



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.011.01.2023

Pani  
Anna Wasilewska  
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny  
im. Ludwika Zamenhofs w Białymstoku  
ul. Jerzego Waszyngtona 17, 15-274 Białystok

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/077 – Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku  
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok  
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33  
lbi@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ludwika Zamenhofa w Białymstoku <sup>1</sup> , ul. Jerzego Waszyngtona 17, 15-274 Białystok
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Maria Wasilewska od 20 marca 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego. 2. Realizacja świadczeń w trybie stacjonarnym.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020–2023 (do zakończenia czynności kontrolnych <sup>2</sup> ), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	1. Władysław Radgowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/83/2023 z 17 kwietnia 2023 r. 2. Robert Skwarko, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/90/2023 z 8 maja 2023 r. (akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> W dalszej treści „UDSK” lub „Szpital”.

<sup>2</sup> Tj. 13 lipca 2023 roku.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej: „ustawą o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital na ogół prawidłowo realizował umowy zawarte z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>5</sup>, na mocy których objął opieką psychiatryczną dzieci i młodzież w trybie ambulatoryjnym oraz pacjentów Oddziału Dziennego, a od 1 października 2022 r. udzielał także świadczeń polegających na hospitalizacji. Realizacja tych świadczeń odbywała się w sytuacji bardzo dużego zapotrzebowania na ten rodzaj opieki. Pomocą medyczną objęto średniorocznie 629 pacjentów w Poradni Zdrowia Psychicznego<sup>6</sup>, 86 w Oddziale Dziennym, a opieką w formie hospitalizacji – 140 w 2022 roku i 169 w I kwartale 2023 roku. O zapotrzebowaniu na świadczenia opieki psychiatrycznej świadczy duża liczba oczekujących na przyjęcie do Poradni wynosząca 386 pacjentów na koniec I kwartału 2023 roku oraz długi średni czas oczekiwania na przyjęcie wynoszący w tym okresie 97 dni w przypadkach pilnych, a realny nawet 363 dni. Z kolei średni czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału Dziennego wynosił od 350 dni na koniec 2020 roku do 300 na koniec marca 2023 roku, a na hospitalizację przyjmowano pacjentów wyłącznie w stanach nagłych. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży realizowane były w Poradni i Oddziale Dziennym przez personel w liczbie zgodnej z wymogami określonymi przez Ministra Zdrowia, z wyjątkiem lekarzy psychiatrów w Poradni, których liczba w grudniu 2022 roku i marcu 2023 roku z powodu braku chętnych do pracy w UDSK, była niższa od wymaganego minimum – czasową zgodę na udzielanie świadczeń przez mniejszą liczbę lekarzy wyraził POW NFZ. Świadczenia psychiatryczne udzielane były, mimo że przychody UDSK uzyskiwane z tego tytułu nie pokrywały ich kosztów.

Stwierdzone w toku kontroli NIK nieprawidłowości polegały głównie na:

- zatrudnieniu personelu medycznego (psychiatrów i psychoterapeutów) na oddziale stacjonarnym w liczbie nieadekwatnej do wymogów określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>7</sup> oraz potrzeb wynikających z liczby hospitalizowanych pacjentów,
- nieopracowaniu zasad diagnostyki i leczenia pacjentów oraz zasad współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami wymaganych tym rozporządzeniem oraz umowami zawartymi z POW NFZ,
- nieprowadzeniu list oczekujących na hospitalizację i nieprawidłowym ich prowadzeniu na przyjęcie do Oddziału Dziennego oraz na wizytę u psychoterapeuty,
- nieudzielaniu ambulatoryjnych świadczeń w Poradni podczas dwóch dni w pierwszym tygodniu sierpnia 2022 roku,
- nieustaleniu norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziale stacjonarnym, wymaganych art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>8</sup>,
- niesporządzaniu pacjentom indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, spełniającego wymogi § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2004 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>9</sup>,
- nieodnotowywaniu czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji psychoterapii rodzinnej.

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

<sup>5</sup> Dalej „POW NFZ” lub „NFZ”.

<sup>6</sup> Dalej „Poradnia”.

<sup>7</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń psychiatrycznych” lub „rozporządzenie z dnia 19 czerwca 2019 r.”

<sup>8</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 991.

<sup>9</sup> Dz. U z 2014 r. poz. 522.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

#### 1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą w UDSK funkcjonował Oddział Dzienny Psychiatryczny oraz Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży (do 25 maja 2022 r.<sup>10</sup>). Uchwałami Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku<sup>11</sup> od 26 maja 2022 r. utworzono m.in. Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży (dalej „Centrum”), w skład którego wchodziły:

- Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży, przemianowany z dniem 20 stycznia 2023 roku na Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
- Oddział Dzienny Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży,
- Izba Przyjęć Dzieci i Młodzieży. (akta kontroli str. 5-18)

Wykazana wyżej organizacja udzielania świadczeń była zgodna z wpisami w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Podlaskiego<sup>12</sup>. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ww. jednostkach organizacyjnych zostało zakontraktowane przez POW NFZ<sup>13</sup>.

W okresie objętym kontrolą Poradnia była czynna w terminach określonych w rozporządzeniu z dnia 19 czerwca 2019 r. W okresie do przejścia na II poziom referencyjny<sup>14</sup> Poradnia działała w dni powszednie przez pięć dni w tygodniu od godzin porannych (7.30 – 9.00) do popołudniowych (15.00 – 17.05). Tygodniowy wymiar czasu pracy Poradni wynosił od 39.30 godzin do 44.55 godzin. Także po przejściu Poradni na II poziom referencyjny czas działania był zgodny z wymogami ww. rozporządzenia. Poradnia była czynna także w godzinach popołudniowych do godziny 20.00 – w zależności od okresu dwa lub trzy razy w tygodniu.

(akta kontroli str. 19-23)

Szczegółową kontrolą objęto działanie Poradni w pierwszych tygodniach marca, sierpnia i grudnia 2022 roku oraz marca 2023 roku. Analiza zrealizowanych harmonogramów wykazała, że czas pracy Poradni był zgodny ze zgłoszeniem do POW NFZ za wyjątkiem opisanego niżej sierpnia 2022 roku. W pierwszym tygodniu analizowanych okresów:

- w marcu 2022 roku lekarze psychiatry udzielali świadczeń przez 37 godzin (łącznie), podczas których przyjęli 34 pacjentów,
- w sierpniu 2022 roku Poradnia była czynna przez trzy dni (wtorek, środa i czwartek), a czas pracy lekarza psychiatry wyniósł sześć godzin, co było niezgodne z warunkami umowy zawartej z POW NFZ, według której Szpital zobowiązał się do udzielania świadczeń w Poradni przez pięć dni w tygodniu, w tym przez lekarza psychiatrę przez 15 godz. 35 min., także w poniedziałek i piątek (więcej na ten temat w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”),
- w grudniu 2022 roku lekarze udzielali świadczeń przez 33 godziny, podczas których przyjęli 56 pacjentów,
- w marcu 2023 roku lekarze psychiatry udzielali świadczeń przez 31 godzin przyjmując łącznie 66 pacjentów. (akta kontroli str. 19-23, 212-252)

<sup>10</sup> <http://szpitaldzieciocy.bialystok.sisco.info/?=1&rejestr=1&id=309&idr=731> – dostęp z dnia 21 kwietnia 2023 roku.

<sup>11</sup> Organ założycielski UDSK.

<sup>12</sup> <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=17552> – dostęp z dnia 21 kwietnia 2023 roku.

<sup>13</sup> Izba Przyjęć Dzieci i Młodzieży była zakontraktowana w ramach umowy dotyczącej ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny.

<sup>14</sup> 1 lipca 2022 rok – data wpisu w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Podlaskiego.

1.2. Jak wynika z treści załączników do umów zawartych z POW NFZ w zakresie psychiatrycznych świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, personel Poradni i Oddziału Dziennego był zgodny z wymogami określonymi w załącznikach do rozporządzenia z dnia 19 czerwca 2019 r. w zakresie wymaganych kwalifikacji, czasu udzielania świadczeń (z wyjątkiem niżej opisanych odstępstw, na które zgodę wyraził POW NFZ). Zadeklarowany w umowach z POW NFZ łączny wymiar zatrudnienia wynosił:

- a) W marcu i grudniu 2020 roku 2,1 etatu w odniesieniu do lekarzy psychiatrów, 7,37 etatu dla psychologów, 1,66 etatu w odniesieniu do osób prowadzących terapię zajęciową (psychoterapeuta i terapeuci zajęciowi) oraz pielęgniarki w wymiarze 2,92 etatu.
- b) W marcu 2021 roku 3,09 etatu w odniesieniu do lekarzy psychiatrów, 3,45 etatu psychologów, 1,63 etatu terapeutów zajęciowych / psychoterapeutów oraz 2,92 etatu w odniesieniu do pielęgniarek.
- c) W grudniu 2021 roku 4 etaty dla lekarzy psychiatrów, 2,8 etatu psychologów, 1,63 etatu osób prowadzących terapię zajęciową oraz dwa etaty pielęgniarek.
- d) W marcu 2022 roku 3,28 etatu lekarzy psychiatrów, 3,14 etatu psychologów, 1,63 etatu osób prowadzących terapię zajęciową oraz dwa etaty pielęgniarek.
- e) W grudniu 2022 roku (tj. po wejściu na II stopień referencyjności):
  - W Oddziale Dziennym: 1,4 etatu lekarzy psychiatrów (trzy osoby<sup>15</sup>), 1,16 etatu psychologów, 3,20 etatu osób prowadzących terapię zajęciową oraz 3,98 etatu pielęgniarek;
  - W Poradni: wymiar zatrudnienia lekarzy psychiatrów wynosił 29 godz. 35 min. i był niższy od wymaganego rozporządzeniem z 19 czerwca 2019 r. o 8 godz. i 20 min. Na wniosek UDSK zgodę na realizację świadczeń w niższym od wymaganego wymiarze w okresie od 1 listopada 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. wyraził dyrektor POW NFZ (uzasadnieniem wniosku do POW NFZ były braki kadrowe oraz prowadzone rozmowy z personelem w sprawie zwiększenia wymiaru zatrudnienia). Podstawą prawną wyrażenia zgody przez dyrektora POW NFZ był § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup>, zgodnie z którym „o zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, który wyznacza świadczeniodawcy termin do jej usunięcia, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie”.

Psycholodzy byli zatrudnieni w wymiarze 0,81 etatu, a osoby prowadzące terapię zajęciową w wymiarze 1,03 etatu (trzy osoby).
- f) W marcu 2023 roku:
  - W Oddziale Dziennym: wymiar zatrudnienia lekarzy psychiatrów wynosił 0,5 etatu (dwie osoby), psychologa 0,3 etatu, 3,16 etatu osób prowadzących terapię zajęciową oraz jeden etat pielęgniarki.
  - W Poradni: wymiar zatrudnienia lekarzy psychiatrów wynosił 29 godz. 40 min. i był niższy od wymaganego o 8 godz. i 20 min. Niespełniony był również warunek zatrudnienia specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej<sup>17</sup>, którego wymiar zatrudnienia był niższy o 0,15 etatu (5 godz. i 35 min.). Na wniosek UDSK zgodę na realizację świadczeń w niższym od wymaganego wymiarze w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r. wyraził dyrektor POW NFZ (uzasadnienie wniosku było takie same jak wcześniejszego, tj. z IV kwartału 2022 roku). Spełniony był warunek zatrudnienia osób prowadzących terapię zajęciową, który wynosił 1,03 etatu (cztery osoby).  
(akta kontroli str. 24-175)

<sup>15</sup> Do 31 sierpnia 2022 roku Oddział Dzienny liczył 11 łóżek, zaś po tym okresie 15 łóżek.

<sup>16</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 787 ze zm. Dalej: ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>17</sup> Lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psychologa z udokumentowanym co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą w wymiarze 0,2 etatu.

