października *o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. z 2018 r. poz. 969).

<sup>85</sup> Mowa o postępowaniu sądowym *w sprawie małoletniego, celem ustalenia czy ulega demoralizacji*.

<sup>86</sup> Zgodnie z powołanym przepisem bezpieczeństwo i właściwe warunki pobytu nieletnich w zakładach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia zapewnia się przez m.in. zatrudnienie personelu pracującego z nieletnimi w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu (liczba łóżek w zakładzie).

<sup>87</sup> Zgodnie z powołanym przepisem bezpieczeństwo i właściwe warunki pobytu nieletnich w zakładach dysponujących warunkami maksymalnego zabezpieczenia zapewnia się przez zatrudnienie personelu pracującego z nieletnimi w liczbie co najmniej trzykrotnie większej niż pojemność zakładu (liczba łóżek w zakładzie), w tym personelu sprawującego ochronę nad nieletnimi w liczbie nie mniejszej niż dwie trzecie pojemności zakładu.

<sup>88</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami* (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji pracowników w podmiotach leczniczych”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zatrudnienia pracowników ogółem (w każdej grupie zawodowej)<sup>89</sup> – biorąc pod uwagę liczbę łóżek rzeczywistych na oddziale, był z reguły większy od stanu prawnego określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>90</sup>. Większe od wymaganego przepisami zatrudnienie personelu, kierownictwo szpitali, wyjaśniało w toku kontroli<sup>91</sup>. Dyrektorzy podali: *że wymogi zawarte w rozporządzeniu (w sprawie świadczeń gwarantowanych) wskazują minimalne wymogi kadrowe, jakimi musi dysponować Szpital, żeby prowadzić oddział. Biorąc pod uwagę specyfikę w/w oddziałów, aby zapewnić pacjentom należyłą opiekę oraz bezpieczeństwo, zarówno pacjentów jak i personelu, należy zatrudnić dużo więcej personelu.*

### ➤ Lekarze

Według stanu na 31 grudnia 2017 r., w sześciu szpitalach (272 łóżka rzeczywiste) zatrudnionych było ogółem 55 lekarzy<sup>92</sup> na 47,05 etatu. W tym 47 lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – na 41,88 etatu (w tym 36 w pełnym wymiarze czasu pracy), a ośmiu miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego (wynikającego z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych), średni minimalny stan zatrudnienia lekarzy w skontrolowanych podmiotach powinien wynosić 25,51 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 21,54 etatu).

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., w sześciu szpitalach (267 łóżek rzeczywistych) było zatrudnionych 45 lekarzy na 36,3 etatu, w tym 35 – na podstawie umowy o pracę na 30,33 etatu (w tym 28 w pełnym wymiarze czasu pracy), a 10 lekarzy miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego średni minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 25,05 etatu (mniejszy od rzeczywistego o 11,25 etatu).

Według stanu na 31 marca 2019 r., w sześciu szpitalach (242 łóżka rzeczywiste) było zatrudnionych ogółem 45 lekarzy – na 32,02 etatu, w tym 32 na podstawie umowy o pracę – na 28,06 etatu (w tym 26 – w pełnym wymiarze czasu pracy), a 10 lekarzy miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 22,72 etatu (mniejszy od rzeczywistego o 13,3 etatu).

### ➤ Pielęgniarki

Według stanu na 31 grudnia 2017 r., w sześciu szpitalach były zatrudnione 92 pielęgniarki na 86,77 etatu, w tym 90 na podstawie umowy o pracę na 85,75 etatu (w tym 79 – w pełnym wymiarze czasu pracy), a dwie miały inną formę zatrudnienia.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r., rzeczywisty stan zatrudnienia pielęgniarek wzrósł do 100 osób na 94,25 etatu, w tym 96 pielęgniarek

<sup>89</sup> Pracownicy zatrudnieni na oddziałach leczących psychiatrycznie małych pacjentów to: lekarze, psycholodzy, pielęgniarki, terapeuci, sanitariusze.

<sup>90</sup> W analizie nie uwzględniono Szpitala w Bielsku-Białej i w Ciburzu.

<sup>91</sup> Np. Szpitala w Zagórz, w Zaborze, w Łańcucie.

<sup>92</sup> Lekarze specjaliści i specjaliści I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży:  
- lekarze specjaliści i specjaliści I stopnia w dziedzinie psychiatrii dziecięcej,  
- lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii i lekarze psychiatrzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie psychiatrii,  
- lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na – 90,5 etatu (w tym 85 osób w pełnym wymiarze czasu pracy), a cztery pielęgniarki miały inną formę zatrudnienia.

Według stanu na 31 marca 2019 r., rzeczywisty stan zatrudnienia pielęgniarek wzrósł do 102 osób na 94,43 etatu, w tym 98 pielęgniarek było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na 91,75 etatu ( w tym 82 – w pełnym wymiarze czasu pracy), a cztery miały inną formę zatrudnienia.

### ➤ **Psycholodzy**

Według stanu na 31 grudnia 2017 r., w sześciu szpitalach było zatrudnionych 45 psychologów na 31,53 etatu, w tym na podstawie umowy o pracę 38 – na 27,03 etatu (w tym 18 w pełnym wymiarze czasu pracy), a siedmiu psychologów miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 27,21 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 4,32 etatu).

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., średni rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów w skontrolowanych podmiotach wzrósł do 48 osób – na 36,02 etatu, w tym na umowę o pracę zatrudnionych było 40 osób – na 32,46 etatu (w tym 21 osób w pełnym wymiarze czasu pracy), a ośmiu psychologów miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 26,71 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 9,31 etatu).

Według stanu na 31 marca 2019 r., rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów zmniejszył się w stosunku do roku 2018 o trzy osoby. W szpitalach było zatrudnionych 45 psychologów na 34,84 etatach w tym 39 – zatrudnionych było na podstawie umowy o pracę – na 32,12 etatu (w tym 22 osoby w pełnym wymiarze czasu pracy), a sześciu psychologów miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 24,22 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 10,62 etatu).

### ➤ **Terapeuci**

Według stanu na 31 grudnia 2017 r., w sześciu szpitalach było zatrudnionych 20 terapeutów – na 13,41 etatu, w tym 15 osób – na podstawie umowy o pracę – na 11,76 etatu (w tym dziewięć – w pełnym wymiarze czasu pracy), a pięciu terapeutów miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego, średni minimalny stan zatrudnienia w skontrolowanych podmiotach winien wynosić 4,54 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 8,87 etatu)

Według stanu na 31 grudnia 2018 r., było zatrudnionych 20 terapeutów na 14,58 etatu, w tym 14 na podstawie umowy o pracę – na 12,5 etatu (w tym 11 osób w pełnym wymiarze), a sześciu terapeutów miało inną formę zatrudnienia.

Według stanu prawnego, stan zatrudnienia winien wynosić 4,46 etatu (rzeczywisty stan zatrudnienia był większy o 10,12 etatu).

Według stanu na 31 marca 2019 r., było zatrudnionych 20 terapeutów na 15,08 etatu, w tym 14 na podstawie umowy o pracę – na 13 etatach (w tym 12 osób – w pełnym wymiarze), a sześciu terapeutów miało inną formę zatrudnienia.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Według przepisów, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 4,04 etatu (rzeczywisty – był większy o 11,04 etatu).

### Przykłady

**Szpital w Łańcucie** – Oddział miał 24 łóżka, zatrudnionych było tam – w każdym roku objętym kontrolą – 10 lekarzy (w kolejnych latach odpowiednio – w wymiarze 8; 8; 7,8 pełnego etatu), 12 pielęgniarek (12; 11,75; 11,75 pełnego etatu), jeden terapeuta zajęciowy (w wymiarze 1,0 etatu) oraz siedmiu psychologów w wymiarze 5,25 etatu w 2017 r. i ośmiu (w wymiarze 6,25 etatu) – w 2018 r. i siedmiu (w wymiarze 6,25 etatu) – w 2019 r.

**Szpital w Zaborze** – W poszczególnych latach objętych kontrolą, liczba łóżek faktycznych na Oddziale wynosiła 90, natomiast liczba łóżek rzeczywistych (tj. łóżek wykorzystywanych do realizacji umowy z OW NFZ) wynosiła według stanu na 31.12.2017 r. – 83 łóżka, na 31.12.2018 r. – 73 łóżka i na 31.03.2019 r. – 68 łóżek. Liczba pracujących tam lekarzy, w przeliczeniu na etaty, wynosiła według stanu na dzień:

- 31.12.2017 r. – 11,8 etatu (zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 7,78 etatu),
- 31.12.2018 r. – 7,53 etatu (według stanu prawnego minimum to 6,84 etatu),
- 31 marca 2019 r. – 7,47 etatu (według stanu prawnego minimum wynosi 6,38 etatu),

Liczba terapeutów prowadzących terapię zajęciową:

- 31.12.2017 r. w przeliczeniu na etaty wynosiła cztery etaty – zgodnie z przepisami winno być minimum 1,38 etatu, 31.12.2018 r. i 31.03.2019 r. w przeliczeniu na etaty – wynosiła cztery etaty – zgodnie z przepisami winno być minimum 1,22 etatu,)

Liczba psychologów w przeliczeniu na etaty:

- w 2017 r. – wynosiła 8,64 etatu – zgodnie z przepisami minimalny stan zatrudnienia powinien wynosić – 8,3 etatu. W 2018 r. – wynosiła 6,56 etatu, zgodnie z przepisami minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 7,3 etatu. W 2019 r. (I kwartał) – było to 5,47 etatu, zgodnie z przepisami minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 6,8 etatu.

W czterech szpitalach pomieszczenia oddziałów spełniały wymagania określone w rozporządzeniu *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>93</sup>:

- ✓ sale chorych miały powierzchnię umożliwiającą dostęp do łóżka co najmniej z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej, odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość sali chorych pozwalała swobodnie wywieźć łóżko,
- ✓ stan wyposażenia sanitariatów zapewniał zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta.

W pozostałych trzech szpitalach, nie wszystkie wymagania określone w tym rozporządzeniu były spełnione<sup>94</sup>.

Warunki bytowe  
pacjentów

<sup>93</sup> Zarówno z obowiązującym od 1 kwietnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. poz. 739) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. poz. 595).

<sup>94</sup> W szpitalu z Zagórz, w Olsztynie i w Lublińcu.

### Przykłady

**Szpital w Zagórzcu** – warunki pobytu pacjentów małoletnich na Oddziale dla Dzieci nie odpowiadały obowiązującym wymogom określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakie powinny spełniać podmioty wykonujące działalność leczniczą<sup>95</sup>. Nieprawidłowości polegały na:

- braku sali pobytu dziennego oraz jadalni (na ten cel wyodrębniono miejsce z korytarza, wykorzystywane zarówno jako jadalnia, jak i miejsce dziennego pobytu);
- niewystarczającej szerokości drzwi w ośmiu salach łóżkowych, które nie pozwalały na swobodne wyprowadzenie łóżek (według wyjaśnień Koordynatora oddziałowego ds. pielęgniarstwa w razie potrzeby wyprowadzenia łóżka z sali trzeba je obracać pod pewnym kątem), w tym w dwóch salach (sala do obserwacji ścisłej<sup>96</sup> i sala do obserwacji super ścisłej<sup>97</sup>, zarówno szerokość drzwi, jak i usytuowanie sali nie pozwalało na wyprowadzenie łóżka bez jego demontażu);
- nieprawidłowej konstrukcji drzwi na sali chorych, stworzonej z sali sportowej, która uniemożliwiała ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz. Do dwóch łóżek w tej sali nie było wymaganego dostępu z dwóch stron, w tym jednej dłuższej i jednej krótszej;
- zbyt małym odstępem między łóżkami w dwóch salach (sala chorych stworzona z sali sportowej oraz sala do ścisłej obserwacji), uniemożliwiającym swobodny dostęp do wszystkich łóżek w sali.

**Szpital w Lublińcu** – ustawienie łóżek w pokojach (13 sal chorych) uniemożliwiało wymagany dostęp do nich z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej, szerokość pokoju łóżkowego uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych (co nie spełniało wymogów określonych w przywołanych wcześniej rozporządzeniach Ministra Zdrowia).

**Szpital w Olsztynie** – w dwóch salach chorych<sup>98</sup>, spośród ośmiu na Oddziale, ustawienie łóżek uniemożliwiało wymagany, swobodny dostęp do nich z dwóch stron (w tym jednej dłuższej i jednej krótszej), a szerokość tych sal uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych. Ordynator Oddziału wyjaśniła, że: *mała liczba sal chorych, wieloosobowe sale, bardzo zróżnicowany profil pacjenta (przyjęcia głównie w trybie nagłym pacjentów w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu lub zdrowiu, bez możliwości doboru profilu pacjenta), przepełnienie oddziału (liczba pacjentów hospitalizowanych przez większość dni w roku znacznie przekracza ilość miejsc) uniemożliwia dowolne rozmieszczenie dzieci na salach. Powodowało to, że zwykle w jednej sali przebywali pacjenci z różnymi rozpoznaniem.*

### Okresowe przebywanie na przepustkach

Pacjenci małoletni mogli otrzymywać w trakcie hospitalizacji zgodę na okresowe przebywanie poza szpitalem na tzw. przepustkach.

W okresie objętym kontrolą hospitalizowanych było łącznie 7340 małoletnich pacjentów (odpowiednio w latach objętych kontrolą – 3169, 3177 i 994 osoby), którzy skorzystali łącznie z 2312 przepustek (odpowiednio w latach objętych kontrolą – 982, 953 i 377). Wielokrotnie zgodę na przepustkę otrzymało łącznie 647 pacjentów (odpowiednio w latach objętych

<sup>95</sup> Wymogi określone były w § 18 ust.2, §19–20 oraz w załączniku nr 1 (część VIII pkt 2,4) rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakie powinny spełniać podmioty wykonujące działalność leczniczą.

<sup>96</sup> Pacjent wymaga obserwacji co 15 minut, pacjent nie wychodzi z oddziału sam.

<sup>97</sup> Pacjent wymaga stałej obserwacji przez pielęgniarkę lub inną osobę personelu medycznego.

<sup>98</sup> Jedna z czterema łóżkami w części ogólnej i jedna z czterema łóżkami w części obserwacyjno-diagnostycznej.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

kontrolą – 277, 306 i 64 osoby). W toku kontroli nie można było ustalić, czy i ilu pacjentom odmówiono wydania przepustki, ponieważ szpitale nie prowadziły stosownych ewidencji/rejestrów.

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą, małoletnim pacjentom zapewniono prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z opiekunami prawnymi, a do porozumiewania się z innymi osobami tylko po upoważnieniu opiekuna prawnego. W każdym szpitalu dokonywano również kontroli rzeczy osobistych pacjentów/małoletnich przyjmowanych do oddziału i powracających z przepustek. Dyrektorzy dwóch Szpitali (w Olsztynie i w Łańcucie) stwierdzili, że przeszukania nie są skuteczne, bo jednak małoletnim pacjentom udaje się „przemycić” niedozwolone i niebezpieczne przedmioty (np. papierosy, żyletki).

Pacjentom zapewniono opiekę duszpasterską i możliwość korzystania z kaplicy (jeśli znajdowała się na terenie oddziału/szpitala), a także zapewniono prawo do intymności i poszanowania godności w pomieszczeniach sanitarnych (toaletach).

W sześciu szpitalach (wśród ośmiu objętych kontrolą) zapewniono pacjentom dostęp do *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*<sup>99</sup>, a informacja o możliwości zgłaszania Rzecznikowi skarg przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego oraz dniach, godzinach i miejscu przyjęć Rzecznika umieszczona była w miejscu dostępnym dla pacjentów i odwiedzających, na tablicy na oddziale.

Kierownictwo szpitali zapewniło rzecznikom warunki do wykonywania zadań, tj. odrębne pomieszczenie umożliwiające przyjmowanie skarg.

Natomiast w jednym szpitalu (w Zagórzcu), mimo że formalnie Rzecznik funkcjonował na terenie Szpitala, to faktycznie nie było go prawie przez cały okres objęty kontrolą, a w drugim (w Bielsku-Białej) nie było go w ogóle.

Przestrzeganie praw pacjenta

### Przykłady

**Szpital w Zagórzcu** – według informacji podanej na tablicy informacyjnej – Rzecznik miał przyjmować pacjentów (ich przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) w piątki w godz. 8:00–15:00 (z wyjątkiem pierwszego piątku miesiąca). Z uwagi jednak na długotrwałą nieobecność Rzecznika spowodowaną zwolnieniem lekarskim, Prezes Zarządu Spółki wystąpił 11 kwietnia 2018 r. do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wyznaczenie nowego Rzecznika dla Szpitala i od 1 czerwca 2018 r. funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego objęła inna osoba. Jednak od września 2018 r. nie pojawiła się w Szpitalu i 20 grudnia 2018 r. Spółka została poinformowana, że i ona nie będzie pełniła funkcji Rzecznika z uwagi na długotrwałe zwolnienie lekarskie. W tej sytuacji poinformowano pacjentów i ich opiekunów, że mogą kontaktować się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem infolinii, poczty tradycyjnej lub poczty elektronicznej. Z informacji, jakie uzyskano w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że Biuro ma niedobory kadrowe i bardzo trudno uzyskać pracownika do pełnienia funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

<sup>99</sup> Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – zwany dalej „Rzecznikiem”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**Szpital w Bielsku-Białej** – nie miał Rzecznika. Dyrektor wyjaśnił, że nie występowało o wyznaczenie Rzecznika, ponieważ było wiadomo, że brakuje takiej kadry i kierowano pacjentów do rzecznika w okolicznych szpitalach. Wniosek o jego powołanie zostanie uwzględniony w II półroczu 2019 r.

### Zjawiska negatywne

W okresie objętym kontrolą, w przypadku małoletnich pacjentów przebywających w szpitalu, wystąpiło łącznie 570 zjawisk negatywnych typu samookaleczenia, urazy, próby samobójcze, agresja wobec innego pacjenta, personelu, samowolne oddalenie się z oddziału (ucieczka).

W poszczególnych latach objętych kontrolą wystąpiły – odpowiednio – 198, 269 i 103 takie zjawiska negatywne.

### Przykłady

**Szpital w Olsztynie** – w latach 2017–2019 (do końca maja) na Oddziale miało miejsce łącznie 28 przypadków tzw. zdarzeń negatywnych (sześć w 2017 r., 14 w 2018 r. i osiem w 2019 r.), z tego: trzy próby samobójcze (po jednej w każdym roku), po siedem urazów powstałych w wyniku autoagresji i agresji (odpowiednio: jeden, pięć i jeden oraz jeden, cztery i dwa), dwa samowolne oddalenia (po jednym w 2018 r. i 2019 r.) i jeden uraz podczas zabezpieczania pacjenta (w 2017 r.). Pozostałe zdarzenia dotyczyły np. odurzenia dezodorantem, czy przypadkowych urazów.

**Szpital w Zagórzu** – na Oddziale dla Dzieci, w okresie 2017 r. – I kwartał 2019 r., odnotowano 18 zjawisk negatywnych, w tym: w 2017 r. cztery próby samobójcze, w 2018 r. osiem przypadków samowolnego oddalenia się z Oddziału, dwie próby samobójcze, trzy urazy i jeden bunt na Oddziale, a w I kwartał 2019 r. nie odnotowano zjawisk negatywnych. Na Oddziale dla Młodzieży, w okresie 2017 r. – I kwartał 2019 r., odnotowano 32 zjawiska negatywne, w tym: w 2017 r. 12 samookaleczeń, w 2018 r. 13 samookaleczeń, dwie próby samobójcze, a w I kwartał 2019 r. cztery samookaleczenia i jedną próbę samobójczą. Na Oddziale nie prowadzono ewidencji dotyczącej samowolnego oddalenia się pacjenta z Oddziału.

W 2017 r. do Oddziału dla Dzieci przyjęto 64 pacjentów po próbach samobójczych, w 2018 r. 103 pacjentów, tj. o 60% więcej niż w roku poprzednim, a w I kwartał 2019 r. czterech pacjentów. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśniła, że na Oddziale dla Młodzieży nie jest prowadzona ewidencja pacjentów po próbach samobójczych.

### Przymus bezpośredni

Podstawa i uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wynika z ustawy *o ozp*<sup>100</sup>.

W okresie objętym kontrolą, w siedmiu szpitalach zastosowano łącznie 2761 razy przymus bezpośredni wobec pacjentów małoletnich, w tym w 2017 r. – 1127 razy, w 2018 r. 1353 razy, a w 2019 r. (I kwartał) 281 razy.

### Przykłady

Najwięcej przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego było w **Szpitalu w Lublińcu** – 774 (28,0% ogółu), w tym w poszczególnych latach objętych kontrolą – 295, 350 i 129, w **Szpitalu w Zagórzu** 704 (25,5%), w tym w kolejnych latach objętych kontrolą – 268, 392 i 44, w **Szpitalu w Olsztynie** 579 (20,9%) w kolejnych latach objętych kontrolą – 301, 237 i 41, w **Szpitalu**

<sup>100</sup> Art. 18 ustawy *o ozp*.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w **Łańcucie** 347 (12,5%), w kolejnych latach objętych kontrolą – 143, 157 i 47 oraz w **Szpitalu w Zaborze** 273 (9,9%), w kolejnych latach objętych kontrolą – 76<sup>101</sup>, 180 i 17.

W szpitalu w **Bielsku-Białej**, zastosowano przymus tylko sześć razy (0,2%) – w kolejnych latach objętych kontrolą – cztery i dwa razy, a w **Szpitalu w Opolu** – 78 razy (3,0%) – w kolejnych latach objętych kontrolą – 44, 33 i jeden raz.

W okresie objętym kontrolą, przymus bezpośredni wobec pacjentów małoletnich stosowano łącznie 2063 razy, z czego 1010 razy był on stosowany wobec dziewcząt, a 1053 razy – wobec chłopców<sup>102</sup>.

W szpitalach zostały opracowane procedury zastosowania przymusu bezpośredniego, w których określono odpowiedzialność i sposób postępowania osób stosujących przymus bezpośredni, warunki jego prowadzenia, a także dokumentację wypełnianą w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

Wyniki kontroli wskazały, że wymogi dotyczące stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, określone w ustawie *o osp* oraz rozporządzeniu *w sprawie dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego*<sup>103</sup> i rozporządzeniu *w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi*<sup>104</sup>, nie były ściśle przestrzegane.

Na przykład w jednym szpitalu (spośród siedmiu objętych kontrolą) stwierdzono szereg istotnych nieprawidłowości w stosowaniu przymusu bezpośredniego.

### Przykład

**Szpital w Zagórz** – najczęściej przyczyną zastosowania przymusu bezpośredniego wobec małoletnich pacjentów była agresja wobec osób i rzeczy oraz autoagresja.

W obu oddziałach w 2018 r., w stosunku do 2017 r., odnotowano wzrost przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Na Oddziale dla Dzieci, w 2017 r., było 159 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (w tym: 83 unieruchomienia pasami, 29 izolacji, 26 razy użyto kaftan, 19 razy stosowano równocześnie kilka rodzajów przymusu, dwukrotnie przymusowo podano leki). W 2018 r. było – 249 takich przypadków (w tym: 129 izolacji, 51 razy stosowano kilka rodzajów przymusu, 48 razy stosowano kaftan, było 20 unieruchomień pasami, jeden przypadek przymusowego podania leków). W I kwartale 2019 r. były – 23 takie przypadki (w tym: 18 unieruchomień pasami, trzy izolacje, jeden raz zastosowano kaftan, jednorazowo trzeba było stosować równocześnie kilka rodzajów przymusu). W latach 2017–2018 na Oddziale

<sup>101</sup> Rejestr przymusu bezpośredniego prowadzony jest w szpitalu od 19.07.2017 r., a więc dane dotyczące 2017 r. obejmują okres od 19.07. do 31.12.2017 r.

<sup>102</sup> Dane dotyczą czterech Szpitali; brak danych z trzech Szpitali.

<sup>103</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz. U. poz. 740) uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r., zwana dalej *rozporządzeniem w sprawie dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego*.

<sup>104</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. *w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi* (Dz. U. poz. 2459).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

dla Dzieci przymus bezpośredni częściej był stosowany wobec chłopców niż dziewcząt (97 razy w 2017 r., 154 razy w 2018 r.).

Na Oddziale dla Młodzieży, w 2017 r., było 109 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (w tym: 57 unieruchomień, 52 izolacje), w 2018 r. były 143 takie przypadki (w tym: 77 unieruchomień, 66 izolacji). Na oddziale dla Młodzieży nie ewidencjonowano danych dotyczących płci małoletnich, wobec których zastosowano przymus bezpośredni. Oba Oddziały nie prowadziły ewidencji wieku osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni. Prezes Zarządu poinformował, że poza wykazanymi formami stosowania przymusu na Oddziale dla Młodzieży *stosuje się również przymusowe podanie leków, fakt ten był odnotowany w karcie zleceń pacjenta.*

Analiza 23 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego<sup>105</sup> u pacjentów, w okresie 2017 r.–I kwartał 2019 r., wykazała szereg nieprawidłowości w dokumentowaniu czynności stosowanego przymusu bezpośredniego, naruszenia § 4, 10, 12, 13 i 17 rozporządzenia w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, § 2–5 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz art. 18, 18a, 18c ustawy o osp.

Zanotowano następujące nieprawidłowości:

- w *dokumentacji medycznej pacjentów* brakowało informacji, czy zostali oni uprzedzeni o możliwości zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, o fakcie zastosowania wobec nich przymusu, czasie trwania i rodzaju zastosowanego przymusu;
- w *Księgach Raportów Pielęgniarskich* – brakowało informacji o przyczynach przedłużenia czasu stosowania przymusu, o osobach zlecających i wykonujących przymus bezpośredni, o rodzaju zastosowanego przymusu i czasie jego trwania;
- w *Kartach Przymusu*:
  - brakowało wpisów dotyczących oceny przez pielęgniarki stanu fizycznego pacjentów co 15 minut, wobec których stosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, trwający powyżej 4 godzin,
  - brakowało informacji, czy pacjent został zbadany przez lekarza przed podjęciem decyzji o przedłużeniu stosowanego przymusu, informacji o rodzaju zastosowanego przymusu wobec pacjenta,
  - brakowało informacji o przyczynach przedłużenia stosowanego przymusu (w formie unieruchomienia lub izolacji),
  - brakowało autoryzacji wpisów o zakończeniu stosowanego przymusu;
- w *zawiadomieniach o zastosowaniu przymusu bezpośredniego* brakowało oceny kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowanym przymusie;
- wszystkie *Karty zastosowania przymusu bezpośredniego*, w których dokumentowany był w 2019 r. przymus bezpośredni, były niezgodne ze wzorem Karty, określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Nie było w nich:
  - ✓ opisu przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego (z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza psychiatrę),
  - ✓ informacji o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany,

<sup>105</sup> Analizowano 23 przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego w tym osiem przypadków, w których hospitalizacja pacjenta rozpoczęła się w 2017 r., dziesięć przypadków, w których hospitalizacja rozpoczęła się w 2018 r. i pięć przypadków, w których hospitalizacja rozpoczęła się w 2019 r.

- ✓ imienia i nazwiska osoby nadzorującej jego wykonanie, a także pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny pacjenta unieruchomionego oraz oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego (przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza).

Prezes Zarządu poinformował, że: *Braki w kartach dokumentujących zastosowanie przymusu bezpośredniego wynikają z dużego obciążenia pracą lekarzy i pielęgniarek pracujących na Oddziałach. Oddziały były przepełnione, pacjentami opiekowała się zbyt mała liczba lekarzy, była duża fluktuacja zatrudnionych, co dodatkowo obniżało jakość pracy. Duża liczba pacjentów generowała dużą liczbę trudnych sytuacji, co z kolei powodowało konieczność wzmoczonego nadzoru pielęgniarskiego i obciążało pielęgniarki zarówno psychicznie, jak i fizycznie.*

Przeprowadzona w toku kontroli analiza 185 kart przymusu bezpośredniego wykazała, że w okresie objętym kontrolą, przymus bezpośredni zastosowano wobec 70 pacjentów, w tym 111 razy wobec dziewcząt (60%) i 74 razy wobec chłopców (40%). W przypadku niektórych małoletnich pacjentów zastosowano przymus bezpośredni wielokrotnie, np. u jednego pacjenta zastosowano 15, 16, a nawet 27 razy, u sześciu pacjentów – po trzy razy, u ośmiu – po dwa razy, u 46 – po jednym razie. Wiek małoletnich pacjentów, u których zastosowano przymus bezpośredni wynosił od 10 do 18 lat. Najczęściej stosowano go wobec małoletnich w wieku 14 lat – 44 razy (33 razy u dziewcząt i 11 razy u chłopców), 16 lat – 40 razy (32 razy u dziewcząt i osiem razy u chłopców) i 15 lat – 33 razy (30 razy u dziewcząt i trzy razy u chłopców).

Najczęstszą przyczyną stosowania przymusu bezpośredniego była agresja małoletnich (134 przypadki spośród 185 analizowanych – tj. 72,4%), myśli samobójcze (21 przypadków – 11,4%) i samookaleczenia (12 przypadków – 6,5%).

### 5.2.3. Opieka medyczna

Proces kwalifikowania i diagnozowania pacjentów małoletnich obejmował: badanie wstępne w izbie przyjęć szpitala, badanie psychiatryczne na oddziale, umieszczenie pacjenta w części obserwacyjnej lub ogólnej oddziału (zależnie od jego stanu psychicznego i funkcjonowania), diagnostykę psychologiczną na oddziale (testy psychologiczne, obserwacja pacjenta w trakcie leczenia) i zastosowanie właściwej terapii. Metody leczenia farmakologicznego oraz propozycje ich zmiany omawiane były z rodzicem/opiekunem prawnym małoletniego. W niektórych szpitalach (np. w Olsztynie, Lublińcu), zmiana metody leczenia następowała po uprzednim podpisaniu przez rodzica/opiekuna zgody na specjalnym, dodatkowym formularzu. Natomiast w innych szpitalach (np. w Bielsku-Białej, w Opolu) nie żądano dodatkowej zgody na zmianę metody leczenia uznając, że wiążąca jest zgoda rodzica/opiekuna małoletniego wyrażana w formie pisemnej przy przyjęciu go do szpitala.

W niektórych szpitalach (np. w Lublińcu) w trakcie hospitalizacji małoletniego pacjenta, jego rodzicom lub opiekunom prawnym, nie udzielano informacji o kierunku i sposobie leczenia. Natomiast w innych szpitalach (np. w Bielsku-Białej), tam gdzie, według wyjaśnień dyrektora szpitala/

ordynatora oddziału, były prowadzone konsultacje rodzinne z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem, liczba spotkań zależna była od potrzeb, sytuacji rodzinnej oraz przebiegu procesu diagnostycznego. Badana dokumentacja nie pozwalała na ustalenie: zakresu prowadzonych konsultacji rodzinnych, czy organizowano spotkania terapeutyczne rodzin oraz czy organizowano spotkania edukacyjne dla rodziców.

### Przykłady

**Szpital w Lublińcu** – informacje o przeprowadzonej diagnostyce psychiatrycznej, diagnostyce psychologicznej, a także o dokonanej ocenie sytuacji rodzinnej, zawarte są w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oddziału PDM. Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że *na Oddziale PDM nie ma możliwości aby każdy z pacjentów miał codzienny kontakt z lekarzem prowadzącym, ze względu na ograniczenia kadrowe w pionie lekarskim. Natomiast proces terapeutyczny zawiera codzienne odprawy zespołu terapeutycznego oraz wizyty lekarskie (zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału PDM), podczas których pacjent ma sposobność bezpośredniego kontaktu z lekarzami Oddziału.*

W Oddziale PDM nie ustalono dla każdego pacjenta indywidualnego planu rehabilitacji.

W Oddziale PDM nie prowadzono konsultacji rodzinnych, a Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że: *główną przyczyną są dalekie miejsca zamieszkania opiekunów prawnych dziecka, brak zainteresowania opiekunów swoimi podopiecznymi (pacjenci przyjmowani z różnych ośrodków wychowawczych, domów dziecka, placówek opiekuńczych) oraz ograniczenia kadrowe w zespole terapeutycznym Oddziału.*

W okresie objętym kontrolą, na Oddziale PDM nie składano wniosków o przyznanie nagród rzeczowych dla pacjentów Oddziału, *głównie – jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala – ze względów finansowych (niewystarczająca wycena świadczeń na Oddziale PDM).*

**Szpital w Bielsku-Białej** – nie uzyskiwano zgody rodziców/opiekunów w przypadkach dokonywanych zmian sposobu leczenia pacjentów. Pełniąca obowiązki Ordynatora wyjaśniła: *zmiany leczenia dokonywałam u 113 pacjentów. Zgoda na leczenie była wyrażana w formie pisemnej przy przyjęciu przez rodzica/opiekuna i pacjenta po 16. roku życia (...). Dalsze leczenie oraz modyfikacje były prowadzone wg standardów leczenia opartych na (...) wiedzy medycznej. W tym kontekście przepisy prawne nie wymagają pisemnej zgody na dalsze leczenie w trakcie hospitalizacji. Na Oddziale nie stosuje się metod leczenia o podwyższonym ryzyku, wymagających odrębnej zgody np. elektrowstrząsów.*

W *Kartach choroby* małoletnich pacjentów, odnotowywano ich codzienny kontakt z lekarzem z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, natomiast interwencje lekarza w dniach wolnych od pracy wpisywano w raportach z dyżurów lekarskich zawartych w *Księżce raportów lekarskich*.

Według wyjaśnień Dyrektora: *na Oddziale prowadzono spotkania rodzinne z udziałem psychologa i lekarza, które zawierały elementy konsultacyjne, psychoedukacyjne, rozszerzenie wywiadu, ocenę sytuacji rodzinnej oraz prowadzono edukację dotyczącą problematyki procesu leczenia dziecka i dalszych zaleceń po wypisie.*

**Szpital w Olsztynie** – Ordynator Oddziału wyjaśniła: *że konsultacje rodzinne prowadzone były zawsze, gdy w ocenie psychologa i lekarza prowadzącego, było to potrzebne i możliwe do wykonania. Podała także: że nie zawsze rodzice byli*

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w stanie dojechać razem na takie spotkania (obowiązki zawodowe, trudności z dojazdem, duże odległości do Szpitala). Wyjaśniła również, że spotkania edukacyjne z rodzicami prowadzili lekarze i psycholodzy oraz, że na Oddziale nie prowadzono terapii rodzinnej z powodu braku psychologa z odpowiednimi kwalifikacjami.