Z analizy wykonanych harmonogramów pracy personelu w Poradni oraz w Oddziale Dziennym<sup>18</sup> wynika, że przepracowany czas lekarzy psychiatrów i psychologów był zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu z 19 czerwca 2019 r. W odniesieniu do psychoterapeutów udzielających świadczeń w Poradni, zrealizowany czas pracy w grudniu 2022 roku i marcu 2023 roku był krótszy o 0,14 i 0,17 etatu, gdyż jak wyjaśnił Kierownik Centrum, etaty tych osób są podzielone między trzy miejsca udzielania świadczeń (także Oddział Dzienny i Oddział Stacjonarny). Oprócz ww. personelu w Oddziale Dziennym zatrudnione były cztery pielęgniarki. (akta kontroli str. 176-211, 262-266, 330-332)

Dyrektor UDSK wyjaśniła, że jedynym kryterium ustalania liczby personelu były wymogi określone w rozporządzeniu z dnia 19 czerwca 2019 r. W ocenie Dyrektora wymiar zatrudnienia był stosowny do liczby zakontraktowanych łóżek. Jednak ze względu na duże zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu psychiatrii dziecięcej, faktyczna liczba pacjentów przewyższa liczbę łóżek, a co za tym idzie konieczne jest zatrudnienie większej liczby personelu. (akta kontroli str. 275-277)

1.3.1. W okresie objętym kontrolą pacjenci do Poradni rejestrowani byli w systemie komputerowym, na podstawie zgłoszeń osobistych, telefonicznych lub elektronicznie. Dane o liczbie osób oczekujących, czasie oczekiwania były terminowo sprawozdawane do POW NFZ. Według sprawozdawanych do POW NFZ stanów na koniec marca, września i grudnia:

- a) Na wizytę w Poradni oczekiwało od 36 pierwszorazowych „stabilnych” pacjentów na koniec 2020 roku do 178 na koniec 2022 roku i 386 na koniec marca 2023 roku. Średni czas oczekiwania w tych terminach wynosił odpowiednio 74, 36 i 60 dni, a pierwszy wolny termin był odległy o 24, 363 i 286 dni. Liczba pacjentów pierwszorazowych „pilnych” wynosiła odpowiednio 15, 28 i 34 osoby, a średni czas oczekiwania 21, 47 i 97 dni. Odnosząc się do dłuższego średniego czasu oczekiwania pacjentów „pilnych” od czasu oczekiwania pacjentów „stabilnych” Dyrektor UDSK wyjaśniła, że wynika to dużej liczby pacjentów posiadających skierowania w trybie „pilnym”, wystawianych przez lekarzy przekonanych, że takie skierowanie spowoduje szybsze przyjęcie. Rejestratorka nie ma możliwości zmienić trybu wystawionego skierowania. Dodatkowo wpływ na długi średni czas oczekiwania pacjentów „pilnych” ma żądanie opiekunów tych pacjentów aby dziecko zostało przyjęte przez konkretnie wskazanego lekarza.

(akta kontroli str. 284-285, 505-506)

- b) Do przyjęcia na Oddział Dzienny w trybie „stabilnym” oczekiwało od 116 pacjentów na koniec 2020 roku do 80 na koniec 2022 roku i 103 na koniec marca 2023 roku. Średni czas oczekiwania wynosił 350 dni na koniec 2020 roku, 300 na koniec 2022 roku i koniec marca 2023 roku. Pierwszy wolny termin przyjęcia pacjenta do Oddziału Dziennego liczył 56 dni (termin ten wynikał z 8-tygodniowego cyklu trwania terapii). Na liście oczekujących nie było pacjentów zakwalifikowanych jako „pilnych”. (akta kontroli str. 284-285, 313)

Do zapisów na wizytę w formie elektronicznej w UDSK służył e-portal pacjenta, w którym możliwe było umawianie kolejnych wizyt. Na pierwszą wizytę pacjent mógł się umówić elektronicznie poprzez zgłoszenie mailem adres [por.psychiatryczna@udsk.pl](mailto:por.psychiatryczna@udsk.pl)<sup>19</sup>. Wówczas pracownik z rejestracji Poradni Zdrowia Psychicznego oddzwaniał do pacjenta (jeśli podano w mailu numer kontaktowy) lub odpisywał mailem, w którym podawany był proponowany termin z zastrzeżeniem, że jeśli ten termin nie odpowiada to należy się skontaktować telefonicznie. W czasie kontaktu telefonicznego zbierane były informacje o opiekunach prawnych oraz pacjencie w celu zarezerwowania wizyty w systemie. Podczas pierwszej wizyty pacjenta w komórce rejestracji Poradni opiekun podpisywał zgody na objęcie leczeniem i na nawiązywanie kontaktów poprzez telefon i maila. Następnie zakładano pacjentowi konto na e-portalu i generowano hasło. Na kolejne wizyty pacjent miał możliwość umówienia się elektronicznie. (akta kontroli str. 570)

<sup>18</sup> Analizą objęto harmonogramy pracy w marcu i grudniu z lat 2020-2023.

<sup>19</sup> <https://udsk.pl/poradnieudsk/poradnia-zdrowia-psychicznego-z-gabinetem-psychologicznym/> - dostęp z dnia 13 lipca 2023 roku.

Według stanu na 16 maja 2023 r.<sup>20</sup> pacjentów zapisywano w trybie „pilnym” na grudzień 2023 roku, a pacjentów w stanie „stabilnym” na drugą połowę kwietnia 2024 roku. Zapisy na wizytę u psychoterapeuty i na pobyt w Oddziale Dziennym prowadzone były w formie papierowej (w zeszytach). W dniu oględzin na psychoterapię oczekiwało 76 pacjentów. Zapisy na psychoterapię obejmowały imię i nazwisko pacjenta, numer telefonu do opiekuna, sporadycznie nazwisko kierującego. Nie rejestrowano daty wpisu na listę i daty wizyty (więcej na ten temat w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”). Pacjenci byli umawiani na konkretny termin po zwolnieniu się miejsca, w dniu zapisu nie podawano planowanej daty wizyty – termin ten podawano po zwolnieniu się miejsca, np. po zakończeniu terapii przez jakiegoś pacjenta). Na listę oczekujących na przyjęcie do Oddziału Dziennego pacjenci rejestrowani byli w zeszycie według grup wiekowych. Rejestrowano m.in.: imię i nazwisko, wiek pacjenta, rozpoznanie, objawy, datę wpisu do rejestru. Nie rejestrowano daty planowanej wizyty w Poradni. Według stanu na 16 maja 2023 r. do przyjęcia na Oddział Dzienny oczekiwało 232 pacjentów. (akta kontroli str. 286-302)

**1.3.2.** W latach 2020-2023 (I kwartał) liczba pacjentów w Poradni wynosiła odpowiednio: 625, 586, 676 i 432, z czego większość stanowili pacjenci w przedziale wiekowym od 10 do 15 lat (odpowiednio: 316, 298, 340 i 221 osób). Liczba udzielonych porad wynosiła: 1.976, 1.692, 1.808 i 894, z czego większość stanowiły porady udzielone przez lekarza psychiatrę (1.052, 853, 816 i 367) oraz psychologa (891, 803, 470 i 160). W okresie objętym kontrolą w Poradni realizowane były tylko indywidualne sesje psychoterapii. Nie realizowano sesji grupowych lub rodzinnych. Dyrektor UDSK wyjaśniła, że było to spowodowane brakiem specjalistów z tego zakresu, a ogłoszenia w sprawie zatrudnienia terapeuty nie były skuteczne. Z danych Działu Prawnego UDSK wynika, że w okresie objętym kontrolą Szpital ogłosił 15 postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących m.in. świadczenia psychiatryczne dzieci i młodzieży. (akta kontroli str. 320, 509-510, 568-569)

W latach 2020-2023 (I kwartał) liczba pacjentów w Oddziale Dziennym wynosiła odpowiednio: 93, 93, 72 i 33 pacjentów, z czego większość stanowili pacjenci w przedziale wiekowym od 10 do 15 lat (odpowiednio: 38, 52, 40 i 17 osób). Liczba udzielonych porad wynosiła 1.695, 1.795, 2.179 i 591<sup>21</sup>. W Oddziale Dziennym realizowano sesje psychoterapii (odpowiednio: 4.569, 5.288, 6.408 i 1.446), w tym m.in. sesje rodzinne (odpowiednio 1.575, 1.757, 2.135 i 590). (akta kontroli str. 321-322)

W okresie objętym kontrolą najczęstszymi rozpoznaniem pacjentów Oddziału Dziennego były:

- a) w 2020 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (249 osób), F91 Zaburzenia zachowania (225 osób) i F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji (202 pacjentów), co stanowiło odpowiednio 14,7%, 13,3% i 11,9% wszystkich pacjentów;
- b) w 2021 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (272 osoby), F91 Zaburzenia zachowania (194 osoby) i F90 Zaburzenie hiperkinetyczne (168 osób), co stanowiło odpowiednio 15,2%, 10,8% i 9,4% wszystkich pacjentów;
- c) w 2022 roku: F41 Inne zaburzenia lękowe (339 osób), F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji (249 pacjentów), F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (229 osób) oraz F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (208 pacjentów), co stanowiło odpowiednio 15,6%, 11,4%, 10,5% oraz 9,5% wszystkich pacjentów;
- d) w I kwartale 2023 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (129 pacjentów), F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (106 osób) i F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji (82 pacjentów), co stanowiło odpowiednio 21,8%, 17,9% oraz 13,9% wszystkich pacjentów. (akta kontroli str. 334-337)

<sup>20</sup> Dzień przeprowadzenia oględzin Centrum.

<sup>21</sup> Liczba porad równała się liczbie osobodni. Dział Statystyki UDSK nie miał możliwości ustalenia jaka była liczba porad w rozbięciu na lekarza, psychologa lub terapeuty.

Najczęstszymi rozpoznaniem pacjentów Poradni były:

- a) w 2020 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (346 osób), F91 Zaburzenia zachowania (334 osoby) i F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji (314 pacjentów) oraz F90 Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwość) – 293 osoby, co stanowiło odpowiednio 17,5%, 16,9%, 15,9% i 14,8% wszystkich pacjentów;
- b) w 2021 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (317 osób), F90 Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwość) – 306 pacjentów oraz F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji (242 osoby), co stanowiło odpowiednio 18,7%, 18,1% oraz 14,3% wszystkich pacjentów;
- c) w 2022 roku: F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (373 osoby), F90 Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwość) – 209 pacjentów oraz F41 Inne zaburzenia lękowe (136 osób), co stanowiło odpowiednio 20,6%, 11,6% oraz 7,5% wszystkich pacjentów;
- d) w I kwartale 2023 roku: Z03 Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (136 osób), F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (117 osób), F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (81 pacjentów), co stanowiło odpowiednio 15,2%, 13,1% oraz 9,1% wszystkich pacjentów.

(akta kontroli str. 338-346)

Szczegółową kontrolą objęto przebieg sprawowania opieki medycznej i jej dokumentowanie na podstawie badania dokumentacji losowo wybranych 20 pacjentów pierwszorazowych<sup>22</sup> w Centrum na II poziomie referencyjnym. Dokumentacja wszystkich pacjentów prowadzona była elektronicznie, wpisy dokonywane były chronologicznie i autoryzowane. W odniesieniu do pacjentów Oddziału Dziennego nie rejestrowano informacji o czasie trwania poszczególnych sesji psychoterapii (więcej na ten temat w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 461-480)

W latach 2020-2023 (I kwartał) pacjentom Oddziału Dziennego zapewniono wyżywienie na podstawie umów zawartych między UDSK a podmiotami zewnętrznymi obejmujących żywienie pacjentów całego Szpitala. Pacjenci Oddziału Dziennego mieli zapewnione posiłki o wartości 20% ceny osobodnia (1,93 zł wg umowy z 2017 roku i 3,49 zł w okresie od 1 sierpnia 2021 r.).

(akta kontroli str. 482-504)

**1.3.3.** W okresie objętym kontrolą wartość kontraktów na świadczenia psychiatryczne dzieci i młodzieży wyniosła: 471,4 tys. zł w 2020 roku, 563,8 tys. zł w 2021 roku, 2.549, 3 tys. zł w 2022 roku oraz 2.876,4 tys. zł na 2023 rok<sup>23</sup> (wg stanu na koniec I kwartału). Wartość kontraktów na świadczenia ambulatoryjne wynosiła: 218,2 tys. zł w 2020 roku, 221,1 tys. zł w 2021 roku i 93,6 tys. zł w 2022 roku (do czasu utworzenia Centrum). Wartość kontraktu na świadczenia w Oddziale Dziennym wyniosła: 253,2 tys. zł w 2020 roku, 342,7 tys. zł w 2021 roku i 178,1 tys. zł w 2023 roku. W 2022 roku POW NFZ zakontraktował świadczenia w Centrum na kwotę 581,7 tys. zł i 465,3 tys. zł w 2023 roku. Poziom wykonania zakontraktowanych świadczeń wynosił od 83,6% w 2021 roku do 99,5% w 2022 roku. Wysokość rocznych rozliczeń odpowiadała rzeczywistemu wykonaniu świadczeń.

(akta kontroli str. 316)

POW NFZ zakontraktował świadczenia psychiatryczne stosując następujące ceny:

- 10,50 zł/pkt rozliczeniowy w latach 2020-2021 i I kwartale 2022 roku za świadczenia udzielane ambulatoryjnie<sup>24</sup> i w Oddziale Dziennym<sup>25</sup>.
- Od 1 kwietnia 2022 r. do 30 czerwca 2022 r. stawka wynosiła 10,97 zł/pkt rozliczeniowy za świadczenia ambulatoryjne oraz za świadczenia udzielane w Oddziale Dziennym. Od 1 lipca 2022 r. zakontraktowano tylko świadczenia udzielane w Centrum na II poziomie referencyjności<sup>26</sup> – cena wynosiła 10,35 zł/pkt rozliczeniowy.

<sup>22</sup> 10 pacjentów poradni zdrowia psychicznego i 10 pacjentów oddziału dziennego psychiatrycznego

<sup>23</sup> Dane za 2022 rok i 2023 rok uwzględniają kontrakty także na opiekę stacjonarną.

<sup>24</sup> Kod 04.1701.001.02.

<sup>25</sup> Kod 04.2703.001.02.

<sup>26</sup> Kod 04.9902.400.03.



- Od 1 stycznia 2023 r. POW NFZ kontraktowano świadczenia udzielane w Centrum (bez rozdzielania na świadczenia ambulatoryjne i w Oddziale Dziennym) ze stawką 12,90 zł/pkt rozliczeniowy. (akta kontroli str. 317-319)

W latach 2020-2023 (I kwartał) kontrolą objęto koszty działalności Oddziału Dziennego (koszty bezpośrednie i pośrednie), które wyniosły odpowiednio: 754,4 tys. zł, 749,7 tys. zł, 1.004,2 tys. zł oraz 204,5 tys. zł. Przychody z POW NFZ za realizację świadczeń wniosły odpowiednio: 331,7 tys. zł, 401,6 tys. zł, 593,5 tys. zł oraz 197,1 tys. zł. Wynika z tego, że przychody z tytułu realizacji świadczeń nie pokrywały kosztów działalności Oddziału Dziennego stanowiąc od 44% do 59% całości kosztów (nie pokrywały nawet wydatków na wynagrodzenia). W odniesieniu do Poradni koszty wyniosły odpowiednio: 225,7 tys. zł, 242,1 tys. zł, 370,6 tys. zł oraz 125,5 tys. zł, a przychody z POW NFZ z tytułu realizacji świadczeń 214,5 tys. zł, 197,9 tys. zł, 341,6 tys. zł oraz 186,0 tys. zł. W latach 2020-2022 przychody pokrywały koszty odpowiednio na poziomie 95%, 82% i 92%. (akta kontroli str. 326-327)

W okresie objętym kontrolą POW NFZ nie przeprowadzał w UDSK kontroli w związku z realizacją umowy na udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej i nie nakładał kar umownych. (akta kontroli str. 323)

W związku z prowadzoną opieką psychiatryczną, w latach 2020-2023 (I kwartał) Szpital uzyskał wsparcie materialne spoza NFZ na łączną kwotę 3.028,5 tys. zł, z czego:

- 2.872,0 tys. zł stanowiła dotacja przyznana przez Ministra Zdrowia na budowę Centrum,
- 150,0 tys. zł stanowiły środki przekazane przez jedną z fundacji z przeznaczeniem na zakup testów psychologicznych. (akta kontroli str. 347)

1.4 W UDSK nie opracowano zasad diagnostyki i leczenia pacjentów w Poradni i Oddziale Dziennym oraz zasad współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami, wymaganych rozporządzeniem z dnia 19 czerwca 2019 r. oraz umowami zawartymi z POW NFZ, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, jako „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 314-315)

1.5. Jak wynika ze sprawozdań przekazywanych przez UDSK do POW NFZ w okresie od przejścia na II poziom referencyjny do końca I kwartału 2023 roku w Centrum nie przeprowadzano konsyliów oraz sesji koordynacji. (akta kontroli str. 320-322)

Z wyjaśnień Kierownika Centrum wynika jednak, że we wskazanym okresie sesje koordynacji i konsylia były organizowane dla potrzebujących tego pacjentów Oddziału Dziennego i Poradni (nie wiadomo ile i kiedy). Nie były one jednak sprawozdawane do NFZ, mimo że taki obowiązek wynika z zarządzenia Nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Z wyjaśnień Kierownika Centrum wynika, że brak sprawozdawania tych świadczeń spowodowany był przeoczeniem, „...Nie byłem przeszkolony w tym zakresie i nie znałem kodów tych procedur. W trakcie kontroli NIK rozpoczęliśmy sprawozdawanie tych danych do NFZ (szerzej na ten temat w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” drugiego obszaru niniejszego wystąpienia). (akta kontroli str. 456)

W okresie od przejścia na II poziom referencyjny w Centrum przeprowadzane były superwizje wymagane rozporządzeniem z 19 czerwca 2019 roku. Superwizje dla personelu Oddziału Dziennego przeprowadzano co miesiąc od października 2022 roku (łącznie były trzy superwizje), a dla personelu Poradni począwszy od września 2022 roku (odbyły się cztery superwizje), mimo że Oddział Psychiatryczny na II poziomie referencyjnym funkcjonował od 1 lipca 2022 r. Stosownie do powołanego rozporządzenia, na II poziomie referencyjnym superwizje powinny się odbywać co najmniej 12 razy w ciągu roku i nie częściej niż dwa razy w miesiącu. (akta kontroli str. 452-453)

Według wyjaśnień Kierownika Centrum brak superwizji w okresie lipiec – wrzesień spowodowany był przeprowadzką w tym okresie Poradni i Oddziału Dziennego do nowych pomieszczeń. (akta kontroli str. 456)

W superwizjach uczestniczyło od trzech (styczeń 2023 roku) do 11 osób (grudzień 2022 roku) udzielających świadczeń w Poradni oraz od pięciu do siedmiu osób udzielających świadczeń w Oddziale Dziennym. (akta kontroli str. 452-453)

1.6. Według stanu na 12 maja 2023 r. Centrum ulokowane było w nowo wybudowanym odrębnym dwupiętrowym budynku na terenie zajmowanym wspólnie przez UDSK oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Pomieszczenia Centrum znajdowały się na I piętrze (m.in. oddział stacjonarny), parterze (Poradnia Zdrowia Psychicznego) oraz na poziomie -1 (Oddział Dzienny). Gabinet pracy psychologa (osobne pomieszczenie) wyposażony był m.in. w krzesła, stolik z zabawkami (poziom „0”). Pomieszczenia do kontaktów z lekarzem, psychologiem, psychoterapeutą stwarzały bezpieczny nastrój zapewniający zachowanie poufności i intymności rozmów. Na poziomie -1 znajdowały się m.in.: sala terapii ruchowej/rehabilitacji psychiatrycznej, sala doświadczania świata, sala integracji sensorycznej oraz sala gimnastyczna. W Poradni i Oddziale Dziennym dysponowano narzędziami do wykonywania testów psychologicznych (37 różnych testów). Według opinii Kierownika CZP zgłoszonej podczas oględzin, liczba pomieszczeń służących do psychoterapii, rozmów z psychologami, odwiedzin, zajęć lekcyjnych była zbyt mała, bowiem nie da się prowadzić wszystkich zajęć w tym samym czasie.

(akta kontroli str. 286-302)

Oględzinami objęto również realizację obowiązków informacyjnych określonych w § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>27</sup>. Wśród zamieszczonych informacji znajdowały się m.in.: dane o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, podstawowe prawa pacjenta wraz z danymi kontaktowymi do Rzecznika Praw Pacjenta, adresy oraz numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, informacje o sposobie kontaktu z lekarzem. Jednak niektórych z wymaganych informacji nie zamieszczono, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, jako „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 286-302)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie było kontroli sanitarno-epidemiologicznych dotyczących pomieszczeń, w których prowadzone było leczenie psychiatryczne.

(akta kontroli str. 323)

1.7. W okresie objętym kontrolą UDSK nie zgłaszał uwag do projektowanych w Ministerstwie Zdrowia standardów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą na poszczególnych poziomach referencyjnych. W odpowiedzi na pytanie kontrolującego: „Czy w Pani ocenie wysokość finansowania i sposób rozliczania świadczeń umożliwia realizację wszystkich wymaganych – według norm prawnych oraz potrzeb pacjenta – świadczeń?” Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Zapotrzebowanie na świadczenia z psychiatrii dziecięcej są tak duże, że nie widzę możliwości zapewnienia wszystkich potrzeb pacjentów. Finansowanie świadczeń jest na poziomie nie wystarczającym. Widoczne jest to w szczególności w opiece całodobowej, gdzie koszty wynagrodzenia personelu pokrywają prawie całą wartość kontraktu z NFZ (przy założeniu obłożenia na poziomie 100%). Pomiędzy rozporządzeniem a finansowaniem świadczeń psychiatrii (stacjonarnej) występuje niespójność. Przy spełnianiu minimalnych wymogów umożliwiających podpisanie umowy z NFZ oraz obecnych oczekiwań płacowych pracowników, przy ich znacznym niedoborze na rynku, nie ma możliwości pokrycia kosztów działalności oddziału i jego funkcjonowanie generuje stratę”. W odpowiedzi na pytanie kontrolującego: „Czy możliwości uzyskania informacji o dotychczasowym leczeniu pacjentów od innych specjalistów, możliwości wymiany informacji z innymi podmiotami (np. szkołami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi) są Pani zdaniem wystarczające? Czy dostrzega Pani w tym zakresie ograniczenia – jeśli tak, to jakie?” Dyrektor UDSK odpowiedziała: „Możliwość uzyskania informacji odnośnie pacjentów od innych specjalistów na obecnym etapie jest zadowalająca...”.

(akta kontroli str. 275-277)

<sup>27</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 787 ze zm. Dalej: ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie Kierownika Centrum rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>28</sup> doprecyzowało katalog rozpoznań ICD-10 do psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej oraz sesji psychoterapii rodzinnej. Poprzednio obowiązujące rozporządzenie powodowało znaczne utrudnienia dla planowania procesu leczenia pacjentów z rozpoznaniami innymi, niż określonymi dla tych świadczeń.

(akta kontroli str. 551-552)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W UDSK nie opracowano zasad diagnostyki i leczenia pacjentów w Poradni i Oddziale Dziennym oraz zasad współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami wymaganymi rozporządzeniem z dnia 19 czerwca 2019 r.<sup>29</sup> oraz umowami zawartymi z POW NFZ, które nakładały obowiązek realizacji świadczeń zgodnie z powołanym rozporządzeniem i opracowania ww. zasad w ciągu 6 miesięcy od daty podpisania umowy z NFZ, czyli do dnia 30 czerwca 2020 r. (akta kontroli str. 314-315)

Dyrektor UDSK nie udzieliła wyjaśnień w zakresie przyczyn nieopracowania wymienionych dokumentów zaznaczając, że ich brak nie miał wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Dodatkowo wyjaśniła, iż 1 października 2022 r. opracowano procedury przyjmowania pacjentów w Izbie Przyjęć Centrum. Ponadto w kwietniu 2023 roku<sup>30</sup> Kierownik Centrum opracował i przedstawił do zatwierdzenia zasady diagnostyki i leczenia wymaganej dla ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej funkcjonującego na III poziomie referencyjnym. Dyrektor uznała jednak, że nie są one wystarczające, w związku z czym są nadal opracowywane. W odniesieniu do zasad współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami Dyrektor stwierdziła, iż zwracała się do Kierownika Centrum o ich opracowanie, a podczas kontroli NIK upominała Kierownika o ich opracowanie. Dodała również, że dotychczas nie było sytuacji, w której istniała potrzeba konsultacji z innym ośrodkiem.

(akta kontroli str. 314, 425-443, 451)

NIK zwraca uwagę, że wymagany rozporządzeniem z 19 czerwca 2019 r. obowiązek opracowania i wdrożenia ww. dokumentów istniał od dnia wejścia w życie przepisu tj. 26 lipca 2019 r. (od blisko czterech lat).

2. Lista oczekujących na przyjęcie przez psychoterapeutę prowadzona była w Centrum niezgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>31</sup>. Nie odnotowywano w niej bowiem daty wpisu na listę (lit. b) i daty planowanej wizyty (lit. i), zaś w przypadku listy oczekujących na przyjęcie do Oddziału Dziennego nie odnotowywano planowanej daty rozpoczęcia terapii. (akta kontroli str. 286-302)

Kierownik Centrum wyjaśnił, że taki sposób prowadzenia listy oczekujących zastał przy objęciu funkcji kierowania placówką. Z powodu przeoczenia nie sprawdził on w jaki sposób były listy prowadzone. (akta kontroli str. 303)

3. W pierwszym tygodniu sierpnia 2022 roku Poradnia była czynna przez trzy dni (wtorek, środa i czwartek), a czas pracy lekarza psychiatry wyniósł sześć godzin. Było to niezgodne z warunkami umowy zawartej z POW NFZ, według której Szpital zobowiązał się do udzielania świadczeń w Poradni przez pięć dni w tygodniu, w tym przez lekarza psychiatrę przez 15 godz. 35 min. (także w poniedziałek i piątek). Z przedstawionej dokumentacji wynika, że było to spowodowane urlopami personelu medycznego (lekarzy i jednego z psychoterapeutów). Mimo urlopów nie zorganizowano zastępstwa dla tych osób. Z tego powodu w dniach 1 i 5 sierpnia w Poradni nie przyjęto żadnego pacjenta. (akta kontroli str. 22, 222-231, 253-256)

<sup>28</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2184, ze zm.

<sup>29</sup> Załącznik nr 8 do ww. rozporządzenia lp. 3 kol. 3 poz. 3 pkt 6 i 7, lp. 4 kol. 3 poz. 3 pkt 9 i 10.