**Szpital w Opolu** – z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w trakcie pobytu na Oddziale (wpisy w części *Przebieg choroby, leczenie* oraz *Karcie zleceń lekarskich*) wynikało, iż częstotliwość kontaktów pacjenta z lekarzem wynosiła średnio trzy w tygodniu. Wpisy obejmowały spostrzeżenia dotyczące stanu zdrowia somatycznego, stanu emocjonalnego i reagowania na leczenie farmakologiczne. Z dokumentacji indywidualnej nie wynikał szczegółowy sposób diagnozowania, odnotowywana była natomiast zmiana sposobu leczenia (np. włączenie środka farmakologicznego, jego zamiana na inny lub odstawienie leku).

Zdaniem Ordynatora Oddziału: *zgoda rodzica na zmianę sposobu leczenia farmakologicznego nie była wymagana, z uwagi na ogólną zgodę wyrażoną przez rodzica przy przyjęciu do szpitala. Dokument pn. Zgoda na leczenie psychiatryczne obejmował bowiem zgodę na proponowaną diagnostykę, leczenie i rehabilitację oraz potwierdzenie jego zrozumienia poprzez podpisy pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego (jeśli był obecny przy przyjęciu do Szpitala).*

**Szpital w Zaborze** – w odniesieniu do kwestii diagnozowania pacjentów i kontaktów z lekarzem prowadzącym, Zastępca Kierownika Oddziału wskazała, że: *diagnozowanie pacjentów następowało w trakcie pobytu na Oddziale. W trakcie przyjęcia na Oddział rodzicom był przedstawiany wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny i proszono rodziców o zgłoszenie się po drugim tygodniu pobytu celem ustalenia planu leczenia. Plan leczenia jest ustalany ustnie w formie rozmowy z rodzicami, jeśli się pojawią zgodnie z prośbą. Najczęściej jednak rodzice unikają kontaktu z lekarzami Oddziału. Pacjenci nie mają codziennego kontaktu z lekarzem prowadzącym. Kontakt taki jest możliwy, jeśli pacjent ma taką potrzebę i ją zgłosi. Zapewnienie codziennego kontaktu z lekarzem prowadzącym nie jest możliwe z uwagi na dużą liczbę pacjentów.*

W szpitalach w różny sposób rozwiązana była kwestia organizacji zajęć terapeutycznych dla małoletnich pacjentów i sposobu dokumentowania przeprowadzonych zajęć. W niektórych szpitalach (np. w Zagórzcu) na oddziałach opracowano dla małoletnich pacjentów harmonogramy zajęć terapeutycznych, a udział w zajęciach był obowiązkowy dla wszystkich pacjentów.

### Zajęcia terapeutyczne

Natomiast w innych szpitalach (np. w Łąncucie) dla każdego z pacjentów ustalano indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych (przez lekarza lub terapeutę), w których określano rodzaj oraz wymiar zajęć rehabilitacyjnych, a samą terapię organizowano zgodnie ze sporządzonym planem.

Jeszcze w innych szpitalach – na oddziale nie tworzonego indywidualnego planu rehabilitacji i nie określano wymiaru czasu tych zajęć dla danego pacjenta. Zajęcia odbywały się w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 (20), z uwzględnieniem dni i godzin przeznaczonych na naukę szkolną (jeśli małoletni pacjent brał w niej udział).

Pacjenci przebywający na oddziale uczestniczyli w terapii grupowej, psychoedukacji i indywidualnej terapii psychologicznej. Informacje dotyczące przebiegu tej terapii były odnotowywane w indywidualnej dokumentacji

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

medycznej pacjentów. Zajęcia były prowadzone przez instruktorów terapii zajęciowej i terapeutów zajęciowych.

Pacjenci aktywnie uczestniczący w zajęciach terapeutycznych mogli otrzymać – zgodnie z przepisami – nagrody rzeczowe. Wyniki kontroli wskazały, że pacjenci nie otrzymywali jednak nagród<sup>106</sup>, co Dyrekcja Szpitali wyjaśniała ograniczoną ilością środków finansowych w ramach kontraktu zawartego przez Szpital z Oddziałem.

### Przykłady

**Szpital w Opolu** – wraz z przyjęciem do Oddziału dla każdego pacjenta ustalany był wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny, a ustaleń co do jego treści dokonywano w zespole złożonym z lekarza prowadzącego, w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału, przy udziale psychologa oraz rodzica lub opiekuna prawnego (gdy zgłaszali się na rozmowę). Plan ten zawierał ogólne dane dotyczące: a/ zleconych badań, b/ proponowanych zajęć terapeutycznych, c/ zakresu koniecznej współpracy psychologa, terapeuty ds. uzależnień, d/pomocy pracownika socjalnego.

**Szpital w Olsztynie** – w latach 2017–2019 (do końca czerwca 2019 r.) na Oddziale nie zatrudniano rehabilitantów psychiatrycznych i fizjoterapeutów. Organizowano natomiast zajęcia terapii zajęciowej prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę terapeutów, wykazaną w umowie z NFZ. Z analizy dokumentacji medycznej 25 pacjentów Oddziału, hospitalizowanych w latach 2017–2019 (do końca maja), wynikało, że dla 24 z nich terapeuci opracowali indywidualne plany zajęć terapeutycznych, nie określając ich wymiaru czasowego. Zajęcia te były realizowane zgodnie z planem. Pacjenci Oddziału uczestniczący w zajęciach terapeutycznych w latach 2017–2019 (do końca maja) nie otrzymywali nagród rzeczowych.

**Szpital w Lublińcu** – na Oddziale PDM prowadzona była terapia zajęciowa i zajęcia terapeutyczne (a także zajęcia dydaktyczne i wychowawcze). Zajęcia odbywały się pięć razy w tygodniu, w godz. 9:00–20:00, a w soboty i niedziele prowadzone były zajęcia wychowawcze ( w wymiarze cztery godziny). Zajęcia prowadzone były przez psychologów i terapeutę pedagogicznego dla wszystkich pacjentów przebywających na tym Oddziale, a formy zajęć były dostosowywane do okresu rozwojowego małego pacjenta. Oddział PDM nie prowadził zbiorczej statystyki uczestnictwa pacjentów w zajęciach. Adnotacje o uczestnictwie poszczególnych osób w zajęciach były zamieszczane w ich indywidualnej dokumentacji.

Niektóre szpitale (np. w Zaborze, w Lublińcu) nie przestrzegały obowiązku, aby pełna dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która obligatoryjnie powinna zostać włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej, stosownie do wymogów wynikających z § 7 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych, faktycznie była do niej dołączana.

Natomiast w raportach opiekuńczych (dokument prowadzony na oddziale) odnotowywano tylko kiedy i jaki rodzaj zajęć był przeprowadzony (nie odnotowywano natomiast liczby uczestników zajęć oraz godzin w jakich te zajęcia się odbywały).

<sup>106</sup> § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 522), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.



W toku kontroli badano indywidualną dokumentację medyczną (DM) pacjentów małoletnich, hospitalizowanych w ośmiu szpitalach objętych kontrolą. Sprawdzone, czy była ona prowadzona zgodnie z wymogami *rozporządzenia w sprawie DM*.

Dokumentacja  
medyczna

Analiza 193 kart „Historii zdrowia i choroby” wykazała<sup>107</sup>, że większość z nich, poza pojedynczymi przypadkami, spełniała wymogi *rozporządzenia w sprawie DM*.

Na przykład w czterech przypadkach (2,1%), w DM nie było wpisu rozpoznania wstępnego<sup>108</sup>, a w 24 przypadkach (12,4%), w DM nie było rozpoznania klinicznego<sup>109</sup>, w 11 przypadkach (5,7%), w DM wpisy nie były prowadzone w porządku chronologicznym<sup>110</sup>, w 25 przypadkach (18,1%), w DM nie była podana specjalizacja lekarza, który dokonał wpisu<sup>111</sup>, w 47 przypadkach (24,6%), w DM nie było wpisów o zleceniu badań, konsultacji, zabiegów, choć z DM wynikało, że powinny być<sup>112</sup>.

Zastrzeżenia dotyczyły częstotliwości wpisów lekarskich w DM<sup>113</sup>.

W 41 DM (21,2%) wpisy dokonywane były – w odstępach cztero–siedmiodniowych, a w 22 DM (11,4%) – w odstępach powyżej siedmiu dni.

W przypadku DM, w której wpisy lekarza prowadzącego występowały najrzadziej, przerwy między wpisami lekarza wynosiły od 10 dni do 140 dni (w tym przerwy do 30 dni – stwierdzono w 14 DM, do 90 dni – w sześciu i w jednej DM – przerwa wynosiła 126 dni i również w jednej DM – 140 dni). Wśród DM, która budziła zastrzeżenia, 18 dotyczyło pacjentów ze Szpitala w Lublińcu i po jednej, pacjentów w czterech innych szpitalach.

W trzech DM – w ogóle nie było wpisów lekarza (tylko psychologa i/lub terapeuty). Analiza jednej z 22 DM wykazała, że pacjent przebywał w szpitalu 126 dni – i w całej DM były tylko cztery wpisy lekarza, tj. z dnia przyjęcia do szpitala na Izbie Przyjęć, z dnia następnego po przyjęciu pacjenta na Oddział (ocena stanu psychicznego), z dnia zastosowania przymusu bezpośredniego i z dnia wypisu pacjenta ze szpitala (ocena jego stanu).

### 5.2.4. Finansowanie świadczeń

W latach 2017–2019 (I kwartał) kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży przekazywane szpitalom, na podstawie umów zawartych z OW NFZ, nie we wszystkich szpitalach i nie w każdym roku pokrywały koszty ich udzielenia. Przy kontraktowaniu świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, brana jest pod uwagę *jakość, kompleksowość i cena świadczeń*<sup>114</sup>.

Finansowanie  
psychiatrycznych  
świadczeń zdrowotnych  
udzielanych pacjentom  
małoletnim

<sup>107</sup> Badaniem objęto DM pacjentów przyjętych do szpitala w 2017 r. i 10 – w 2018 r. (hospitalizowanych przez co najmniej dwa miesiące) oraz DM pacjentów – nie więcej niż pięciu – przyjętych do szpitala do 31 marca 2019 r.

<sup>108</sup> § 16 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie DM.

<sup>109</sup> § 20 pkt 1 j.w.

<sup>110</sup> § 4 ust. 1 j.w.

<sup>111</sup> § 4 ust. 2 zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 j.w.

<sup>112</sup> § 9 i 10 ust. 1 pkt 3 j.w.

<sup>113</sup> Codzienne wpisy lekarza w DM stwierdzono w 36 DM (18,7%), w 94 DM (48,1%) wpisy dokonywane były co dwa–trzy dni.

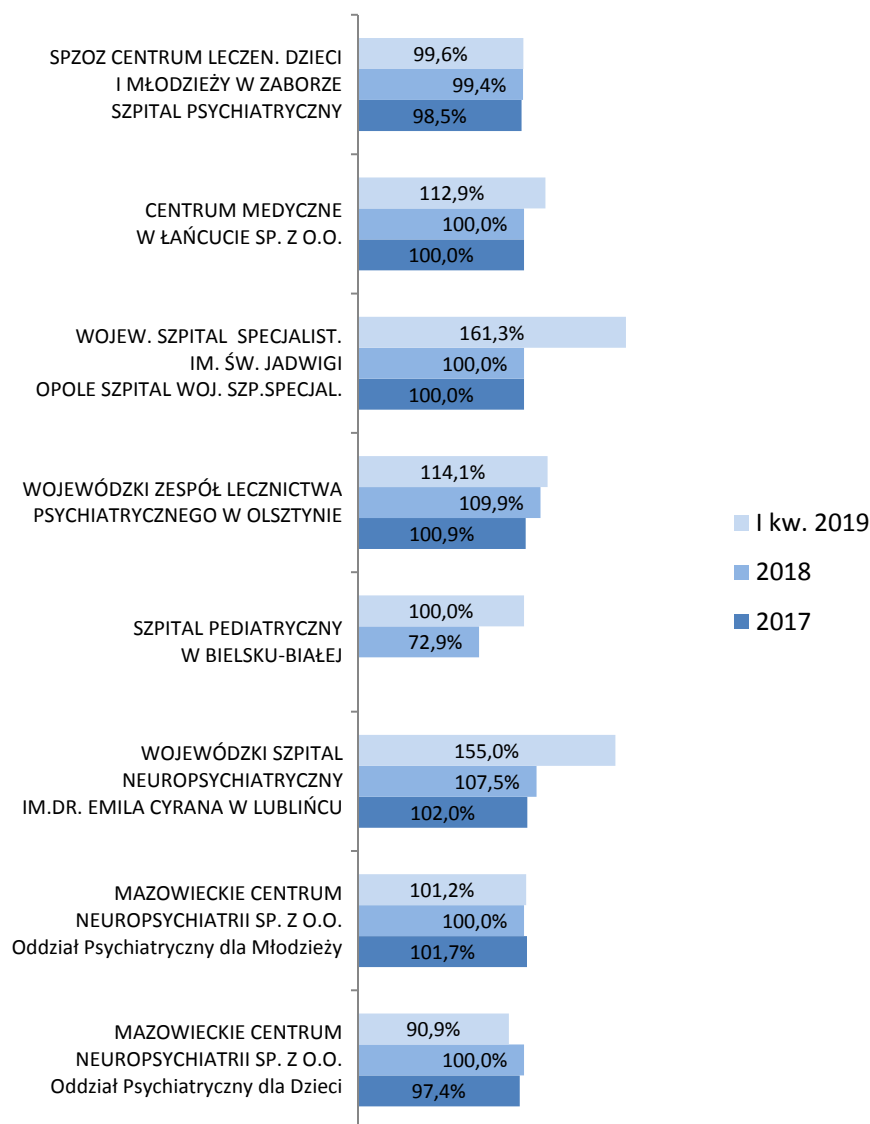
<sup>114</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczególnych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.) załącznik nr 4 poz. 2.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wartość umów zawartych przez siedem szpitali objętych kontrolą,<sup>115</sup> na finansowanie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom małoletnim wynosiła: w 2017 r. – 20 741,5 tys. zł, w 2018 r. – 22 260,3 tys. zł. a na I kwartał 2019 r. – 10 069,0 tys. zł. Wartość umów zrealizowanych wynosiła: w 2017 r. – 20 674,7 tys. zł (99,7%), w 2018 r. – 22 606,0 tys. zł (101,6%) a w I kwartale 2019 r. – 6 045,0 tys. zł (24,9%).

Wykres nr 6

Wartość umów zrealizowanych (w procentach)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

<sup>115</sup> Bez umów zawartych przez Szpital w Ciburzu (ponieważ w ogólnej puli środków na finansowanie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, nie można było wydzielić kwoty przeznaczonej na świadczenia dla dzieci i młodzieży).

### Przykłady

**Szpital w Lublińcu** – w 2017 r. koszty poniesione przez Szpital na realizację tych świadczeń zdrowotnych wyniosły łącznie 2215,4 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu 2038,5 tys. zł (w tym ugoda w wysokości 37,4 tys. zł), czyli stanowiły 92% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 13,78 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego NFZ wynosiła 12,00 zł, czyli stanowiła 87% kosztów Szpitala.

W 2018 r. koszty poniesione przez Szpital na realizację tych świadczeń zdrowotnych wyniosły łącznie 2758,4 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu 2442,6 tys. zł (w tym ugoda w wysokości 155,4 tys. zł), czyli stanowiły 89% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 15,54 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego NFZ wynosiła 12,54 zł<sup>116</sup>, czyli stanowiła 81% kosztów Szpitala.

W I kwartale 2019 r. koszty poniesione przez Szpital na realizację tych świadczeń zdrowotnych wyniosły łącznie 1104,1 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu wyniosły 653,8 tys. zł, czyli stanowiły 59% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 17,10 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego NFZ wynosiła 13,07 zł, czyli stanowiła 76% kosztów Szpitala.

Świadczenia zdrowotne, udzielane małoletnim pacjentom, hospitalizowanym na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, były finansowane przez NFZ według ceny obowiązującej w tych oddziałach, a cena punktu rozliczeniowego wynosiła 11,00 zł w 2017 r. i 11,50 zł w 2018 r. Relacja ceny punktu rozliczeniowego na Oddziale PDM wyniosła w tych latach 92%<sup>117</sup>. Natomiast relacja ceny punktu rozliczeniowego na oddziałach psychiatrycznych ogólnych do kosztów ponoszonych na tych oddziałach wynosiła w 2017 r. 96%, a w 2018 r. spadła do 94%.

Jak podał Zastępca Dyrektora Szpitala, NFZ zobowiązał się do płacenia za hospitalizowanie małoletnich pacjentów na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych w 2019 r., według stawek Oddziału PDM.

W okresie objętym kontrolą, na Szpital nie były nakładane kary umowne w związku z realizacją umowy o udzielenie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej małoletnim pacjentom.

**Szpital w Zagórz** – wartość świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży<sup>118</sup>, określona w umowie zawartej z MOW NFZ dla Oddziału dla Dzieci, wyniosła w 2017 r. – 2902,8 tys. zł, w 2018 r. – 3051,7 tys. zł, a w I kwartale 2019 r. 371,1 tys. zł i zrealizowana została na poziomie, odpowiednio: 97,4%, 100% i 90,9%. Z kolei wartość tych świadczeń dla Oddziału dla Młodzieży, w 2017 r., wyniosła 3039,1 tys. zł, w 2018 r. 3541,3 tys. zł, a w I kwartale 2019 r. 861,8 tys. zł, i w kolejnych latach zrealizowano ją na poziomie, odpowiednio: 101,7%, 100,0% i 101,2%. Cena jednostkowa, określona w umowie zawartej z NFZ, wynosiła 14,0 zł za punkt rozliczeniowy (wg wyjaśnień Prezesa Zarządu, cena ta nie była zmieniana od 2015 r.). Natomiast według wyceny prowadzonej w Szpitalu w 2017 r., faktyczny koszt punktu rozliczeniowego za leczenie na Oddziale dla Dzieci, wyniósł 17,81 zł<sup>119</sup>, w 2018 r. 18,89 zł<sup>120</sup>, a w I kwartale 2019 r. wyniósł 37,71 zł<sup>121</sup>. Prezes Zarządu wyjaśnił, że: (...) w styczniu 2019 r.

<sup>116</sup> Średnia cena NFZ, ponieważ w I półroczu 2018 r. cena NFZ wynosiła 12,00 zł, a w II półroczu 13,07 zł.

<sup>117</sup> W 2017 r. 11,00 zł do 12,00 zł, w 2018 r. 11,50 zł do 12,54 zł.

<sup>118</sup> Bez kosztów na tzw. wzrost wynagrodzeń.

<sup>119</sup> O 3,81 zł więcej od określonego w umowie.

<sup>120</sup> O 4,89 zł więcej od określonego w umowie.

<sup>121</sup> O 23,71 zł więcej od określonego w umowie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

*Oddział Psychiatryczny dla Dzieci nie świadczył usług, a zatem nie było przychodów z tytułu realizacji umowy z MOW NFZ, natomiast koszty były stałe.*

Faktyczny koszt jednego punktu rozliczeniowego dla Oddziału dla Młodzieży w 2017 r. wyniósł 18,97zł<sup>122</sup>, w 2018 r. – 18,2 zł<sup>123</sup>, a w I kwartale 2019 r. – 19,63 zł<sup>124</sup>.

Prezes Zarządu wyjaśnił: (...) największy wpływ na wysokość kosztów kontrolowanych oddziałów mają wynagrodzenia i ich pochodne. Z uwagi na specyfikę świadczonych usług, wiek i ilość pacjentów oraz konieczność zapewnienia należytej opieki i bezpieczeństwa pacjentom, spółka zatrudnia większą niż wynikająca z obowiązujących przepisów prawa ilość personelu. Na wzrost kosztów wynagrodzeń mają wpływ żądania pracowników (brak lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologów), coroczny wzrost płacy minimalnej, a także wzrost wynagrodzeń z tytułu zmian w przepisach prawa (...).

Wyniki kontroli wskazały, że w trzech szpitalach (w Lublińcu, Łańcucie i Zagórzcu) prowadzono bieżącą analizę kształtowania się kosztów psychiatrycznego leczenia małoletnich pacjentów (udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży), natomiast w dwóch szpitalach (w Opolu i Olsztynie), nie prowadzono takich analiz<sup>125</sup>. Na żaden ze kontrolowanych szpitali, spośród siedmiu analizowanych, nie nałożono kar umownych z tytułu realizacji umowy zawartej z NFZ o udzielenie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej, udzielanej pacjentom małoletnim.

### 5.2.5. Nadzór i kontrola

Kontrole szpitalnego leczenia psychiatrycznego małoletnich pacjentów

W okresie objętym kontrolą, w ośmiu szpitalach, zobowiązane organy/instytucje przeprowadziły łącznie 45 kontroli związanych z hospitalizacją i leczeniem pacjentów małoletnich.

Najwięcej kontroli przeprowadzili sędziowie sądów rejonowych (20). Kontrole te dotyczyły legalności przyjmowania pacjentów i przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Natomiast pracownicy powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych<sup>126</sup> przeprowadzili 16 kontroli, które dotyczyły stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitalnych i ich wyposażenia. W wyniku 10 kontroli, nie wydano zaleceń, bądź nie stwierdzono nieprawidłowości. W przypadku sześciu kontroli wydano zalecenia pokontrolne, które były realizowane na bieżąco lub w uzasadnionych przypadkach – w terminie prolongowanym.

Tylko dwóch Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży przeprowadziło kontrolę w szpitalach (jedną w Szpitalu w Ciborzu i jedną w Szpitalu w Lublińcu), Natomiast Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży nie przeprowadził żadnej kontroli.

<sup>122</sup> O 4,97 zł więcej od określonego w umowie.

<sup>123</sup> O 4,2 zł więcej od określonego w umowie.

<sup>124</sup> O 5,63 zł więcej od określonego w umowie.

<sup>125</sup> Brak informacji dotyczących Szpitala w Zaborze i Bielsku-Białej.

<sup>126</sup> Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna – zwana dalej „San-Epid”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Również żadnej kontroli nie przeprowadzili lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej. Natomiast NFZ przeprowadził tylko jedną kontrolę (w Szpitalu w Zagórze), która dotyczyła rzetelności wykonywania świadczeń, zgodnie z umową z OW NFZ, oraz prawidłowości wykazywania ich w rozliczeniach.

### Przykłady

**Szpital w Zaborze** – był dziewięciokrotnie kontrolowany, w tym cztery razy przez sędziego Sądu Rejonowego w Zielonej Górze<sup>127</sup>. Wydane, w wyniku kontroli, zalecenia dotyczyły głównie kwestii formalnych: przyjęcia i wypisania pacjenta leczonego bez jego zgody, stworzenia odpowiednich rejestrów (np. osób przyjętych do szpitala na podstawie art. 12, 25a i 26 ustawy *o postępowaniu w sprawach nieletnich*), prowadzenia dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego, czytelnego wypełniania kierowanych do Sądu zawiadomień o przyjęciu, bezwzględnego przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania – w szczególności przestrzegania przepisów dotyczących przesłanek zastosowania przymusu i czasu jego trwania. Zalecono również przestrzeganie procedur dotyczących długości pobytu małoletnich na obserwacji oraz weryfikację procedur zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom małoletnim i nieletnim przebywającym w Szpitalu, przede wszystkim zapewnienia im całodobowego, realnego i wzmożonego nadzoru ze strony odpowiednio przeszkolonego personelu, tak aby wyeliminować sytuacje, w których małoletni pacjenci są pozostawieni bez nadzoru.

W odpowiedzi na sprawozdanie z kontroli (przeprowadzonej w 2018 r.) wskazano, że: *Sądy wydając postanowienia często kierują się chęcią rozwiązania problemu, w związku z tym do Szpitala trafiają pacjenci, którzy nie potrzebują leczenia psychiatrycznego w zakładzie zamkniętym. Najczęściej są to osoby zdemoralizowane i osoby z zaburzeniami zachowania, które nie wymagają leczenia w szpitalu psychiatrycznym, ale oddziaływać zachowawczych i resocjalizacyjnych w odpowiednich placówkach. Przebywanie w szpitalu takich pacjentów powoduje dezorganizację terapii na oddziałach oraz wprowadza zagrożenie dla innych pacjentów. Konsekwencją powyższego jest również konieczność częstego stosowania środków przymusu bezpośredniego. W związku z atakami na współpacjentów i personel szpitala stosowane są środki przymusu i zdarza się, że przekraczają one przyjęte normy, ale tego wymaga bezpieczeństwo. Zgłaszanie tego typu zachowań kończy się najczęściej umorzeniem sprawy przez sąd.*

Kontrolę przeprowadziła również Komenda Miejska Powiatowej Straży Pożarnej, która wykazała nieprawidłowość mającą wpływ na bezpieczeństwo pożarowe ludzi przebywających w budynku oraz prawidłową ewakuację w przypadku powstania pożaru (niezgodne z ochroną p.poż zainstalowanie awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego). W związku z tym wydano decyzję nakazującą udokumentowanie (do 28 lutego 2019 r.) zainstalowania awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego zgodnie z projektem uzgodnionym przez rzeczoznawcę ds. zabezpieczeń przeciwpożarowych. Zalecenie zostało wykonane.

<sup>127</sup> Kontrole przeprowadzono na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2012 r. w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania (Dz. U. z 2012 r. poz.1147, uchylone z dniem 01.01.2018 r.) i rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2009 r. w sprawie szczegółowego sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzeczeń w sprawach nieletnich (Dz. U. Nr 107, poz. 894).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**Szpital w Zagórz** – był dziewięciokrotnie kontrolowany, w tym dwie wizyty i dwie kontrole przeprowadził sędzia sądu rejonowego (po dwie w 2017 r. i 2018 r.). Przedmiotem wizytacji i kontroli była legalność przyjęcia oraz przebywania w Szpitalu osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzeganie ich praw oraz kontrola warunków, w jakich te osoby przebywają.

W wyniku przeprowadzonych wizytacji stwierdzono, że prawa osób przebywających na Oddziale dla Dzieci i na Oddziale dla Młodzieży były przestrzegane. Jedną kontrolę przeprowadził MOW NFZ (2017 r.), w wyniku, której stwierdzono w kilku przypadkach nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, np. brakowało autoryzacji wpisów w *Karcie zleceń lekarskich* (11 przypadków), brakowało opisu badania przedmiotowego i podmiotowego pacjenta w dniu jego przyjęcia (dwa przypadki), brakowało *Karty informacyjnej* (jeden przypadek), brakowało wpisów w *Księdze raportów lekarskich* (dziewięć przypadków) oraz nie było zgodności pomiędzy wykazem osób udzielających świadczeń, a danymi przekazanymi do NFZ (dziewięć przypadków). W wyniku przeprowadzonej kontroli, MOW NFZ nałożył na Spółkę karę umowną w wysokości 2,3 tys. zł.

Dwie kontrole przeprowadziła powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna. W wyniku jednej z nich (z 2018 r.) wydano zalecenie (wykonania zapasowego źródła wody zapewniającego co najmniej 12-godzinny jej zapas w Szpitalu w Józefowie), którego Szpital nie zrealizował. Prokurent Spółki wyjaśniła, że: *przyczyną niewykonania zalecenia był brak środków finansowych na wykonanie zapasowego źródła wody – został złożony wniosek do Urzędu Marszałkowskiego o dofinansowanie zadania inwestycyjnego.*

### 5.2.6. Skargi

Skargi dotyczące udzielania świadczeń małoletnim z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W latach 2017–2019 (I kwartał) wpłynęło łącznie osiem skarg – do czterech szpitali<sup>128</sup>, spośród ośmiu objętych kontrolą. Skargi dotyczyły psychiatrycznego leczenia małoletnich pacjentów (udzielania świadczeń małoletnim pacjentom z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej). Wszystkie skargi, po rozpatrzeniu przez dyrektorów szpitali/lub powołane przez nich komisje, zostały uznane za niezasadne.

Do innych organów złożonych zostało pięć skarg w tym samym zakresie, dotyczących jednego szpitala<sup>129</sup> (jedna uznana została za zasadną).

### Przykłady

**Szpital w Zaborze** – do Szpitala wpłynęły trzy skargi (w 2017 r. – jedna, w 2018 r. – dwie), które dotyczyły: odmowy przyjęcia na hospitalizację i zachowania personelu w Izbie Przyjęć, zakazu wyjść na spacer grupowe i nieudzielania przepustek, zachowania pracownika Szpitala, który według skarżącej bezprawnie podjął decyzję o wypuszczeniu jej córki ze Szpitala z ojcem dziecka (byłym mężem skarżącej); wszystkie skargi zostały uznane za bezzasadne.

W okresie objętym kontrolą, do innych organów wpłynęło pięć skarg na działalność Szpitala<sup>130</sup>. Skarga złożona do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala dotyczyła: sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, braku zgody na opiekę duszpasterską, informowania o stanie zdrowia małoletniej, zachowania pracowników Oddziału (w Szpitalu), prawa do kontaktu z bliskimi, zakazu wyjść

<sup>128</sup> Szpital w Lublińcu(1), Szpital w Olsztynie(3), Szpital w Ciborzu(1), Szpital w Zaborze(3).

<sup>129</sup> Szpital w Zaborze(5).

<sup>130</sup> Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala(1), Rzecznik Praw Dziecka(2), NFZ(1), Lubuski Urząd Wojewódzki(1).

poza Oddział. W toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik – na podstawie wyjaśnień Dyrektora Szpitala – uznał skargę za niezasadną.

Pozostałe cztery skargi dotyczyły: nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, niespójnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, niewłaściwego zachowania pracowników Oddziału, odebrania pacjentowi telefonu komórkowego, zakazu wyjść poza Oddział, szykanowania i zastraszania pacjentki przez lekarza prowadzącego, kradzieży, pobić, molestowania, nieuzasadnionego stosowania przymusu bezpośredniego przez pracowników. Skargi te zostały również uznane przez Szpital za niezasadne. Jedna skarga, złożona do Rzecznika Praw Dziecka, dotyczyła niedostatecznego nadzoru nad pacjentem, w wyniku czego doszło do próby ucieczki przez okno, w czasie której pacjent złamał kość piętową oraz skręcił odcinek szyjny kręgosłupa. Skarga ta została ponownie zbadana – na wniosek Rzecznika Praw Dziecka – przez Rzecznika Praw Pacjenta, który uznał jednak skargę za zasadną i stwierdził naruszenie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, o której mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta*. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta nie podjęto wystarczających czynności zapobiegawczych, co w ocenie organu jednoznacznie wskazuje na nieprawidłową organizację udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta, którego skarga dotyczy. Uzyskany w sprawie materiał dowodowy wskazuje na organizacyjne zaniechania podmiotu leczniczego.

**Szpital w Olsztynie** – do Szpitala wpłynęły trzy skargi dotyczące leczenia psychiatrycznego małoletnich pacjentów (udzielanie małoletnim świadczeń opieki zdrowotnej). Dotyczyły one: aroganckiego zachowania ordynatora Oddziału i uniemożliwienia kontaktu z pacjentem, sprostowania karty informacyjnej pacjenta, braku informacji o stanie zdrowia dziecka i dalszym planie leczenia oraz żądania wydania historii choroby. Wszystkie uznane zostały za niezasadne.

### **5.3. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym (poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży)**

W okresie objętym kontrolą, w 13 poradniach leczonych było łącznie 37,9 tys. małoletnich (w tym 8,4 tys. osób po raz pierwszy), a najliczniejszą grupę, stanowiły dzieci w wieku od sześciu do dziewięciu lat (8926 osób).

Liczba pacjentów oczekujących na leczenie sukcesywnie rosła w okresie objętym kontrolą i w poszczególnych latach wynosiła – średnio w kwartale – 564, 660 i 1036 osób. Natomiast średni czas oczekiwania na wizytę w poszczególnych poradniach był zróżnicowany i wynosił od 24 do 120 dni.

Rzeczywisty stan zatrudnienia lekarzy łącznie we wszystkich poradniach objętych kontrolą, wyniósł średnio 12,23 etatu i był nieznacznie wyższy od określonego w rozporządzeniu; w poszczególnych poradniach różnice wynosiły od 0,24 do 0,5 etatu.

W 11 poradniach, kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży – w poszczególnych latach objętych kontrolą – pokrywały koszty ich udzielania, a tym samym nie było przypadków ograniczania realizacji świadczeń z powodu braku środków finansowych.

W okresie objętym kontrolą tylko jedna poradnia była przedmiotem kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

### 5.3.1. Organizacja funkcjonowania Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

#### Organizacja Poradni Zdrowia Psychicznego

Kontrolę przeprowadzono w 13 poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży<sup>131</sup> – spośród których pięć funkcjonowało w strukturze organizacyjnej szpitala<sup>132</sup>, w ramach przyszpitalnej przychodni specjalistycznej a osiem – w strukturze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach lecznictwa “otwartego”<sup>133</sup>.

Struktura organizacyjna każdej poradni była zgodna z zapisami w regulaminie organizacyjnym danego podmiotu leczniczego i wpisem w „Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą” prowadzonym przez wojewodę (na terenie którego zlokalizowana była Poradnia) oraz warunkami określonymi w umowach z OW NFZ.

Zakres udzielanych przez poradnie świadczeń zdrowotnych (świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) był zgodny z postanowieniami umów zawartych z OW NFZ.

Świadczenia te obejmowały: badanie chorych małoletnich zgłaszających się do poradni, ustalenie rozpoznania i ukierunkowania dalszego leczenia; przeprowadzenie badań diagnostycznych.

Poradnie leczyły również osoby pełnoletnie (udzielały świadczeń osobom pełnoletnim) na podstawie indywidualnych zgód Dyrektora OW NFZ, wydanych na podstawie § 15 ust. 1 pkt 25 Zarządzenia nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (np. Poradnia funkcjonująca w strukturze Wojewódzkiej Przychodni Matki, Dziecka i Młodzieży w Częstochowie<sup>134</sup>, w latach 2017–2019 (I kwartał) uzyskała zgodę Dyrektora SOW NFZ na indywidualne rozliczenie świadczeń 193 pacjentów pełnoletnich – odpowiednio w latach – 79, 75 i 39.

#### Zatrudnienie personelu w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

W poszczególnych latach, w 13 poradniach objętych kontrolą, liczba zatrudnionych lekarzy<sup>135</sup> i wymiar ich zatrudnienia utrzymywały się praktycznie na tym samym poziomie (nie było istotnych zmian):

- według stanu na 31 grudnia 2017 r., w tych poradniach zatrudnionych było 35 lekarzy na 12,25 etatu (przeliczeniowych), w tym 20 lekarzy na podstawie umowy o pracę – 8,31 etatu (w tym pięciu – w pełnym wymiarze czasu pracy). Pozostali lekarze (15 osób) mieli inną formę zatrudnienia niż umowa o pracę (np. umowy cywilno-prawne);
- według stanu na 31 grudnia 2018 r., w tych poradniach zatrudnionych było 36 lekarzy na 12,5 etatu, w tym 21 na podstawie umowy o pracę

<sup>131</sup> Poradnia zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – zwana dalej również „PZP” lub „Poradnią”.

<sup>132</sup> Poz. 12, 16, 17, 18, 21 na wykazie stanowiącym załącznik 6.1. do Informacji.

<sup>133</sup> Poz. 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 20 na wykazie stanowiącym załącznik 6.1. do Informacji.

<sup>134</sup> W dalszej części Informacji – dla uproszczenia zapisu – przywoływana konkretna Poradnia, będzie wymieniona z miejscowością, w której funkcjonuje (np. Poradnia w Częstochowie).

<sup>135</sup> Wśród zatrudnionych lekarzy byli:  
- specjaliści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,  
- specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej (1),  
- specjaliści w dziedzinie psychiatrii.



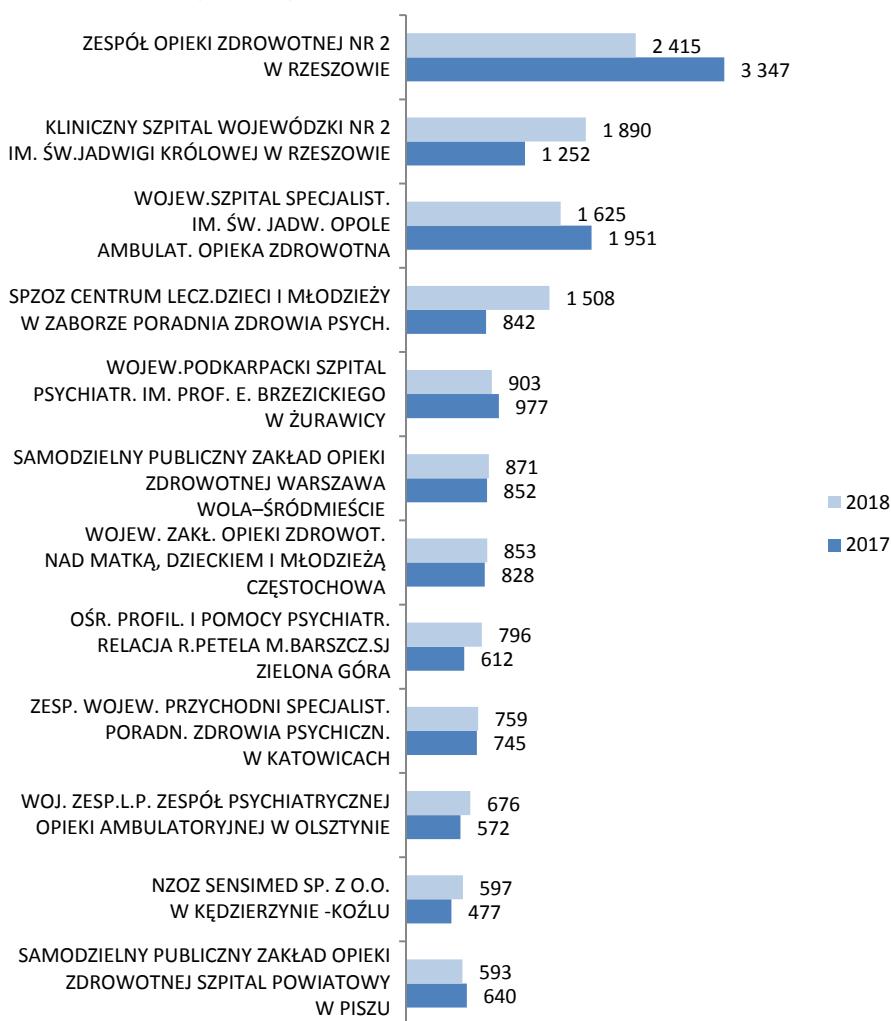
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- na 8,13 etatu (w tym pięciu – na pełnym etacie). Pozostali (15) mieli inną formę zatrudnienia;
- według stanu na 31 marca 2019 r. zatrudnionych było 34 lekarzy na 12,19 etatu, w tym 20 lekarzy na podstawie umowy o pracę – na 7,27 etatu (w tym cztery osoby w pełnym wymiarze czasu pracy). Pozostali (14 osób) mieli inne formy zatrudnienia.

Średni rzeczywisty stan zatrudnienia lekarzy – łącznie we wszystkich poradniach objętych kontrolą był większy od wymaganego przepisami – odpowiednio w poszczególnych latach – o 0,92; 0,95 i 1,13 etatu.

Wykres nr 7

Liczba pacjentów przypadających na jeden etat lekarza zatrudnionego w PZP



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

W poszczególnych poradniach różnice między rzeczywistym a wymaganym przepisami stanem zatrudnienia wynosiły od 0,24 do 0,5 etatu.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia w Giżycku**<sup>136</sup> – w 2017 r. zatrudnionych było trzech lekarzy psychiatrów (po jednym specjalście w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży w trakcie specjalizacji), w łącznym wymiarze 0,95 etatu, a w roku 2018 i 2019 – po dwóch lekarzy psychiatrów (bez określenia wymiaru czasu pracy). W poszczególnych latach objętych kontrolą w Poradni tej pracowało także pięciu psychologów, w tym tylko w 2017 r. – jeden z nich zatrudniony był na umowę o pracę w wymiarze 0,24 etatu. Pozostali lekarze i psycholodzy, we wszystkich latach objętych kontrolą, pracowali na podstawie umów cywilnoprawnych.

W umowach podpisanych z lekarzami nie określono wymiaru czasu pracy, dni tygodnia i godzin świadczenia pracy, co było niezgodne z wymogami określonymi w załącznikach do umów zawartych z OW NFZ.

Dyrektor wyjaśniła, że w umowach cywilnoprawnych nie wprowadzono szczególnych zapisów dotyczących czasu pracy, co wynikało z warunków stawianych przez lekarzy, a Poradnia walcząc stale o swoje funkcjonowanie godziła się na ten fakt.

W jednej Poradni (spośród objętych kontrolą) stan zatrudnienia niewystarczający w stosunku do potrzeb, wymusił zakończenie działalności tej Poradni.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Piszcu** – w kolejnych latach objętych kontrolą, w Poradni zatrudniony był tylko jeden psychiatra w wymiarze 0,3 etatu – który zrezygnował z pracy po I kwartale 2019 r.

Dyrektor Szpitala 3 kwietnia 2019 r., zawarł porozumienie z NFZ w sprawie rozwiązania z dniem 1 lipca 2019 r. umowy o udzielanie psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym dla dzieci i młodzieży. Wniosek o rozwiązanie umowy uzasadnił brakiem personelu medycznego świadczącego usługi medyczne.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie** – stan zatrudnienia oraz czas pracy były zgodne z postanowieniami umów zawartych z POW NFZ.

Dyrektor poinformował, że: *Potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży są bardzo duże, o czym świadczy kolejka do tej poradni oraz mała liczba poradni w województwie. Dyrektor wskazał również, iż: Obecny stan zatrudnienia nie jest wystarczający. Mamy bardzo duże trudności z pozyskaniem lekarza psychiatry. Istnieje ogromny deficyt lekarzy specjalistów, szczególnie lekarzy psychiatrów ze specjalizacją dzieci i młodzieży. Niestety mamy także trudności lokalowe, które uniemożliwiają nam rozwój tej poradni poprzez zwiększenie zatrudnienia o kilka etatów psychologów i psychoterapeutów aby sprostać ogromnemu zapotrzebowaniu w tym zakresie.*

W niektórych poradniach stan zatrudnienia personelu fachowego był, według ich kierownictwa, wystarczający w stosunku do potrzeb i do wysokości umowy zawartej z OW NFZ na udzielanie małoletnim świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

<sup>136</sup> Poradnia w strukturze Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Giżycku – zwana dalej „Poradnią w Giżycku”.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Kędzierzynie-Koźlu** – Prezes NZOZ „SENSIMED” Spółki z o.o. wyjaśniła, że: *obecny stan zatrudnienia personelu fachowego w Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży jest wystarczający i adekwatny do wysokości kontraktu zawartego z OOW NFZ, wskazując jednocześnie na: potrzebę podwyższenia wysokości zakontraktowanych świadczeń z uwagi na to, że oczekiwania specjalistów są wyższe niż proponowana przez publicznego płatnika stawka za 1 pkt przeliczeniowy.*

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Katowicach**<sup>137</sup> – łączny czas godzin pracy specjalistów zatrudnionych w Poradni w 2019 r. był zgodny z postanowieniami zawartej umowy z ŚOW NFZ (i wystarczający by przyjąć wszystkich pacjentów).

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Częstochowie** – rzeczywisty wymiar zatrudnienia lekarzy (2,75 etatu) i psychologów (1,98 etatu) w latach 2017–2018 był większy odpowiednio o 0,32 i 0,1 etatu od określonego w umowach ze ŚOW NFZ. Również wymiar zatrudnienia pielęgniarki w 2017 r. był wyższy o 0,05 etatu od wymaganego w umowie. Stan zatrudnienia pozostałych specjalistów był zgodny z postanowieniami umów. Natomiast według stanu na 31 marca 2019 r., rzeczywisty wymiar zatrudnienia psychologów (łącznie 1,98 etatu) był większy o 0,1 etatu od określonego w umowie ze ŚOW NFZ. Zatrudnienie pozostałego personelu było zgodne z tą umową.

W 2019 r., w poszczególnych poradniach objętych kontrolą<sup>138</sup>, lekarze zatrudnieni byli w wymiarze od 0,3 etatu w Poradni w Piszku do 2,25 etatu w Poradni w Olsztynie. Poradnie pracowały w godzinach przedpołudniowych od godz. 6:00 do 14:00, a w godzinach popołudniowych od 14:00 do 22:00. Wykorzystanie czasu pracy lekarzy w dziewięciu poradniach było większe niż wynikało z zatrudnienia<sup>139</sup> i wynosiło od 100,60% do 111,63%, a w jednej Poradni w Rzeszowie nawet 199,57%. Np. tygodniowy czas pracy Poradni w Zielonej Górze wynosił faktycznie 64 godziny, a według wymiaru zatrudnienia lekarzy – Poradnia winna pracować tylko 61 godz. 47 minut; tak więc wykorzystanie czasu pracy zatrudnionych w tej Poradni lekarzy wynosiło 103,58%. Natomiast w trzech poradniach, wykorzystanie czasu pracy lekarzy było mniejsze od wynikającego z wymiaru zatrudnienia i wynosiło od 93,91% do 98,58%. Np. przy obecnym stanie zatrudnienia lekarzy w Poradni w Częstochowie, winna ona pracować 76 godz. 35 min., a w rzeczywistości pracowała 75 godz. 30 min.; tak więc wykorzystanie czasu pracy lekarzy zatrudnionych w tej Poradni wynosiło 98,58%.

W 2017 r. liczba pacjentów przypadających na jeden etat lekarza – w 12 poradniach objętych kontrolą – wynosiła średnio 1091 osób, ale była bardzo zróżnicowana między poradniami i wynosiła od 477 pacjentów w Poradni w Kędzierzynie-Koźlu do 3347 pacjentów w Poradni w Rzeszowie<sup>140</sup>. Natomiast w 2018 r. – liczba pacjentów przypadających na jeden

<sup>137</sup> Poradnia w strukturze Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach (dalej zwaną „Poradnią w Katowicach”).

<sup>138</sup> Z wyjątkiem Poradni w Giżycku ponieważ nie ustalono wymiaru czasu pracy lekarzy.

<sup>139</sup> Przy założeniu, że jeden etat to 37 godzin pracy.

<sup>140</sup> Poradnia w strukturze organizacyjnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie (dalej zwaną „Poradnią w Rzeszowie”).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

etat lekarza wzrosła do 1124 osób, w skrajnych przypadkach od 593 osób w Poradni w Piszku do 2415 osób w Poradni w Rzeszowie.

Pielęgniarki, zatrudnione były tylko w siedmiu skontrolowanych Poradniach, w wymiarze od 0,1 do 1 etatu.

- według stanu na 31 grudnia 2017 r. w siedmiu poradniach zatrudnionych było dziewięć pielęgniarek – (na 3,77 etatu) w tym siedem na podstawie umowy o pracę – na 3,3 etatu (żadna z nich nie była zatrudniona w pełnym wymiarze) i dwie – miały inną formę zatrudnienia;
- według stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnionych było siedem osób (na 3,31 etatu), w tym sześć – na podstawie umowy o pracę – na 3,05 etatu (w tym jedna w pełnym wymiarze) i jedna osoba miała inną formę zatrudnienia;
- według stanu na 31 marca 2019 r. zatrudnionych było osiem pielęgniarek (na 4,31 etatu) w tym siedem na podstawie umowy o pracę – na 4,05 etatu (w tym dwie w pełnym wymiarze) i jedna miała inną formę zatrudnienia.

Rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów, w poszczególnych poradniach – w przeliczeniu na etaty – wynosił od 0,1 do 2,91 etatu i był większy ogółem od stanu wynikającego z przepisów<sup>141</sup>.

- według stanu na 31 grudnia 2017 r., w poradniach zatrudnionych było łącznie 51 psychologów – na 17,37 etatu (stan prawny – 10,77 etatu), w tym 30 – na podstawie umowy o pracę – na 11,63 etatu (w tym czterech w pełnym wymiarze). Pozostali (21 osób) mieli inne formy zatrudnienia;
- według stanu na 31 grudnia 2018 r. zatrudnionych było 56 psychologów – na 18,03 etatu (stan prawny – 11,69 etatu), w tym 24 – na podstawie umowy o pracę – na 9,99 etatu (w tym trzy osoby w pełnym wymiarze). Pozostali – 32 osoby – miały inną formę zatrudnienia;
- według stanu na 31 marca 2019 r. zatrudnionych było 57 psychologów – na 17,62 etatu (stan prawny – 11,4 etatu), w tym 24 – na podstawie umowy o pracę – na 9,23 etatu (w tym trzy osoby w pełnym wymiarze), a pozostałe 33 osoby miały inne formy zatrudnienia.

### Przykłady

**Poradnia w Kędzierzynie-Koźlu** – w poszczególnych latach objętych kontrolą liczba psychologów wzrosła z czterech osób, których rzeczywisty stan zatrudnienia wynosił łącznie 1,05 etatu (w 2017 r.) do pięciu osób – zatrudnionych na 1,19 etatu (w 2018 r.) i do siedmiu osób – na 1,47 etatu (w 2019 r. I kwartał). W każdym roku stan zatrudnienia – określony w przepisach wynosił 0,3 etatu. Wszyscy zatrudnieni byli na podstawie umowy cywilnoprawnej.

**Poradnia w Piszku** – w każdym roku objętym kontrolą – zatrudniony był jeden psycholog w wymiarze 0,1 etatu, który był równy stanowi zatrudnienia wynikającemu z obowiązujących przepisów.

<sup>141</sup> W toku kontroli wyjaśniono – nie potwierdzając tego na piśmie – że przyczyną większego – niż to wynika z przepisów – stanu zatrudnienia psychologów, było zwiększenie dostępności do świadczeń małoletnim pacjentom.

W 2019 r. wymiar zatrudnienia psychologów w 11 poradniach<sup>142</sup>), wynosił od 0,37 etatu w Poradni w Zaborze do 2,91 etatu w Poradni w Rzeszowie. Uwzględniając 40 godzinny tygodniowy czas pracy psychologa wykorzystanie ich czasu pracy w czterech poradniach było większe niż wynikające z zatrudnienia (i wynosiło od 100,52% w Poradni w Zielonej Górze do 117,67% w Poradni w Katowicach). Na przykład tygodniowy czas pracy Poradni w Żurawicy<sup>143</sup> wynosił 17 godz. 25 min. Według wymiaru czasu pracy psychologa zatrudnionego w tej Poradni – winien on pracować 16 godz. 24 min. Tak więc wykorzystanie czasu pracy zatrudnionych w tej Poradni psychologów wynosiło 106,20%. Natomiast w siedmiu poradniach czas pracy psychologów był mniejszy od wynikającego z wymiaru zatrudnienia i stanowił od 67,57% do 96,88 %. Na przykład psycholog w Poradni w Opolu przy stanie zatrudnienia na dzień 31 marca 2019 r., winni pracować 70 godz. i 48 min., a w rzeczywistości pracowali 60 godzin, tak ich czas pracy wynosił 84,75%.

Terapeuci zatrudnieni byli tylko w pięciu poradniach (spośród 13 objętych kontrolą).

Rzeczywisty stan ich zatrudnienia w poszczególnych Poradniach – w przeliczeniu na etaty – wynosił od 0,1 do 2,6 etatu.

### 5.3.2. Dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Poradnie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmują ambulatoryjną opieką psychiatryczną i psychologiczną pacjentów do ukończenia 18. roku życia, a wyjątkowo, za zgodą NFZ, także młodzież starszą, zwłaszcza uczącą się. Szczególnym argumentem do kontynuowania leczenia tych osób w Poradni jest niezakończona psychoterapia.

Informacje dla pacjentów na temat świadczeń udzielanych w poradni znajdowały się na tablicach informacyjnych. W siedmiu poradniach zakres informacji był zgodny z treścią § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>144</sup>.

Natomiast w sześciu poradniach<sup>145</sup>, na tablicach informacyjnych nie było wymaganych danych o czasie i miejscu leczenia (udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach), informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych (§ 11 ust. 1); imion i nazwisk osób kierujących pracą danej poradni, imion i nazwisk przyjmujących pacjentów psychologów oraz godzin i miejsca ich pracy; zasad zapisów na porady; informacji o możli-

Informacje dla pacjentów  
na temat leczenia  
(udzielanych świadczeń)

<sup>142</sup> Brak danych z Poradni w Giżycku i Pisu.

<sup>143</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy.

<sup>144</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

<sup>145</sup> - W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, Poradnia Zdrowia Psychicznego;  
- W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jadwigi w Opolu;  
- W Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;  
- W Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie;  
- W Ośrodku Profilaktyki i Pomocy Psychiatrycznej „Relacja” R. Petela, M. Barszczewski sp. J., w Zielonej Górze;  
- W Poradni w Giżycku.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na porady/leczenie (na udzielenie świadczenia) (§ 11 ust. 4 pkt 1, 3, 10, 11); trybu składania skarg i wniosków.

Braki te tłumaczono „niedopatrzaniem” i w trakcie trwania kontroli zostały one usunięte.

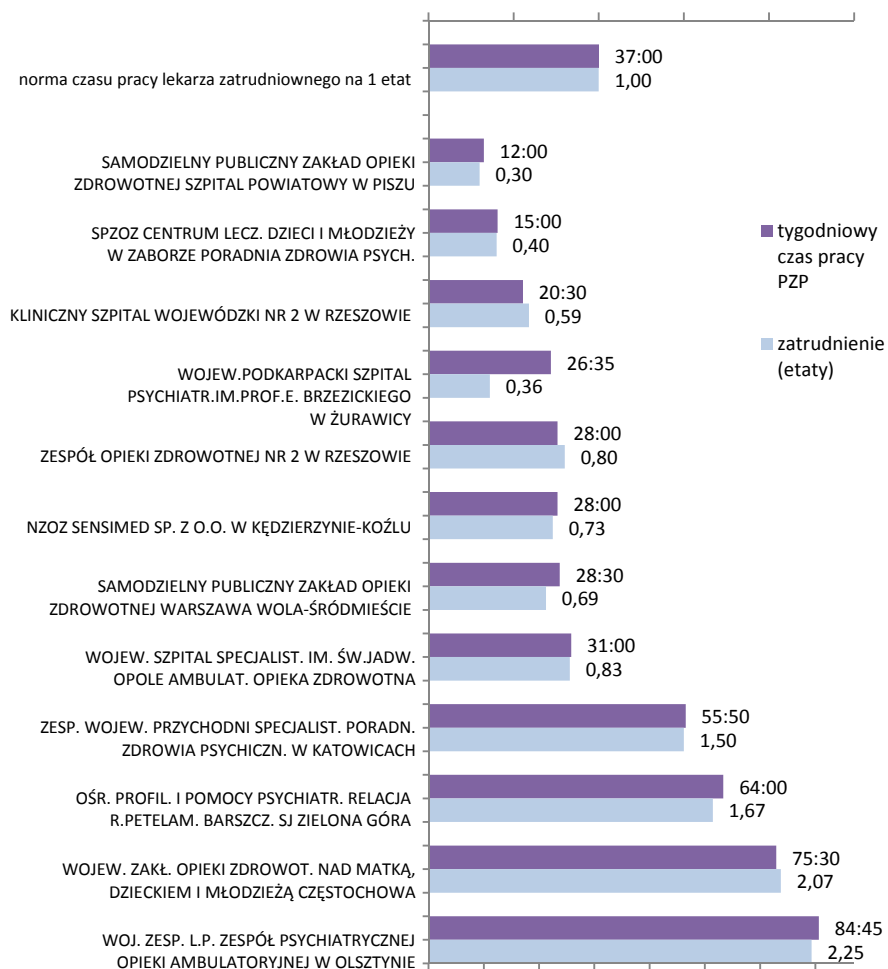
### Czas pracy Poradni Zdrowia Psychicznego

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym<sup>146</sup>, lekarze psychiatrzy powinni przyjmować pacjentów (udzielać świadczeń) w czasie nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo.

Szczegółowy harmonogram pracy specjalistów w poradni, w poszczególnych dniach i godzinach, oraz wykaz osób udzielających świadczeń i ich kwalifikacji stanowiły załącznik do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w opiece psychiatrycznej zawartych z OW NFZ na dany rok.

Wykres nr 8

Zatrudnienie lekarzy (etaty) w odniesieniu do czasu pracy w PZP (w godzinach)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

<sup>146</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, załącznik Nr 6 Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń (poz. 5).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wyniki kontroli wskazały, że godziny pracy oraz dostępność specjalistów (lekarzy, psychologów) w poszczególnych dniach były zróżnicowane (zależały od liczby tych specjalistów) i z reguły odpowiadały godzinom funkcjonowania danej poradni we wszystkich dniach pracy.

NIK zwróciła uwagę, iż w niektórych poradniach przyjmowano małoletnich pacjentów (udzielano świadczeń) tylko w godzinach przedpołudniowych (nawet od godz. 6:00) lub tylko popołudniowych (nawet do godz. 22:00) – co ograniczało dostępność do tych świadczeń, jak również mogło być uciążliwe dla małoletnich pacjentów i ich rodziców/opiekunów, z uwagi na porę.

W 10 poradniach stwierdzono, że wymiar czasu pracy i godziny pracy niektórych specjalistów, różnił się od zapisanego w załączniku do umów z OW NFZ (z reguły był mniejszy), również świadczenia nie były realizowane przez wszystkie osoby wskazane w tych załącznikach.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Żurawicy** – rejestracja Poradni była czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:25 do 19:00. Natomiast lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży przyjmował pacjentów w ostatnią sobotę miesiąca od godz. 6:00 do 22:00, tj. przez 16 godzin (średnio w miesiącu realizował 28–31 świadczeń).

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że *godziny pracy lekarza wynikają z braku lekarzy tej specjalności w całym województwie podkarpackim.*

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie** – lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży przyjmował pacjentów tylko w godzinach popołudniowych (trzy razy w tygodniu od godz. 15:00 do 22:00 i w co drugi czwartek w godzinach od 16:00 do 20:00) oraz w sobotę (jeśli nie pełnił dyżuru w innych miejscach) w godzinach od 9:00 do 19:00. Ustalono, że na stronie internetowej ZOZ zamieszczone były nieaktualne informacje dotyczące pracy personelu medycznego.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zaborze**<sup>147</sup> – do NFZ przekazywano informację o wyższej liczbie osób udzielających świadczeń niż faktyczna ponieważ wykazywano pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach/urloпах macierzyńskich a także osoby, które faktycznie nie udzielały świadczeń; np. na koniec 2017 r. wśród wykazanych 14 osób – dwie były na zwolnieniach/urloпах macierzyńskich i jedna, która w ogóle nie udzielała świadczeń w ramach PZP; na koniec 2018 r. – wśród wykazanych 14 osób, były odpowiednio cztery i trzy takie osoby, a na koniec marca 2019 r. – wśród wykazanych 11 osób były takie cztery i jedna osoba.

Główna księgową Szpitala wyjaśniła, że wykazane trzy osoby miały status pracownika, a jedna nie została wyrejestrowana z portalu (osoby te faktycznie nie udzielały świadczeń i nie powinny być wykazywane w sprawozdaniu do NFZ).

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Giżycku** – w 2017 r. łączna liczba godzin udzielania świadczeń przez lekarzy miała wynosić – zgodnie z umową z OW NFZ – 1585,5 godziny, ale faktycznie zrealizowano tylko 228,5 godziny (14,4%).

<sup>147</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Analiza czasu pracy lekarzy w kwietniu 2017 r., w czerwcu 2018 r. i styczniu 2019 r.<sup>148</sup> wykazała, że w żadnym tygodniu miesiąca objętego kontrolą, lekarze nie udzielali świadczeń zgodnie z umową z OW NFZ:

- w kwietniu 2017 r. lekarze<sup>149</sup> w ogóle nie wykonywali świadczeń (według umowy z NFZ ich wymiar czasu pracy wynosił 12 i 15 godzin tygodniowo);
- w czerwcu 2018 r. lekarz psychiatra dzieci i młodzieży miał realizować świadczenia w wymiarze po 24 godziny tygodniowo, ale przez cztery tygodnie nie udzielał ich wcale, a w piątym tygodniu – tylko przez 13 godzin. Natomiast drugi lekarz psychiatra w ogóle nie udzielał świadczeń przez trzy tygodnie, a w dwóch pozostałych – przepracował odpowiednio – 4,5 godziny oraz 9 godzin zamiast po 24 godziny;
- w styczniu 2019 r. lekarz psychiatra dzieci i młodzieży w ogóle nie udzielał świadczeń w żadnym tygodniu tego miesiąca (według załącznika 2 do umowy z OW NFZ – winien wykonywać je po 20 godzin tygodniowo, natomiast lekarz psychiatra – zamiast po 20 godzin tygodniowo – w I i II tygodniu pracował po 4,5 godziny a w pozostałych trzech tygodniach pracował – odpowiednio – 9 godzin, 9,5 godziny, 5 godzin.

Dyrektor wyjaśniła, że: *brak realizacji świadczeń w kwietniu 2017 r. wynikał z odwoływania terminów wizyt przez lekarzy. Tłumaczyła, że był to czas intensywnych poszukiwań lekarza, który podjąłby stałą pracę w Poradni. Nadmieniała również, że Poradnia była obciążona karą finansową za niespełnienie warunków umowy z NFZ. Natomiast przyczyną niepełnej realizacji świadczeń w czerwcu 2018 r. i styczniu 2019 r. – jak wyjaśniła – były urlopy lekarzy lub odwołanie przez nich w ostatniej chwili umówionych wizyt.*

W Poradni tej również psychologowie nie realizowali świadczeń wynikających z umów z NFZ. Na przykład w sierpniu 2017 r. trzech psychologów – spośród sześciu – wskazanych w umowie z NFZ – w ogóle nie świadczyło usług, podczas gdy mieli pracować odpowiednio – po 10, 10 i dziewięć godzin tygodniowo; jeden psycholog w ogóle nie świadczył pracy przez cztery tygodnie, a w piątym – pracował krócej o trzy godziny niż określono to w umowie z NFZ; kolejny psycholog nie świadczył pracy przez trzy tygodnie, a w dwóch następnych tygodniach pracował – pięć godzin w jednym tygodniu i trzy godziny w drugim, zamiast po 13 godzin tygodniowo.

Ostatni z sześciu psychologów pracował w poszczególnych tygodniach – odpowiednio – od jednej do siedmiu godzin, zamiast po 13 godzin tygodniowo.

Ograniczenie pracy psychologów (niewypełnienie umowy), Dyrektor wyjaśniła: *urlopem, odbywaniem stażu specjalizacyjnego przez jednego z nich, wygaśnięciem umowy dwóch psychologów.*

Z tego powodu, w trakcie trwania kontroli NIK, skierowano uwagi, co do pracy Poradni – dotyczące dostępności lekarzy i psychologów.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie**<sup>150</sup> – w załączniku nr 2 do umowy z OW NFZ wskazano czterech lekarzy psychiatrów, a w rzeczywistości świadczeń psychiatrycznych udzielał tylko jeden lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży i tylko do godziny 12:00 (Poradnia nie udzielała medycznych świadczeń psychiatrycznych w godzinach popołudniowych).

<sup>148</sup> Terminy wybrane dla celów kontrolnych.

<sup>149</sup> Lekarz psychiatra dzieci i młodzieży oraz lekarz psychiatra dzieci i młodzieży w trakcie specjalizacji.

<sup>150</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w pozostałych dniach tygodnia i godzinach lekarze pracują w Dziennym Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej Dzieci i Młodzieży oraz w Poradni dla osób z autyzmem dziecięcym.

W okresie objętym kontrolą, we wszystkich poradniach łącznie, liczba „małoletnich pacjentów w planie leczenia”<sup>151</sup>, w poszczególnych kwartałach danego roku utrzymywała się na zbliżonym poziomie (różnice były nieznaczne). Natomiast od 2018 r. liczba tych pacjentów zaczęła rosnąć w porównaniu z rokiem 2017 r.

Czas oczekiwania na leczenie

W 2017 r. w poszczególnych kwartałach – liczba małoletnich pacjentów w planie leczenia wynosiła łącznie we wszystkich poradniach: 2081, 1803, 1979 i 1930 osób.

W roku 2018 – w kolejnych kwartałach roku, we wszystkich poradniach było odpowiednio 2202, 2131, 1963 i 2126 małoletnich pacjentów w planie leczenia, a w I kwartale 2019 r. liczba tych pacjentów wzrosła do 2356 osób.

Najwięcej pacjentów w planie leczenia było – w poszczególnych kwartałach okresu objętego kontrolą – w dwóch poradniach funkcjonujących w strukturze szpitali, tj. w Poradni w Opolu<sup>152</sup> (od 581 do 746 osób) i w Poradni w Rzeszowie<sup>153</sup> (od 412 do 610 osób).

W pozostałych poradniach, liczba pacjentów w planie leczenia wynosiła w poszczególnych kwartałach przeważnie od ok. 40 do 150 osób.

Liczba pacjentów oczekujących na leczenie w stabilnym stanie zdrowia również zaczęła rosnąć od 2018 r.

W roku 2017 – we wszystkich poradniach liczba pacjentów oczekujących na leczenie wyniosła średnio 564 pacjentów – w poszczególnych kwartałach było to – łącznie 641, 594, 500 i 520 osób.

W roku 2018 – liczba oczekujących pacjentów wyniosła średnio 660 pacjentów, a w poszczególnych kwartałach: 663, 699, 586 i 694, a w I kwartale 2019 r. wzrosła do 1036 osób.

Najwięcej osób oczekiwało na leczenie w Poradni w Katowicach (od 30 osób w kwartale 2017 r. – do 152 w I kwartale 2019 r.), w Poradni w Giżycku (w tym samym czasie od 102 do 88 osób), w Poradni w Zaborze (w tym samym czasie od 114 do 91).

W pozostałych poradniach, w poszczególnych kwartałach, oczekiwało na leczenie (świadczenie), średnio od 20 do 40 osób.

Liczba pacjentów skreślonych z list oczekujących, ponieważ uzyskali już pomoc lub zrezygnowali z oczekiwania na wizytę, wyniosła łącznie w 13 poradniach średnio 390 osób w poszczególnych kwartałach kolejnych lat objętych kontrolą (od 371 osób w I kwartale 2017 r. do 459 osób w I kwartale 2019 r.). W poszczególnych poradniach, liczba osób skreślonych wynosiła od 15 do 80 osób.

<sup>151</sup> Pacjent w planie leczenia, to osoba kontynuująca proces leczniczy, wymagająca okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. kolejnych wizyt, badań).

<sup>152</sup> Poradnia w strukturze Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu.

<sup>153</sup> Poradnia w strukturze Zespołu Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Średni czas oczekiwania na wizytę, łącznie w 13 poradniach, wyniósł: w 2017 r. – 44,5 dnia, w 2018 r. – 55 dni a w 2019 r. (I kwartał) – 56 dni, a średni czas oczekiwania w poszczególnych poradniach wynosił od 23,9 dnia w Poradni w Częstochowie do 120 dni w Poradni w Giżycku.

W Poradni w Piszku i w Poradni w Zielonej Górze – średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 70,2 dnia.

W Poradni w Opolu, w Olsztynie, w Rzeszowie<sup>154</sup>, w Warszawie i w Żurawicy – po 63 dni, w Poradni w Katowicach – 45,5 dnia, a w Poradni w Zaborze – 30,8 dnia.

W toku kontroli wyjaśniano, że przyczyną dużej liczby pacjentów oczekujących na wizytę i długiego czasu oczekiwania na świadczenie była głównie za mała liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, nagłe zwiększenie liczby małoletnich pacjentów, u których zaszła konieczność leczenia w poradni, wielkość kontraktu z OW NFZ na udzielanie świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pora roku (okres wakacyjny, urlopowy).

Na leczenie, w przypadkach pilnych, pacjenci oczekiwali tylko w dwóch poradniach, natomiast w pozostałych – przyjmowani byli na bieżąco.

W Poradni w Zielonej Górze – liczba oczekujących w poszczególnych kwartałach wynosiła – od zera do 11 osób, a w Poradni w Giżycku – od zera do ośmiu osób.

Liczba pacjentów skreślonych z listy oczekujących w przypadkach pilnych wynosiła w poszczególnych kwartałach badanego okresu od pięciu do 25 osób.

W okresie objętym kontrolą najwięcej pacjentów skreślono z listy w Poradni w Zielonej Górze (łącznie 84 osoby) i w Giżycku (29 osób).

Średni czas oczekiwania na wizytę pacjentów, w przypadkach pilnych, wynosił 29,3 dnia – w Poradni w Giżycku, 26,4 dnia – w Poradni w Zielonej Górze.

Poradnie, stosownie do wymogów wynikających z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co miesiąc przekazywały do OW NFZ informacje o liczbie oczekujących oraz o średnim czasie oczekiwania oraz przekazywały informacje o pierwszym wolnym terminie (dotyczyło pacjentów w stabilnym stanie zdrowia).