<sup>30</sup> Podczas kontroli NIK.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

Kierownik Centrum wyjaśnił, że z powodu braków kadrowych nie zapewniono na te dni zastępstwa dla urlopowanych osób. Dodał, że „...W tych dniach funkcjonował Dzienny Oddział Psychiatryczny, gdzie w razie pilnej sytuacji pacjent mógł się zgłosić, by uzyskać pomoc. Również na drzwiach poradni umieszczone są informacje (nazwy, adresy, dane kontaktowe) o innych placówkach świadczących podobne usługi, z których mogą korzystać pacjenci”. Ponadto Kierownik wyjaśnił, że z przyczyn technicznych nie jest możliwe ustalenie ilu pacjentów było zapisanych na wizyty 1 i 5 sierpnia 2022 r. Wizyty zostały przełożone na „najszybsze możliwe terminy”, lecz z przyczyn technicznych nie można ustalić na jaki termin. Zamiaru nieprzyjmowania pacjentów nie zgłoszono do POW NFZ, bowiem Kierownika Poradni nie poinformowano, że w dniach 1 i 5 sierpnia 2022 r. nie będzie żadnego specjalisty. (akta kontroli str. 257-258)

4. W dokumentacji medycznej pacjentów Oddziału Dziennego objętej kontrolą NIK (zagadnienie opisano w pkt. 1.3.2. niniejszego wystąpienia) nie odnotowywano czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji psychoterapii rodzinnej, mimo że wymóg taki określony został w § 18 ust. 4 zarządzenia nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, który w § 18 ust. 4 stanowi: „W przypadku realizacji świadczeń: sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej oraz sesji wsparcia psychospołecznego oraz świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, o których mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia, dla których określono czas ich trwania, świadczeniodawca zobowiązany jest odnotować w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy godzinę oraz minutę rozpoczęcia i zakończenia świadczenia.” Wymienione wyżej świadczenia są określone w załączniku nr 8 rozporządzenia z 19 czerwca 2019 r., a przy poszczególnych świadczeniach wykazany jest czas udzielania tego świadczenia. (akta kontroli str. 471-480)

Kierownik Centrum wyjaśnił, że było to spowodowane ograniczeniami stosowanej aplikacji komputerowej, a osoby wpisujące dane o przeprowadzonych sesjach były przekonane, że system sam zanotuje długość trwania sesji. (akta kontroli str. 507-508)

5. Według stanu na dzień przeprowadzania oględzin tj. 16 maja 2023 r. w pomieszczeniach Centrum nie zamieszczono niektórych informacji wymaganych § 11 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:
- informacji o posiadanych udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych (§11 ust. 1),
  - przy stanowisku do rejestracji pacjentów nie podano imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania (§ 11 ust. 4 pkt 1),
  - zasad zapisów na porady i wizyty (podano tylko godziny rejestrowania pacjentów do Poradni Zdrowia Psychicznego – osobiste i telefoniczne) – §11 ust. 4 pkt 3,
  - trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy (§ 11 ust. 4 pkt 4),
  - numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (§ 11 ust. 4 pkt 8),
  - adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ (§ 11 ust. 4 pkt 10),
  - adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (§ 11 ust. 4 pkt 10a).
- (akta kontroli str. 286-302)

Kierownik Centrum wyjaśnił, że brak ww. informacji spowodowany był dużym nakładem pracy związanym z otwarciem Centrum. Jednocześnie dodał, że brakujące informacje zostały już wywieszane. (akta kontroli str. 324-325)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital na ogół prawidłowo realizował umowy zawarte z POW NFZ, na mocy których objął opieką psychiatryczną dzieci i młodzież w trybie ambulatoryjnym oraz Oddziału Dziennego. Zatrudnienie personelu w Poradni nie spełniało wymagań wymiaru czasu udzielania świadczeń określonych przez Ministra Zdrowia w odniesieniu do lekarzy psychiatrów zatrudnionych w grudniu 2022 roku i marcu 2023 roku. POW NFZ wyraził zgodę na udzielanie świadczeń w niepełnej obsadzie lekarzy, jednak nie zostało to uregulowane w zawartej umowie. Pomocą medyczną objęto średniorocznie 629 pacjentów w Poradni oraz 86 w Oddziale Dziennym w sytuacji dużego zapotrzebowania, o czym świadczy liczba oczekujących na przyjęcie do Poradni Zdrowia Psychicznego wynosząca 386 pacjentów na koniec I kwartału 2023 roku oraz długi średni czas oczekiwania na przyjęcie wynoszący w tym okresie 97 dni w przypadkach pilnych, a realny pierwszy termin udzielenia świadczenia był odległy nawet o 363 dni.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym

2.1. Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży (zwany dalej: „Oddziałem”), udzielający świadczeń stacjonarnych wyodrębniono w Statucie Szpitala z dniem 26 maja 2022 r. Od 20 stycznia 2023 r. nazwę Oddziału zmieniono na Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (zwana dalej „Kliniką”). Stosowne zmiany naniesiono w Regulaminie Organizacyjnym UDSK odpowiednio 1 lipca 2022 r. i 1 lutego 2023 r. (akta kontroli str. 5-6, 10, 13-14, 18)

Według rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną Centrum rozpoczęło działalność 1 września 2022 r. i dysponuje 36 łózkami w Klinice<sup>32</sup>.

Od 1 października 2022 r. Szpital posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej na III poziomie referencyjnym, w tym świadczeń stacjonarnych. Do NFZ zgłoszono 28 łóżek, o osiem mniej niż wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną i o 16 mniej niż liczba łóżek wg stanu na dzień przeprowadzenia oględzin (szerzej na temat oględzin w pkt 2.9 niniejszego wystąpienia pokontrolnego). W I kwartale 2023 roku przeciętnie wykorzystywano 37 łóżek.

Organizacja UDSK w zakresie świadczenia całodobowej opieki psychiatrycznej była zgodna z umową z NFZ w zakresie miejsc udzielania świadczeń, tj. w Klinice, przy ul. Wołodyjowskiego 2. Stosownie do załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych, w miejscu udzielania świadczeń stacjonarnych (w tzw. lokalizacji) znajdowała się izba przyjęć dla dzieci i młodzieży, Oddział Dzienny oraz Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. (akta kontroli str. 286-302, 349-354, 372, 446)

2.2. Wg stanu na grudzień 2022 roku i marzec 2023 roku do NFZ — jako udzielających świadczeń medycznych w Klinice — zgłoszono (w przeliczeniu na etaty) odpowiednio:

- po 1,45 etatu lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 6,62 i 6,12 etatu lekarzy specjalistów psychiatrii,
- 0 i jeden etat lekarza specjalistę pediatrii,
- 4,27 i 4,82 etatu psychologów i psychoterapeutów,
- po dwa etaty terapeutów zajęciowych,
- 18,14 i 17,5 etatu pielęgniarek,
- po 0,7 etatu dietetyka.

Oprócz tego w Klinice świadczeń udzielało dwóch rezydentów, jeden lekarz nieposiadający otwartej specjalizacji oraz na dyżurach odpowiednio trzech i czterech lekarzy po trzecim roku specjalizacji z zakresu psychiatrii dorosłych, co było zgodne z uzyskanymi przez UDSK rekomendacjami Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (ze względu na brak lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży i pilną potrzebę zapewnienia odpowiedniego

<sup>32</sup> <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?id=17552>

dostęp do świadczeń psychiatrycznych dzieci i młodzieży), a także opiekuni medyczni (odpowiednio 12 i 10) i sanitariusze (odpowiednio trzech i pięciu).

Liczba personelu zgłoszonego do NFZ spełniała wymogi określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych dla personelu medycznego w ośrodku wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej na III poziomie referencyjnym na potrzeby kontraktu podpisanego z NFZ. Z NFZ zakontraktowano bowiem 28 łóżek szpitalnych, tj. o osiem mniej niż wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną (36), o dziewięć mniej niż wynosiło przeciętne wykorzystanie łóżek w I kwartale 2023 roku (37) i o 16 mniej niż liczba zajętych łóżek wg stanu na dzień przeprowadzenia oględzin (44) – szerzej na temat oględzin w pkt 2.9 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Liczba zatrudnianych psychologów i psychiatrów (odpowiednio 4,27 i 4,82 etatu) nie spełniała jednak wymogów tego rozporządzenia w odniesieniu do liczby łóżek zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną (36). Wg stanu na grudzień 2022 roku brakowało bowiem odpowiednio 0,73 i 0,18 etatu. Problem ten przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 259-274)

Analiza wymiaru czasu pracy poszczególnych grup specjalistów zrealizowanego w grudniu 2022 roku i w marcu 2023 roku wykazała, że czas pracy lekarzy specjalistów psychiatrów i terapeutów zajęciowych w tych miesiącach odpowiadał normom ustalonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych. Był on odpowiednio o 0,23 i o 0,72 etatu niższy w przypadku lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży (jeden etat przeliczeniowy na 40 łóżek) oraz odpowiednio o 2,27 i o 1,63 etatu w przypadku psychologów i psychoterapeutów (pięć etatów przeliczeniowych na 40 łóżek), mimo że w załączniku nr 2 do umowy z NFZ – Harmonogram – zasoby zostali wykazani psychologowie i psychoterapeuci, którzy nie udzielali w tym czasie świadczeń w Klinice (od sześciu do ośmiu osób).

(akta kontroli str. 267)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że jeden z lekarzy przebywał na zwolnieniu lekarskim, a psychologowie i psychoterapeuci byli na urloпах, zwolnieniach lekarskich lub szkoleniach<sup>33</sup>.

(akta kontroli str. 456, 458)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w załączniku do umowy wymieniono też kadre, która w przypadku nieobecności personelu może udzielać w Klinice świadczeń w celu zabezpieczenia ich ciągłości.

(akta kontroli str. 509-510)

W Klinice zapewniono pacjentom całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia oraz opiekę lekarską w izbie przyjęć. Ze względu na zbyt mały stan zatrudnienia w stosunku do potrzeb Kliniki, UDSK podpisał porozumienie z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Białymstoku<sup>34</sup> w sprawie zapewnienia obsady dyżurowej poza godzinami normalnej ordynacji, zgodnie z ustalonym harmonogramem w taki sposób, aby ilość pełnionych dyżurów przez lekarzy Kliniki i Kliniki Psychiatrii USK, które zlokalizowane są w tym samym budynku, wynosiła po 50%. Po godzinie 15 oraz w dni wolne od pracy dyżuruje zatem jeden lekarz obsługujący Klinikę, Klinikę Psychiatrii USK i dwie izby przyjęć. Szerzej problem ten przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 259-274, 455-456)

W Klinice zatrudniony jest lekarz pediatra. Wg wyjaśnień Kierownika Kliniki, w przypadku potrzeby konsultacji pacjenta przez lekarzy innych specjalności, lekarz prowadzący zleca konsultację w systemie, a następnie kontaktuje się z danym specjalistą, w celu ustalenia terminu konsultacji. Konsultacje odbywają się w budynku UDSK, zlokalizowanym kilkaset metrów od siedziby Kliniki. Na konsultacje pacjent udaje się z opiekunem medycznym oraz opiekunem prawnym. Jeżeli pacjent tego wymaga, lekarz konsultujący przychodzi do Kliniki. W niektórych zaś przypadkach konsultacje odbywają się na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta i wykonanych badań.

(akta kontroli str. 259-261. 378-380)

<sup>33</sup> Informacje o tych absencjach nie były kierowane do NFZ.

<sup>34</sup> Dalej: „USK”.

W UDSK nie ustalono norm zatrudnienia pielęgniarek w Klinice, wymaganych art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Analiza czasu pracy pielęgniarek w grudniu 2022 roku i w marcu 2023 roku wykazała, że w Klinice zapewniono całodobową obsadę pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. W godzinach popołudniowych (od 15:00) i w godzinach nocnych (od 19:00 do 7:00) w grudniu 2022 roku dyżurowało od trzech do czterech pielęgniarek, a w dni wolne od pracy w ciągu dnia – od dwóch do czterech pielęgniarek, a w godzinach nocnych – od trzech do czterech. Z kolei w marcu 2023 roku – po godzinie 15:00 – od trzech do sześciu pielęgniarek, a w godzinach nocnych – trzy. W dni wolne od pracy w dzień i w godzinach nocnych dyżurowało zaś od trzech do czterech pielęgniarek. Oprócz tego w dzień i w nocy dyżur pełnili sanitariusze (od jednego do trzech) i opiekunowie medyczni (dwóch – trzech).

(akta kontroli str. 259-267, 278-283, 447-448)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że w Centrum zatrudnionych jest zbyt mało lekarzy psychiatrów, co utrudnia funkcjonowanie. Lekarze prowadzą jednocześnie wielu pacjentów i są przepracowani. Często zostają dłużej w pracy, aby odpowiednio zająć się pacjentem.

(akta kontroli str. 378-379)

W UDSK na ½ etatu zatrudniono pracownika socjalnego, do którego należała m.in. współpraca z lekarzami i pielęgniarkami wszystkich oddziałów w zakresie realizacji przypisanych mu zadań, w tym:

- pomoc w organizacji opieki w środowisku domowym lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjenta na zewnątrz w celu rozwiązywania pilnych spraw socjalno-bytowych,
- pomoc rodzinom w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać,
- zbieranie i analizowanie danych dotyczących sytuacji socjalno-bytowej pacjenta w sytuacjach tego wymagających,
- ustalanie zakresu pomocy jakiej będzie ewentualnie potrzebował pacjent opuszczający Szpital,
- ustalanie z pacjentem i jego rodziną kierunków działań zmierzających do zapewnienia właściwego środowiska domowego i szkolnego,
- informowanie chorego i jego rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie opieki socjalno-bytowej,
- pomoc rodzinie w stworzeniu normalnych warunków domowych przy współpracy z ośrodkami pomocy społecznej,
- pomoc choremu i jego rodzinie w nawiązywaniu kontaktu z instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej,
- podejmowanie działań zmierzających do uregulowania sytuacji prawnej dziecka i zapewnienia mu prawidłowej opieki z umieszczeniem w placówce opiekuńczo wychowawczej włącznie, gdy wymaga tego sytuacja.