W okresie objętym kontrolą<sup>155</sup>, w 13 poradniach zdrowia psychicznego leczonych było łącznie 37 891 pacjentów (dzieci i młodzieży), w tym

<sup>154</sup> Poradnia w strukturze Zespołu Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie.

<sup>155</sup> Według danych GUS, liczba dzieci i młodzieży do 18. r.ż. na terenie całego kraju wynosiła – według stanu na 31 grudnia 2017 r. – 6 920 652 osoby, w tym na terenie sześciu województw objętych kontrolą – 2 782 355 osób (40,2%); według stanu na 31 grudnia 2018 r. dane te wynosiły – odpowiednio – 6 935 523 osoby (wzrost o 0,2%) i 2 791 001 osób (wzrost o 0,3%) co stanowiło również 40,2%. Natomiast liczba pacjentów małoletnich wynosiła w 2018 r. – na podstawie danych z NFZ – w całym kraju 206 058 osób (co stanowiło 3,0% wszystkich małoletnich w danym roku) a w sześciu województwach objętych kontrolą – 81 852 osoby (co stanowiło

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

8433 osób po raz pierwszy (22,3%). W poszczególnych latach, było to: w 2017 r. – 15 239 pacjentów, z tego 3675 pierwszorazowych (tj. 24,1% pacjentów ogółem w tym roku), w 2018 r. – 16 122 pacjentów, w tym i 3760 pierwszorazowych (23,3%) a w 2019 r. (I kwartał) – 6530 pacjentów, z tego i 998 pierwszorazowych (15,3%).

Liczba pacjentów pierwszorazowych (w poradniach objętych kontrolą<sup>156</sup>), wynosiła od 10,8% (w Poradni w Piszcu) do 47,4% (w Poradni w Zaborze).

W okresie objętym kontrolą, wśród wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń (37 891 osób), było 4 217 dzieci w wieku do 5 lat (w tym 2904 chłopców i 1313 dziewcząt), 8926 dzieci w wieku od 6 do 9 lat (w tym – 6387 chłopców i 2539 dziewcząt), 8353 dzieci w wieku od 10 do 12 lat (5538 chłopców i 2815 dziewcząt), 8557 dzieci w wieku od 13 do 15 lat (4755 chłopców i 3802 dziewcząt), 6629 młodocianych w wieku od 16 do 18 lat (3120 chłopców i 3509 dziewcząt) oraz 1223 pacjentów w wieku powyżej 18. r.ż.<sup>157</sup> (571 chłopców i 652 dziewcząt).

W skali kraju, według stanu na 31 grudnia 2018 r., liczba pacjentów oczekujących na leczenie psychiatryczne (udzielenie świadczenia z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej) w trybie ambulatoryjnym<sup>158</sup> wynosiła 8263 osoby i była większa od liczby oczekujących – według stanu na 31 grudnia 2017 r. – o 701 osób, a średni rzeczywisty czas oczekiwania na to świadczenie wydłużył się o dwa dni (w stosunku do roku 2017).

Liczba pacjentów oczekujących na takie leczenie (w 2018 r.) wynosiła średnio 516 osób, a czas oczekiwania wyniósł średnio 16 dni, ale był zróżnicowany w skali kraju. Liczba osób oczekujących, w poszczególnych województwach objętych kontrolą, różniła się i wynosił od 230 (w woj. warmińsko-mazurskim, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 28 dni) do 1748 (w woj. śląskim, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 35 dni). W pozostałych województwach objętych kontrolą było ich: w woj. lubuskim – 233 przy średnim czasie oczekiwania 34 dni, w woj. mazowieckim – 1488 przy średnim czasie oczekiwania 15 dni, w woj. opolskim – 73 przy średnim czasie oczekiwania 24,5 dnia, w woj. podkarpackim 400 przy średnim czasie oczekiwania 43,5 dnia.

---

2,9% małych dzieci ogółem w sześciu województwach i jednocześnie 39,7% pacjentów ogółem w danym roku).

Liczba pacjentów w wieku do 13. r.ż. wynosiła w całym kraju 132 883 osób (co stanowiło 64,5% pacjentów małych dzieci ogółem – 206 058) a w sześciu województwach objętych kontrolą – 53 443 osób (65,3% pacjentów w sześciu województwach – 81 852 osoby). Natomiast liczba pacjentów w wieku od 14. do 18. r.ż. – wynosiła – odpowiednio – 73 175 osób (35,5%) i 28 409 osób (34,7%).

<sup>156</sup> Dane o pacjentach pierwszorazowych dotyczą 12 Poradni, ponieważ Poradnia w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie nie prowadzi ewidencji w tym zakresie.

<sup>157</sup> W przedstawionych ustaleniach kontroli, ta grupa pacjentów (powyżej 18 r.ż.) uwzględniona jest w grupie małych dzieci.

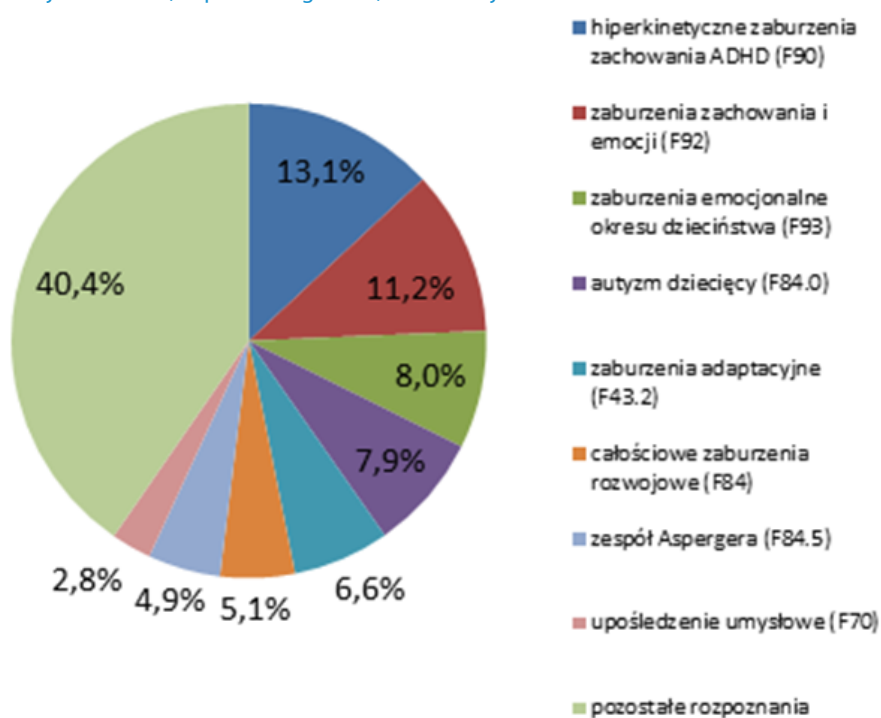
<sup>158</sup> Według danych NFZ otrzymanych w toku kontroli P/19/058 „Realizacja zadań NFZ w 2018 r.”.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**Rodzaje schorzeń** W roku 2018, w skali całego kraju, najczęściej rozpoznaniem głównym u 171 629 pacjentów małoletnich były *hiperkinetyczne zaburzenia zachowania – ADHD (F90)*<sup>159</sup> – które stwierdzono u 22 463 osób (co stanowiło 13,1% wśród pacjentów “analizowanych”), *zaburzenia zachowania i emocji (F92)* – u 19 285 osób (11,2%), *zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa (F93)* – u 13 775 osób (8,0%), *autyzm dziecięcy (F84.0)* – u 13 632 osób (7,9%), *zaburzenia adaptacyjne (F43.2)* – u 11 286 osób (6,6%), *całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)* – u 8714 osób (5,1%), *zespół Aspergera (F84.5)* – u 8463 osób (4,9%), *upośledzenie umysłowe (F70)* – 4 724 osób (2,8%).

Wykres nr 9

Rodzaje schorzeń (rozpoznania główne) w skali kraju



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

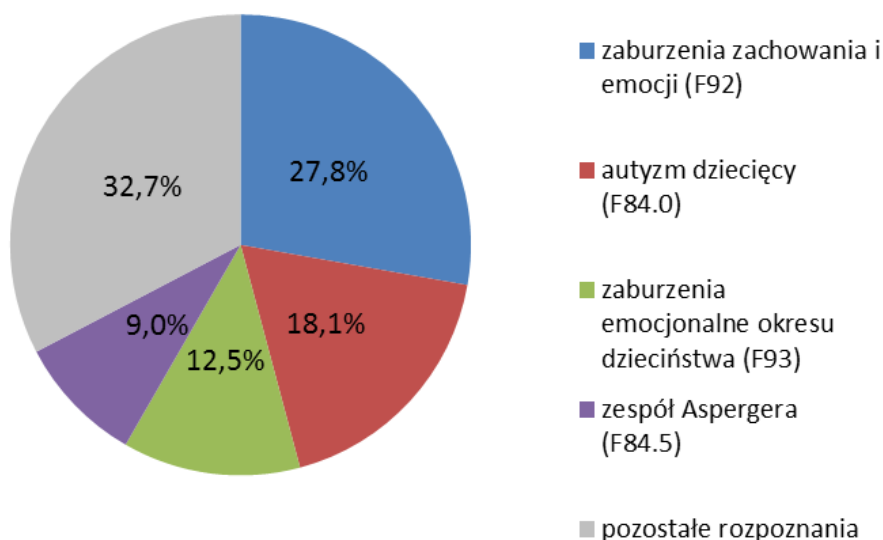
W latach 2017–2019 (I kwartał) u 37 891 pacjentów, których leczono w poradniach objętych kontrolą, najczęściej zdiagnozowanymi schorzeniami psychiatrycznymi były: *zaburzenia zachowania i emocji (F92)*, które rozpoznano u 10 528 pacjentów (27,8%), *autyzm dziecięcy (F84.0)* – u 6842 osób (18,1%), *zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa (F93)* – u 4725 osób (12,5%) i *zespół Aspergera (F84.5)* – u 3418 osób (9,0%).

<sup>159</sup> Według danych NFZ; analizowano 457 rodzajów rozpoznań.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 10

Rodzaje schorzeń (rozpoznania główne) pacjentów leczonych w poradniach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

### Przykłady

**W Poradni Zdrowia Psychicznego w Częstochowie<sup>160</sup>** – w okresie objętym kontrolą udzielono świadczeń 5729 pacjentom małoletnim – u których najczęściej diagnozowano: *zaburzenia zachowania i emocji* (u 2205 osób, co stanowiło 38,5% pacjentów ogółem), *autyzm dziecięcy* (u 1879 osób – 32,8%), *upośledzenie umysłowe* (u 553 osób – 9,7%) i *zaburzenia nerwicowe* (u 461 osób – 8,0%).

**W Poradni Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie<sup>161</sup>** – w latach 2017–2019 (I kwartał) udzielono świadczeń 8328 pacjentom małoletnim, u których najczęściej diagnozowano *autyzm dziecięcy* (u 1153 osób – 13,8%), *zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa* (2064 pacjentów – 24,8%) i *zespół Aspergera* (u 1093 osób – 13,1%).

W okresie objętym kontrolą, w 11 poradniach-spośród 13<sup>162</sup>, wystawiono pacjentom małoletnim łącznie 655 skierowań do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych w celu dalszego leczenia i/lub diagnostyki (w kolejnych latach było to: 291, 265 i 99 skierowań), w tym pacjentom pierwszorazowym wystawiono łącznie 63 skierowania (w kolejnych latach było to: 28, 28 i siedem skierowań) w sześciu poradniach<sup>163</sup>.

W okresie objętym kontrolą, w żadnej PZP (13) nie było przypadków odmowy przyjęcia pacjenta w poradni (udzielenia świadczenia). Z tego powodu – jak wyjaśniano w toku kontroli – *nie prowadzono rejestru odmów przyjęcia pacjenta, tym bardziej, że żadne przepisy tego nie wymagają.*

Odmowa udzielenia świadczenia

<sup>160</sup> Poradnia w strukturze Wojewódzkiej Przychodni Matki, Dziecka i Młodzieży w Częstochowie.

<sup>161</sup> Poradnia funkcjonująca przy Klinicznym Regionalnym Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci i Młodzieży – zgodnie ze statutem Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

<sup>162</sup> Dwie Poradnie nie miały danych w tym zakresie.

<sup>163</sup> Pozostałe Poradnie (5) nie wystawiały skierowań pacjentom pierwszorazowym lub nie miały informacji, ile takich skierowań wystawiły tej grupie pacjentów.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tylko w jednej poradni<sup>164</sup>, wśród 13 skontrolowanych, obowiązkiem było prowadzenie *Księgi odmów porad ambulatoryjnych*, co wynikało z regulaminu organizacyjnego tej poradni (§ 16 ust. 3 pkt 2).

### Promocja i profilaktyka

Siedem poradni (spośród 13 objętych kontrolą) prowadziło profilaktykę i prewencję zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, która polegała na informowaniu rodziców o przyczynach problemów psychicznych ich dzieci oraz udzielaniu szczegółowych wytycznych odnośnie do sposobów dalszego wychowania i postępowania z dzieckiem.

Profilaktykę prowadził personel lekarsko-terapeutyczny tych poradni podczas konsultacji/sesji psychoterapii z pacjentami. Polegała ona na edukowaniu rodziców/opiekunów na temat konsekwencji ich oddziaływań na dziecko, możliwości jego niekorzystnego rozwoju emocjonalnego, czy negatywnych rokowań dla rozwoju osobowości młodego pacjenta.

Profilaktyka i prewencja zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży prowadzona była również poprzez eksponowanie w poczekalni poradni ulotek i materiałów informacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego.

W pozostałych poradniach nie prowadzono profilaktyki, ponieważ – jak wyjaśniano w toku kontroli – poradnia zajmuje się leczeniem wyraźnie identyfikowanego pacjenta, w stosunku do którego wymagane jest leczenie, a nie profilaktyka. Wskazywano, że profilaktyka nie jest objęta finansowaniem przez NFZ i powinna być prowadzona przez szkoły (pedagoga/psychologa szkolnego), poradnie psychologiczno-pedagogiczne i/lub fundacje w ramach programów finansowanych przez samorządy i Ministerstwo Zdrowia.

### Opieka czynna

W ośmiu poradniach zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stosowany był program opieki czynnej nad pacjentem z przewlekłym lub ryzykownym przebiegiem choroby, w toku którego ustalany był plan postępowania zespołu terapeutycznego, mający na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego (np. poprzez farmakoterapię, psychoterapię lub socjoterapię) oraz funkcjonowania w środowisku.

Do tego programu zaliczano również kontrolę wykonywania zaleceń lekarskich, aktywne kontakty z pacjentami/rodzinami pacjentów w przypadkach, które wg lekarza prowadzącego tego wymagały.

Opieka czynna dotyczyła pacjentów z różnymi postaciami autyzmu (jako zaburzeniem przewlekłym). Realizowana była w formie programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, który polegał na prowadzeniu stałych terapii oraz na cyklicznych wizytach kontrolnych u lekarza.

### Zespoły Opieki Środowiskowej

W żadnej spośród 13 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży nie funkcjonowały zespoły opieki środowiskowej. W toku kontroli kierownictwo poradni wyjaśniało, że NFZ nie finansuje opieki środowiskowej dla dzieci, poradnie nie realizują wizyt domowych psychiatrycznej opieki

<sup>164</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zaborze.

zdrowotnej. Brakuje także specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutów, którzy uczestniczyliby w tych zespołach.

Kierownictwo Poradni w Zielonej Górze zgłosiło<sup>165</sup>, że choć na terenie województwa lubuskiego nie funkcjonuje dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, gotowi są do zawarcia umowy dotyczącej takiej opieki<sup>166</sup>, ale NFZ nie ogłosił konkursu.

W toku kontroli szczegółowo przeanalizowano indywidualną dokumentację medyczną (*Historia zdrowia i choroby*) łącznie 718 pacjentów<sup>167</sup>, z 13 poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym 453 – pacjentów pierwszorazowych<sup>168</sup> (63,1% ogółem analizowanych).

Dokumentacja  
medyczna

Analiza wykazała, że poza pewnymi wyjątkami (przedstawionymi poniżej), dokumentacja była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w przepisach *upp* oraz rozporządzenia w sprawie *DM*.

Ustalono, że w 13 poradniach w 2017 r., w badanej dokumentacji odnotowano 5655 wizyt pacjentów, w 2018 r. – 7097 wizyt (o 1442 wizyt więcej, tj. o 25,5%), a w 2019 r. (I kwartał) – 2164 wizyty (tj. o 390 wizyt więcej niż w I kwartale 2018 r. – o 22% więcej i o 751 wizyt więcej niż w I kwartale 2017 r.).

Badanie 718 *Historii zdrowia i choroby* wykazało naruszenia przepisów rozporządzenia w sprawie *DM*:

- w 22 z nich (3,1%) – nie było daty ich założenia<sup>169</sup>;
- w 50 (7,0%), w wersji papierowej – wpisy były nieczytelne<sup>170</sup> (20 *DM* było w wersji elektronicznej)<sup>171</sup>;
- w 18 (2,5%) – nie zachowano porządku chronologicznego wpisów<sup>172</sup> (31 *DM* nie oceniono ponieważ w 11 – były tylko pojedyncze wpisy a 20 – było w wersji elektronicznej);
- w 108 (15%) – nie było numeracji stron<sup>173</sup> (w *DM* w wersji elektronicznej (20) system informatyczny nie numeruje stron);
- w 352 (49,0%) nie było wpisów o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów, konsultacji<sup>174</sup> (nie można było jednak stwierdzić, czy w ogóle nie było zleceń u tych pacjentów, czy tylko ich nie odnotowano w *DM*),
- w 37 (5,2%) – nie odnotowano wyników badań/konsultacji – w sytuacji, gdy były wpisy o ich zleceniu<sup>175</sup>;

<sup>165</sup> Poradnia w strukturze Ośrodka Profilaktyki i Pomocy Psychiatrycznej „RELACJA” sp. j.

<sup>166</sup> Skierowali pismo z 28 listopada 2018 r. do Lubuskiego OW NFZ.

<sup>167</sup> W każdej poradni analizowano dokumentację medyczną 20 pacjentów z 2017 r. (w tym co najmniej 10 pacjentów pierwszorazowych), 20 pacjentów z roku 2018 (w tym co najmniej 10 pierwszorazowych) oraz 15 pacjentów (w tym pięciu – pierwszorazowych), którzy zgłosili się do poradni do 31 marca 2019 r.

<sup>168</sup> Pacjent pierwszorazowy – to osoba zgłaszająca się z danym problemem medycznym po raz pierwszy, nie będąca w planie leczenia w ramach danej komórki organizacyjnej czy świadczenia.

<sup>169</sup> § 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie *DM*.

<sup>170</sup> Za wpis nieczytelny – uznano ten, którego nie mógł odczytać personel medyczny Poradni.

<sup>171</sup> § 4 rozporządzenia w sprawie *DM*.

<sup>172</sup> § 4 j.w.

<sup>173</sup> § 5 j.w.

<sup>174</sup> § 41 ust. 4 pkt 4 rozporządzenia w sprawie *DM*.

<sup>175</sup> § 41 ust. 4 pkt 6 j.w.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w 129 (18%) – były adnotacje o pobycie pacjenta w szpitalu<sup>176</sup> (w pozostałych 589 DM – brak jakiegokolwiek informacji na ten temat, co nie oznacza, że pacjent nie był hospitalizowany);
- w 415 DM (57,8%) – brak adnotacji dotyczącej obciążeń dziedzicznych<sup>177</sup> pacjenta związanych z zaburzeniami psychicznymi (nie było obciążeń, bądź ich nie wpisano w DM);
- w 232 DM (32,3%) – nie było opisu badania przedmiotowego<sup>178</sup>.

Analiza 453 DM pacjentów pierwszorazowych wykazała, że:

- tylko w 16 (3,5%) – był wpis, że pacjent został skierowany do szpitala by ustalić rozpoznanie, ale tylko w 10 przypadkach poradnie miały informacje, że ci pacjenci zostali hospitalizowani bez czekania w kolejce (mając na uwadze jak najszybsze zdiagnozowanie pacjenta i rozpoczęcie leczenia); w pozostałych sześciu przypadkach, poradnie nie miały informacji na ten temat – bo jak wyjaśniano w toku kontroli – nie widziano potrzeby, by mieć taką wiedzę.

W sześciu poradniach (spośród 13 skontrolowanych) lekarze kierowali pacjentów pierwszorazowych na hospitalizację, by ustalić rozpoznanie<sup>179</sup>.

Analiza indywidualnej DM pacjentów wykazała, że nie wszystkie udzielone im świadczenia były wpisane do ich DM.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie** – badanie wybranej dokumentacji medycznej wykazało różnicę pomiędzy ilością wpisów dotyczących wizyt, które zostały rozliczone przez NFZ w latach 2017–2018, a ilością wpisów dokumentujących faktycznie udzielone świadczenia.

Dla wybranej próby 55 dokumentacji medycznej ustalono, że w roku 2017 do rozliczenia przedstawiono 621 świadczeń medycznych, a w dokumentacji medycznej udokumentowano jedynie 392 takie świadczenia (brak wpisów 229 świadczeń). W roku 2018 rozliczono 556 świadczeń, a do DM wpisano 409 świadczeń (brak wpisów 147 świadczeń).

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zaborze** – w indywidualnej dokumentacji medycznej 15 pacjentów nie odnotowano 51 porad ambulatoryjnych, które zostały przedstawione do rozliczenia i sfinansowane przez NFZ na łączną kwotę 8 274,75 zł, w szczególności w karcie u jednego pacjenta nie zamieszczono żadnego wpisu, a do rozliczenia przedstawiono 14 produktów rozliczeniowych. Kierownik Poradni wyjaśniła, że *przyczyną braku wpisów w karcie historii choroby były inne nagłe i pilne działania interwencyjne wobec pacjentów.*

Zauważyć należy, że zgodnie z § 13 zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (nr 56/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r. i nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r.) wynika, że w ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz,

<sup>176</sup> § 41 ust. 3 pkt 3 j.w.

<sup>177</sup> § 41 ust. 3 pkt 7 j.w.

<sup>178</sup> § 41 ust. 4 pkt 2 j.w.

<sup>179</sup> W Poradni w Olsztynie, Opolu, Zaborze, Warszawie, Rzeszowie i Kędzierzynie-Koźlu.



dotatkowo do prowadzenia dokumentacji zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych zarządzeniach.

### **5.3.3. Współpraca Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) z innymi jednostkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz jednostkami pomocy społecznej**

W okresie objętym kontrolą, poradnie dla wspierania rozwoju pacjentów i zapewnienia im kompleksowej opieki podejmowały współpracę z: placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalami, placówkami sprawującymi opiekę nad dzieckiem (domy dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawcze), sądami, placówkami oświatowymi, placówkami pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej (oddziały dzienne), ośrodkami pomocy społecznej.

Współpraca poradni z innymi podmiotami

Współpraca PZP z lekarzami POZ polegała na przyjmowaniu pacjentów kierowanych przez lekarzy POZ na konsultacje, diagnostykę lub leczenie i w zależności od potrzeb ustalany był dalszy tok postępowania (terapii). Po diagnostyce i leczeniu tacy pacjenci kierowani byli do POZ do dalszego leczenia lub pozostawali pacjentami PZP.

Często lekarze PZP telefonicznie konsultowali się z POZ, np. w nagłych przypadkach. Jeśli nie było możliwe rozwiązanie problemu telefonicznie, pacjent przyjmowany był w poradni w trybie zależnym od jego stanu klinicznego.

Współpraca z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej polegała również na kierowaniu do nich pacjentów z grupy ryzyka chorób somatycznych – na diagnostykę czy ewentualne leczenie, bądź na okresową kontrolę stanu somatycznego w przypadku zgłaszanych skarg w wywiadzie, czy odchyłeń w badaniu.

Współpraca poradni ze szpitalami psychiatrycznymi bądź ośrodkami psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej polegała na kierowaniu w uzasadnionych przypadkach pacjentów na leczenie szpitalne oraz realizowaniu zaleceń poszpitalnych w trakcie kontynuacji leczenia, udostępnianiu dokumentacji medycznej, wystawianiu zaświadczeń, opinii zaleconego leczenia.

Poradnie zdrowia psychicznego, na ogół współpracowały z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Współpraca polegała na wymianie wyników badań psychologicznych, wypełnianiu wniosków na różne formy kształcenia i sugestii dotyczących pomocy dziecku w szkole. Wymiana ta odbywała się poprzez przekazywanie zaświadczeń przez rodziców.

W okresie objętym kontrolą terapeuci z poradni byli zapraszani na rady pedagogiczne do szkół z wykładami przybliżającymi problematykę i potrzeby dzieci z autyzmem. Za zgodą rodziców udzielali informacji o funkcjonowaniu dziecka nauczycielom lub osobom sprawującym nad dzieckiem opiekę w szkole (np. nauczycielom wspomagającym).

Natomiast współpraca z jednostkami pomocy społecznej polegała m.in. na przyjmowaniu pacjentów z zaleceniem konsultacji, a także udostępnianiu na ich prośbę dokumentacji medycznej podopiecznym MOPS, udzielaniu wsparcia małoletnim i ich rodzicom/opiekunom, w postaci

sporządzania zaświadczeń dotyczących dzieci (wnioski na specjalistyczne usługi opiekuńcze, zalecenia dotyczące pomocy dzieciom w rodzinie, poświadczanie zaświadczeń o kontynuowaniu leczenia w poradni, wypisywanie wniosków o zasiłek pielęgnacyjny, ewentualnie wniosków o rentę dla osób, które ukończyły 16 lat). Poradnie udzielały również odpowiedzi na pytania jednostek pomocy społecznej oraz udzielały wszelkich informacji tym jednostkom mając na celu wspomaganie pacjentów. Najczęstszą przyczyną kontaktu poradni z pracownikiem socjalnym było podejrzenie nieprawidłowości w opiece nad małoletnim pacjentem w środowisku rodzinnym. Nawiązywano kontakt z placówkami opieki społecznej i przekazywano uzyskane informacje o podjętych działaniach lekarzowi prowadzącemu.

Poradnie współpracowały również ze wszystkimi instytucjami, które sprawują opiekę nad pacjentem, organizując spotkania interdyscyplinarne.

Poradnie<sup>180</sup> nie przedstawiły dokumentacji potwierdzającej opisane formy współpracy ponieważ jej nie prowadzą. Jedyną formą udokumentowanej współpracy są wydane zaświadczenia, opinie – ale ich liczba też nie jest znana, ponieważ nie prowadzi się ich ewidencji; są one wystawiane bezpośrednio w trakcie wizyty pacjenta i przekazywane rodzicom/opiekunom.

### 5.3.4. Finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej

#### Finansowanie poradni

W okresie objętym kontrolą, poradnie udzielały świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie umów zawartych z OW NFZ na terenie, którego były zlokalizowane<sup>181</sup>.

Wartość zakontraktowanych świadczeń finansowanych ze środków NFZ wynosiła łącznie w 13 poradniach objętych kontrolą: w 2017 r. – 3 698 226 zł, w 2018 r. – 3 892 036 zł, a w 2019 r. (I kwartał) – 1 035 999 zł.

Wartość wykonanych świadczeń finansowanych ze środków NFZ wyniosła: w 2017 r. – 3 869 283 zł, w 2018 r. – 4 243 137 zł, a w 2019 r. (I kwartał) – 1 037 199 zł.

Z powyższego wynika, że wartość nadwykonań w poszczególnych latach wynosiła: w 2017 r. – 171 057 zł (4,6% wartości ogółem zakontraktowanych świadczeń), w 2018 r. – 351 101 zł (9,0% wartości ogółem zakontraktowanych świadczeń) a w 2019 r. (I kwartał) – 1200zł (0,1%)

Wartość punktu stanowiąca podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy była zróżnicowana w poszczególnych poradniach objętych kontrolą; – w trzech poradniach – wynosiła 8,7–8,9 zł (umowy zawarte były z Podkarpackim OW NFZ).

– w ośmiu poradniach wynosiła 9,0–9,8 zł, (jedna umowa zawarta z Mazowieckim OW NFZ, dwie umowy – z Opolskim OW NFZ, dwie umowy – ze Śląskim OW NFZ i trzy umowy – z Warmińsko-Mazurskim OW NFZ);

<sup>180</sup> Za wyjątkiem Poradni w Zaborze.

<sup>181</sup> Umowy OW NFZ zawarte były z kierownictwem podmiotów leczniczych w strukturze których funkcjonowały te Poradnie. W dalszej części informacji, ustalenia dotyczące finansowania świadczeń będą odnosiły się bezpośrednio do danej Poradni.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w dwóch poradniach wynosiła 12,50 zł (dwie umowy zawarte z Lubuskim OW NFZ).

W sześciu poradniach nie prowadzono ewidencji analitycznej kosztów poszczególnych świadczeń zdrowotnych (poradnie nie ustalały, nie rejestrowały i nie analizowały jednostkowych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych).

W 11 poradniach (spośród 13 skontrolowanych), kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach umów zawartych z OW NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą, pokrywały koszty ich udzielania (w tym w dwóch poradniach – na granicy opłacalności), a tym samym nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów, spowodowane brakiem środków finansowych.

Natomiast ograniczenia w udzielaniu świadczeń występowały w dwóch poradniach, w których cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 12,50 zł.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Giżycku** – Poradnia nie prowadziła ewidencji analitycznej kosztów dla poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Koszty wszystkich kontraktów NFZ księgowane były na wydzielonym koncie kosztowym 5020–02 *Koszty kontraktów Narodowy Fundusz Zdrowia*.

Jak wyjaśniła główna księgowa: *na koniec każdego roku obrotowego, na podstawie klucza podziałowego dla kosztów pośrednich oraz danych z kontraktów NFZ, przeprowadzana była analiza kosztowa poszczególnych poradni. Natomiast koszt jednostkowy usług świadczonych przez Poradnię zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży kalkulowany jest przy składaniu ofert do NFZ.*

Relacja stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej przez NFZ do rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych przez Poradnię zależała od rodzaju świadczenia.

W latach 2017–2019 (I kwartał) kwota przekazywana przez NFZ na finansowanie porad lekarskich (diagnostycznych, terapeutycznych i kontrolnych) pokrywała od 68,2% do 79,2% poniesionych kosztów.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Kędzierzynie-Koźlu** – w Poradni nie ustalono, nie rejestrowano ani też nie analizowano jednostkowych kosztów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – brak było danych umożliwiających ustalenie relacji pomiędzy przyjętą przez Opolski OW NFZ stawką za 1 pkt rozliczeniowy (9,0 zł) a rzeczywistym kosztem świadczenia opieki zdrowotnej. Pomimo tego, Prezes Spółki wyjaśnił, że: *kwota kontraktu zawartego z Opolskim OW NFZ na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. zakresie pokrywa koszty na granicy opłacalności.*

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zaborze**<sup>182</sup> – wartość punktu stanowiącego podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy wynosiła w okresie objętym kontrolą 12,50 zł.

Poradnia nie ustalała, nie rejestrowała i nie analizowała jednostkowych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jak wyjaśniła główna księgowa: *przyczyną tej sytuacji jest niewielki udział w kosztach jednostki (Centrum), stanowiący ok 2%. Analizowane są jedynie koszty całkowite PZP, które co prawda nie są bilansowane przychodami, to jednak ze względu na istotną rolę Poradni*

<sup>182</sup> Poradnia w strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, dalej Centrum.

*dla Centrum, muszą być ponoszone na poziomie zapewniającym jej prawidłowe funkcjonowanie. Jednostka finansuje działalność PZP z puli wszystkich środków z kontraktu z NFZ.*

W toku kontroli uzasadniano, że kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą, nie pokrywały kosztów ich udzielania.

Według p.o. Kierownik Poradni: *wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń zdrowotnych oraz metod terapeutycznych dla pacjentów, spowodowane brakiem środków finansowych. Z powodu niezadowolenia z wynagrodzeń i związanych z tym konfliktów od marca 2018 r. wypowiedziało pracę 5 lekarzy oraz jeden psychoterapeuta. Brak pracowników powoduje niemożność wykonania zakontraktowanych świadczeń, co jeszcze pogarsza sytuację.*

W 2017 r. wartość wykonanych świadczeń stanowiła 97,4% wartości świadczeń zakontraktowanych, w 2018 r. – 94,0%, a w 2019 r. (I kwartał) – 84,1%.

Na wniosek Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum udostępniło dane za rok 2018 niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży. Według tych danych, koszty całkowite<sup>183</sup> świadczeń realizowanych przez Poradnię wyniosły 133 631,94 zł, co daje jednostkowy koszt udzielanych świadczeń w wysokości 15,88 zł, tj. 127% wartości stawki jednostki rozliczeniowej wynikającej z umowy z LOW NFZ.

Tym samym relacja stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej przez NFZ na poziomie 12,50 zł nie pokrywała rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych przez Poradnię (pokrywały je stawki na poziomie 15,50–15,88 zł<sup>184</sup>).

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zielonej Górze<sup>185</sup>** – wartość punktu stanowiącego podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy w całym okresie objętym kontrolą wynosiła 12,50zł.

Ośrodek nie ustalał dla Poradni jednostkowych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednakże na zlecenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji udostępnił wymagane wnioskiem dane za rok 2018 niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży. Według tych danych, koszty całkowite<sup>186</sup> świadczeń realizowanych przez Poradnię wyniosły 455,0 tys. zł, co przy 42 139 zrealizowanych jednostkach rozliczeniowych w ciągu roku dało jednostkowy koszt udzielanych świadczeń w wysokości 10,80 zł, tj. 86% wartości stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej w umowie z LOW NFZ.

Kierownik Ośrodka wskazała, że: *[...] wypracowany zysk przeznaczony jest jako rezerwa na wynagrodzenia personelu medycznego na kolejne okresy... Wypracowane na takim poziomie zyski nie są wystarczające na pokrycie zobowiązań w poradni dla dzieci i są finansowane z innych zakresów (bilansują się z zyskami wypracowanymi w ramach Poradni Psychologicznej i Zespołów Leczenia Środowiskowego).*

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie<sup>187</sup>** – w 2017 r. wartość jednostki rozliczeniowej, ustalonej przez NFZ (1 punktu) wynosiła 8,70 zł, a rze-

<sup>183</sup> Koszty leków i wyrobów medycznych, koszty procedur, koszty zarządu, koszty personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę, koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilnoprawnych, kontraktów itp., transport medyczny i pozostałe koszty.