Od utworzenia Centrum, tj. od 1 października 2022 r. do czasu kontroli NIK, pracownik socjalny podjął następujące czynności na rzecz pięciu pacjentów Kliniki:

- przeprowadził wywiad socjalno-bytowy z rodziną pacjenta, aby ocenić zdolność finansową opiekuna oraz uruchomić pomoc z opieki społecznej,
- przekazał ojcu pacjenta informacje na temat warunków umieszczenia dziecka w określonych placówkach, celem kontynuacji leczenia i terapii,
- pomógł matce pacjenta w zredagowaniu pisma do sądu z prośbą o przyspieszenie wyznaczenia terminu umieszczenia dziecka w określonej placówce,
- ustalił sytuację socjalno-bytową i rodzinną pacjenta oraz wskazał zasady sprawowania prawidłowej opieki nad dzieckiem, aby zabezpieczyć bezpieczny powrót dziecka do domu,
- skontaktował się z ośrodkiem pomocy społecznej, w celu stałego monitorowania potrzeb rodziny w opiece nad pacjentem.

Udzielał też porad telefonicznych lekarzom Kliniki w sprawach dotyczących postępowania w określonych przypadkach oraz – jako członek Szpitalnego Zespołu Interdyscyplinarnego – trzykrotnie uczestniczył we wszczęciu procedury „Niebieskiej karty”.

(akta kontroli str. 374-377)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Funkcjonowanie w strukturze Szpitala pracownika socjalnego nie wpływa na obciążenie personelu medycznego. Pracownik socjalny ma tylko pół etatu na cały Szpital, a jego gabinet znajduje się w innym budynku, co utrudnia nawiązanie kontaktu. Zdarzyło się kilka przypadków, że pracownik socjalny został zaangażowany w sytuację pacjenta, jednak nie jest to wystarczające względem potrzeb Kliniki. Wielu pacjentów pochodzi z trudnych rodzin i boryka się z wieloma problemami”.

(akta kontroli str. 378-379)

2.3. Na hospitalizację pacjenci umawiani byli osobiście (nie było możliwości zapisania się drogą elektroniczną). Klinika nie prowadziła listy pacjentów oczekujących na hospitalizację, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż – jak wyjaśnił Kierownik Kliniki – Klinika działa w trybie ostrego dyżuru, co oznacza, że przyjmowani są pacjenci w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Kwestię tę przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 378, 380)

Szpital przekazywał do NFZ informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, czasie oczekiwania na hospitalizację i liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia (w przypadkach pilnych i stabilnych). Wg stanu na 31 grudnia 2022 r. i 31 marca 2023 r. do NFZ terminowo przekazano informację o braku osób oczekujących na hospitalizację w Klinice i przyjmowaniu pacjentów na bieżąco.

(akta kontroli str. 306-310 i 424)

Od 1 października do 31 grudnia 2022 r. 110 pacjentom odmówiono przyjęcia do Kliniki, a w I kwartale 2023 r. odmowę otrzymało 170 pacjentów. Przyczynami odmowy były:

- brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji – 65 przypadków w IV kwartale 2023 roku i 139 w I kwartale 2023 roku,
- brak zgody pacjenta na przyjęcie – odpowiednio pięć i 10 przypadków,
- brak zgody rodzica na przyjęcie – dwa i 0,
- skierowanie pacjenta do leczenia ambulatoryjnego – 35 i 16 przypadków,
- niedopasowanie pacjenta do profilu Kliniki<sup>35</sup> – dwa i cztery przypadki,
- oddalenie się pacjenta – po jednym w obu okresach.

(akta kontroli str. 381)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że ok. 25–30% pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do Kliniki z powodu braku bezwzględnych podstaw do hospitalizacji, mogłoby zostać przyjętych w przypadku posiadania wolnych miejsc. Wyjaśnił też, że w takich przypadkach kierowano pacjenta do leczenia ambulatoryjnego.

(akta kontroli str. 382-383, 571)

W latach 2022<sup>36</sup>–2023 (I kwartał) w Klinice hospitalizowano odpowiednio 140 i 169 dzieci, głównie dziewczęta (kolejno 109 i 130, tj. 77,8% i 76,9% ogółu), z których odpowiednio 106 i 137 przyjęto w trybie nagłym i pilnym, a 34 i 32 w trybie stabilnym (w tym przeniesienia z innych szpitali i przyjęcia przymusowe). Najliczniejszą grupę hospitalizowanych stanowiły dzieci w wieku od 10 do 15 lat (79 i 109, tj. 56,4% i 65%) i od 16 do 18 lat (61 i 58, tj. 43,6% i 34,3%). Oprócz nich w Klinice w I kwartale 2023 roku hospitalizowano dwoje dzieci w wieku 6–9 lat. Ponownej hospitalizacji poddano ośmioro dzieci w 2022 roku i pięcioro w 2023 roku (I kwartał).

Faktyczny czas hospitalizacji w 2022 roku wynosił 2.785 dni, a w 2023 roku (I kwartał) – 3.338 osobodni. Najdłuższy czas pobytu pacjenta w Klinice wynosił w kolejnych latach 75 i 82 osobodni, a najkrótszy po jednym dniu. Najwięcej hospitalizacji trwało do miesiąca, w tym do 14 dni odpowiednio 59 i 70, a od 15 dni do miesiąca 58 i 70. Od jednego do dwóch miesięcy hospitalizowano kolejno 21 i 26 pacjentów, a od dwóch do trzech miesięcy – dwóch i trzech.

(akta kontroli str. 444-445)

<sup>35</sup> Dziecko wymagało najpierw skierowania na SOR np. w celu zabezpieczenia parametrów życiowych po świeżej próbie samobójczej poprzez zatrucie lekami.

<sup>36</sup> Od 1 października 2022 r.



Najczęściej pacjentów hospitalizowano z powodu:

- zaburzeń adaptacyjnych – 38 przypadków w 2022 roku (28,1% ogółu hospitalizacji) i 47 w I kwartale 2023 roku (27,8%),
- umiarkowanego epizodu depresji – 15 przypadków w 2022 roku (11,1%) i 16 w I kwartale 2023 roku (9,5%),
- zespołu Aspergera – 10 przypadków w 2022 roku (7,4%) i 12 w I kwartale 2023 roku (7,1%).  
(akta kontroli str. 384-385)

Od powstania Kliniki, tj. od 1 października 2022 r. do czasu kontroli NIK, w Klinice odnotowano dwa zdarzenia niepożądane. W dniu 8 maja 2023 r. niespełna 16-letni pacjent podczas próby ucieczki doznał złamania nogi i został znaleziony przez wezwany patrol Policji. Kolejne zdarzenie miało miejsce 9 maja 2023 r. i dotyczyło pocałowania przez 17-letniego pacjenta, 13-letniej pacjentki wbrew jej woli.  
(akta kontroli str. 386-391)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że szkoły nie kontaktują się z lekarzami Centrum. Zdarza się natomiast, że pracownicy Kliniki kontaktują się ze szkołą – przesyłają nauczycielom ankiety dotyczące pacjentów lub zgłaszają podejrzenie występowania przemocy rówieśniczej w szkole. Na prośbę rodziców lekarze wystawiają też zaświadczenia do szkoły, a rodzice mają obowiązek dostarczenia do Kliniki zaświadczeń ze szkoły, jeśli takie były wystawiane.  
(akta kontroli str. 378-380)

**2.4.** Pacjentom Kliniki zorganizowano zajęcia rehabilitacyjne, stosownie do wymogów § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych, tj. pięć razy w tygodniu w wymiarze od dwóch do pięciu godzin dziennie, w tym co najmniej dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Od poniedziałku do piątku w dwóch grupach wiekowych prowadzono terapię zajęciową (od 9:15 do 10:30 i od 11:00 do 12:00), a we wtorki i w czwartki – także w dwóch grupach wiekowych – terapię grupową (od 9:15 do 10:30 i od 11:15 do 12:30). Psychoterapeuci prowadzili zajęcia od poniedziałku do czwartku od godziny 7:30 do 16:00 w poniedziałek, do 18:05 we wtorek, do 13:05 we środę i do 17,35 w czwartek. W tych godzinach prowadzili m.in. psychoterapie indywidualne i konsultacje rodzinne. Oprócz tego w dni powszednie pięć razy w tygodniu pacjentom zorganizowano zajęcia szkolne (po 2,5 lub 3,5 godziny dziennie), trzy razy w tygodniu – godzinny spacer i 45 minutowe zajęcia na siłowni (od 17:00 do 17:45), a dwa razy w tygodniu – oglądanie filmu (o 17:45). Także w dni wolne od pracy pacjentom zorganizowano dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, tj. w sobotę terapię zajęciową w dwóch grupach wiekowych (od 9:00 do 14:00) oraz możliwość korzystania z gier (Xbox) o godzinie 16:00. W niedzielę zaś o godzinie 11:00 pacjentom zapewniono możliwość korzystania z gier, a o 15:45 z filmu.  
(akta kontroli str. 393-394)

Z zajęć rehabilitacyjnych w Klinice w latach 2022–2023 (I kwartał) skorzystało odpowiednio 301 i 401 pacjentów, co oznacza, że każdy pacjent skorzystał z więcej niż dwóch rodzajów zajęć (kolejno 2,2 i 2,4). Udzielono im odpowiednio 1.923 i 6.292 procedury (średnio po 13,7 i 37,2 na pacjenta Kliniki). Najwięcej pacjentów skorzystało z terapii zajęciowych – odpowiednio 90 i 129<sup>37</sup> (784 i 3.723 procedury) i terapii grupowych – 75 i 104 pacjentów<sup>38</sup> (347 i 1.262 procedury). Psychoterapią indywidualną objęto 74 i 82 pacjentów<sup>39</sup> (330 i 826 procedur), a kliniczno-psychiatryczną oceną stanu psychicznego 62 i 86 pacjentów<sup>40</sup> (462 i 481 procedur).  
(akta kontroli str. 392 i 444)

Analiza dokumentacji medycznej 10 pacjentów, w tym wszystkich sześciu, którym zastosowano przymus bezpośredni i czterech wybranych losowo, wykazała, że przyjęto ich do Kliniki po wyrażeniu zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego. Udzielano im świadczeń przewidzianych w planie leczenia. Dokumentacja medyczna pacjentów była na bieżąco prowadzona w systemie komputerowym, zawierała wszystkie niezbędne wpisy, a także karty obserwacji, zleceń lekarskich, indywidualnej opieki pielęgniarskiej i karty

<sup>37</sup> 64,3% i 76,3% ogółu.

<sup>38</sup> 53,6% i 61,5% ogółu.

<sup>39</sup> 52,6% i 48,5% ogółu.

<sup>40</sup> 44,3% i 50,9% ogółu.

przymusu bezpośredniego. Niezbędne informacje zawierały też karty informacyjne z leczenia szpitalnego (wypis), w tym o uczestniczeniu w zajęciach terapeutycznych i zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego (z wyjątkiem jednej karty, w której nie było informacji o zastosowaniu tego środka). Pacjentom nie sporządzano jednak indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, spełniającego wymogi § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Rehabilitacja pacjenta prowadzona była przez psychologów i psychoterapeutów w oparciu o ogólny plan oddziaływań terapeutycznych jednolity dla wszystkich pacjentów Kliniki. Oprócz tego w planie tym zamieszczono informację o zaplanowanych pacjentowi zajęciach terapeutycznych, bez wskazania wymiaru czasu zajęć rehabilitacyjnych przewidzianych dla danego pacjenta, co było niezgodne z § 5 ust. 3 powołanego rozporządzenia. Problem ten przedstawiono szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”, zamieszczonej w dalszej treści wystąpienia. (akta kontroli str. 511-532)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że od powstania oddziału sporadycznie zdarzało się, że nie można było wypisać pacjenta po zakończonej diagnostyce i leczeniu z przyczyn zewnętrznych. „Z powodu niemożliwości przyjazdu rodziców należało przesunąć termin wypisu o kilka dni. W innym przypadku matka nie chciała odebrać dziecka i należało oczekiwać ok. 2 tygodni na wyrok sądu o umieszczeniu dziecka w domu dziecka. Była też sytuacja, że z powodu braku środka transportu przesunął się o parę dni wypis pacjenta z ośrodka wychowawczego”. (akta kontroli str. 533)

**2.5.** Do czasu kontroli NIK w UDSK nie ustalono obowiązujących w Klinice zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami, chociaż – stosownie do załącznika nr 8 rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych – procedury takie powinny być wdrożone w terminie sześciu miesięcy od dnia zawarcia umowy z NFZ o udzielanie świadczeń, tj. do 30 marca 2023 r., co przedstawiono też poniżej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 315)

Wyjaśnienia Dyrektora Szpitala na temat przyczyn nieopracowania tych procedur przytoczono w pkt 3 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”, zamieszczonej w pierwszym obszarze kontroli.

**2.6.** W 2022 roku personelowi udzielającemu świadczeń zorganizowano dwie sesje superwizji (30 listopada i 7 grudnia), w których uczestniczyło po osiem osób, w tym:

- trzech z siedmiu lekarzy zatrudnionych w Klinice,
- dwóch z trzech psychologów,
- jeden z czterech psychoterapeutów,
- obaj terapeuci zajęciowi.

Z kolei w I kwartale 2023 roku sesje superwizji zorganizowano 4 stycznia, 1 lutego i 14 marca. Uczestniczyło w nich odpowiednio 10, dziewięciu i 14 pracowników Kliniki. Analiza osób uczestniczących w superwizjach w marcu 2023 roku wykazała, że wzięło w nich udział:

- sześciu z dziewięciu lekarzy,
- wszyscy trzej psycholodzy,
- trzech z czterech psychoterapeutów,
- obaj terapeuci zajęciowi.

Szerzej problem nieobjęcia sesjami superwizji całości personelu przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Sesji superwizji nie zrealizowano w październiku 2022 roku, mimo że w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych wynika, że powinna być ona zorganizowana co najmniej 12 razy w roku. (akta kontroli str. 395)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że powodem niezorganizowania superwizji w październiku 2022 roku było rozpoczęcie jej działalności dopiero od tego miesiąca. (akta kontroli str. 456)

Klinika nie sprawozdawała do NFZ informacji o zorganizowaniu sesji koordynacji i konsyliów, mimo takiego wymogu wynikającego z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Stosownie do § 23 ust. 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dane takie powinny być sprawozdawane do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dopiero w trakcie kontroli NIK uzupełniono dane sprawozdawcze za I półrocze 2023 roku o zorganizowanie pięciu sesji koordynacji dla trzech pacjentów oraz o przeprowadzenie 27 konsyliów dla 22 pacjentów. Szerzej problem ten przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 445, 565)

Od powstania Kliniki, tj. od 1 października 2022 r. do 31 maja 2023 roku, 20 jej pracowników uczestniczyło w 28 kursach i szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, których łączny koszt wyniósł 3 tys. zł (bezpłatne było 18 z nich). Najwięcej osób (12) uczestniczyło w szkoleniu dotyczącym podstawowych zabiegów resuscytacyjnych – BLS. Z kolei w szkoleniu *Procedury badania oraz interpretacji wyników MMPI-A Minnesockiego Wielowymiarowego Kwestionariusza do badań osobowości młodzieży w wersji Tomasza Kucharskiego* udział wzięło 10 osób.

(akta kontroli str. 396-397)

**2.7.** Szpital obsługiwany jest przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który na stałe urzęduje w Warszawie. Z informacji uzyskanych od Rzecznika wynika, że funkcję tę w województwie podlaskim sprawuje od 1 lutego 2022 r., na podstawie umowy o pracę podpisanej z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. UDSK o tym fakcie poinformowany został 18 października 2022 r. Do Rzecznika nie wpłynęła żadna skarga dotycząca Kliniki.

(akta kontroli str. 398-399).

Dwie skargi wpłynęły zaś do Szpitala. Jedna pochodziła z 25 marca 2023 r., a druga z 10 maja 2023 r. Obie dotyczyły niewłaściwego odezwania się przez sanitariuszy do pacjentów. Po rozpatrzeniu pierwszej ze skarg Dyrektor Szpitala poinformowała osobę skarżącą o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, w wyniku którego sanitariuszowi udzielono upomnienia i zobligowano do podniesienia kwalifikacji zawodowych. Druga ze skarg do czasu jej kontroli przez NIK nie została rozstrzygnięta.

(akta kontroli str. 400-404).

W Klinice zapewniono pacjentom prawo do porozumiewania się z rodziną i innymi osobami z zewnątrz. Pacjenci mieli prawo korzystać z telefonu pod nadzorem personelu Kliniki, raz dziennie, przez okres nie dłuższy niż 5 minut. Telefon ten znajdował się w dyspozycji pielęgniarek i służył także do prowadzenia rozmów służbowych. Pacjenci chcący skorzystać z możliwości kontaktu telefonicznego byli zapisywani na listę. Numery telefoniczne do kontaktów pacjentów były podawane personelowi przez opiekunów. Pacjent prowadził rozmowę przy pielęgniarce (w dyżurce), która wybierała w telefonie wskazany przez opiekunów numer telefonu. Oprócz tego możliwe było posiadanie telefonów komórkowych, ale wyłącznie takich, które nie posiadają aparatu fotograficznego i funkcji nagrywania. W Klinice obowiązuje bowiem zakaz rejestracji obrazu i dźwięku. Telefony pacjentów podlegały zdeponowaniu i mogły być wydawane na prośbę pacjenta w określonych godzinach, wolnych od zajęć obowiązkowych.

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Pielęgniarka nie słucha rozmowy pacjenta, a jedynie kontroluje wybieranie numeru telefonu, aby dziecko nie rozmawiało z osobą, która nie jest wskazana przez opiekunów dziecka, np. z dealerem narkotyków lub ze sprawcą przemoc seksualnej. Ponadto obecność pielęgniarki jest niezbędna, gdyż rozmowa odbywa się w pokoju pielęgniarskim, w którym przechowywane są m.in. igły i leki.”

Pacjenci Kliniki mieli również możliwość bezpośrednich spotkań z najbliższą rodziną oraz z upoważnionymi przez rodziców osobami dorosłymi – opracowano wewnętrzny regulamin takich spotkań, który podano do wiadomości pacjentów i osób odwiedzających. Spotkania z osobami odwiedzającymi odbywały się od poniedziałku do piątku, od godz. 18:00 do godz. 18:45, w terminach uzgodnionych przez kierownika Kliniki, w sali terapii lub gabinecie psychologa (jednego dnia rodzice mogli przyjść do czterech pacjentów). W sobotę i niedzielę

spotkania odbywały się bez zapisów w godzinach od 13:00 do 17:00 (jeden odwiedzający do jednego pacjenta). Długość odwiedzin nie mogła przekroczyć 30 minut.

(akta kontroli str. 286-287, 405-415, 571)

W UDSK wprowadzono możliwość przebywania przez całą dobę jednego rodzica z młodszymi i wymagającymi tego dziećmi<sup>41</sup>. Pielęgniarka oddziałowa Kliniki wyjaśniła: „Pobyt opiekuna ustawowego w Klinice jest możliwy. Od czasu utworzenia były dwa takie przypadki. Rodzice dzieci przebywały całą dobę w pokoju pacjenta. Rodzicom udostępniliśmy łóżka pacjentów”.

(akta kontroli str. 416)

Przedstawicielom ustawowym zapewniono uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia pacjenta. W tym celu w kilku miejscach na terenie Centrum oraz na stronie internetowej UDSK umieszczono informacje o numerach telefonów do lekarzy.

(akta kontroli str. 288)

W 2022 roku czterech pacjentów Kliniki jednokrotnie przebywało na przepustce, a w I kwartale 2023 roku – 27 pacjentów. Udzielono im 32 przepustki. W Klinice nie ma informacji o przypadkach odmowy udzielenia przepustki pacjentom.

(akta kontroli str. 417)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że nie było przypadku, aby pacjent nie wrócił z przepustki w wyznaczonym terminie. Zdarzało się natomiast, że pacjenci wracali wcześniej (nawet kilka godzin po wyjściu) z powodu pogorszenia się stanu zdrowia. „Ze względu na specyfikę pacjenta pediatrycznego, dzieci zadają pytania o przepustkę średnio kilkanaście razy dziennie, nawet dzień po próbie samobójczej. Pacjent może wyjść na przepustkę, kiedy jego stan psychiczny jest stabilny, dlatego nie odmawia się przepustek tylko przekłada w czasie, aż będzie to bezpieczne.

(akta kontroli str. 382-383)

Na terenie Kliniki stosowany był monitoring i kontrola wejścia, w celu ograniczenia zachowań zagrażających zdrowiu oraz bezpieczeństwu pacjentów i w celu ograniczenia dostępu na oddział osobom nieuprawnionym. W związku z tym miejsca ogólnodostępne, przeznaczone do użytku wspólnego, w tym wejścia do budynku, do Kliniki, ciągi komunikacyjne, windy, poczekalnię pacjentów, punkty informacyjne i sale chorych objęto monitoringiem wizyjnym. Informacje o sposobie przetwarzania danych osobowych zamieszczono na stronie internetowej UDSK. Na terenie Kliniki obowiązywał zakaz wnoszenia alkoholu, wyrobów tytoniowych, środków odurzających oraz ostrych i niebezpiecznych przedmiotów (nożyczek, cyrkli, temperówek, żyłek, golarek, szklanych opakowań, lusterek, elektrycznych szczoteczek do zębów), kosmetyków w sprayu, lakierów, zmywaczy do paznokci i kolorowych kosmetyków. Zabronione było pozostawianie leków przy pacjencie. W uzasadnionych przypadkach rzeczy pacjentów mogą być skontrolowane. Niedozwolone rzeczy odbierano pacjentowi i oddawano jego opiekunowi.

(akta kontroli str. 286-287, 408-412)

Pielęgniarka oddziałowa Kliniki wyjaśniła: „Rzeczy pacjenta podlegają przeszukaniu przez sanitariusza przy wejściu, a gdy nie ma takiej możliwości, są one dostarczane do punktu pielęgniarskiego i są przeszukiwane przez pielęgniarki wizualnie i przy użyciu wykrywacza metalu. Rzeczy spożywcze są przekładane do przezroczystych torebek strunowych, aby zapobiec wnoszeniu rzeczy zabronionych. Oprócz tego pacjenci są przeszukiwani przy użyciu wykrywacza metalu, a następnie udają się do łazienki i tam, po rozebraniu się podlegają przeszukaniu przez dwóch pracowników tej samej płci co pacjent. Usuwane są też kolczyki z uszu, nosa, języka i innych miejsc.”

(akta kontroli str. 416)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Z uwagi na bezpieczeństwo dzieci wprowadziliśmy przeszukanie i sprawdzanie pacjentów wykrywaczem metalu, po konsultacji z prof. Wolańczykiem. Zdarzało się bowiem przemycanie ostrych przedmiotów i samookaleczanie się pacjentów.”

(akta kontroli str. 571)

Nie negując konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce, Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że inwazyjne oraz potencjalnie poniżające środki, jak przeszukanie osobiste połączone m.in. z rozebraniem się, wymagają – stosownie do art. 31 ust. 3 Konstytucji RP – odpowiedniego umocowania prawnego oraz uzasadnienia. Dokonywanie kontroli osobistych jest ingerencją władzy publicznej w sferę prawa do prywatności, nietykalności i wolności osobistej. Samodzielne uregulowanie możliwości przeprowadzania kontroli

<sup>41</sup> <https://udsk.pl/strefa-pacjenta/przyjecie-i-pobyt-w-szpitalu/>

osobistych w oddziale, bez upoważnienia ustawowego może naruszać konstytucyjne prawa i wolności człowieka, a także art. 8 Europejskiej Konwencji Podstawowych Praw i Wolności.

Ogłędziny Kliniki wykazały, że sanitariaty zlokalizowane w pokojach pacjentów i na korytarzu zapewniały zachowanie prawa do intymności. Nie zainstalowano w nich monitoringu. Zachowanie intymności i poufności zapewniały też pomieszczenia przeznaczone do kontaktów z lekarzem, psychologiem, psychoterapeutą. (akta kontroli str. 286-287)

Pacjenci mogli swobodnie poruszać się po oddziale z wyjątkiem wchodzenia do pokoi pacjentów o innej płci. (akta kontroli str. 408-412, 414)

Analiza prawidłowości zastosowania 10 przypadków środków przymusu bezpośredniego wobec sześciu pacjentów<sup>42</sup>, spośród 18 zastosowanych do czasu kontroli NIK (w łącznym wymiarze 81 godzin i 40 minut) wykazała, że:

- wszystkim pacjentom zastosowano przymus w postaci unieruchomienia pasami w jednoosobowym pokoju,
- każdemu pacjentowi założono kartę przymusu, w której podano m.in. informacje o dacie i godzinie rozpoczęcia oraz zakończenia stosowania środka przymusu,
- przyczynami zastosowania środka przymusu był zamach przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu bądź innej osoby (10 przypadków) oraz niszczenie i uszkodzanie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu (cztery przypadki),
- w dokumentacji znajdowały się wpisy o dokonywaniu przez pielęgniarki co 15 minut kontroli stanu fizycznego pacjenta,
- w sześciu przypadkach 11-krotnie przedłużono stosowanie środka przymusu,
- raz przedłużenia dokonano w ciągu czterech godzin, a pięciokrotnie – po upływie czterech godzin,
- drugi i kolejne przymusy dokonywane były po upływie sześciu godzin.