<sup>184</sup> 15,50 zł w 2017 r., 15,88 zł w 2018 r. i 15,56 zł w I kwartale 2019 r.

<sup>185</sup> Poradnia w strukturze Ośrodka Profilaktyki i Pomocy Psychiatrycznej „RELACJA” Renadiusz Petela i Michał Barszczewski sp. j. (dalej „Ośrodek”).

<sup>186</sup> Koszty leków i wyrobów medycznych, koszty procedur, koszty zarządu, koszty personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę, koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilnoprawnych, kontraktów itp., transport medyczny i pozostałe koszty.

<sup>187</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

czywisty koszt jednostki świadczeń realizowanych przez Poradnię (1 punktu) wyniósł 6,34 zł.

W 2018 r. – wartość jednostki rozliczeniowej wynosiła 8,70–8,90 zł, a rzeczywisty koszt – wyniósł 7,02 zł.

W latach 2017–2018 kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w PZP w ramach zawartych umów z NFZ pokrywały koszty ich udzielania i nie występowały ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów spowodowane brakiem środków finansowych. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że *PZP ustala, rejestruje i analizuje jednostkowe koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych, gdyż w sekcji Inwestycji, Projektów Unijnych i Analiz Finansowych Działu Ekonomiczno-Finansowego są rejestrowane i analizowane comiesięczne raporty z ponoszonych kosztów bezpośrednich, pośrednich, procedur i zarządu oraz wypracowanych przychodów PZP.*

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie**<sup>188</sup> – w okresie 2017 r. do 30 czerwca 2018 r. wartość 1 punktu wynosiła 8,70 zł, a od lipca 2018 r. do 31 marca 2019 r. – 8,90 zł.

Kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach umów z POW NFZ, w okresie objętym kontrolą, pokrywały koszty ich udzielania. Łącznie, w okresie objętym kontrolą, przychody z tego tytułu wyniosły 1 098 655,41 zł (w tym: 446 624,25 zł w 2017 r., 564 243,07 zł. w 2018 r., 87 788,09 zł w I kwartale 2019 r.). Zysk w tym okresie wyniósł łącznie 233 411,85 zł.

Relacja stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej przez POW NFZ, a rzeczywistymi kosztami świadczeń realizowanych przez Poradnię wyniosła w 2017 r. 1,28; w I półroczu 2018 r. 1,21; w II półroczu 2018 r. 1,23; a w I kwartale 2019 r. 1,50.

Dyrektor wyjaśnił, że: koszty ustalane są na podstawie szczegółowych zasad rachunku kosztów ZOZ. Kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach umów zawartych z POW NFZ, w latach objętych kontrolą, pokrywały koszty ich udzielania.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Katowicach** – wartość punktu stanowiącego podstawę do ogólnej wartości umowy wyniosła 9,80 zł i była stała w całym okresie objętym kontrolą. Poradnia ustalała, rejestrowała i analizowała jednostkowe koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych. Relacja stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej przez ŚOW NFZ do rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych przez Poradnię wynosiła w kolejnych latach objętych kontrolą: 1,04 (9,80/9,39 zł), 1,10 (9,80/8,83 zł) i 1,03 (9,80/9,46 zł).

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Warszawie**<sup>189</sup> – cena jednego punktu była stała w całym okresie objętym kontrolą i wynosiła 9,0 zł. Według Poradni, średni koszt jednego punktu wynosił w 2017 r. – 14,49 zł, w 2018 r. – 13,87 zł a w 2019 r. – 11,04 zł.

W okresie objętym kontrolą, w Poradni nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji świadczeń dla pacjentów spowodowane brakiem środków finansowych. Dyrektor SP ZOZ wyjaśniła, że *w psychiatrii dziecięcej dodatkowym problemem jest wysoka niezgłaszalność się pacjentów, która w naszej Poradni wynosi blisko 1/3 umówionych na wizytę dzieci. W tym czasie ponosimy duże koszty wynagrodzeń pracowników będących w gotowości do realizacji świadczeń, a nie uzyskujemy przychodów, skutkiem tego jest ponad 85% udział kosz-*

<sup>188</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze Zespołu Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie.

<sup>189</sup> Poradnia Zdrowia psychicznego w strukturze samodzielnego Publicznego zakładu opieki zdrowotnej Warszawa-Wola – Śródmieście.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

*tów wynagrodzeń lekarzy i psychologów w przychodach ogółem. Po dodaniu kosztów wynagrodzeń pracowników pomocniczych (pielęgniarek, pracowników biura obsługi pacjenta) już sama suma kosztów osobowych znacznie przewyższa kwotę uzyskiwanych przychodów.*

Na problem niezgłaszania się pacjentów zwracał również uwagę Dyrektor **Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu**, w którego strukturze funkcjonuje Poradnia Zdrowia Psychicznego. Stwierdził, że *jedną z przyczyn niezrealizowania kontraktu jest fakt, że pacjenci nie zgłaszają się na umówione wizyty, np.: dzisiaj (tj. w dniu kontroli) na ośmiu zarejestrowanych jedynie czterech potwierdziło wizytę i nie ma możliwości, aby dziś zaprosić innych pacjentów.*

W okresie objętym kontrolą, tylko na jedną poradnię (spośród 13 skontrolowanych) NFZ nałożył karę umowną związaną z realizacją umów o udzielanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej nieletnim.

### Przykłady

**Poradnia Zdrowia Psychicznego w Żurawicy** – w związku z kontrolą NFZ (wystąpienie pokontrolne z dnia 12 czerwca 2017 r.) za okres styczeń – kwiecień 2017 r. nałożono karę w wysokości 358,14 zł za: *rozliczenie świadczeń zdrowotnych nie spełniających kryteria definicji określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej*. Równocześnie NFZ zobowiązał Poradnię do kompleksowego realizowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, rozszerzenia godzin pracy specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologa/psychoterapeuty.

W związku z kontrolą NIK, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży nie zawsze pokrywają koszty rzeczywiste danej porady realizowanej w poradni. W okresie objętym kontrolą wyższe rzeczywiste koszty występowały przy udzielaniu porad: lekarskiej diagnostycznej, lekarskiej terapeutycznej, kontrolnej, psychologicznej oraz sesji psychoterapii indywidualnej. Procent finansowania w 2017 r. i 2018 r. świadczeń realizowanych (niedofinansowanych) w poradni wynosił średnio 63%, w 2019 r. osiągnął poziom 60%. W okresie objętym kontrolą największe niedoszacowanie występowało na poradach lekarskiej terapeutycznej i kontrolnej.*

### 5.3.5. Warunki lokalowe i stan techniczny poradni zdrowia psychicznego

#### Warunki lokalowe i stan techniczny poradni

Warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń, wykorzystywanych na potrzeby leczenia (udzielania świadczeń) w poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach rozporządzenia w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>190</sup> (co potwierdziły oględziny przeprowadzone w toku kontroli NIK).

<sup>190</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r. poz. 739) i rozporządzenie z dnia 26 marca 2019 r. wydane w tej samej sprawie (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

### 5.3.6. Nadzór i kontrola działalności poradni

W okresie objętym kontrolą, tylko jedna (spośród 13 skontrolowanych) PZP<sup>191</sup> była przedmiotem kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości w funkcjonowaniu Poradni; sformułowano natomiast wniosek o rozszerzenie zakresu działalności Spółki o *Oddział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży* oraz o *Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia dla Dzieci i Młodzieży*. Wniosek nie został zrealizowany, z powodu – jak wyjaśniał Prezes Spółki – *braku dostępności lekarzy – specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży*.

Nadzór i kontrola Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

OW NFZ przeprowadziły tylko trzy kontrole w trzech PZP<sup>192</sup> (spośród 13 skontrolowanych) i jedną kontrolę sprawdzającą<sup>193</sup> (*zgodność realizacji świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z warunkami umowy*) w trakcie trwania kontroli NIK.

Nadzór i kontrole OW NFZ

Kontrole OW NFZ wykazały nieprawidłowości w działalności PZP.

#### Przykłady

**PSONI** – kontrola W-M OW NFZ przeprowadzona w 2018 r. (obejmowała sprawdzenie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych) wykazała następujące nieprawidłowości:

- rozbieżność pomiędzy danymi dotyczącymi udzielanych świadczeń w raportach statystycznych i w dokumentacji medycznej oraz nieprecyzyjne opisy udzielonych produktów rozliczeniowych, co skutkowało zakwestionowaniem świadczeń opieki zdrowotnej o wartości 725,22 zł;
- niezgodność dostępności godzinowej lekarza psychiatry określonej w umowie z danymi przekazywanymi w raportach statystycznych;
- niepełną informację dla świadczeniobiorców – podanie na tablicy informacyjnej niezgodnego ze stanem faktycznym harmonogramu wykonywania świadczeń przez lekarza.

W okresie objętym kontrolą na świadczeniodawcę nałożono również karę w wysokości 4690,80 zł (co stanowiło 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie) za udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową<sup>194</sup>. W piśmie z 17 października 2017 r. nakładającym karę umowną wskazano, że świadczeniodawca nie zapewnił dostępności świadczeń zgodnie z harmonogramem. Liczba godzin pracy lekarzy w okresie od stycznia do września 2017 r. była niższa niż określona w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”.

<sup>191</sup> W NZOZ „SENSIMED” Spółka z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu; zwana dalej „SENSIMED” lub „Spółką”.

<sup>192</sup> - W Polskim Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intellektualną w Giżycku; zwane dalej “PSONI”;

- W Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie; zwana dalej „PZP w Szpitalu Klinicznym”;

- W Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Eugeniusza Brzezieckiego w Żurawicy; zwana dalej „PZP w Szpitalu Podkarpackim”.

<sup>193</sup> W Zespole Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie; kontrola POW NFZ zakończyła się 19.06.2019 r. i do dnia zakończenia kontroli NIK, tj. do 25.06.2019 r. nie przedstawiono dokumentu pokontrolnego.

<sup>194</sup> Tj. zasadami i warunkami określonymi w zarządzeniu nr 56/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 28 czerwca 2016 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ze zm.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**PZP w Szpitalu Klinicznym** – kontrola POW NFZ dotyczyła *sprawdzenia zgodności realizacji świadczeń z warunkami umowy* (nr 0901004604201801LG oraz 0901004604201901) w rodzaju *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie: świadczenia ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami*.

W wyniku kontroli POW NFZ sformułował trzynaście zaleceń, które między innymi dotyczyły:

- prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami wynikającymi z § 4 ust. 1, § 10 ust. 1 pkt 3, § 10 ust. 4-6 rozporządzenia w sprawie DM;
- rozliczania świadczeń zdrowotnych faktycznie wykonanych i wpisanych do dokumentacji medycznej zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM;
- realizacji świadczeń przez osoby zgłoszone w załączniku nr 2 do umowy 0901004604201901 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w podanym wymiarze czasu pracy w kontrolowanej poradni oraz bieżącej aktualizacji zaistniałych zmian harmonogramu, a także przestrzegania postanowień:
  - § 6 ust. 1-3, § 9 ust. 1, § 10 ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - § 2 pkt 1-2 i 9-10 obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W związku z kontrolą na Szpital nałożona została kara umowna w wysokości 1073,34 zł za realizację świadczeń zdrowotnych, które nie spełniały wszystkich wymaganych cech określonych załącznikiem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

**PZP w Szpitalu Podkarpackim.** Kontrola POW NFZ dotyczyła *sprawdzenia warunków wymaganych dotyczących czasu pracy personelu i wymaganych kwalifikacji na oddziałach stacjonarnych, izbie przyjęć oraz w poradni, dostępności do świadczeń, sposobu rozliczania świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych*. W wyniku kontroli zobowiązano świadczeniodawcę, w odniesieniu do PZP do:

- prowadzenia dokumentacji i rozliczania świadczeń zdrowotnych spełniających kryteria definicji określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- udzielania świadczeń przez osoby zgłoszone w załączniku nr 2 do umowy w podanym wymiarze czasu,
- kompleksowego realizowania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- rozszerzenia godzin pracy specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologa/psychoterapeuty.

Poradnie kontrolowane były również przez stacje sanitarno-epidemiologiczne pod względem spełniania warunków sanitarno-epidemiologicznych (sześć PZP spośród 13) i przez inne organy (cztery PZP spośród 13), np. j.s.t. (trzy PZP), urząd wojewódzki (jedna PZP). Żadna z tych kontroli nie wykazała nieprawidłowości w organizacji i funkcjonowaniu PZP.



### 5.3.7. Skargi na udzielanie osobom małoletnim świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Skargi

W okresie objętym kontrolą do dwóch Poradni (spośród 13 skontrolowanych) wpłynęły trzy skargi na funkcjonowanie PZP.

Dwie skargi dotyczyły Poradni w SP ZOZ Warszawa – Wola-Śródmieście (jedna – dotyczyła odmowy wydania przez lekarza zaświadczenia dla poradni pedagogicznej w celu przyznania dziecku nauczania indywidualnego, a druga – opóźnienia rozpoczęcia wizyty, niekompetencji lekarza, nieinformowania rodzica o przebiegu leczenia i potrzeby zmiany lekarza); obie uznano za niezasadne<sup>195</sup>.

Jedna skarga dotyczyła działalności Poradni funkcjonującej w strukturze organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu (dotyczyła sposobu organizacji świadczeń w Poradni, tj. zbyt długiego czasu oczekiwania na wizytę, braku miejsca zabaw dla dzieci oraz lokalizacji Poradni w bezpośrednim sąsiedztwie oddziału psychiatrii dla dorosłych o wzmożonym nadzorze). Dyrektor szpitala uznał skargę w części za zasadną i poinformował skarżącego na piśmie o przyczynach opóźnień w przyjmowaniu pacjentów, lokalizacji Poradni oraz zobowiązał się do zorganizowania miejsca zabaw dla dzieci. Zobowiązanie to zostało zrealizowane, a w celu skrócenia czasu oczekiwania na wizytę wprowadzono system umawiania pacjentów na godziny.

Tylko w jednym podmiocie<sup>196</sup> (spośród 13 badanych udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym) nie prowadzono rejestru skarg i jak wyjaśniono w toku kontroli – nie było skarg na działalność tej poradni.

<sup>195</sup> Sposób załatwienia skarg był zgodny z zarządzeniem nr 10/2016 określającym zasady dotyczące przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków.

<sup>196</sup> Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną w Giżycku.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

**Cel główny kontroli** Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy dzieciom i młodzieży zapewniono dostęp do leczenia psychiatrycznego?

**Cele szczegółowe** Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

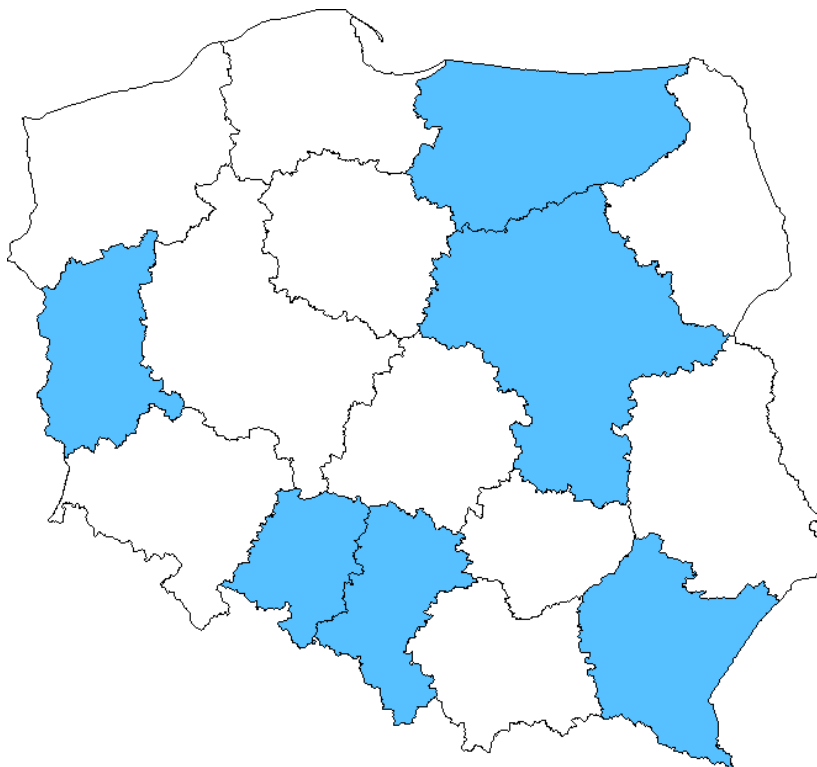
1. Czy system diagnozowania i leczenia dzieci i młodzieży zapewnia dostęp do leczenia psychiatrycznego?
2. Czy wdrażany jest model leczenia środowiskowego, jako najbardziej pożądany dla tej populacji?
3. Czy stworzono rozwiązania prawne i organizacyjne umożliwiające przygotowanie odpowiedniej liczby specjalistów w zakresie psychiatrii dziecięcej?
4. Czy organy władzy publicznej realizują zadania w zakresie profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży?

**Zakres podmiotowy** Kontrolą objęto 23 jednostki, w tym: Ministerstwo Zdrowia oraz dziewięć podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i 13 – udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) przeprowadził kontrolę w Ministerstwie Zdrowia i dwóch podmiotach leczniczych, a pięć jednostek organizacyjnych NIK (tj. LKA, LOL, LOP, LRZ, LZG) w 20 podmiotach leczniczych (po cztery każda z nich).

Rysunek nr 6

Województwa, na terenie których przeprowadzono kontrole



Źródło: opracowanie własne NIK.

W Ministerstwie Zdrowia – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Kryteria kontroli

W podmiotach leczniczych:

- których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- których podmiotem właścicielskim (100% udziałów) jest jednostka samorządu terytorialnego oraz w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności;
- których podmiotem tworzącym są osoby prywatne – art. 2 ust. 3 pkt 6 ustawy o NIK, z uwzględnieniem art. 5 ust. 3 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności i gospodarności.

Kontrolą objęto lata 2017–2019 (I półrocze).

Okres objęty kontrolą

Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od dnia 9 maja 2019 r. do dnia 30 sierpnia 2019 r.

W ramach przygotowania przedkontrolnego w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o NIK, uzyskano z NFZ informacje/wykaz świadczeń udzielonych pacjentom do 18. roku życia w rodzaju 04 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w poszczególnych latach 2017–2018 (dotyczących całego kraju).

W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK, uzyskano informacje od:

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

**Ministra Edukacji Narodowej** na temat:

- dostępności opieki pedagogicznej i psychologicznej w poszczególnych rodzajach szkół,
- współpracy szkół z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- podejmowania działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;

**Ministra Sprawiedliwości** na temat wyników kontroli/wizytacji prowadzonych przez sędziów w szpitalach w związku z hospitalizacją małoletnich z zaburzeniami psychicznymi;

**Komendanta Głównego Policji** na temat liczby, ustalonych przyczyn i sposobu dokonania zamachów samobójczych, w tym zakończonych zgonem;

**Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Dziecka** – ocenę funkcjonowania opieki psychiatrycznej małoletnich (uwzględniającą takie kwestie jak: dostępność świadczeń udzielonych w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, warunki udzielania świadczeń w trybie stacjonarnym, przestrzeganie praw pacjenta, skargi na dostępność i leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży);

### Pozostałe informacje

#### **Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży**

– na temat uregulowań dotyczących udzielania dzieciom do lat 7 świadczeń psychiatrycznych w warunkach stacjonarnych oraz stanu obecnie funkcjonującego systemu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą do 18 r.ż.;

**Prezesa NFZ** – na temat uregulowań dotyczących udzielania dzieciom do lat 7 świadczeń psychiatrycznych stacjonarnych oraz liczby i lokalizacji szpitali, w których udzielane są małoletnim świadczenia z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Kontrola pt. *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży* (P/19/059) została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziła ją kontrola doraźna pt. *Funkcjonowanie leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży* (nr R/18/004) przeprowadzona w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Wybór jednostek do kontroli wynikał z realizacji ich zadań:

- Ministerstwo Zdrowia – odpowiedzialne za kreowanie polityki zdrowotnej i realizację celów zawartych w NPZ dotyczących badanego obszaru,
- podmioty lecznicze – leczące pacjentów w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży (szpitale z oddziałami psychiatrii dziecięcej – udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym oraz podmioty, które świadczą usługi w trybie ambulatoryjnym).

Wyniki kontroli przedstawiono w 23 wystąpieniach pokontrolnych.

Minister Zdrowia złożył zastrzeżenie (jedno) do wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenie zostało rozpatrzone przez Kolegium NIK i oddalone w całości.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że zrealizowano 24 wnioski (61,5 %), 14 – jest w trakcie realizacji (35,9%) i jeden – jest niezrealizowany (2,6%)<sup>197</sup>.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym wyniosły 16 266,60 zł i stanowiły nienależnie uzyskane środki finansowe. W wyniku kontroli zostały one zwrócone, co pozwala na zakwalifikowanie ich jako korzyści finansowych.

<sup>197</sup> Według stanu na 24.01.2020 r.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Uwagi (tryb udzielanych świadczeń)
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 5 00-952 Warszawa	Łukasz Szumowski Minister Zdrowia	-
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Wola -Śródmieście ul. E. Ciołka 11, 01-445 Warszawa	Lucyna Kasprowicz Dyrektor	ambulatoryjny
		Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o. Zagórze, 05-462 Wiązowna	Michał Stelmański Prezes Zarządu	stacjonarny
2.	Delegatura NIK w Katowicach	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice	Grzegorz Nowaczyński Dyrektor	ambulatoryjny
		Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej Nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą, ul. Jana III Sobieskiego 7A, 42-200 Częstochowa	Małgorzata Lemańska Dyrektor	ambulatoryjny
		Wojewódzki Szpital Neuropsychiatrii im. dr. Emila Cyrana w Lubińcu, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec	Beata Musialik Dyrektor	stacjonarny
		Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej, ul. Jana III Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała	Ryszard Odrzywołek Dyrektor	stacjonarny

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Uwagi (tryb udzielanych świadczeń)
3.	Delegatura NIK w Olsztynie	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, Aleja Wojska Polskiego 35, 10-228 Olsztyn	Jan Citko Dyrektor	ambulatoryjny
		Wojewódzki Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Pisz ul. Henryka Sienkiewicza 2, 12-200 Pisz	Marek Skarzyński Dyrektor	ambulatoryjny
		Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Giżycku, ul. Dąbrowskiego 15, 11-500 Giżycko	Jadwiga Muczyń Przewodnicząca	ambulatoryjny
		Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, Aleja Wojska Polskiego 35, 10-228 Olsztyn	Jan Citko Dyrektor	stacjonarny
4.	Delegatura NIK w Opolu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole	Krzysztof Nazimek Dyrektor	ambulatoryjny
		NZOZ „SENSIMED” sp. z o.o. ul. Doktora Judyma 4, 47-220 Kędzierzyn-Koźle	Teresa Milczarek Prezes	ambulatoryjny
		Specjalistyczny Szpital im. ks. biskupa Józefa Nathana w Branicach, ul. Szpitalna 18, 48-140 Branice	Krzysztof Nazimek Dyrektor	stacjonarny
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu, ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole	Krzysztof Nazimek Dyrektor	stacjonarny

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadza jąca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Uwagi (tryb udzielanych świadczeń)
5.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2, ul. A. Fredry 9, 35-005 Rzeszów	Aleksander Panek Dyrektor	ambulatoryjny
		Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów	Krzysztof Bałata Dyrektor	ambulatoryjny
		Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy, ul. Różana 9, 37-710 Żurawica	Barbara Stawarz Dyrektor	ambulatoryjny
		Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Łukasz Wais Prezes Zarządu	stacjonarny
6.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Ośrodek Profilaktyki i Pomocy Psychiatrycznej „RELACJA” Renadiusz Petela, Michał Barszczewski sp J., ul. Nowa 2A, 65-339 Zielona Góra	Renadiusz Petela, Michał Barszczewski Wspólnicy reprezentujący Spółkę	ambulatoryjny
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze. Poradnia Zdrowia Psychicznego ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór	Andrzej Żywień Dyrektor	ambulatoryjny
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu, ul. Cibórz 5, 66-213 Skąpe	Beata Sudnik - Kotus Dyrektor	stacjonarny
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, Szpital Psychiatryczny ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór	Andrzej Żywień Dyrektor	stacjonarny

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek<sup>198</sup>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 5 00-952 Warszawa	W formie opisowej	<p>1. Powołanie Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.</p> <p>2. Przygotowanie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.</p> <p>3. Wpisanie psychiatrii dzieci i młodzieży do katalogu priorytetowych dziedzin medycyny.</p> <p>4. Podwyższenie wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, w tym lekarzy odbywających szkolenie w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.</p> <p>5. Przygotowanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych mających na celu zwiększenie liczby, innych niż lekarze, specjalistów funkcjonujących w systemie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.</p>	<p>1. Brak poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i niewdrożenie nowego modelu tej opieki.</p> <p>2. Brak rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym.</p> <p>3. Brak skutecznego postępowania wobec znacznego różnicowania terytorialnego w dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.</p> <p>4. W okresie objętym kontrolą nie wzrosła znacząco liczba psychiatrów dzieci i młodzieży, nie doszło do bardziej równomiernego rozmieszczenia na terenie kraju podmiotów leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży.</p>
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście ul. E. Ciołka 11, 01-445 Warszawa	W formie opisowej	<p>SP ZOZ zapewnił dostępność do świadczeń Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w sposób zgodny z zawartymi umowami. Warunki leczenia małoletnich pacjentów były zgodne z wymogami przepisów; a dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była stosownie do wymagań rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania. W jednostce nie było przypadków odmów przyjęć pacjentów. Stopień realizacji planu finansowego w wynosił od 98 do 100%.</p> <p>Pomieszczenia PZP spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań pomieszczeń, realizacja sposobu załatwienia skarg była zgodna z przyjętą w ZOZ procedurą.</p>	<p>NIK zwracała uwagę, że koszty ponoszone przez Poradnię Zdrowia Psychicznego były wyższe niż środki przekazywane w ramach umów z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w całym okresie objętym kontrolą. Dostępność do świadczeń w kontrolowanym okresie zmniejszyła się od drugiej połowy 2017 r. z uwagi na braki personelu medycznego i związany z tym brak obsługi pacjentów jeden dzień w tygodniu.</p>

<sup>198</sup> W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.



Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
3.	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o. Zagórze, 05-462 Wiązowna	W formie opisowej	<p>Udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w dwóch oddzielnych Oddziałach z uwzględnieniem wieku pacjenta (na Oddziale dla Dzieci a na Oddziale dla Młodzieży dla osób od 15. r.ż., lub starszych, jeśli kontynuowały naukę).</p> <p>Kwalifikacje osób udzielających świadczeń były zgodne z obowiązującymi przepisami prawa</p> <p>Opiekę nad pacjentami na Oddziałach sprawował personel w liczbie wyższej od minimalnych wymogów etatowych (z wyjątkiem psychologów na koniec 2017 r.)</p> <p>Zapewnianie pacjentom możliwości porozumiewania się z rodziną poprzez kontakt telefoniczny i osobisty.</p> <p>Zapewnienie pacjentom opieki duszpasterskiej,</p>	<p>Szpital prowadził odrębnie dla Oddziału dla Dzieci i Oddziału dla Młodzieży rejestr osób przyjętych do Szpitala bez zgody, co naruszało § 8 ust. 2 obowiązującego do 31 grudnia 2018 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego oraz art. 30b ust. 2 UZP.</p> <p>W 2017 r. Spółka nie prowadziła rejestru osób przyjętych bez zgody do Oddziału dla Dzieci, pomimo takiego obowiązku wynikającego z § 8 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego z 2012 r.</p> <p>W okresie 2018-1 kw. 2019 r. w Szpitalu prowadzony był w formie papierowej rejestr osób przyjętych do Szpitala bez zgody, co naruszało art. 30b ust. 4 UZP.</p> <p>Warunki pobytu osób małych na Oddziale dla Dzieci nie odpowiadały obowiązującym wymogom prawa.</p> <p>Nierzetelnie dokumentowano czynności zastosowanego przymusu bezpośredniego</p> <p>W Szpitalu obowiązywała procedura zastosowania przymusu bezpośredniego, która nie została zaktualizowana do obowiązujących przepisów.</p> <p>W 13 indywidualnych dokumentacjach medycznych pacjentów brak było numeracji stron, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.</p>
4.	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice	Pozytywna	<p>Zapewniono dzieciom i młodzieży dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Warunki leczenia były zgodne z obowiązującymi wymogami i gwarantowały przestrzeganie praw pacjentów. Poradnia prowadziła listy oczekujących na udzielenie świadczenia, a prowadzona dokumentacja medyczna pacjentów była zgodna z obowiązującymi wymogami.</p>	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
5.	Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej Nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą, ul. Jana III Sobieskiego 7A, 42-200 Częstochowa	W formie opisowej	<p>Faktyczna struktura i organizacja PZP była zgodna z zapisami statutu, regulaminu organizacyjnego Zakładu, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz umowy z NFZ.</p> <p>Stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu, wykonującego świadczenia w PZP, były zgodne z obowiązującymi regulacjami.</p> <p>W Poradni zapewniano małoletnim dostęp do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez pięć dni w tygodniu po 12-13 godzin dziennie. W przypadkach pilnych pacjenci byli przyjmowani niezwłocznie.</p> <p>W okresie objętym kontrolą warunki lokalowe i wyposażenie Poradni były zgodne z obowiązującymi wymogami.</p> <p>Objęta badaniem indywidualna dokumentacja medyczna 55 pacjentów zawierała informacje zgodne z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</p>	<p>W sprawozdaniu statystycznym MZ-15 za 2017 r. i 2018 r. nie wykazano danych o liczbie pacjentów, wobec których był stosowany system opieki czynnej, w wyniku czego informacje przekazywane do Ministerstwa Zdrowia były niezgodne ze stanem faktycznym.</p> <p>W pięciu kartach historii choroby (9,1% spośród kart objętych badaniem) nie zachowano chronologii wpisów, a w trzech kartach (5,5%) nie ponumerowano wszystkich stron. Prawidłową chronologię wpisów i właściwą numerację stron przywrócono w trakcie kontroli NIK</p>
6.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryjny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec	W formie opisowej	<p>Prawidłowa realizacja działań statutowych.</p> <p>Powiększenie o dodatkowe pomieszczenia Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, w wyniku czego, pacjenci niepełnoletni nie byli przyjmowani na oddziały psychiatryczne dla dorosłych</p> <p>Zapewnienie pacjentom małoletnim właściwych warunków bytowych.</p> <p>Zapewnienie dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego</p> <p>Prowadzenie kontroli wewnętrznych przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną Szpitala.</p>	<p>W szpitalu nie zapewniono konsultowania wszystkich odmów przyjęcia dziecka do Szpitala z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem, co było niezgodne z § 13 ust. 5 rozporządzenia w sprawie udzielania świadczeń.</p> <p>Na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży nie ustalono indywidualnych planów rehabilitacji, co było niezgodne z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
7.	Szpital Pediatriczny w Bielsku-Białej, ul. Jana III Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała	W formie opisowej	<p>Struktura organizacyjna Szpitala była zgodna ze Statutem i Regulaminem.</p> <p>W Szpitalu prowadzono Rejestr osób oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną.</p> <p>W Oddziale spełnione były wymogi dotyczące zatrudnienia personelu. Obsada kadrowa osób prowadzących rehabilitację psychiatryczną zapewniała prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych.</p> <p>Pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania określone w § 18–20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.</p> <p>Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń Oddziału był dobry, a wyposażenie sanitariatów umożliwiała zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta.</p> <p>Historie choroby pacjentów zawierały podpisany przez Ordynatora Oddziału lub lekarza „plan leczenia/opieki”, w którym zamieszczano wpisy dotyczące planowanych rodzajów zajęć rehabilitacyjnych (terapeutycznych). Indywidualna dokumentacja medyczna zawierała wypełnione czytelnie i ponumerowane strony kart choroby oraz wymagane wpisy, których dokonywano w porządku chronologicznym.</p>	<p>W Oddziale nie sporządzano w wymagany sposób indywidualnych planów rehabilitacji leczonych pacjentów w sposób uwzględniający planowany indywidualny wymiar zajęć rehabilitacyjnych pacjenta, co było niezgodne z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.</p>
8.	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olszynie, Aleja Wojska Polskiego 35, 10-228 Olszyn	Pozytywna	<p>Zapewniono osobom małoletnim dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. Personel medyczny zatrudniony w Poradni miał niezbędne kwalifikacje, a liczba personelu udzielającego świadczeń była wyższa od wymaganego. W Poradni rzetelnie prowadzono indywidualną dokumentację medyczną. Zapewniono także konieczne finansowanie udzielonych świadczeń, zawierając odpowiednie umowy z OW NFZ. Poradnia współpracowała z innymi podmiotami i udzielającymi świadczeń nieletnim z zaburzeniami psychicznymi, a także z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i placówkami opieki społecznej.</p>	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
9.	Wojewódzki Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Pisz ul. Henryka Sienkiewicza 2, 12-200 Pisz	W formie opisowej	W Poradni Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w okresie objętym kontrolą zapewniono osobom małoletnim dostęp do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. Zatrudniony personel medyczny miał niezbędne kwalifikacje. Prawidłowo prowadzono indywidualną dokumentację medyczną obrazującą stan psychiczny małoletnich. Zapewniono także konieczne finansowanie udzielonych świadczeń, zawierając odpowiednio umowy z NFZ.	W działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że w tym okresie psychoterapeuci nie udzielali usług psychoterapeutycznych dzieciom i młodzieży w trybie ambulatoryjnym, mimo że Szpital zobowiązał się do tego w umowach z NFZ.
10.	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Giżycku, ul. Dąbrowskiego 15, 11-500 Giżycko	W formie opisowej	Poradnia zatrudniła wysoko wykwalifikowany i wielospecjalistyczny zespół, w skład którego oprócz lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży oraz lekarzy psychiatrów wchodził m.in. psychoterapeuta, psychologowie, logopedzi, fizjoterapeuci, a także pedagogi specjaliści. Poradnia oferowała szeroki zakres form terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, specjalizując się w terapii pacjentów z autyzmem, którzy stanowili blisko połowę jej pacjentów. Rzetelnie prowadzono indywidualną dokumentację medyczną.	Poradnia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w niepełnym zakresie zapewniła dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. Stwierdzono nieprawidłowości dotyczące niższej liczby godzin świadczeń zrealizowanych przez lekarzy i psychologów w Poradni w stosunku do określonych w kontrakcie z NFZ oraz braku zapewnienia gwarantowanej liczby godzin pracy lekarza w Poradni, wymaganej przepisami.
11.	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, Aleja Wojska Polskiego 35, 10-228 Olsztyn	W formie opisowej	Zespół zapewnił właściwą realizację zadań związanych z udziałem dzieciom i młodzieży świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych. Zatrudniono personel z wymaganymi kwalifikacjami w liczbie przekraczającej wymogi określone przepisami i prawa (zwiększono zatrudnienie w stosunku do wymaganego minimum o dodatkowy etat lekarza 3,5 etatu pielęgniarki, etat psychologa i o 2,5 etatu terapeuty), rzetelnie prowadzono dokumentację medyczną i respektowano prawa przysługujące pacjentom. Zapewniono także konieczne finansowanie udzielonych świadczeń.	Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła braku wymaganego przepisami prawa, swobodnego dostępu do łóżek pacjentów w dwóch salach oddziału psychiatrycznego przeznaczonych dla dzieci i młodzieży.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
12.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole, szpital	W formie opisowej	Dostęp do opieki psychiatrycznej na rzecz małoletnich był zapewniony i nie podlegał ograniczeniom. Nie wystąpiły przypadki odmowy hospitalizacji z powodu braku miejsc. Zatrudniano fachowy personel. Wielkość i wyposażenie sal łóżkowych odpowiadały wymaganiom. Sposób prowadzenia indywidualnych dokumentacji medycznych odpowiadał wymogom.	Niewłaściwie organizowano pracę personelu pielęgniarskiego w okresie od kwietnia 2017 r. do połowy czerwca 2018 r., w szczególności dopuszczono do pełnienia jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich w godzinach popołudniowych i nocnych przez ratownika medycznego. Zaniechano tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji. Dopuszczono do naruszenia zasad szczegółowych stosowania przymusu bezpośredniego.
13.	NZOZ „SENSIMED” sp. z o.o. ul. Doktora Judyńca 4, 47-220 Kędzierzyn-Koźle	W formie opisowej	Zapewniono udzielanie świadczeń przez wykwalifikowany personel oraz podejmowano współpracę z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń nieletnim z zaburzeniami psychicznymi. Prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną. Warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń podmiotu odpowiadały wymaganiom wynikającym z przepisów prawa.	
14.	Specjalistyczny Szpital im. ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach, ul. Szpitalna 18, 48-140 Branice	W formie opisowej	Szpital zatrudniał wykwalifikowany personel, którego liczba nie była niższa od wymaganej zapisami i umów z publicznym płatnikiem oraz przepisów. Spełnione były wymagania odnoszące się do pomieszczeń i urządzeń oddziału psychiatrycznego. Dokumentacja medyczna indywidualna była prowadzona prawidłowo. Zapewniono poszanowanie praw pacjentów.	Co najmniej cztery przypadki zaniechania umieszczenia zgłaszających się do jednostki pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a także nie udzielono tym osobom świadczeń zgodnie z wymaganą kolejnością zgłoszeń.
15.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu, ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole, ambulatoryjna opieka zdrowotna	W formie opisowej	Poradnia została zorganizowana zgodnie z zasadami. Wymagana kadra została zapewniona przez Szpital.	Czas pracy Poradni był krótszy od czasu wynikającego z umów zawartych z OW NFZ. Nieprawidłowo realizowano obowiązki informacyjne. Naruszono wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów.
16.	Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2, ul. A. Fredry 9, 35-005 Rzeszów	W formie opisowej	Zapewniono dostępność do świadczeń w Poradni. Świadczenia udzielane były przez wykwalifikowany personel. Prawidłowo prowadzono indywidualną dokumentację medyczną. Nie wystąpiły przypadki odmów przyjęcia pacjenta z powodu wyczerpania limitu określonego w umowach z NFZ.	

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
17.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi królowej w Rzeszowie, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów	W formie opisowej	Szpital prawidłowo zapewnił warunki lokalowe dla Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Środki finansowe wykorzystywane były zgodnie z przeznaczeniem. Nie wystąpiły przypadki odmów przyjęcia pacjenta z powodu wyczerpania limitu określonego w umowach.	W roku 2019 świadczenia w Poradni realizowane były w sposób niezgodny z postanowieniami załącznika nr 2 – Harmonogram zasoby do umowy nr 0901004604201901 zawartej POW NFZ, ponieważ świadczenia medyczne nie były realizowane przez wszystkie osoby wskazane przez Szpital w tym załączniku, jak również w przewidzianych umownie godzinach. Dane wskazane w załączniku nr 2 nie były aktualizowane na bieżąco zgodnie z postanowieniami umów zawartych z POW NFZ w Rzeszowie, Dokumentacja medyczna prowadzona była w Poradni nierzetelnie (w roku 2017 w zbadanej dokumentacji medycznej udokumentowano 392 udzielone świadczenia, podczas gdy POW NFZ w Rzeszowie rozliczył 621 takich świadczeń. Różnica wynosiła 229 świadczeń. W roku 2018 w zbadanej dokumentacji medycznej udokumentowano 409 udzielonych świadczeń, podczas gdy POW NFZ w Rzeszowie rozliczył 556 takich świadczeń. Różnica wynosiła 147 świadczeń). Dostęp do świadczeń oraz rejestracji Poradni (w tym telefonicznej) realizowany był w godzinach niezgodnych z zasadami określonymi w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala
18.	Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezińskiego w Żurawicy, ul. Różana 9, 37-710 Żurawica	Pozytywna	Organizacja Poradni była zgodna z obowiązującymi regulacjami. Nie wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia pacjenta.	Nie zapewniono przez Poradnię w okresie objętym kontrolą wymaganego stanu zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
19.	Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Pozytywna	Zatrudniony personel miał właściwe kwalifikacje, a liczba zatrudnionego personelu na Oddziale była zgodna z zapisami umów z NFZ oraz przekraczała obowiązujące normy. Ponadto pacjenci ze wskazaniami do pobytu na Oddziale byli praktycznie na bieżąco przyjmowani. Dokumentacja medyczna prowadzona była zgodnie z przepisami, nie było skarg na działalność tego Oddziału, a o jego działalności w pozytywny sposób wypowiadał się Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.	
20.	Ośrodek Profilaktyki i Pomocy Psychiatrycznej „RELACJA” Renadiusz Petela, Michał Barszczewski sp. J., ul. Nowa 2A, 65-339 Zielona Góra	W formie opisowej	Poradnia w miarę możliwości finansowych zapewniała osobom małoletnim dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Poradnia realizowała świadczenia ponad pierwotnie określone limity w umowach z NFZ. Stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu fachowego spełniały wymagania określone w przepisach. W latach objętych kontrolą zwiększyło się zatrudnienie personelu. Warunki lokalowe oraz wyposażenie pomieszczeń Poradni w sprzęt diagnostyczny i rehabilitacyjny zapewniały odpowiednie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych małoletnim pacjentom.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Występowały ograniczenia w dostępności świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, tj. wydłużony czas oczekiwania na diagnostykę psychologiczną, na psychoterapię oraz na poradę lekarską.</li> <li>2. Nie osiągnięto stanu pożądanego przez kierownictwo, pozwalającego na udzielenie świadczeń na bieżąco, tj. zwiększenia zatrudnienia lekarzy oraz psychologów z kwalifikacjami psychoterapeuty.</li> <li>3. Faktyczne zatrudnienie personelu fachowego nie było w pełni zgodne z wymiarem i godzinami udzielania świadczeń wykazanych w załączniku do umowy z LOW NFZ.</li> <li>4. W odniesieniu do warunków lokalowych, wyposażenia i prowadzenia dokumentacji medycznej stwierdzono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dokumentacja medyczna pacjentów była prowadzona z naruszeniem obowiązujących wymagań;</li> <li>- w kartach historii zdrowia i choroby nie odnotowano 11 wpisów wizyt, natomiast świadczenia te zostały przedstawione do rozliczenia przez LOW NFZ;</li> <li>- zakres informacji dla pacjentów na temat udzielania świadczeń nie był w pełni zgodny z treścią obowiązujących regulacji.</li> </ul> </li> </ol>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
21.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze. Poradnia Zdrowia Psychicznego ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór	W formie opisowej	<p>Poradnia realizowała świadczenia w granicach określonych limitami w umowach z NFZ. W Poradni ujawniły się skutki niedoboru wykwalifikowanego personelu w skali kraju, w postaci takich negatywnych zjawisk jak: rotacja personelu, trudności ze spełnieniem wymagań dotyczących czasu pracy personelu. Poziom zatrudnienia był znacznie wyższy niż stan personelu faktycznie udzielającego świadczeń, co wynikało z długotrwałych nieobecności pracowników związanych z macierzyństwem. Podjęte przez Centrum działania zmierzające do poprawy tej sytuacji, a polegające na stworzeniu możliwości zamieszkania w dwóch domach jednorodzinnych i mieszkaniu służbowym oraz odbycia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży, okazały się nieskuteczne. Również kierownictwo PZP obecny stan zatrudnienia w Poradni uznaje za niewystarczający w stosunku do potrzeb. Warunki lokalowe oraz wyposażenie pomieszczeń Poradni były odpowiednie i zgodne z wymaganiami prawnymi. W Poradni prowadzono rejestr pacjentów oczekujących na przyjęcie, a dane przekazywane były do NFZ. Centrum, w tym Poradnia, współpracuje z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń małoletnim z zaburzeniami psychicznymi, a PZP z uwagi na jej usytuowanie w ramach organizacyjnych, ze szpitalem psychiatrycznym w Centrum.</p>	<p>Wartość zarówno zakontraktowanych, jak i wykonanych świadczeń finansowanych ze środków NFZ zmniejszyła się w 2018 r. w stosunku do 2017 r., a czas oczekiwania na poradę w tym okresie wydłużył się o 4-5 dni, wahał się pomiędzy 23 a 39 dniami. Poradnia nie spełniała wymogów dotyczących czasu pracy personelu. Stwierdzono nierzetelne wykazywanie personelu udzielającego świadczeń jako zasoby za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy, w wysokości wyższej niż faktyczna. W przypadku warunków lokalowych, wyposażenia i prowadzenia dokumentacji medycznej stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informowanie pacjentów (świadczeniobiorców) na temat udzielania świadczeń w Poradni, w sposób nie w pełni zgodny z obowiązującymi wymaganiami;</li> <li>- prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów z naruszeniem wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.;</li> <li>- niezgodność wpisów zamieszczonych w indywidualnej dokumentacji medycznej 15 pacjentów ze świadczeniami raportowanymi i sfinansowanymi przez NFZ na łączną kwotę 8274,75 zł.</li> </ul>



Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
22.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwów i Psychicznie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu, ul. Ciborz 5, 66-213 Skąpe	W formie opisowej	<p>Przyjęcia do Szpitala małych (od 14. do 18. roku życia) dotyczące leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych odbywały się na bieżąco. Średnie wykorzystanie łóżek wahało się odpowiednio od około 70% do ponad 90%.</p> <p>Szpital zapewnił obsadę personelu medycznego w tych komórkach organizacyjnych na poziomie wynikającym z właściwych przepisów oraz umów zawartych z NFZ. Małoletnim zapewniono udział w terapii grupowej, indywidualnej, zajęciach edukacyjnych, zajęciach sportowych, integracyjnych oraz możliwość pobierania nauki, a także respektowano prawa małych pacjentów.</p> <p>Szpital rzetelnie prowadził monitoring kosztów poszczególnych oddziałów, analizując jednostkowe koszty realizowanych świadczeń zdrowotnych.</p>	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			Prawidłowe	Nieprawidłowe
23.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, ul. Zamkowa 1, 66-003 Zaborów Szpital Psychiatryczny	W formie opisowej	<p>W Szpitalu udzielano świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego małoletnim zgodnie z dokumentami organizacyjnymi jednostki.</p> <p>W Szpitalu prowadzono listę oczekujących.</p> <p>Szpital zapewnił obsadę lekarzy i osób prowadzących terapię zajęciową na Oddziale na poziomie wynikającym z obowiązujących regulacji. Obsada psychologów w 2017 r. odpowiadała wymaganiom.</p> <p>Małoletnim zapewniono odpowiednie warunki bytowe, udział w różnych formach terapii, możliwość pobierania nauki oraz korzystania z fizjoterapii w Zakładzie Fizjoterapii znajdującym się w Szpitalu.</p> <p>Kontrolowana jednostka respektowała prawa małoletnich pacjentów poprzez zapewnienie prawa do kontaktu z najbliższymi, możliwość korzystania z tzw. przepustek, czy dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonującego na terenie Szpitala.</p>	<p>Obsada psychologów w roku 2018 i w I kwartale 2019 r. była niższa od wymaganej przepisami.</p> <p>Brak było wymaganych planów zajęć rehabilitacyjnych.</p> <p>Prowadzono dokumentację medyczną z naruszeniem przepisów.</p> <p>Niezgodności kodu rozpoznania głównego przekazanego do NFZ z wynikającym z dokumentacji medycznej, a w efekcie uzyskanie z NFZ kwoty wyższej od należnej z tytułu udzielonych świadczeń o blisko 8 tys. zł.</p> <p>W stosowaniu przymusu bezpośredniego brały udział osoby, które nie zostały poinformowane o okolicznościach, zasadach i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, co stanowiło naruszenie art. 18 c ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania.</p> <p>W przypadku dwóch skarg z trzech, które wpłynęły do Szpitala stwierdzono naruszenie przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (na jedną skargę nie udzielono odpowiedzi, na jedną skargę udzielono odpowiedzi z przekroczeniem terminu o jeden dzień).</p>

\*) pozytywna/negatywna/w formie opisowej

### Informacje dodatkowe

Rzecznik Praw Pacjenta<sup>199</sup> poinformował<sup>200</sup>, że przedstawił Ministrowi Zdrowia w piśmie z dnia 16 lutego 2018 r. stanowisko dotyczące sytuacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wraz z wnioskiem o podjęcie działań które poprawią sytuację w dziecięcej i młodzieżowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej. W przywołanym wystąpieniu Rzecznik wskazał, że w 2017 r. w Polsce było 360 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Dla porównania, w tym samym roku liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii wynosiła 3547. Przy czym w województwie lubuskim psychiatrów dziecięcych było trzech, w opolskim – czterech, w podkarpackim – sześciu, w warmińsko-mazurskim – siedmiu, a w świętokrzyskim – ośmiu.

Rzecznik zwrócił również uwagę na strukturę wiekową lekarzy: podał, że w 2017 r., 169 psychiatrów dziecięcych, ze wszystkich 360 psychiatrów tej specjalności, było w wieku powyżej 51. roku życia, z czego siedmiu na 14 w województwie zachodniopomorskim, czterech na siedmiu w warmińsko-mazurskim, 10 na 11 w podlaskim, trzech na sześciu w podkarpackim, dwóch na czterech w opolskim, dwóch na trzech w lubuskim oraz 12 na 15 w województwie lubelskim.

Według Rzecznika, na trudności w zmianie obserwowanego trendu wskazywać mogą dane dotyczące liczby lekarzy będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Pomimo że w 2017 r. liczba ta wzrosła w stosunku do tej z roku 2015 o 24 lekarzy (tj. ze 135 do 159), to w województwie lubelskim szkoliło się tylko dwóch lekarzy, w lubuskim – trzech, w świętokrzyskim szkolił się jeden lekarz, a w warmińsko-mazurskim – dwóch. W województwie opolskim i podlaskim nie było lekarzy robiących tę specjalizację. Odnosząc się do liczby przyznanych i wykorzystanych rezydentur miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dziecięcej wskazał na znaczne zmniejszenie tej liczby w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016: w 2016 r. przyznano 98 miejsc, z czego wykorzystano 23, natomiast w roku 2017 przyznano 67 miejsc, z których wykorzystano zaledwie 11. Nadmienił, że w roku 2017 w 10 województwach żaden z lekarzy nie podjął szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii dziecięcej w ramach rezydentury. Dodatkowo w roku 2017 w województwach: podlaskim i opolskim nie było jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Po jednej takiej jednostce funkcjonowało w województwach: lubelskim, lubuskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim. Najmniej miejsc szkoleniowych w 2017 r. było w województwach: warmińsko-mazurskim – dwa, świętokrzyskim – trzy, lubelskim – trzy. W województwie podlaskim i opolskim nie było żadnych miejsc szkoleniowych.

Według Rzecznika przedstawione powyżej dane identyfikują obszary, w których dostęp do opieki psychiatrycznej dla najmłodszych jest bardzo ograniczony. Zmiana tej sytuacji wymaga – zdaniem Rzecznika – podjęcia

<sup>199</sup> Rzecznik Praw Pacjenta – dalej „RzPP” lub „Rzecznik”.

<sup>200</sup> W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo Rzecznika – RzPP-DZP-WRII.420.23.2019 z dnia 30 sierpnia 2019 r.

wielokierunkowych działań systemowych, które zwiększyłyby atrakcyjność tej specjalizacji lekarskiej oraz infrastrukturę do jej realizacji, co z kolei wymaga zaangażowania znacznych środków, w tym finansowych, jak również czasu na opracowanie i wdrożenie odpowiednich strategii.

Wystąpieniem z dnia 21 grudnia 2018 r. Rzecznik zwrócił się ponownie do Ministerstwa Zdrowia z informacją o trudnej sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży oraz z prośbą o odniesienie się do przedstawionych problemów.

Rzecznik poinformował, że w grudniu 2018 roku wystąpił także do wszystkich Marszałków, Wojewodów oraz Oddziałów Wojewódzkich NFZ w sprawie przedstawienia sytuacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na terenie danego województwa oraz wskazanie, w jakim stopniu zabezpieczone są potrzeby najmłodszym pacjentów. W tym wystąpieniu poprosił o przekazanie sygnałów o potencjalnych zagrożeniach dla funkcjonowania opieki psychiatrycznej w tym obszarze oraz wskazania, jakie działania podejmowane były w 2018 r. lub są planowane dla rozwinięcia systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na terenie danego województwa. Otrzymane odpowiedzi poddane zostały szczegółowej analizie i stanowią bazę do dalszych, aktualnie prowadzonych działań (m.in. wystąpienie do konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży).

Z analizy tej wynika, że we wszystkich województwach zgłaszane są problemy z dostępnością do stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń psychiatrii dzieci i młodzieży. W województwach opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i lubuskim nie funkcjonuje żaden oddział psychiatryczny dzienny. Na terenie województwa podlaskiego nie ma z kolei oddziału całodobowego. Dostępność do opieki ambulatoryjnej jest zależna od miejsca zamieszkania, większość poradni zdrowia psychicznego znajduje się w dużych miastach (w tym wojewódzkich), co znacząco utrudnia podjęcie leczenia dzieci i młodzieży zamieszkującej ościenne powiaty. We wszystkich oddziałach stacjonarnych (okresowo lub stale) przebywa więcej dzieci niż wynika to z zawartych umów.

Analiza wskazała również na braki w kadrze lekarskiej i pielęgniarskiej. Jeden z oddziałów z powodu niedoboru kadry zmuszony był zawiesić przyjęcia na oddział na okres dwóch miesięcy, w innych dochodziło do czasowego wstrzymywania przyjęć czy zmniejszenia liczby łóżek. W niektórych województwach wskazywano na niedobór terapeutów zajęciowych, brak środków finansowych na prowadzenie rehabilitacji psychiatrycznej, w tym na funkcjonowanie terapii zajęciowej. Wskazano również, że brakuje oddziałów specjalistycznych, w tym dla małoletnich pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych, oddziałów detoksykacyjnych z zaburzeniami odżywiania. W województwie opolskim nie powołano konsultanta ds. psychiatrii dzieci i młodzieży.

W związku z problemem niedostatecznego finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Rzecznik wystąpił pismem z dnia 4 grudnia 2017 r. do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z prośbą o rozważenie przeprowadzenia weryfikacji taryfy określonej dla psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych

w warunkach stacjonarnych. Rzecznik wskazał przy tym na otrzymywane sygnały świadczące o pogłębianiu się kryzysu w opiece psychiatrycznej będącego konsekwencją niedostatecznego finansowania stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży. O powyższym informowali Rzecznika kierownicy podmiotów leczniczych, Konsultanci Krajowi i Wojewódzcy w przedmiotowej dziedzinie a także środowisko profesjonalistów związanych z opieką psychiatryczną. W aktualnie obowiązującej opinii, wycena świadczeń w omawianym rodzaju jest bezpośrednią przyczyną osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego, a co za tym idzie pogłębiania się zadłużeń szpitali psychiatrycznych. Z otrzymywanych sygnałów wynika, że pomimo zwiększania przez Narodowy Fundusz Zdrowia nakładów na finansowanie świadczeń psychiatrycznych, nie pokrywają one realnie ponoszonych kosztów.

W odpowiedzi na wystąpienie Prezes AOTMiT poinformował, że wycena świadczeń gwarantowanych odbywa się zgodnie z planem taryfikacji, sporządzanym do dnia 1 czerwca danego roku na rok kolejny. Przedmiotowy plan jest opiniowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Radę ds. Taryfikacji oraz zatwierdzany przez Ministra Zdrowia. Przy czym zauważono, że Agencja nie ma podstaw do przeprowadzenia ponownej taryfikacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w tym realizowanych w warunkach stacjonarnych. Podkreślono, że Agencja zaplanuje i przystąpi do prac taryfikacyjnych nad świadczeniami psychiatrycznymi po otrzymaniu stosownego zlecenia Ministra Zdrowia. Niemniej jednak Prezes Agencji zapewnił, że sugestie przekazane przez Rzecznika zostaną wzięte pod uwagę przy konstruowaniu planów dalszych prac dotyczących taryfikacji.

Na podstawie uzyskanej od Prezesa AOTMiT odpowiedzi Rzecznik wystąpił pismem z dnia 1 marca 2018 r., do Ministra Zdrowia informując, że aktualna sytuacja w opiece psychiatrycznej zagraża utrzymaniu na odpowiednim poziomie dostępności do świadczeń gwarantowanych w omawianym rodzaju. Opanowanie kryzysu, wymaga podjęcia pilnych działań o charakterze organizacyjnym i systemowym. Ma to szczególne znaczenie w kontekście rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w naszym kraju. Rzecznik wskazując na kompetencję Ministra wynikającą z art. 31la ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zwrócił się o rozważenie uwzględnienia świadczeń psychiatrii dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży w planie taryfikacji Agencji, ewentualnie wdrożenie innych działań, które zapobiegą pogłębianiu się kryzysu w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Rzecznik poinformował również, że 20 maja 2019 r. podpisał z Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie porozumienie o współpracy na rzecz osób doświadczających kryzysu psychicznego. Realizacja porozumienia odbywać się będzie poprzez:

- wydanie publikacji edukacyjnej dotyczącej wybranego tematu, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki psychiatrii dzieci i młodzieży;
- wypracowanie propozycji zmian w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego;

- zorganizowanie konferencji naukowej z okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego;
- opracowanie poradnika dla małoletnich pacjentów i rodziców;
- opracowanie rozwiązań z zakresu praw pacjenta dotyczących subpopulacji małoletnich pacjentów.

Pierwsze spotkanie robocze w ramach tego porozumienia odbyło się 22 czerwca 2019 r.

Na terenie podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży<sup>201</sup> pracują Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: RzPPSP), którzy są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Wykonują oni swoje obowiązki na podstawie przepisów ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie *szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*<sup>202</sup>.

W pracy na oddziałach udzielających świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, RzPPSP wielokrotnie angażowali się w działania mające na celu wyjaśnianie spraw indywidualnych, zgłaszanych przez małoletnich pacjentów, bądź ich przedstawicieli ustawowych, lub opiekunów prawnych i faktycznych, oraz podejmowali czynności na podstawie własnych spostrzeżeń. W roku 2017 RzPPSP podjęli 140 własnych inicjatyw, w tym w odniesieniu do sześciu z nich – stwierdzili naruszenie praw pacjenta, w 2018 r. podjęli 239 inicjatyw i w 122 stwierdzili naruszenie praw pacjenta, a w 2019 (I półrocze) podjęli 278 inicjatyw, a naruszenie praw pacjenta stwierdzili w 29 przypadkach. W roku 2017 rozpatrzyli 42 skargi w dotyczące psychiatrii dzieci i młodzieży i w odniesieniu do 13 z nich stwierdzili naruszenie praw pacjenta, w roku 2018 – było to – 26 skarg i cztery przypadki naruszenia praw pacjenta, a w 2019 r. (I półrocze) – 17 skarg i sześć naruszeń praw pacjenta.

Rzecznik poinformował, że nie ma informacji dotyczących wieku, okoliczności czy rozpoznania zaburzeń skutkujących samookaleczaniem się nieletnich. Jeśli jednak takie zdarzenia miały miejsce w podmiocie leczniczym, w którym swoją funkcję pełni RzPPSP i ma o niej wiedzę, wyjaśniał ją w ramach inicjatywy własnej w danym podmiocie leczniczym. Nadmieniał, że podmioty lecznicze nie mają obowiązku przekazywania informacji na temat zdarzeń z udziałem pacjentów. Natomiast RzPPSP w momencie powzięcia informacji o zdarzeniu niepożądanym, jakim jest samookaleczenie, analizowali okoliczności jego wystąpienia i postępowanie podmiotu w tych okolicznościach.

<sup>201</sup> Zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o **szpitalu psychiatrycznym**, odnosi się to również do:

- a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,
- b) kliniki psychiatrycznej,
- c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- d) innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

<sup>202</sup> Dz. U. z 2006 r. Nr 16, poz. 126, ze zm.

Niemniej jednak, dostrzegając ten problem, Rzecznik kierując się danymi epidemiologicznymi z zakresu zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży, wystąpił pismem z dnia 21 lutego 2017 r. do Ministra Edukacji Narodowej o rozważenie modyfikacji systemu kształcenia akademickiego oraz systemu doskonalenia zawodowego nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych, tj. uzupełnienia ich o rozbudowane programy zmierzające do nabycia wiedzy oraz umiejętności skutecznego i odpowiednio szybkiego rozpoznawania symptomów zaburzeń psychicznych, a w szczególności depresji u dzieci i młodzieży (choroba psychiczna stanowi najistotniejszy czynnik ryzyka samobójstwa), w tym wczesnej diagnozy trwającego i rozwijającego się u uczniów procesu suicydalnego.

Kolejnym pismem z 25 stycznia 2019 r. Rzecznik zwrócił się do Ministra Edukacji Narodowej powołując się na niepokojące doniesienia medialne i statystyki dotyczące zamachów samobójczych popełnianych przez małoletnich o podjęcie wszelkich możliwych działań w celu ograniczenia przypadków targnięcia się na własne życie przez dzieci. Poprosił o przekazanie informacji na temat podjętych i planowanych programów, inicjatyw i działań realizowanych przez podległe Ministrowi podmioty i instytucje.

Minister Edukacji Narodowej w odpowiedzi na pismo Rzecznika podkreślił szczególną rolę szkoły w ochronie zdrowia psychicznego. Nadmienił, że udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest istotną częścią pracy każdego nauczyciela i nie powinno być tożsame wyłącznie z pomocą specjalistyczną.

Rzecznik poinformował również, że od początku pierwszej połowy 2019 r. RzPPSP, jako zadanie dodatkowe realizują spotkania w szkołach ponadpodstawowych, których jednym z głównych założeń jest wskazanie uczestniczącej w nich młodzieży możliwości uzyskania pomocy w kryzysie psychicznym. Edukacją objęci są także uczestniczący w spotkaniach nauczyciele.

Z informacji otrzymanej z Biura Rzecznika Praw Dziecka<sup>203</sup> na temat oceny funkcjonowania opieki psychiatrycznej małoletnich wynika, że Rzecznik corocznie interweniuje w ok. 4 tys. sprawach indywidualnych – część z nich dotyczy problemów w opiece psychiatrycznej nad dziećmi. W 2018 r. ok. 12% spraw indywidualnych dotyczyło leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.

Sprawy odnoszące się do opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w latach 2017–2019 dotyczyły organizacji systemu tej opieki i problemów występujących w tym obszarze, najczęściej zaś zastrzeżeń związanych z pobytami małoletnich w szpitalach psychiatrycznych<sup>204</sup>.

1. Zastrzeżenia dotyczące **hospitalizacji dziecka w szpitalu psychiatrycznym** zgłaszane indywidualnie związane były przede wszystkim z:

- zasadnością skierowania dziecka do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego;

<sup>203</sup> W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo ZSS.420.37.2019KS z dnia 30 sierpnia 2019 r.

<sup>204</sup> W rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

- odmową przyjęcia dziecka do szpitala psychiatrycznego;
- długim czasem oczekiwania na planowane przyjęcie do odpowiedniego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży;
- długim czasem oczekiwania na konsultację psychiatryczną dziecka w Izbie Przyjęć;
- prowadzonym wobec małoletniego leczeniem farmakologicznym (stosowanych leków psychotropowych i występowania tzw. działań ubocznych /skutków ubocznych produktu leczniczego);
- niezadowolającą współpracą rodziców (lub innych opiekunów prawnych dziecka) z zespołem terapeutycznym lub konkretnymi osobami wykonującymi zawód medyczny (w szczególności dotyczyło to uzyskiwania niewystarczających informacji o: zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych dziecku; przeprowadzonych procedurach medycznych u dziecka; wynikach badań diagnostycznych dziecka; stanu zdrowia dziecka – w tym informacji o rozpoznaniu i rokowaniach; zaleceniach po wypisaniu dziecka ze szpitala i możliwości dalszego kontynuowania leczenia dziecka w warunkach poza szpitalnych);
- obowiązującymi w danych oddziałach zasadami pobytu – związanych z przyjętym regulaminem organizacyjno-porządkowym oraz oddziaływaniami z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej;
- niezadowolającymi warunkami – przede wszystkim lokalowymi (rzadziej sanitarno-higienicznymi) – panującymi na oddziałach dziecięcych i/lub młodzieżowych psychiatrycznych (zastrzeżenie to wiąże się z problemem konieczności przyjmowania małoletnich pacjentów do oddziałów psychiatrycznych „ponad stan”);
- niezachowaniem należytej staranności w czasie udzielania dziecku świadczeń zdrowotnych (w tym m.in. poświęcenia przez lekarza psychiatrę zbyt krótkiego czasu na zbadanie małego pacjenta i prawidłową ocenę stanu jego zdrowia);
- prowadzonym postępowaniem diagnostycznym, leczniczym i terapeutycznym u dziecka (dotyczy to w szczególności: leczenia nieprzynoszącego – w ocenie zgłaszających – oczekiwanych rezultatów lub szybkiego dochodzenia dziecka do zdrowia);
- zdarzeń niepożądanych w szpitalach psychiatrycznych (w szczególności: dokonania przez hospitalizowanego małoletniego samookaleczenia lub innego aktu autoagresji; pobicie pomiędzy nieletnimi pacjentami itp.);
- stosowania wobec małoletniego przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia.

2. W sprawach indywidualnych dotyczących **ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży** zgłaszane zastrzeżenia związane były przede wszystkim z:

- ograniczonym dostępem do świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży – problem ten dotyczył aspektu terytorialnego (w szczególności: nierównomiernego rozmieszczenia w województwach i powiatach podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych) ale przede wszystkim aspektu czasowego (w szczególności dłu-



giego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologa);

- prowadzonym wobec małoletniego pacjenta leczeniem farmakologicznym (stosowanych leków psychotropowych i występowania tzw. działań ubocznych/skutków ubocznych produktu leczniczego);
- prowadzonym postępowaniem diagnostycznym, leczniczym i terapeutycznym u dziecka (dotyczy to w szczególności: leczenia nieprzynoszącego – w ocenie zgłaszających – oczekiwanych rezultatów lub szybkiego dochodzenia dziecka do zdrowia).

Kwestią odnoszącą się do leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i stacjonarnych, która także była podnoszona w sprawach kierowanych do Rzecznika Praw Dziecka, było prowadzenie tego leczenia w sytuacji sprzecznych oświadczeń woli rodziców małego pacjenta, którzy żyli w rozłączeniu (w szczególności gdy byli oni w trakcie rozwodu lub po rozwodzie).

Spośród zagadnień związanych z systemem ochrony zdrowia psychicznego nad dziećmi i młodzieżą, jakie były zgłaszane Rzecznikowi w latach 2017–2019, szczególną uwagę zwrócił na te dotyczące zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* (zmniejszenia wartości kontraktów zawieranych z danym świadczeniodawcą przez OW NFZ oraz nie zawarcie umowy ze świadczeniodawcą dotychczas realizującym te świadczenia)<sup>205</sup> oraz na problemy w dalszym funkcjonowaniu oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży zgłoszone przez kierownictwo podmiotów leczniczych, których dotyczy problem (z województwa mazowieckiego, opolskiego, pomorskiego, podlaskiego).

Z informacji wynika również, że Rzecznik otrzymał zapewnienie – że w województwie podlaskim, w którym od lat dzieci i młodzież nie mają zabezpieczonego dostępu do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego i muszą szukać pomocy w województwach ościennych – oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży ma zostać utworzony przy Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofa w Białymstoku. Z ostatniej informacji od kierownika tego podmiotu leczniczego z 17 lipca 2019 r. wynika, że w marcu, w celu realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego – budowy Centrum Psychiatrii dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży, zostały zawarte dwie niezbędne do tego umowy. Okres realizacji tej inwestycji został określony od 22 marca 2019 r. do 31 grudnia 2022 r. Planowana liczba łóżek Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UDSK to 36.

Z informacji wynika, że od kwietnia 2019 r. w zainteresowaniu Rzecznika Praw Dziecka pozostaje zagadnienie dotyczące dopuszczenia możliwości przyjmowania młodzieży do 17. roku życia na oddziały psychiatryczne dla dorosłych.

<sup>205</sup> Sprawy te zgłaszane były przez świadczeniodawców z województw śląskiego i wielkopolskiego. Dotyczyły w szczególności świadczeń z zakresu: *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży*.

W ostatnim czasie dostępność do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, była wielokrotnie omawiana podczas spotkań roboczych przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia oraz konsultantami w ochronie zdrowia. W wyniku tych spotkań, podjęte zostały kroki, które mają zachęcić szpitale leczące psychiatrycznie dorosłych do przyjmowania do leczenia również młodzież powyżej 17 roku życia.