(akta kontroli str. 541-550, 573-574)

Analiza monitoringu przymusu bezpośredniego zastosowanego wobec jednego pacjenta wykazała, że zastosowanie przymusu w postaci unieruchomienia pasami w jednoosobowym pokoju zlecił lekarz, 8 maja 2023 r., o godzinie 13,45. Stan fizyczny unieruchomionej pacjentki kontrolowały pielęgniarki. Przez cały okres unieruchomienia kontrole odbywały się w nieregularnych odstępach czasu. Na przykład o godzinie: 13,59, 14,26, 14,42, 15,30, 15,45, 15,50, 16,57 i 17,15. W sali nie było zatem pielęgniarki między 13,59 i 14,26, od 14,42 do 15,30 i od 15,50 do 16,57, gdyż – jak wyjaśniła pielęgniarka oddziałowa – pielęgniarki kontrolę stanu fizycznego unieruchomionego pacjenta, oprócz wizyt w sali pacjenta, prowadziły przy użyciu monitoringu wizyjnego. Obraz i dźwięk przenoszone są bowiem do dyżurki pielęgniarek, które przez cały czas śledzą przekaz z pomieszczenia, w którym znajduje się unieruchomiony pacjent.

Z karty przymusu wynika, że o godzinie 17,45 środek przymusu został przedłużony przez lekarza o sześć godzin, tj. do 23,45. O godzinie 23,45 zakończono stosowanie środka przymusu. Przedłużenie i zakończenie stosowania tego środka nie było poprzedzone badaniem stanu pacjentki, co było niezgodne z art. 18a ust. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>43</sup>, uzależniającym przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego od uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania przez lekarza. Problem ten szczegółowo przedstawiono w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Na nagraniu nie widać wykonywania przez pacjenta czynności intymnych. Obraz z kamer nie obejmuje części sanitarno-higienicznej. (akta kontroli str. 561, 562)

<sup>42</sup> Do analizy wybrano środki przymusu bezpośredniego zastosowane wobec wszystkich sześciu pacjentów, którym je stosowano. Wyboru dokonywano spośród najdłużej trwających środków. Sześć z tych środków zastosowano w 2022 roku, a cztery w 2023 roku.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2022 r. 2123.

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego. Oprócz tego na stronie intranetowej zamieszczone zostały zasady stosowania takich środków. (akta kontroli str. 533)

Klinika posiada procedurę dotyczącą zasad stosowania przymusu bezpośredniego. (akta kontroli str. 535-540)

**2.8.** W latach 2022–2023 (I kwartał) Szpital zakontraktował z NFZ hospitalizację o wartości wynoszącej odpowiednio 1.695,9 tys. zł i 2.411,1 tys. zł. Wykonanie kontraktu wyniosło zaś odpowiednio 1.695,9 tys. zł i 2.468,4 tys. zł<sup>44</sup>, co stanowiło 100% i 102,4% kwoty zakontraktowanej. Szpital nie otrzymywał innych przychodów z NFZ na finansowanie stacjonarnych świadczeń medycznych. Przychody z innych źródeł na finansowanie świadczeń psychiatrycznych omówiono w pkt 1.3.3.

W 2023 roku wartość jednego punktu rozliczeniowego wzrosła do 15,08 zł z 12,86 zł w 2022 roku do, tj. o 17,3%. W tym czasie koszty funkcjonowania Kliniki zmniejszyły się z 2.250,2 tys. zł do 2.191,9 tys. zł, tj. o 2,6%, z powodu kilkukrotnego obniżenia kosztów amortyzacji (z 347,3 tys. zł do 56,6 tys. zł). Wzrosły zaś głównie koszty wynagrodzeń (z 1.075,8 tys. zł do 1.222,9 tys. zł, tj. o 13,7%), zużycia materiałów i energii (ze 108 tys. zł do 140,3 tys. zł, o 29,9%) i usług obcych (z 451 tys. zł do 479 tys. zł, o 6,2%). W rezultacie Klinika wygenerowała stratę na swojej działalności, wynoszącą kolejno 554,3 tys. zł i 218,3 tys. zł. (akta kontroli str. 348-370)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów z powodu braku wystarczających środków finansowych to przede wszystkim brak możliwości zatrudnienia kadry o odpowiednim doświadczeniu. Dotyczy to lekarzy, psychologów i psychoterapeutów, którzy nie chcą podejmować zatrudnienia za proponowane stawki, wynikające z finansowania przez NFZ. Stąd na przykład nie mamy możliwości udzielania sesji terapii rodzinnych w poradni oraz nie posiadamy wystarczającej liczby personelu medycznego w stosunku do liczby pacjentów przebywających na oddziale. Kłopoty są też ze znalezieniem superwizora, który zgodziłby się nadzorować pracę personelu za stawki wyznaczone przez NFZ.” (akta kontroli str. 557)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśnił, że obecnie istnieje możliwość pozyskania środków na rozwój i doposażenie infrastruktury szpitali psychiatrycznych poprzez udział w ramach konkursu w programie wieloletnim „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023. Szpital w konkursie tym wnioskował o potrzebę zmiany części pomieszczeń technicznych na rzecz udzielania świadczeń zdrowotnych, co zostało pozytywnie ocenione. (akta kontroli str. 560)

**2.9.** Oględziny Kliniki wykazały, że na Oddziale znajdowały się wszystkie niezbędne pomieszczenia określone w cz. VIII załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>45</sup>. W opinii kierownika Centrum, liczba pomieszczeń służących do psychoterapii, rozmów z psychologami, odwiedzin, zajęć lekcyjnych była jednak niewystarczająca do potrzeb. Nie możliwe było bowiem prowadzenie wszystkich zajęć w tym samym czasie.

- a) Drzwi wejściowe do Kliniki zabezpieczone były w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału. Do ich otwarcia niezbędna była bowiem odpowiednia karta magnetyczna.
- b) W dniu oględzin w oddziale stacjonarnym zajęte były wszystkie 44 łóżka, usytuowane w pokojach pacjentów (na 28 łóżek zakontraktowanych przez NFZ i 36 wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Dostęp do łóżek możliwy był co najmniej z dwóch stron – jednej dłuższej i jednej krótszej.
- c) Drzwi w pokojach pacjentów otwierały się na zewnątrz, ściany nie były przeszklone (z wyjątkiem dwóch sal dla pacjentów pobudzonych, które od dyżurki pielęgniarskiej oddzielone były szybami). Okna w nich wykonane zostały ze szkła bezpiecznego i zabezpieczone były przed otwarciem przez pacjenta. W pokojach pacjentów i na

<sup>44</sup> Wraz z nadwykonaniami nieopłaconymi do końca I kwartału 2023 roku.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

korytarzach urządzono toalety, które nie mogły być zamykane od wewnątrz i zapewniały zachowanie intymności (toalety w korytarzu dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych).

- d) Pomieszczenia dla pacjentów pobudzonych będących w izolacji mogły być obserwowane z dyżurki pielęgniarskiej przez szybę.
- e) Wydzielono odcinki obserwacyjno-diagnostyczne, z separatką.
- f) Na terenie Kliniki znajdował się także pokój wyciszeń dla pacjentów agresywnych, którego ściany oraz podłoga wyłożone były materacami.
- g) Gabinet pracy psychologa wyposażony był m.in. w krzesła, stół z zabawkami. Pomieszczenia do kontaktów z lekarzem, psychologiem, psychoterapeutą stwarzały bezpieczny nastrój zapewniający zachowanie poufności i intymności rozmów. W poradni i oddziałach (stacjonarnym i dziennym) dysponowano 37 testami psychologicznymi.
- h) Znajdowała się tam m.in. sala terapii zajęciowej, w której opieką można było objąć co najmniej 40 osób jednocześnie, pełniła również funkcję jadalni. Wyposażona była ona w krzesła, stoły, umywalkę i zlewozmywak.
- i) W Centrum urządzono sale: terapii ruchowej/rehabilitacji psychiatrycznej, doświadczania świata, integracji sensorycznej i gimnastycznej, z których korzystali pacjenci oddziału dziennego i stacjonarnego.
- j) Sala dziennego pobytu wyposażona była w krzesła, odbiornik TV, radio, fotele.
- k) W CZP nie wyodrębniono pomieszczenia dla rzecznika praw pacjenta psychiatrycznego (rzecznikiem takim jest osoba wskazana przez Rzecznika Praw Pacjenta, przebywająca na stałe w Warszawie). W trakcie oględzin do CZP przybyła Rzecznik Praw Pacjenta UDSK, której udostępniono pokój psychologa.
- l) Na parterze budynku Centrum zlokalizowano izbę przyjęć.
- m) Na zewnątrz budynku urządzono ogrodzony teren przeznaczony na cele terapeutyczno-rekreacyjne wyłącznie dla pacjentów Centrum. Umieszczono tam ławki, drabinki i ścieżki spacerowe.
- n) Klinika dysponowała pasami do unieruchomienia pacjenta. Brak było natomiast kasków zabezpieczających głowę.

Oględziny wykazały też, że w Centrum nie spełniono niektórych obowiązków informacyjnych określonych w § 11 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co szerzej przedstawiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”, zamieszczonej w pierwszym obszarze badań kontrolnych. (akta kontroli str. 286-300)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że „nie wywieszono niektórych z wymaganych informacji z powodu dużego nakładu pracy związanego z otwarciem Kliniki. Brakujące informacje zostały uzupełnione.” (akta kontroli str. 324-325)

Od powstania Kliniki, tj. od 1 października 2022 r., Klinika skierowała do kierownictwa UDSK trzy wnioski o zakup wyposażenia, w tym dwóch programów komputerowych (MMPI-A i Cattell) i 14 rodzajów testów psychologicznych (od jednego do czterech kompletów każdy), dwóch foteli terapeutycznych, zestawu muzycznego, projektora wytwarzającego grę świateł, foki PARO (urządzenie mózgowe), dwóch projektorów multimedialnych, sprzętu do EMDR, aparatu EKG, trzech zestawów reanimacyjnych, pompy przepływowej, pomocy (kredki, bloki, farby, flamastry). Wszystkie wnioski zostały załatwione pozytywnie i sprzęt został zakupiony na potrzeby Kliniki. (akta kontroli str. 418-423)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Liczba personelu medycznego zatrudnionego w Klinice była zbyt mała w stosunku do potrzeb:

- a) Liczba psychologów i psychiatrów (odpowiednio 4,27 i 4,82 etatu) nie spełniała wymogów określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych w odniesieniu do liczby łóżek zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną (36). Wg stanu na grudzień 2022 roku brakowało bowiem odpowiednio 0,73 i 0,18 etatu. Była zaś wystarczająca do podpisania z NFZ umowy na świadczenia udzielane na 28 łóżkach. (akta kontroli str. 259-274)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśnił, że powodem takiego stanu był brak odpowiedniej kadry (psychologów i psychoterapeutów). Pomimo starań Szpitala pozwoliło to na zakontraktowanie świadczeń w NFZ w przeliczeniu na 28 łóżek. W przypadku pozyskania odpowiedniej kadry medycznej Szpital zakontraktuje większą liczbę łóżek — do liczby wykazanej w rejestrze. (akta kontroli str. 567-568)

- b) Ze względu na zbyt mały stan zatrudnienia w stosunku do potrzeb, UDSK podpisał porozumienie z USK w sprawie zapewnienia w Klinice obsady dyżurowej poza godzinami normalnej ordynacji, zgodnie z ustalonym harmonogramem w taki sposób, aby ilość pełnionych dyżurów przez lekarzy Kliniki i Kliniki Psychiatrii USK, które zlokalizowane są w tym samym budynku, wynosiła po 50%. Po godzinie 15 oraz w dni wolne od pracy dyżuruje zatem jeden lekarz obsługujący Klinikę, Klinikę Psychiatrii USK i izbę przyjęć. Taki sposób organizacji dyżurów może mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i jakość udzielanych świadczeń medycznych na przykład w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

(akta kontroli str. 259-274, 455-456)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Lekarz dyżurujący obsługuje Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala, izbę przyjęć oraz Klinikę Psychiatrii dla Dorosłych i izbę przyjęć Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W trakcie wykonywania dyżuru lekarz dyżurny nie wychodzi na zewnątrz w celu konsultacji pacjentów przebywających na innych oddziałach lub na SOR. Konsultacje wykonywane są telefonicznie. Idealnie byłoby, gdyby lekarz obsługiwał wyłącznie jedną z tych komórek (oddziały dla dzieci i dorosłych oraz izbę przyjęć). Obecnie jest to niemożliwe ze względu na braki kadrowe i brak lekarzy chętnych do pracy na tego typu oddziałach. Funkcjonująca obecnie organizacja sposobu prowadzenia dyżurów w Klinikach może mieć wpływ na jakość świadczeń udzielanych przez lekarza w przypadku nagłych przyjęć do dwóch Klinik lub innych nagłych zdarzeń niepożądanych (np. próby samobójcze, pobudzenie pacjentów).”

(akta kontroli str. 303)

- c) Zastosowany 8 maja 2023 r. w stosunku do jednego z pacjentów środek przymusu bezpośredniego został o godzinie 17,45 przedłużony przez lekarza o sześć godzin, tj. do 23,45. O godzinie 23,45 zakończono stosowanie środka przymusu. Przedłużenie i zakończenie stosowania tego środka nie było poprzedzone badaniem stanu pacjentki, co było niezgodne z art. 18a ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, uzależniającym jego przedłużenie od uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania przez lekarza.