29 marca 2019 r. Centrala NFZ opublikowała komunikat skierowany do świadczeniodawców realizujących umowy w ramach zakresu *świadczenia psychiatryczne dla dorosłych*, zgodnie z którym w stanach nagłych, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), świadczenie może zostać udzielone małoletnim świadczeniobiorcom na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Jednocześnie płatnik publiczny umożliwił rozliczenie leczenia młodzieży od 17 roku życia w takim oddziale dla dorosłych, z uwzględnieniem współczynnika korygującego 1,06 – co oznacza zwiększenie finansowania świadczeń dla pacjentów poniżej 18. roku życia.

26 kwietnia 2018 r. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia wystosowała pismo (znak: DSOZ.401.358.2018) do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z prośbą, o stanowisko w sprawie umożliwienia dzieciom i młodzieży realizacji świadczeń na oddziałach realizujących zakres: *świadczenia psychiatryczne dla dorosłych*. Z uwagi na szczególnie trudną sytuację w dostępie do świadczeń: *świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży* w opinii Centrali NFZ należało umożliwić rozliczanie wskazanych świadczeń dla dzieci na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, z zastrzeżeniem spełnienia warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Z informacji dostępnych Rzecznikowi Praw Dziecka wynika, że opinię na temat możliwości przyjęcia w nagłych przypadkach pacjenta do 17. roku życia na oddział psychiatryczny dla dorosłych Konsultanci Krajowi w dziedzinach psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży przedstawiali już w 2018 r., na prośbę Ministra Zdrowia – w sprawie znak: ZPP.074.3.2018.

Według informacji otrzymanej od Rzecznika, o możliwości przyjmowania młodzieży do 17. roku życia na oddziały psychiatryczne dla dorosłych po raz pierwszy stało się głośno przy okazji problemów w województwie mazowieckim, które dotyczyły czasowego zawieszenia (w marcu br.) działania Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego DSK UCK WUM. Wobec kryzysowej sytuacji, związanej z koniecznością przejęcia części dotychczasowych pacjentów tego Oddziału przez inne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży z tego województwa (oddziały te nie miały do tego wystarczających warunków i możliwości organizacyjnych i kadrowych), Wojewoda Mazowiecki, w marcu 2019 r., wystosował pismo do podmiotów leczniczych dysponujących oddziałami psychiatrycznymi dla dorosłych o ewentualne przyjmowanie do takich oddziałów, w sytuacjach nagłych, również pacjentów poniżej 18. roku życia. Z informacji z Urzędu Województwa Mazowieckiego wynika, że rozwiązanie to zostało wprowadzone po uzyskaniu pozytywnej rekomendacji Ministerstwa

Zdrowia, według której takie tymczasowe rozwiązanie byłoby korzystne dla pacjentów i funkcjonuje w wielu innych europejskich państwach.

Stanowisko w tej sprawie zajął Dyrektor Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), który stwierdził: *zgłaszam równocześnie, że zgodnie z wymaganymi standardami leczenia i bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych realizacja przyjęć pilnych w tzw. trybie „dopuszczalności” preferowana przez Dyrektora Wydziału Zdrowia UW w Warszawie, budzi sprzeciw profesorów psychiatrii oraz lekarzy IPiN. Narusza podstawowe zasady obowiązku udzielania świadczeń w warunkach godziwych i bezpiecznych, stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia chorych niezależnie od wieku. Zarząd Instytutu uważa, że zalecenia Urzędu Wojewódzkiego mają charakter przerzucania problemu i odpowiedzialności za jego rozwiązanie na bezpośrednich realizatorów świadczeń, którzy nie są w stanie wypełnić powierzonych zadań leczniczych w warunkach nie urągających pacjentowi.*

Stanowisko w tej sprawie przedstawił również Prezes Zarządu Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica sp. z o.o.<sup>206</sup>: *Za brakiem możliwości przyjmowania pacjentów nieletnich do szpitala psychiatrycznego dla dorosłych przemawia szereg argumentów. Przede wszystkim jest to brak wykwalifikowanej kadry do pracy z tą grupą pacjentów oraz permanentne przeciążenie oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych, gdzie nie ma możliwości zorganizowania dla nich opieki. W Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica sp. z o.o. liczba dodatkowych łóżek w miesiącach grudzień 2018–marzec 2019 dochodziła do 43. Przyjmowanie ponadplanowej grupy i umieszczanie pacjentów na kolejnych dostawkowych łóżkach na korytarzach szpitalnych, będzie stanowiło zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów. Przy tak dużej ilości chorych Szpital nie ma możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, natomiast duża ilość hospitalizacji na korytarzach wiąże się z niedostosowaniem pomieszczeń do przepisów przeciwpożarowych. Psychiatria dziecięca jest osobną dziedziną medycyny i w naszej placówce nie zatrudniamy specjalistów psychiatrii dziecięcej. Nie mamy nawet możliwości przeprowadzenia konsultacji z lekarzami tej specjalizacji (...) Także personel pielęgniarstwa oraz pomocniczy zatrudniony w naszym szpitalu nie ma odpowiedniego przeszkolenia do pracy z młodzieżą. Leczenie młodzieży przez specjalistów dla dorosłych stwarza zatem niebezpieczeństwo popełniania błędów medycznych, na co szpital nie może narażać pacjentów. Nie prowadzimy także psychoterapii rodzin nieletnich i nie posiadamy wykwalifikowanych terapeutów w tym zakresie. (...) Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica sp. z o.o. świadczy jedynie usługi w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień osób dorosłych, nie jest przystosowany zarówno pod względem lokalowym, kadrowym jak i prawnym do lecznictwa młodzieży (...). Z dostępnych Rzecznikowi Praw Dziecka informacji wynika, że ze wszystkich zlokalizowanych na Mazowszu podmiotów leczniczych dysponujących oddziałami psychiatrycznymi dla dorosłych tylko jeden zaaprobował to czasowe rozwiązanie polegające na przyjmowaniu pacjentów do 17. roku życia do oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych.*

<sup>206</sup> Pismo z 10.04.2019 do Dyrektora IPiN.

Stanowisko w tej sprawie zajął także Wicemarszałek Województwa Mazowieckiego, informując Rzecznika Praw Dziecka, że *Odnośząc się do kwestii przyjmowania pacjentów powyżej 17. roku życia do oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych uważam, że ze względu na permanentne przeciążenie tych oddziałów oraz brak wykwalifikowanej kadry do pracy z młodzieżą nie powinni być kierowani do tych podmiotów leczniczych. Ponadto szpitale psychiatryczne dla osób dorosłych nie są przygotowane do tego, aby zapewnić pacjentom poniżej 18. roku życia możliwość realizowania obowiązku szkolnego, a także realizowania wymogów określonych w Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu. Należy również uwzględnić fakt, że pobyt młodzieży na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych związany będzie z koniecznością kontaktu pacjentów niepełnoletnich z dorosłymi, wśród których znajdują się także uzależnieni, bądź osoby zdemoralizowane.*

Natomiast, w wyniku tragicznego finału wprowadzenia rozwiązań, o których wyżej mowa w wojewódzkim Szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku (w czerwcu 2019 r.), Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinach: psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego wydali rekomendację dla szpitali psychiatrycznych z województwa pomorskiego, aby pomimo Komunikatu Centrali NFZ z 29 marca 2019 r. nie przyjmować małoletnich pacjentów na oddziały ogólnopsychiatryczne dla dorosłych. Konsultanci zdają sobie przy tym sprawę, że taka rekomendacja będzie skutkować zaostrzeniem problemu braku miejsc na oddziałach dla dzieci i młodzieży.

Dopuszczenie możliwości przyjmowania młodzieży do 17. roku życia na oddziały psychiatryczne dla dorosłych jest, zdaniem Rzecznika, rozwiązaniem kontrowersyjnym niemniej jednak również wynikającym ze „stanu wyższej konieczności”.

Wobec tego, w celu obiektywnego zajęcia stanowiska w tej sprawie Rzecznik Praw Dziecka wystąpił do Konsultantów Krajowych w dziedzinach: psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii, pielęgniarstwa psychicznego o przedstawienie ich opinii w tej sprawie. Obecnie Rzecznik oczekuje na wpłynięcie wszystkich tych opinii.

W informacji odniesiono się również do zagadnienia dotyczącego samo-okaleczeń wśród dzieci i młodzieży. Stwierdzono, że problem ten jest znany Rzecznikowi, ale nie prowadzi on rejestru tego typu przypadków. Stwierdzono, że już w 2010 r. Rzecznik Praw Dziecka proponował wprowadzenie przepisów obligujących szkoły i placówki oświatowe do zbierania danych na temat prób samobójczych i zamierzonych samouszkodzeń wśród małoletnich uczniów. Propozycja nie uzyskała jednak akceptacji, pomimo dwukrotnego apelu Rzecznika w tej sprawie do Ministra Edukacji Narodowej.

Kierując kolejne wystąpienie generalne (ZEW.422.8.2017.ES) do Ministra Edukacji Narodowej Rzecznik ponownie zwrócił uwagę, że warunkiem skutecznych działań prewencyjnych, w tym działań zapobiegających śmierci w wyniku próby samobójczej i poważnym uszkodzeniom ciała – jest dysponowanie odpowiednimi danymi. Dlatego Rzecznik zwrócił uwagę, że ich rejestracja mogłaby stać się punktem wyjścia do planowania efektywnej polityki zdrowotnej. Odnośząc się do kwestii zbierania tych

danych, Minister Edukacji Narodowej przekazał, że planowanie efektywnej polityki zdrowotnej nie jest uwarunkowane zdobywaniem/uzyskiwaniem i rejestrowaniem w systemie oświaty danych dotyczących liczby zamierzonych samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży, które w ich wyniku trafiłyby do placówek służby zdrowia, gdyż przypadki aktów autoagresji mają miejsce zazwyczaj poza szkołą. W opinii MEN, próba uzyskania takich danych przez szkołę może być postrzegana jako nieuprawnione ingerowanie w sprawy rodziny. Nie kwestionując potrzeby stworzenia rejestru prób samobójczych na potrzeby profilaktyki zdrowotnej, MEN uznał, iż niecelowe jest konstruowanie takiego rejestru odrębnie dla dzieci i młodzieży w ramach systemu oświaty.

Ówczesne działania Rzecznika zmierzające do opracowania systemu gromadzenia danych wynikały z przekonania, że wskazany problem jest bardzo istotny. Zbieranie danych obejmujących informacje o płci uczestnika zdarzenia, miesiącu zdarzenia i ogólnej liczbie takich przypadków, nie kwalifikują się do zaliczenia ich do danych wrażliwych, toteż gromadzenie ich w celach wyłączenie statystycznych nie stanowiłoby ingerencji w życie prywatne dzieci. Rzecznik przedstawił powyższe stanowisko w wystąpieniu generalnym skierowanym do MEN i Ministra Zdrowia z 27 listopada 2018 r. (ZEW.422.27.2018.ES).

W informacji przekazanej NIK, Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (dr hab. n. med. Barbara Remberk) poinformowała, że „nie jest w stanie odpowiedzieć, dlaczego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z roku 2013 i 2019, w punkcie dotyczącym szpitalnych świadczeń stacjonarnych znalazło się określenie „objętych obowiązkiem szkolnym: (...)” dosłowna interpretacja treści tego punktu spowodowałaby niedopuszczalne w świetle Konstytucji i innych aktów prawnych, wykluczenie pewnej grupy obywateli z dostępu do świadczeń zdrowotnych”. Według niej kontrakty NFZ obejmują cały zakres wiekowy pacjentów w wieku rozwojowym.

Stwierdziła, że nie ma istotnej poprawy dostępności świadczeń w tym całodobowych. Największe trudności przeżywa województwo pomorskie (liczba dostępnych łóżek jest absolutnie niewystarczająca) i, nadal, województwo podlaskie, gdzie cały czas nie ma oddziału całodobowego.

Stwierdziła, że w sesji jesiennej 2019 r. było za mało miejsc na specjalizację w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w stosunku do liczby chętnych oraz, że Urzędy Wojewódzkie pracują nad tym, aby zapewnić miejsca specjalizacyjne wszystkim zainteresowanym szkoleniem w tej dziedzinie lekarzom.

Według konsultanta pozytywnym zjawiskiem jest szereg działań mających na celu reformę psychiatrii dziecięcej, natomiast wątpliwości budzi sposób finansowania nowych świadczeń zdrowotnych psychiatrii dzieci i młodzieży opisanych w rozporządzeniu z dnia 14 sierpnia. Agencja Oceny Technologii Medycznych w swojej nowej wycenie rekomenduje niewielkie zwiększenie poziomu finansowania świadczeń, co jednakże, w opinii wielu ekspertów, co prawda pozwoli na zmniejszenie generowanych dotychczas przez większość świadczeniodawców długów, nie spowoduje jednak istotnej zmiany funkcjonowania systemu.

Konsultant Krajowy  
w dziedzinie psychiatrii  
dzieci i młodzieży

W ocenie Konsultanta, właściwym kierunkiem działania będzie kontynuacja procesu reformy systemu ze szczególnym naciskiem na odbudowanie systemu opieki ambulatoryjnej. Warunkiem koniecznym, niezbędnym do zrealizowania tego celu, jest właściwy poziom finansowania.

### Narodowy Fundusz Zdrowia

Z informacji otrzymanej z Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>207</sup> na temat liczby szpitali i ich lokalizacji (województwo), w których udzielane są świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień (04.4701.001.02) wynika, że w okresie objętym kontrolą, liczba szpitali (świadczeniodawców) w których funkcjonują oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży wyniosła – odpowiednio w latach – 31, 34 i 34.

W latach 2018–2019, w jednym województwie (dolnośląskim) było pięciu świadczeniodawców a łączna średnia liczba łóżek, którymi dysponowali wzrosła ze 127,09 (w 2018 r.) do 147,73 (w 2019 r.). W dwóch województwach (kujawsko-pomorskim i mazowieckim) było po czterech świadczeniodawców; w pierwszym z nich średnia liczba łóżek ogółem wzrosła z 87,69 do 97,19, a w drugim – zmalała ze 161,86 do 145,18.

W trzech województwach (łódzkim, pomorskim i śląskim) było po trzech świadczeniodawców i w każdym z nich średnia liczba łóżek ogółem wzrosła – odpowiednio w województwach – z 88,44 do 109,17, z 61,48 do 70,01 i z 92,19 do 106,03.

Również w trzech województwach (lubelskim, małopolskim i wielkopolskim) było po dwóch świadczeniodawców i w pierwszym z nich średnia liczba łóżek ogółem zmalała z 52,68 do 50,72, a w dwóch pozostałych, wzrosła – odpowiednio w województwach – z 39,55 do 55,15 i z 69,72 do 79,19.

W sześciu województwach (lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim) było tylko po jednym świadczeniodawcy i w trzech pierwszych z nich – średnia liczba łóżek zmalała w kolejnych wymienionych województwach – lubuskie – z 76,50 do 73,92, opolskie – z 20,41 do 18,70 i świętokrzyskie z 21,56 do 20,14. Natomiast w trzech pozostałych województwach, średnia liczba łóżek wzrosła – w województwach – podkarpackie – z 28,43 do 30,59, warmińsko-mazurskie – z 33,59 do 34,17 i zachodniopomorskie z 35,02 do 36,94.

W województwie podlaskim nie ma żadnego świadczeniodawcy, który leczył psychiatrycznie małych pacjentów (udzielał małym świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej).

Leczenie psychiatryczne małych pacjentów odbywało się również w 10 szpitalach, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne dla dorosłych (odpowiednio w latach – 34, 24 i 29), które hospitalizowały pacjentów poniżej 18 r.ż. w zakresie *04.4700.021.02 świadczenia psychiatryczne dla dorosłych* i mają umowę na realizację świadczenia *04.4701.001.02 świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży*.

<sup>207</sup> W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo znak: DSOZ.401.2448.2019/2019.84183 z 29 października 2019 r.

Świadczenia stacjonarne na rzecz dzieci i młodzieży z rozpoznaniem wg ICD10 z grupy „F” prowadziło również 555 świadczeniodawców w roku 2017 i 2018 oraz 475 w 2019 r. w różnych oddziałach szpitalnych: najczęściej świadczeń realizowano na oddziałach pediatrycznych (odpowiednio w kolejnych latach objętych kontrolą – 319, 311 i 271), w szpitalnych oddziałach ratunkowych (126, 130 i 117) i na oddziałach neurologicznych dla dzieci (24, 22 i 22).

Według danych GUS liczba dzieci i młodzieży poniżej 18. r.ż. wynosiła według stanu na 31.12.2018 r. na terenie kraju łącznie 6935,5 tys. osób (od 157,2 tys. osób w woj. opolskim do 772,1 tys. osób w woj. śląskim a nawet 1029,2 tys. osób w woj. mazowieckim), w tym liczba pacjentów małoletnich – według danych NFZ<sup>208</sup> – wynosiła w skali kraju 206,1 tys. osób (2,97%). Liczba pacjentów małoletnich na 10 tys. mieszkańców wynosiła w poszczególnych województwach, od 199 osób – w województwie zachodniopomorskim do 452 osób – w województwie kujawsko-pomorskim (średnio 297 osób). Natomiast liczba pacjentów przypadająca na 1 lekarza (specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie), wynosiła w skali kraju – od 202 osób – w województwie łódzkim, do 686 osób – w województwie opolskim a nawet 980 osób – w województwie podkarpackim (średnio 417 osób).

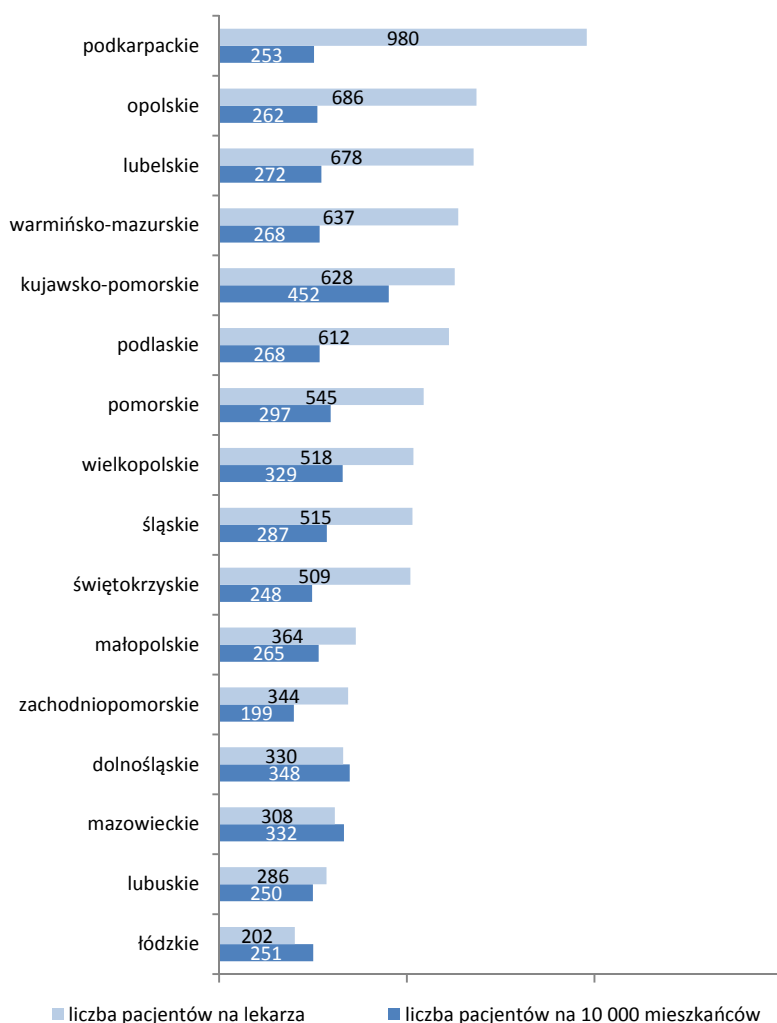
<sup>208</sup> Według danych NFZ otrzymanych na etapie kontroli P/19/058 „Realizacja zadań NFZ w 2018 r.”.

Tabela 1  
Liczba lekarzy, mieszkańców i pacjentów małoletnich w 2018 roku.

Psychiatria dzieci i młodzieży (dziecięca) w 2018 roku							
województwo	Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji	Liczba lekarzy specjalistów I stopnia	Liczba lekarzy, II stopnia/tytuł specjalisty	Liczba dzieci i młodzieży (wg danych GUS, osoby poniżej 18 roku życia, stan na 31.12.2018)	Liczba pacjentów małoletnich 31. grudnia 2018	liczba pacjentów na 10 000 mieszkańców małoletnich	liczba pacjentów małoletnich na lekarza
dolnośląskie	18	1	33	493 594	17 172	348	330
kujawsko-pomorskie	8	0	19	374 979	16 950	452	628
lubelskie	4	0	11	373 498	10 168	272	678
lubuskie	3	4	9	183 315	4 578	250	286
łódzkie	22	2	28	417 856	10 481	251	202
małopolskie	17	1	29	645 203	17 108	265	364
mazowieckie	35	5	71	1 029 237	34 213	332	308
opolskie	0	1	5	157 194	4 115	262	686
podkarpackie	5	0	5	387 423	9 797	253	980
podlaskie	0	0	9	205 887	5 512	268	612
pomorskie	4	3	18	458 438	13 621	297	545
śląskie	13	0	30	772 095	22 141	287	515
świętokrzyskie	1	0	9	205 584	5 094	248	509
warmińsko-mazurskie	3	1	7	261 737	7 008	268	637
wielkopolskie	7	1	35	675 946	22 257	329	518
zachodniopomorskie	4	1	12	293 537	5 843	199	344
<b>Razem</b>	<b>144</b>	<b>20</b>	<b>330</b>	<b>6 935 523</b>	<b>206 058</b>	<b>297</b>	<b>417</b>



Wykres nr 11  
Wskaźnik liczby pacjentów małoletnich na lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży oraz wskaźnik liczby pacjentów na 10 000 mieszkańców małoletnich



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ i GUS.

Z informacji otrzymanej z Ministerstwa Edukacji Narodowej<sup>209</sup>, dotyczącej dostępności opieki pedagogicznej i psychologicznej w poszczególnych rodzajach szkół wynika, że system oświaty zapewnia dzieciom i młodzieży np.: możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej<sup>210</sup>. Realizacja zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest jedną z podstawowych form działalności dydaktyczno-wychowawczej przedszkola/szkoły<sup>211</sup>.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana dzieciom i młodzieży w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych i czynników środowiskowych

Minister Edukacji  
Narodowej

<sup>209</sup> Przekazanej w trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo DWKJ-WSPE.0911.4.2019.KT z 30 sierpnia 2019 r.

<sup>210</sup> Art.1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148).

<sup>211</sup> Art. 109 ust. 1 pkt 5 ww. ustawy.

wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz środowisku społecznym<sup>212</sup>.

Zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, adekwatnej do rozpoznanych potrzeb, należy do kompetencji dyrektora przedszkola/szkoły, który w porozumieniu z organem prowadzącym podejmuje decyzje dotyczące zatrudnienia nauczycieli i specjalistów, udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psychologów, logopedów i doradców zawodowych, ustala formy udzielania tej pomocy, okres ich udzielania oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy będą realizowane z danym dzieckiem/ucznikiem<sup>213</sup>.

Za prowadzenie publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych odpowiada powiat<sup>214</sup>. Na poziomie powiatu winna zostać dokonana analiza zapotrzebowania i dostępności do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży. W oparciu o tę analizę powinny być podejmowane decyzje dotyczące powoływania nowych poradni lub zwiększania zatrudnienia nauczycieli specjalistów.

W informacji podano też, że jednym z zadań poradni psychologiczno-pedagogicznych jest realizacja działań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych<sup>215</sup>.

Z przeprowadzonej w roku szkolnym 2017/2018 przez kuratorów oświaty planowej kontroli prawidłowości współpracy publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych z przedszkolami i szkołami wynika, że wszystkie poradnie podejmują współpracę z przedszkolami i szkołami, która dotyczy organizacji kształcenia i wsparcia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

W Systemie Informacji Oświatowej (SIO) nie są zbierane dane o liczbie dzieci i młodzieży wymagających wsparcia poradni psychologiczno-pedagogicznych, ale nieobjętych pomocą oraz przyczynach korzystania ze wsparcia poradni.

W informacji przedstawiono działania MEN podejmowane na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży<sup>216</sup>. Działania te dotyczą prewencji

<sup>212</sup> Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 1591, ze zm.).

<sup>213</sup> § 20 ust. 5 i 6 ww. rozporządzenia.

<sup>214</sup> Art. 8 ust. 16 ustawy Prawo oświatowe.

<sup>215</sup> Zgodnie z przepisami § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199 oraz Dz. U. z 2017 r. poz. 1647).

<sup>216</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły

zdrowia i profilaktyki zdrowotnej i obejmują w szczególności działania uprzedzające pojawienie się zaburzeń i choroby. Mając na względzie przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży w ustawie – prawo oświatowe, wprowadzono następujące rozwiązania:

- 1) obowiązek diagnozowania problemów występujących w środowisku szkolnym, jak również rozpoznawania potrzeb uczniów w celu udzielania pomocy i trafnego wsparcia. Funkcjonujące dotychczas oddzielnie programy: program wychowawczy i program profilaktyki, zostały połączone w jeden dokument, tj. program wychowawczo-profilaktyczny, aby zapewnić systemowe podejście do rozwiązywania problemów i tworzenia klimatu dla wychowania. Od 1 września 2019 r. zobligowano szkoły do przeprowadzenia corocznej diagnozy czynników ryzyka i czynników chroniących w środowisku szkoły;
- 2) po raz pierwszy wprowadzono definicję wychowania: rozumianego jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Wychowanie ma zmierzać do budowania konstruktywnego systemu wartości ucznia i wychowanka, respektowania jego praw i godne traktowanie;
- 3) do podstawy programowej kształcenia ogólnego wpisano zadania wychowawczo-profilaktyczne szkoły, uwzględniane odpowiednio w programach nauczania i podczas realizacji zajęć z wychowawcą na każdym etapie edukacyjnym.

Od roku szkolnego 2017/2018 dyrektor przedszkola/szkoły, został zobowiązany przepisami prawa oświatowego do wskazania w arkuszu organizacji przedszkola/szkoły, godzin na realizację zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zgodnie z potrzebami.

By zwiększyć dostępność pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, Minister Edukacji Narodowej określił w formie rozporządzenia<sup>217</sup> wykaz zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych w przedszkolach, szkołach i placówkach.

Kolejnym działaniem, które powinno przełożyć się na zwiększenie dostępności do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży jest wprowadzenie w podziale subwencji oświatowej na rok 2019 dwóch wag na realizację działań z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej<sup>218</sup>.

---

policealnej (Dz. U. poz. 356, ze zm.).

<sup>217</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz. U. poz. 1601).

<sup>218</sup> Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2019 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2446). W podziale subwencji oświatowej na rok 2019 wprowadzono wagi na realizację działań z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej o wartości:  
- 0,025 dla szkół podstawowych i gimnazjum (waga P46),  
- 0,012 dla szkół ponadpodstawowych (waga P47).

Wagi obejmują uczniów z kategorii dzieci i młodzież (wszystkich, a nie tylko objętych pomocą) w szkołach ogólnodostępnych realizujących obowiązek szkolny lub nauki. Szacuje się, że tymi wagami zostanie objętych 4,4 mln uczniów, a naliczone środki wyniosą 556 mln zł i mogą zostać wydatkowane np. na zatrudnienie w szkołach psychologów, pedagogów, logopedów czy terapeutów pedagogicznych.

W informacji podano, że w celu podniesienia jakości kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło szereg działań, zarówno ukierunkowanych na poprawę aktualnej sytuacji uczniów, jak i opracowanie nowych rozwiązań, promujących edukację włączającą, rozumianą jako edukacja wysokiej jakości dla wszystkich uczniów.

Przedstawiciel Ministerstwa Edukacji Narodowej uczestniczy w pracach Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zadaniem Zespołu jest przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień.

Zespół wypracował koncepcję nowego modelu opieki psychiatrycznej, w którym ważnym elementem systemu opieki są poradnie psychologiczno-pedagogiczne działające w systemie oświaty.

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad przygotowaniem projektu kształcenia specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży.

- 1) psycholog kliniczny dzieci i młodzieży – nowo opracowana specjalizacja kliniczna,
- 2) psychoterapeuta kliniczny dzieci i młodzieży – nowo opracowana specjalizacja kliniczna,
- 3) terapeuta środowiskowy.

Programy szkoleń zostały opracowane przez ekspertów resortu zdrowia zgodnie ze standardami systemu ochrony zdrowia.

Od MEN oczekiwane jest wprowadzenie zadań z zakresu proponowanego przez Ministerstwo Zdrowia modelu opieki psychiatrycznej do zadań realizowanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Wdrożenie postulowanego modelu będzie wymagało:

- 1) przygotowania kadr – zwiększenia świadomości i kompetencji wśród pracowników systemu oświaty,
- 2) zmian legislacyjnych dotyczących pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zasad działania publicznych poradni oraz finansowania poradni i jednostek opieki psychiatrycznej.

Model koreluje ze zmianami zachodzącymi w roli i zadaniach szkół i placówek oświatowych oraz poradni psychologiczno-pedagogicznych jako jednostek, które stykają się bezpośrednio z problemami młodzieży i dzieci.

Wzmacnianie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży realizowane jest w ramach Celu 3 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020; zadania dotyczącego profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Zadanie obejmuje prowadzenie

działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne.

Zakres działań resortu edukacji i zdrowia w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmuje również profilaktykę używania substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych<sup>219</sup>.

Mając na uwadze skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii<sup>220</sup>. W przepisach rozporządzenia wskazano, że podstawą podejmowania działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej jest coroczna diagnoza szeroko rozumianej sytuacji szkoły lub placówki pod kątem zagrożeń narkomanią. Wyniki diagnozy stanowią podstawę do działań zapobiegawczych w ramach m.in. Programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły.

W 2018 r. rozporządzenie to zostało znowelizowane<sup>221</sup>. Zwrócono w nim uwagę na zagrożenia związane z używaniem środków zastępczych (tzw. dopalaczy) i nowych substancji psychoaktywnych. W regulacji zaakcentowano potrzebę współpracy szkół z Policją oraz wojewódzkimi i powiatowymi inspektorami sanitarnymi, w prowadzeniu efektywnych działań profilaktycznych dotyczących środków zastępczych.

Mając na względzie skuteczność profilaktyki narkomanii i potrzebę prowadzenia spójnej polityki przeciwdziałania narkomanii w gminach z uwzględnieniem potrzeb szkół, Minister Edukacji Narodowej wprowadził nowe regulacje w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>222</sup>.

Ministerstwo Edukacji Narodowej w kwestii profilaktyki uzależnień behawioralnych współpracuje z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Od 2016 r. resort edukacji przygotowuje założenia merytoryczne do zadań kierowanych dla środowiska szkoły lub placówki w ramach konkursów ogłaszanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

<sup>219</sup> Minister Edukacji Narodowej realizuje zadania celu 2 Narodowego programu Zdrowia na lata 2016–2020 dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Zadania zawarte są w: 1) Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii; 2) Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym; 3) Krajowym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, 4) Programie zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych. Programy te stanowią integralną część Narodowego Programu zdrowia na lata 2016–2020.

<sup>220</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1249.

<sup>221</sup> Dz. U. 2018 r. poz. 214.

<sup>222</sup> W przepisach cytowanej ustawy uzupełniono przepisy art. 10 i dodano ust. 2a i 2b. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030).

Komendant Główny  
Policji

Z informacji otrzymanej od Komendanta Głównego Policji<sup>223</sup> na temat zamachów samobójczych (w tym zakończonych zgonem) osób do 18. r.ż. wynika, że: w okresie objętym kontrolą, liczba zamachów samobójczych wzrosła ogółem z 730 (w roku 2017 r.) do 772 (w roku 2018) i 489 (w I półroczu 2019 r.) ale zmalała liczba zamachów zakończonych zgonem: odpowiednio ze 117 do 97 i do 36.

W analizowanym okresie, liczba zamachów samobójczych dotyczących dzieci w wieku 7–12 lat wynosiła łącznie 79 (w tym 52 dotyczące dziewcząt i 27 chłopców).

Miejscem zamachu samobójczego dzieci w tym wieku, było najczęściej mieszkanie (łącznie w 47 przypadkach w tym cztery zakończonych zgonem) i szkoła (siedem przypadków), a sposobem popełnienia zamachu samobójczego – było zażycie leków (w 30 przypadkach), powieszenie się (dziewięć przypadków), rzucenie się z wysokości (16), samookaleczenie (dziewięć przypadków).

Powodem zamachów samobójczych wśród dzieci w tym wieku, były najczęściej nieporozumienia rodzinne/przemoc w rodzinie (dziewięć przypadków) oraz zaburzenia psychiczne (pięć przypadków), a pod względem stanu zdrowia samobójców/dzieci, zamachy samobójcze dotyczyły siedmiorga dzieci chorych psychicznie.

Liczba zamachów samobójczych dotyczących małoletnich w wieku 13–18 lat wynosiła łącznie 1908 (w tym 1270 dotyczyło dziewcząt i 638 chłopców).

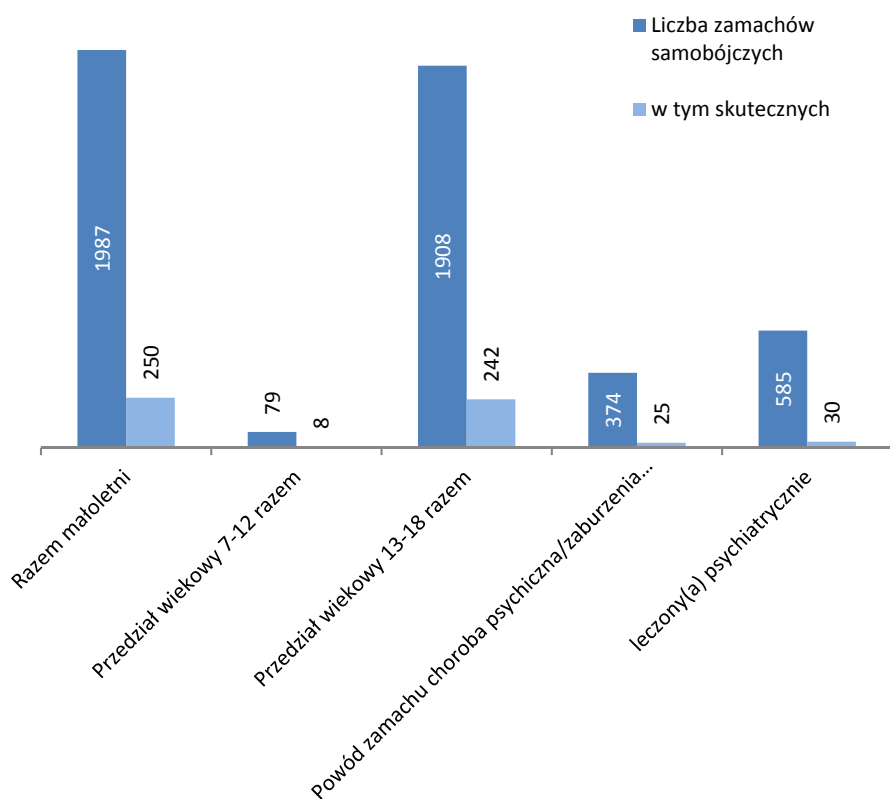
Miejscem zamachu samobójczego było najczęściej mieszkanie (1118 przypadków – w tym 92 zakończone zgonem), szkoła (106), placówka wychowawczo-opiekuńcza (81), teren kolei/tory (54, w tym 25 zakończonych zgonem), a sposobem popełnienia zamachu samobójczego było najczęściej zażycie leków (767 przypadków w tym cztery – zakończone zgonem), samookaleczenie (379) i powieszenie się (214, w tym 171 zakończonych zgonem).