(akta kontroli str. 561)

Lekarz dokonujący przedłużenia stosowania środka przymusu bezpośredniego wyjaśnił: „Dnia 8 maja 2023 roku o godzinie 17,45 znajdowałem się na Izbie Przyjęć CZPDIM, gdzie przeprowadzałem badanie przywiezionej z ośrodka socjoterapeutycznego pacjentki. Dokumentacja potwierdzająca ten fakt znajduje się w systemie szpitalnym. W trakcie procedury zakończenia przymusu wykonywałem swoje obowiązki w innym miejscu. Ze względu na braki kadrowe lekarz dyżurny odpowiada za cały budynek: oba oddziały całodobowe, obie izby przyjęć, jest także odpowiedzialny za konsultacje psychiatryczne świadczone innym oddziałom i klinikom USK i UDSK.”

(akta kontroli str. 563-564)



Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Od około 13 lat w województwie podlaskim nie było oddziału stacjonarnej psychiatrii dziecięcej, co uniemożliwiało rozpoczęcie specjalizacji w tym województwie. Część lekarzy rozpoczynała specjalizację w Warszawie i tam pozostała. W skutek tego obecnie w województwie podlaskim jest ok. siedmiu specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży czynnych zawodowo, w tym trzech znajduje się na emeryturze. W tej chwili dziewięciu lekarzy robi specjalizację z psychiatrii dzieci i młodzieży. Klinika jest jedynym oddziałem całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie podlaskim. Istnieje zatem olbrzymie zapotrzebowanie na hospitalizację pacjentów. Stąd staramy się przyjąć wszystkie przypadki nagłe. Powoduje to, że mamy przeciętnie 37 pacjentów, podczas gdy zakontraktowane z NFZ jest 28 łóżek, gdyż na taką liczbę posiadamy personel medyczny. Przyjmowanie dużej liczby pacjentów przy niedoborach kadrowych powoduje, że — chcąc zapewnić właściwą jakość świadczeń medycznych — niejednokrotnie zaniedbywana jest sfera administracyjna. Wpływ na to ma też fakt stosunkowo krótkiego funkcjonowania oddziału i konieczność tworzenia od podstaw procedur i stałej ich modyfikacji.” (akta kontroli str. 533-534)

2. Dyrektor UDSK nie ustaliła norm zatrudnienia pielęgniarek w Klinice, wymaganych art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że normy zatrudnienia pielęgniarek w Klinice nie zostały wyliczone, ponieważ nie przeprowadzono kategoryzacji pacjentów, na podstawie której jest możliwe wyliczenie norm zatrudnienia. Normy te zostaną wyliczone w oparciu o kategoryzację rozpoczętą w maju 2023 roku i zebraniu danych za dwa miesiące (maj i czerwiec). Po ich zatwierdzeniu przez samorząd zawodowy i organizację związkowe będą wprowadzone zarządzeniem Dyrektora. (akta kontroli str. 314-315 i 460)

3. W Klinice nie prowadzono listy pacjentów oczekujących na hospitalizację, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż — jak wyjaśnił Kierownik Kliniki — Klinika działa w trybie ostrego dyżuru, co oznacza, że przyjmowani są pacjenci w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Obłożenie oddziału jest ciągle powyżej stanu. Jednocześnie wyjaśnił, że taki rejestr został założony w trakcie kontroli NIK. (akta kontroli str. 378, 380)

W konsekwencji do NFZ przekazywano nierzetelne informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, czasie oczekiwania na hospitalizację i liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadkach pilnych i stabilnych. Wg stanu na 31 grudnia 2022 r. i 31 marca 2023 r. NFZ przekazano bowiem informację o przyjmowaniu pacjentów na bieżąco. (akta kontroli str. 306-310 i 424)

Tymczasem od 1 października do 31 grudnia 2022 r. 65 pacjentom odmówiono przyjęcia do Kliniki ze względu na brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji, a w I kwartale 2023 r. odmowę z tego powodu otrzymało kolejnych 139 pacjentów. Kierownik Kliniki wyjaśnił zaś, że ok. 25–30% pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do Kliniki z powodu braku bezwzględnych podstaw do hospitalizacji, mogłoby zostać przyjętych w przypadku posiadania wolnych miejsc. (akta kontroli str. 381-383)

4. Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK Dyrektor UDSK nie ustaliła obowiązujących w Klinice zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami, chociaż — stosownie do ust. 5 pkt 6 i 7 załącznika nr 8 rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych — procedury takie powinny być wdrożone w terminie sześciu miesięcy od dnia zawarcia umowy z NFZ o udzielanie świadczeń, tj. do 30 marca 2023 r. Wyjaśnienia Dyrektor Szpitala na temat przyczyn nieopracowania tych procedur przytoczono w pkt 3 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”, zamieszczonej w pierwszym obszarze kontroli. (akta kontroli str. 315)

5. Lekarze we współpracy z psychologami lub terapeutami nie sporządzali pacjentom indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, spełniającego wymogi § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Rehabilitacja pacjenta prowadzona była przez psychologów i psychoterapeutów w oparciu o ogólny plan oddziaływań terapeutycznych jednolity dla wszystkich pacjentów Kliniki. Oprócz tego w planie tym zamieszczono informację o zaplanowanych pacjentowi zajęciach terapeutycznych, bez wskazania wymiaru czasu zajęć rehabilitacyjnych

przewidywanych dla danego pacjenta, co było niezgodne z § 5 ust. 3 powołanego rozporządzenia. (akta kontroli str. 511-532)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Sporządzony został ogólny plan, wstępny. Planu indywidualnego nie sporządzano, gdyż na oddział trafiają dzieci w celu diagnostycznym. Po pełnej diagnozie są wypisywane z zaleceniami podjęcia terapii indywidualnej w warunkach ambulatoryjnych. Program taki tworzony jest wówczas w poradni. Na przykład w naszej poradni plan taki posiada każdy pacjent.” (akta kontroli str. 533-534)

6. Kierownik Kliniki nie zapewnił sprawozdawania do NFZ informacji o zorganizowaniu sesji koordynacji i konsyliów, mimo takiego wymogu wynikającego z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, mimo że – stosownie do § 23 ust. 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dane takie powinny być sprawozdawane do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dopiero w trakcie kontroli NIK uzupełniono dane sprawozdawcze za I półrocze 2023 roku o zorganizowanie pięciu sesji koordynacji dla trzech pacjentów oraz o przeprowadzenie 27 konsyliów dla 22 pacjentów. (akta kontroli str. 445, 565)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że powodem niesprawozdawania tych procedur było przeoczenie. Dodał, że nie był przeszkolony w tym zakresie i nie znał kodów tych procedur. (akta ko kontroli str. 456)

7. W 2022 roku personelowi udzielającemu świadczeń zorganizowano dwie sesje superwizji (30 listopada i 7 grudnia), w których nie uczestniczyło czterech lekarzy zatrudnionych w Klinice, jeden psycholog i trzech psychoterapeutów. Z kolei w I kwartale 2023 roku sesje superwizji zorganizowano 4 stycznia, 1 lutego i 14 marca. Analiza osób uczestniczących w superwizjach w marcu 2023 roku wykazała, że nie wzięło w nich udziału trzech lekarzy i jeden psychoterapeuta. (akta kontroli str. 395)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że nie cały personel uczestniczył w superwizjach, ponieważ ich terminy pokrywały się z innymi obowiązkami (np. szkolenia) lub ze względu na stan zdrowia personelu Kliniki. (akta kontroli str. 382-383)

8. W Klinice przymus bezpośredni stosowano w trzech jednoosobowych pokojach pacjentów, z których każde spełniało wymogi pomieszczenia przeznaczonego do izolacji. Zapis monitoringu z tych pokoi przechowywany był jednak przez okres jedynie trzech miesięcy, tj. niezgodnie z dyspozycją art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (co najmniej 12 miesięcy od dnia zarejestrowania). Kierownik Kliniki wyjaśnił, że był przekonany, że nagrania z tych sal przechowywane są przez 12 miesięcy. (akta kontroli str. 557)

Kierownik Sekcji Aparatury Medycznej, Audiowizualnej oraz Monitoringu Szpitala wyjaśnił: „Nagrania są przechowywane przez okres trzech miesięcy na serwerach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Są techniczne możliwości na przechowywanie nagrań przez okres dłuższy, na przykład dwunastomiesięczny. Wówczas nagranie powinno być zgrane na zewnętrzny nośnik danych. Żeby takie nagranie było archiwizowane przez okres dłuższy niż trzy miesiące niezbędne jest przekazanie takiej informacji z Kliniki ze wskazaniem numeru kamery oraz daty i godziny zdarzenia.” (akta kontroli str. 558)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Utworzenie 1 października 2022 r. pierwszego od 13 lat oddziału udzielającego stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych pozwoliło na hospitalizację do końca I kwartału 2023 roku 309 pacjentów. Brak możliwości zatrudnienia wymaganej kadry medycznej spowodował, że NFZ zakontraktował jedynie 28 z 36 łóżek zgłoszonych do rejestru wojewody, tj. liczbę adekwatną do posiadanego personelu. Nie odpowiadało to jednak zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia, stąd na oddział przyjmowano jedynie pacjentów w stanach nagłych, tj. zagrażających życiu lub zdrowiu pacjenta, a liczba zajętych łóżek w I kwartale 2023 roku wynosiła średnio 37 i o dziewięć (o 32,1%) przekraczała liczbę zakontraktowanych. Mimo dużego zapotrzebowania na stacjonarne świadczenia psychiatryczne, nie prowadzono list

pacjentów oczekujących na przyjęcia planowe (stabilne i pilne), wymaganych art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a NFZ nierzetelnie informowano o bieżącym przyjmowaniu pacjentów.

Brak możliwości zatrudnienia niezbędnego personelu medycznego był przyczyną szeregu innych nieprawidłowości. Na przykład:

- a) Liczba zatrudnianych psychologów i psychiatrów była o 0,73 i 0,18 etatu niższa od wymaganej załącznikiem nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń psychiatrycznych dla personelu medycznego w ośrodku wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej na III poziomie referencyjnym w odniesieniu do liczby łóżek zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność medyczną.
- b) W celu zapewnienia lekarzy na dyżurach podpisano porozumienie z USK w sprawie zapewnienia obsady dyżurowej poza godzinami normalnej ordynacji. W konsekwencji lekarz dyżurujący pod opieką miał dwa oddziały stacjonarne i dwie izby przyjęć oraz konsultował pacjentów z innych klinik obu szpitali. Taki system może mieć wpływ na bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów i jakość świadczeń udzielanych przez lekarza w przypadku nagłych przyjęć do dwóch Klinik lub innych nagłych zdarzeń niepożądanych. Był też przyczyną przedłużania przymusu bezpośredniego bez przeprowadzenia osobistego badania pacjenta przez lekarza, wymaganego art. 18a ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

## IV. Wnioski

Wnioski

Uwzględniając podjęte w trakcie kontroli działania, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków dotyczących prowadzenia list oczekujących na przyjęcie do Kliniki, sprawozdawania do NFZ sesji koordynacji i konsyliów, wypełnienia obowiązków informacyjnych w siedzibie Centrum. W związku ze stwierdzonymi pozostałymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia pacjentów Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży oraz zasad współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami.
2. Prawidłowe prowadzenie list oczekujących na przyjęcie do Oddziału Dziennego oraz przez psychoterapeutę.
3. Organizowanie zastępstw w przypadku absencji personelu medycznego w celu zapewnienia udzielania świadczeń dla pacjentów zapisanych na wizytę.
4. Odnotowywanie czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji psychoterapii rodzinnej.
5. Kontynuowanie działań w celu zatrudnienia personelu medycznego adekwatnego do potrzeb wynikających z przyjmowanej liczby pacjentów.
6. Wprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek w Klinice, wymaganych art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
7. Sporządzanie pacjentom indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, spełniającego wymogi § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.
8. Objęcie sesjami superwizji wszystkich członków personelu medycznego (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów i terapeutów zajęciowych).
9. Archiwizowanie nagrań z pomieszczeń spełniających wymogi pomieszczeń do izolacji przez okres wskazany w art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosku

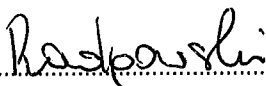
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

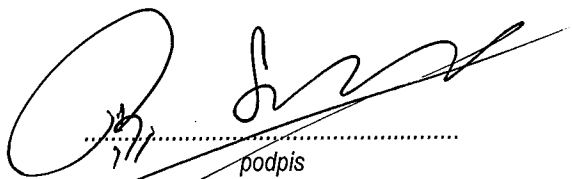
Białystok, 25 lipca 2023 r.

Kontrolerzy:

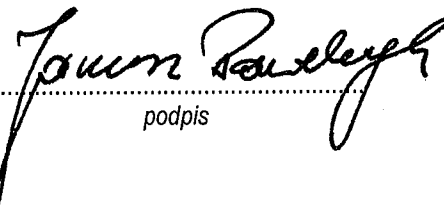
Władysław Radgowski  
główny specjalista kontroli państwowej

  
.....  
podpis

Robert Skwarko  
doradca ekonomiczny

  
.....  
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
Janusz Pawelczyk

  
.....  
podpis