Powodem zamachów samobójczych tej grupy małoletnich, były najczęściej zaburzenia psychiczne (365, w tym 25 zakończonych zgonem), nieporozumienia rodzinne/przemoc w rodzinie (227, w tym pięć zakończonych zgonem), problemy w szkole (170, w tym osiem zakończonych zgonem), a pod względem stanu zdrowia samobójców/ małoletnich, zamachy samobójcze dotyczyły leczonych psychicznie (564 przypadki, w tym 30 zakończone zgonem) i zażywających dopalacze, narkotyki, alkohol (81, w tym osiem zakończonych zgonem).

<sup>223</sup> W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo WK-WOJ.-7120/5763/2019 z dnia 27 sierpnia 2017 r.

Wykres nr 12

Liczba zamachów samobójczych (w tym zakończonych zgonem)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych otrzymanych z Komendy Głównej Policji.

W informacji przekazanej NIK na temat wyników kontroli prowadzonych przez sędziów w szpitalach w związku z hospitalizacją dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, podano, że zgodnie z brzmieniem art. 43 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.) jedynie w razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności kontrolowanego podmiotu prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania z przebiegu kontroli w terminie 30 dni od dnia zakończenia kontroli Ministrowi Sprawiedliwości oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – w przypadku kontroli w szpitalu psychiatrycznym (...).

Zasadniczo więc tylko w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień takie sprawozdania winny być nadsyłane do Ministerstwa Sprawiedliwości i to bez rozróżnienia czy dotyczą hospitalizacji dzieci i młodzieży, czy też osób dorosłych.

W każdym zaś przypadku po przeprowadzonej kontroli, sprawozdania przekazywane są przez sędziego kontrolującego do właściwego sądu okręgowego i zapoznaje się z nim kierownika kontrolowanego podmiotu.

Na podstawie systemu EZD można stwierdzić, że w 2019 r. nie zanotowano spraw, w toku których stwierdzono nieprawidłowości związane z hospitalizacją dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Z informacji wynika również, że Ministerstwo współpracuje z innymi podmiotami w kwestii problemów dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, w związku

Minister Sprawiedliwości

## ZAŁĄCZNIKI

z indywidualnymi skargami/wniosekami oraz z sądami zwracającymi się z prośbą o pomoc we wskazaniu odpowiedniego zakładu celem wykonania orzeczenia.



## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę ochrony zdrowia psychicznego jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ozp*<sup>224</sup>. Preambuła tej ustawy stanowi, że „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Jakkolwiek preambuła nie jest normą prawną ma ona szczególne znaczenie przy wykładni przepisów ustawy *o ozp*. Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy *o ozp* ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane, a polega ona (art. 2) w szczególności na:

Przepisy ogólne

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym<sup>225</sup>,
- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym<sup>226</sup>,
- 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji<sup>227</sup>.

Ustawa *o ozp* w art. 3 pkt 1 określa, że pojęcie osoba z zaburzeniami psychicznymi odnosi się do 3 kategorii osób tj.:

- a) osoby chorej psychicznie;
- b) osoby upośledzonej umysłowo;
- c) osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Określenie szpital psychiatryczny według art. 3 pkt. 2 ustawy *o ozp* odnosi się również do:

- a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, b) kliniki psychiatrycznej, c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, d) innego zakładu opieki zdrowotnej sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową niezależnie od podmiotu, które je tworzy i utrzymuje.

Istotne znaczenie dla stosowania przepisów ustawy *o ozp* ma pojęcie „zgody” wyrażanej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi określone w art. 3 pkt 4 tej ustawy jako swobodnie wyrażona zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest

<sup>224</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.).

<sup>225</sup> Zadanie realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492); zwanym dalej również „NPZ”.

<sup>226</sup> Zadania te są realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego zwanym dalej również „NPOZP”.

<sup>227</sup> Zadania te są realizowane w ramach NPOZP.

rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

Generalną przesłanką dopuszczalności podjęcia jakiegokolwiek postępowania leczniczego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi jest jego pisemna zgoda. Ocena rzeczywistej zdolności zrozumienia przez pacjenta przekazywanej informacji należy do lekarza, wobec którego zgoda jest wyrażana. Pisemną zgodą na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego jest każde oświadczenie wyrażone na piśmie, które w sposób dostateczny wyraża wolę pacjenta w sprawie hospitalizacji<sup>228</sup>.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej tworzy i prowadzi samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa (art. 6 ust. 1)<sup>229</sup>. Przy Ministrze Zdrowia, działa jako organ opiniodawczo-doradczy w sprawach dotyczących ochrony zdrowia psychicznego Rada do spraw Zdrowia Psychicznego (art.4a)<sup>230</sup>.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej<sup>231</sup>.

Pomoc ambulatoryjna realizowana jest w ramach poradni zdrowia psychicznego w tym poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży<sup>232</sup>. Ośrodki psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej obejmują oddziały dzienne, hostele, zespoły leczenia środowiskowego. Oddziały psychiatryczne w szpitalach obejmują oddziały psychiatryczne ogólne, psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, rehabilitacji psychicznej, oddziały psychiatrii sądowej.

<sup>228</sup> S. Dąbrowski, *Wdrażanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1995, nr 4, s. 443.

<sup>229</sup> Z dniem 1 stycznia 2018 r. do art. 6 ustawy o *ozp* dodano ust. 4–6 dotyczący upoważnienia przez marszałka województwa niektórych lekarzy psychiatrów do wykonywania określonych zadań (ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o *zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw* – Dz. U. z 2017 r. poz. 2439).

<sup>230</sup> Do zadań Rady należy w szczególności:

- monitorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- występowanie do ministrów właściwych do spraw: kultury fizycznej, nauki, oświaty i wychowania, pracy, spraw wewnętrznych, szkolnictwa wyższego, zabezpieczenia społecznego oraz Ministra Sprawiedliwości i Ministra Obrony Narodowej, w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego;
- inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w ustawie o *ozp*;
- opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

<sup>231</sup> Art. 5 ustawy o *ozp*.

<sup>232</sup> Analiza prawna „ograniczona” została do uregulowań prawnych dotyczących lecznictwa psychiatrycznego dzieci i młodzieży – w związku z zakresem tej kontroli.

Działania zapobiegawcze dotyczące ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci i młodzieży<sup>233</sup>.

Działania, o których wyżej mowa, obejmują w szczególności:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych;
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- rozwijanie przez podmioty lecznicze działalności zapobiegawczej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego;
- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku.

Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizowana jest nauka i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych i podmiotach leczniczych. Osobom tym organizuje się również rehabilitację leczniczą. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności<sup>234</sup>.

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia, warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uwzględniając potrzebę zapewnienia jakości i dostępności tych zajęć<sup>235</sup>.

Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Ważność takiego skierowania zostaje przedłużona o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w ustawie o świadczeniach<sup>236</sup>, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania (art. 11).

<sup>233</sup> Art. 4 ust. 1 i 2 ustawy o osp.

<sup>234</sup> Art. 7 ust. 1 i 2 ustawy o osp.

<sup>235</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. poz. 529).

<sup>236</sup> W art. 20 ustawy o świadczeniach.

Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego lekarz winien wziąć pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy (art. 12).

Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art.14).

W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora (art. 16).

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby (art.17).

### Przymus bezpośredni

Ustawa *o ozp* w art. 18 (zmienionym z dniem 1 stycznia 2018 r.) wprowadza określenie „przymus bezpośredni” oraz warunki i tryb jego stosowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni stanowi najbardziej drastyczną formę pogwałcenia nietykalności osobistej. Zgodnie z tym artykułem, przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
  - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub
  - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Niezależnie od wymienionych przesłanek przymus bezpośredni może być stosowany także wtedy, gdy przepis ustawy *o ozp* upoważnia do jego zastosowania, tj. w sytuacjach określonych w art. 34, 40, 46a<sup>237</sup>.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który jednocześnie określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę wobec której środek ten ma być podjęty, przy wyborze środka należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy

<sup>237</sup> Na przykład wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować (poza okolicznościami określonymi w wyżej wymienionym art. 18), także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych oraz w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego (art. 34), w celu zapewnienia realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego (art. 46a).

i zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro osoby, wobec której jest stosowany. W sytuacjach, które mogą mieć miejsce w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.

Każdy wypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 18 ust. 2).

Art. 18 ust. 6 ustawy *o ozp* wymienia w sposób taksatywny środki przymusu bezpośredniego oraz wprowadza ograniczenia stosowania form przymusu w postaci przytrzymania, przymusowego zastosowania leków, unieruchomienia lub izolacji, w zależności od zachowania osób objętych tym przymusem.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego (art.18 ust.10):

- przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
- przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego (art. 18 ust. 7).

Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka (tj. przytrzymania, przymusowego zastosowania leków, unieruchomienia, izolacji).

Zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane o okolicznościach, zasadach i sposobach jego stosowania.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określił w drodze rozporządzenia<sup>238</sup>:

<sup>238</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2459); rozporządzenie weszło w życie z dniem 31 grudnia 2018 r. Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jej zastosowania (Dz. U. poz. 740), które utraciło moc z dniem wejścia w życie

- sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania,
- sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej,
- rodzaje i wzory stosowanych przy tym dokumentów
  - uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni, oraz skutecznej oceny zasadności stosowania tego przymusu.

Szczegółowe informacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego sprecyzowane zostały w art. 18 i 18a–18f ustawy *o osp*.

### Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i postępowanie lecznicze regulują przepisy rozdziału 3 ustawy *o osp* (art. 21–37) zawierające przepisy szczególne o postępowaniu leczniczym, w tym przyjęcie do szpitala, postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez jej zgody, wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej tam bez jej zgody.

W myśl art. 21 ust. 1 ustawy *o osp* badanie psychiatryczne może być przeprowadzone dobrowolne, bądź przy użyciu przymusu bezpośredniego<sup>239</sup> w stosunku do osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych:

- może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź:
- nie jest ona zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Osoba ta może zostać poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Konieczność przeprowadzenia badania przy użyciu przymusu bezpośredniego, stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz (art. 21 ust. 2). Lekarz, który przeprowadził przymusowe badanie psychiatryczne, ma zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy *o osp* obowiązek odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego.

W świetle art. 22 ust. 1 ustawy *o osp* warunkiem przyjęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego jest:

- stwierdzenie wyznaczonego do tej czynności lekarza, po osobistym badaniu, że zachodzą wskazania do przyjęcia,
- ważne skierowanie do szpitala,
- wyrażenie przez pacjenta pisemnej zgody na przyjęcie.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

---

niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 10 pkt 1 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 2439).

<sup>239</sup> Na podstawie art. 18 ustawy *o osp*.

Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16. roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w przypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego.

O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach nagłych, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Przepisy ustawy *o ozp* przewidują przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy *o ozp* w następujących przypadkach:

- art. 23 – tzw. tryb „nagły” – dotyczy osoby chorej psychicznie, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Takie przyjęcie do szpitala wymaga zatwierdzenia w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), a także zawiadomienia – o powyższym sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia – przez kierownika szpitala;
- art. 24 tzw. tryb „przymusowej obserwacji” – dotyczy osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości czy jest ona chora psychicznie. Przyjęcie do szpitala na okres nie dłuższy niż 10 dni ma wyjaśnić te wątpliwości;
- art. 29 – tzw. tryb „wnioskowy” – dotyczy osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala wyżej wymienionej osoby bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Wniosek taki może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej (w stosunku do osoby objętej oparciem społecznym).

Lekarz kierujący oddziałem szpitala psychiatrycznego prowadzi rejestr osób przyjętych do szpitala (§ 8 rozporządzenia z uwzględnieniem podziału na osoby przyjęte w trybach przewidzianych w ustawie *o ozp*).

Sąd opiekuńczy na podstawie zawiadomienia, otrzymanego od kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi, w sytuacjach wymienionych w art. 22–24 ustawy *o ozp*, wszczyna postępowanie (art. 25 ust. 1). Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu (art. 25 ust. 2). Postępowanie to, ma na celu kontrolę legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu psychiatrycznym osób, bez ich zgody.

Zakres działania sądu opiekuńczego, oprócz orzekania o przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej obejmuje również kontrolę i nadzór sprawowany przez sędziego wizytującego. Sposób sprawowania nadzoru nad wykonaniem decyzji sądu w sprawach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej reguluje art. 43 ust. 1 ustawy *o ozp*. Zgodnie z tym przepisem sędzia ma prawo wstępu o każdej porze w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu psychiatrycznym i domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw i kontroli warunków w jakich one przebywają.

Szczegółowe informacje dotyczące postępowania przed sądem opiekuńczym sprecyzowane zostały w art. 42–48 ustawy *o ozp*.

Zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy *o ozp* lekarz odpowiadający za leczenie pacjenta przymusowo hospitalizowanego zapoznaje pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym (tzn. opisuje mu sposób postępowania i powody jego zastosowania, chyba że jest to niewykonalne ze względu na stan pacjenta). Te okoliczności należy odnotować w dokumentacji medycznej.

O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustaly przewidziane w ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu bez jej zgody (art. 35 ustawy *o ozp*). Kierownik szpitala zawiadamia sąd opiekuńczy, o wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej tam bez jej zgody. Art. 36 ust. 2 ustawy *o ozp* określa krąg osób uprawnionych do złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przebywającego w nim bez jego zgody obejmujący samego pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, rodzeństwo, krewnych w linii prostej oraz osobę sprawującą nad nim faktyczną opiekę<sup>240</sup>.

Żądanie wypisania tej osoby ze szpitala psychiatrycznego może być zgłoszone w dowolnej formie i odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.

<sup>240</sup> Treść art. 36 ust. 2 została zmieniona z dniem 1 stycznia 2018 r. (ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw* – Dz. U. z 2017 r. poz. 2439).



Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określił w drodze rozporządzenia<sup>241</sup>.

- 1) szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego,
- 2) wzory:
  - skierowania do szpitala psychiatrycznego,
  - zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do tego szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23 ust. 1 lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1,
  - zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego oraz o pozostaniu w szpitalu psychiatrycznym za zgodą osoby przyjętej do tego szpitala – uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu procesu leczniczego.

Od stycznia 2006 r. ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny należy do zadań Rzecznika Praw Pacjenta (art. 10b ust. 1 ustawy *o ozp*)<sup>242</sup>, który realizuje je w szczególności przy pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r.<sup>243</sup> (art. 106 ust. 6). Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest pracownikiem Biura Praw Pacjenta, o którym mowa w *upp* i wykonuje swoje zadania przy pomocy tego Biura (art. 10d ustawy *o ozp*). Zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10b ust. 2) obejmują pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego, wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób, współpracę z rodziną przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób, inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej dotyczącej praw osób korzystających ze świadczeń udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do: 1) przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, 2) wobec

Ochrona praw pacjenta  
z zaburzeniami  
psychicznymi

<sup>241</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2475); weszło w życie z dniem 31 grudnia 2018 r. Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. poz. 854), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 10 pkt 1 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2439).

<sup>242</sup> Art. 10b ust. 1 zmieniony przez art. 29 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 730) zmieniającą ustawę o ochronie zdrowia psychicznego z dniem 4 maja 2019 r.

<sup>243</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. z 2006 r. Nr 16, poz. 126, ze zm.).

których zastosowano przymus bezpośredni, 3) niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, 4) przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Informację o możliwości korzystania z pomocy Rzecznika przez pacjenta jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego oraz dniach, godzinach i miejscu przyjęć przez Rzecznika umieszcza się na tablicach informacyjnych, w izbie przyjęć oraz oddziałach szpitala psychiatrycznego<sup>244</sup>. Kierownik podmiotu leczniczego, na terenie którego Rzecznik Praw pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do ich wykonywania w szczególności umożliwiał przyjmowanie skarg i udostępnia stosowne pomieszczenie do tych celów (art. 10b ust. 5 ustawy *o osp*).

Pacjenci szpitala psychiatrycznego oraz ich przedstawiciele ustawowi, opiekunowie prawni lub faktyczni mają prawo zgodnie z art. 10a ust. 4 do:

- przekazywania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta korzystającego ze świadczeń tego szpitala;
- spotkania z Rzecznikiem Szpitala Psychiatrycznego w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od zgłoszenia takiej potrzeby;
- uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

Prawa pacjenta określone w ustawie *o osp* w art. 10 w odniesieniu do osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo dotyczą prawa do bezpłatnego uzyskiwania świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w placówce świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ<sup>245</sup>, prawo do bezpłatnego otrzymywania w trakcie przebywania w szpitalu psychiatrycznym produktów leczniczych, i wyrobów medycznych<sup>246</sup> oraz środków pomocniczych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ustawie *o bezpieczeństwie żywności i żywienia*<sup>247</sup>. Przysługują im także produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ustawie *o refundacji leków*<sup>248</sup>.

W art. 13 ustawy *o osp* określone zostało prawo osoby z zaburzeniami psychicznymi przebywającej w szpitalu psychiatrycznym do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami oraz nie kontrolowania korespondencji.

<sup>244</sup> Obowiązek umieszczenia na tablicach informacyjnych szpitala informacji o możliwości korzystania z pomocy Rzecznika oraz o miejscu, dniach i godzinach przyjęć, wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 listopada 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2281); weszło w życie z dniem 22 grudnia 2018 r.

<sup>245</sup> Art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).

<sup>246</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175, ze zm.).

<sup>247</sup> Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1252, ze zm.).

<sup>248</sup> Art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, ze zm.) zwanej dalej „ustawą o refundacji leków”.

Elementem istotnym, opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest rehabilitacja psychiatryczna, jako system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym (art. 15 ustawy *o ozp*).

Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia<sup>249</sup>, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności (art. 15).

Celem zajęć rehabilitacyjnych jest (§ 2 rozporządzenia):

- 1) zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych i przeciwdziałanie ich nawrotom;
- 2) nauka aktywnego udziału we własnym leczeniu;
- 3) nauka i doskonalenie umiejętności:
  - a) społecznych,
  - b) praktycznych, w tym samoobsługi;
- 4) poszukiwanie odpowiednich form rozwoju osobistego i wspieranie rozwoju osobistego;
- 5) integracja społeczna;
- 6) wsparcie i edukacja rodzin.

Zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem.

W indywidualnym planie rehabilitacji uwzględnia się takie rodzaje zajęć rehabilitacyjnych, aby stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, mających prowadzić do umożliwienia pacjentowi samodzielnej egzystencji, integracji społecznej, podjęcia aktywności zawodowej i nabycia umiejętności zapewniających możliwie największą niezależność.

W indywidualnym planie rehabilitacji określa się indywidualny rodzaj i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych dla danego pacjenta z uwzględnieniem przebiegu choroby, nasilenia jej objawów oraz oczekiwań i możliwości tego pacjenta (§ 5 ust. 1).

Dokumentacja zajęć rehabilitacyjnych jest prowadzona w historii choroby, stanowiącej część dokumentacji medycznej (§ 7 ust. 1).

Podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji pacjentów (osób korzystających z ich świadczeń) i zapewnienia ochrony danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjentów. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej: oznaczenie pacjenta pozwa-

<sup>249</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2001 r. poz. 522).

lające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu leczniczego ze wskazaniem komórki organizacyjnej w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń, datę sporządzenia. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych oraz sposób jej przetwarzania zostały określone w rozporządzeniu w sprawie DM.

Przedstawiono w nim podział dokumentacji medycznej na dokumentację indywidualną odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (w tym wewnętrzną i zewnętrzną) oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów, a także rodzaje dokumentacji medycznej sporządzanej i prowadzonej w szpitalach, zakładach udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych oraz innych zakładach (w tym zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych).

**Finansowanie  
ze środków  
publicznych świadczeń  
psychiatrycznej opieki  
zdrowotnej**

Finansowanie ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, które polegają na rozpoznaniu, leczeniu, rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, nerwicowymi, osobowości i zachowania w warunkach ambulatoryjnych, dziennych i całodobowych, odbywa się na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, którą świadczeniodawca zawarł z Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 132 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*). Warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>250</sup>, ustalającym rodzaje świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność świadczeniodawcy, warunki udzielania świadczeń, sposób finansowania świadczeń, kary umowne. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień odbywa się w oparciu o wycenę punktową procedur zawartych w katalogu świadczeń udzielanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców, a w psychiatrycznej izbie przyjęć – ryczałtem dobowym. Koszt świadczenia opieki zdrowotnej obejmuje kwalifikację do leczenia stacjonarnego, badania diagnostyczne, zlecone terapie, leki i wyroby medyczne, profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, transport sanitarny oraz inne świadczenia związane z pobytem w szpitalu. Świadczenia ambulatoryjne w leczeniu psychiatrycznym obejmują porady diagnostyczne, terapeutyczne, porady kontrolne, sesje psychoterapii indywidualnej oraz grupowej lub rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty domowe/środowiskowe. Świadczenia stacjonarne psychiatryczne obejmują diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach hospitalizacji w poszczególnych oddziałach psychiatrycznych.

<sup>250</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w tym w psychiatrii - określa wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie<sup>251</sup>.

Zgodnie z tym rozporządzeniem, pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku<sup>252</sup>. Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, (z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych), nie mogą być przechodnie<sup>253</sup>. Łóżka w pokojach łóżkowych muszą być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych<sup>254</sup>. Odstępy między łózkami winny umożliwiać swobodny dostęp do pacjentów<sup>255</sup>. Szerokość pokoju łóżkowego winna umożliwiać wyrowadzenie łóżka.

Oddział psychiatryczny winien mieć dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rehabilitacyjne, dysponować pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi, salą pobytu dziennego oraz jadalnią<sup>256</sup>. Drzwi wejściowe do oddziału psychiatrycznego winny być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału. W pokojach łóżkowych drzwi winny otwierać się na zewnątrz, a w przypadku otwierania do wewnątrz konstrukcja drzwi winna umożliwiać ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz pomieszczenia. Okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, winny być przeszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym; okna winny być zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów. Na oddziale psychiatrycznym winny być wydzielone odcinki obserwacyjne, które mogą być wyposażone w jednoosobową separatkę, która ma:

- drzwi odporne na zniszczenie, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz, bez klamki od wewnątrz;
- oświetlenie zabezpieczone szkłem bezpiecznym; lampa i żarówka winny być dostępne wyłącznie od zewnątrz pokoju;
- system wentylacji niedostępny dla osoby izolowanej;
- system ogrzewania uniemożliwiający dostęp osoby izolowanej do grzejnika lub innego źródła ciepła;
- własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślne zniszczenia;
- łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie;
- system monitoringu z kamerą, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem.

<sup>251</sup> Rozporządzenie Ministra zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie wymagań pomieszczeń wykonujących działalność leczniczą. Z dniem 1 kwietnia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. poz. 595).

<sup>252</sup> § 14 ust. 4 rozporządzenia j.w.

<sup>253</sup> § 15 rozporządzenia j.w.

<sup>254</sup> § 18 rozporządzenia j.w.

<sup>255</sup> § 19 rozporządzenia j.w.

<sup>256</sup> Załącznik nr 1 p. VIII do rozporządzenia j.w.

W pokojach łóżkowych na odcinkach obserwacyjno-diagnostycznych lub w pokojach obserwacyjnych wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym winny znajdować się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza. Natomiast w pozostałych pokojach łóżkowych, wypusty instalacji elektrycznych, z wyjątkiem wyłączników oświetlenia, winny być zabezpieczone przed dostępem chorych albo znajdować się na zewnątrz tych pokoi.

Oddziały psychiatryczne w szpitalu ogólnym winny być wyposażone także w: osobny dział przyjęć, składający się z poczekalni, punktu rejestracji, gabinetu lekarskiego, pomieszczenia higieniczno-sanitarnego oraz w co najmniej jeden gabinet przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażających bezpośrednio sobie lub innym. Wyżej wymienionych wymagań nie stosuje się do pomieszczeń ośrodka leczenia uzależnień.

Zespół do spraw zdrowia  
psychicznego dzieci  
i młodzieży

Minister Zdrowia wydał w lutym 2018 r. zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży<sup>257</sup>. W skład Zespołu wchodzi 14 osób, w tym pięciu przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (przewodniczący, sekretarz i trzech członków) i dziewięciu przedstawicieli środowiska psychiatrów i psychologów. Zadaniem Zespołu jest przygotowanie rekomendacji dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień<sup>258</sup>.

Po wykonaniu tego zadania i jego akceptacji przez Ministra Zdrowia, Zespół ma zakończyć swoją działalność<sup>259</sup>.

<sup>257</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. MZ. 2018.6, ze zm.).

<sup>258</sup> § 3 zarządzenia j.w.

<sup>259</sup> § 8 zarządzenia j.w.

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.).
3. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm.); uchylone z dniem 26 lipca 2019 r.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739); uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2018 r. poz. 1737, ze zm.).
13. Rozporządzenie 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).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 740); uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r.
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.); uchylone z dniem 1 lipca 2019 r.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1207).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 522).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2012 r. poz. 854); uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2475).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2459).
25. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. poz. 529).
26. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 6, ze zm.).
27. Zarządzenie Nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; uchylone z dniem 30 czerwca 2018 r.



## ZAŁĄCZNIKI

28. Zarządzenie Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
29. Zarządzenie Nr 81/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2018 r. zmieniające niektóre zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
30. Zarządzenie Nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Minister Edukacji Narodowej
13. Rzecznik Praw Obywatelskich
14. Rzecznik Praw Pacjenta
15. Rzecznik Praw Dziecka
16. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
17. Prezes Trybunału Konstytucyjnego

## 6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 24 marca 2020

NKA.073.13.2019.14.KCZ

**Pan**  
**Marek Opiola**  
**Wiceprezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**

***Szanowny Panie Prezesie,***

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/19/059 ***Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży***, przekazaną przy piśmie z dnia 6 marca 2020 r. o znaku: KZD.430.007.2019, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do ww. dokumentu.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż opisana w przedmiotowej Informacji, trudna sytuacja w dostępie do systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jest znana Ministerstwu Zdrowia. Działania, których celem jest poprawa tej sytuacji są prowadzone od 2017 r., zaś od lutego 2018 r. są one sformalizowane w ramach prac Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W wyniku prac Zespołu została opracowana koncepcja reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należy zauważyć, iż rozwiązania dotyczące wdrożenia nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży weszły w życie po zakończeniu okresu objętego kontrolą NIK.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>1</sup>.

Ponadto w dniu 28 października 2019 r. Minister Zdrowia powołał Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży<sup>2</sup>. Funkcję tę powierzono Pani prof. dr hab. n. med. Małgorzacie Janas-Kozik.

W związku z wprowadzanymi zmianami ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>3</sup>.

Zmienione zostały także przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>. Dzięki wprowadzonym zmianom dzieci i młodzież mają możliwość korzystania bez skierowania ze świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych.

Ponadto, w związku z przygotowywaną reformą, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT”) na podstawie zebranych danych, przygotowała Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w nowym modelu, który został opublikowany w dniu 2 września 2019 r.

Z kolei w dniu 20 grudnia 2019 r. wydane zostało obwieszczenie Prezesa AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.

W dniu 16 stycznia 2020 r. zostało opublikowane zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ”) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Publikacja ww. zarządzenia Prezesa NFZ umożliwia rozpoczęcie ogłaszania postępowań konkursowych przez oddziały wojewódzkie NFZ. Proces ogłaszania postępowań konkursowych przez oddziały wojewódzkie rozpoczął się pod koniec

---

<sup>1</sup> Dz. U. poz. 1640.

<sup>2</sup> zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 91).

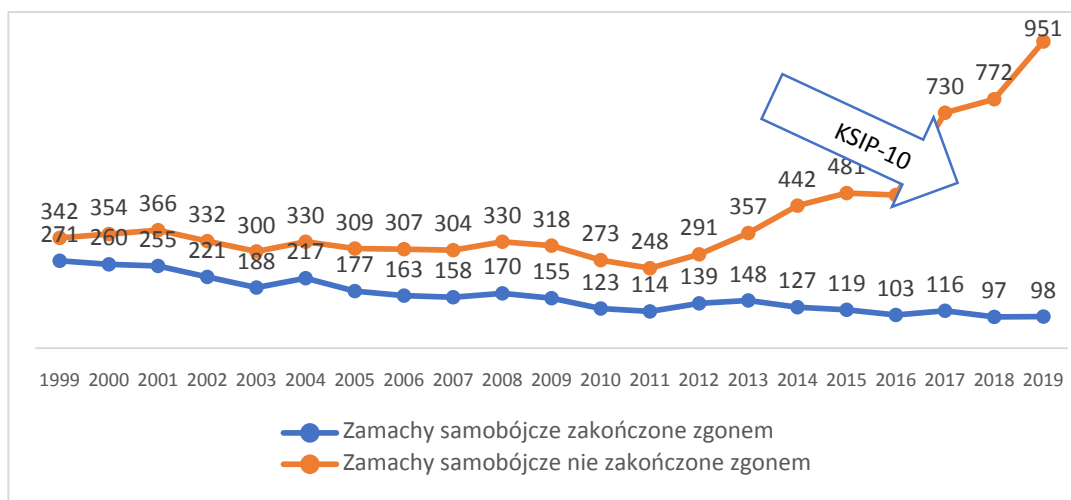
<sup>3</sup> Dz. U. poz. 1887.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn.zm.

stycznia 2020 r. Zgodnie z ogłoszeniami, udzielanie świadczeń na zasadach określonych w nowym modelu, powinno rozpocząć się od dnia 1 kwietnia 2020 r.

Ponadto dnia 10 lutego 2020 r. zostało opublikowane zarządzenie Nr 17/2020/DEF Prezesa NFZ w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2020 r., które stanowi o wzroście nakładów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o 242 592 tys. zł, który to zostanie w całości przeznaczony na świadczenia udzielane w ramach poziomów referencyjnych nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należy zauważyć, iż w 2020 r., biorąc pod uwagę kwotę przewidzianą na postępowania dodatkowe dla podmiotów realizujących świadczenia w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, nakłady na przeznaczone dla dzieci i młodzieży świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zostały podwojone w stosunku do nakładów w 2019 r. (w 2019 r. nakłady te wynosiły 251 mln zł, w 2020 r. łączne planowane nakłady wynoszą 504 mln zł.).

Odnosząc się z kolei do przedstawionych w ww. Informacji statystyk, dotyczących wzrostu liczby zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży, trzeba podkreślić, iż analizując statystyki policyjne w zakresie prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, nie obserwujemy w ostatnich latach tendencji wzrostowej w zakresie liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży. Z danych gromadzonych przez Komendę Główną Policji (dalej „KGP”) wynika, że liczba samobójstw wśród osób do 18 roku życia liczona w liczbach bezwzględnych zmniejszyła się w ostatnich latach. W 2013 r. wynosiła 148 osób, w 2016 r. – 103 osoby, a w 2019 r. – 98 osób. Dane skorygowane ze względu na zmniejszającą się populację dzieci i młodzieży wskazują także na to, że współczynnik samobójstw wśród dzieci i młodzieży (liczony na 100 tys. ludności) utrzymuje się w ostatnich latach na tym samym poziomie. W 2019 r. wskaźnik ten wyniósł 4,3 na 100 tys. osób.



Rysunek 1. Zamachy samobójcze w grupie wiekowej 0-18. Zestawienie własne na podstawie danych KGP.

Jak wynika z powyższego wykresu wzrosła natomiast liczba rejestrowanych zamachów samobójczych, które nie zakończyły się zgonem. Należy jednak przypuszczać, iż na wzrost tego wskaźnika, miał wpływ sposób gromadzenia danych o tego typu zdarzeniach. Od lat prowadzone są bowiem prace mające na celu dokładniejsze i pełniejsze rejestrowanie tzw. prób samobójczych.

Zgodnie z informacjami KGP<sup>5</sup>, do 2012 r. dane dotyczące samobójstw były gromadzone i generowane na podstawie druku stp10 – „Zgłoszenie zamachu samobójczego”, który był wprowadzany do systemu PSSP Temida po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania sprawdzającego, w trybie art. 308 kpk lub postępowania przygotowawczego.

Od 2013 r. zmienił się sposób gromadzenia i generowania danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych. Obecnie dane są wprowadzane do KSIP za pośrednictwem formularza KSIP 10 – „Rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego” bezpośrednio po wydarzeniu – w momencie ustalenia, że doszło do zamachu samobójczego. Dodatkowo system „zamraża” dane z miesięcznym opóźnieniem pozwalając na modyfikację w przypadkach ustalenia w późniejszym etapie postępowania, iż nie doszło do zamachu samobójczego.

<sup>5</sup> <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>

Od 2017 r. zmieniony został formularz KSIP 10 – rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego. Otrzymał on brzmienie „KSIP 10 – zgłoszenie zamachu/zachowania samobójczego” oraz rozszerzono zakres gromadzonych danych.

Z kolei odnosząc się do porównania przyczyn śmierci osób poniżej 18 roku życia, należy zauważyć, iż statystyki KGP dotyczące tego zagadnienia zmieniają się w przeciągu lat. W 2018 r. w wyniku wypadków drogowych śmierć poniosło 121 nieletnich, zaś zamach samobójczy zakończony zgonem popełniło 97 osób. Z kolei w 2017 r. ofiar wypadków komunikacyjnych było 102, zaś samobójstw 116.

***Z wyrazami szacunku***

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/