



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu

LOP.410.007.02.2023

Pani
Teresa Milczarek
Prezes Zarządu
NZOZ SensiMed Spółka z o. o.
ul. Doktora Judyma 4
47-220 Kędzierzyn-Koźle

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	NZOZ SensiMed Spółka z o.o., ul. Doktora Judyma 4, 47-220 Kędzierzyn-Koźle ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Teresa Milczarek, Prezes Zarządu, od 25 sierpnia 2008 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego
Okres objęty kontrolą	2020-2023 (do zakończenia czynności kontrolnych 30 czerwca 2023 r.) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Zbigniew Łupicki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/41/2023 z 21 kwietnia 2023 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: NZOZ.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NZOZ zorganizował udzielanie świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym dla dzieci i młodzieży w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, a od 1 lipca 2022 r. przez Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnię Zdrowia Psychicznego (na II poziomie referencyjnym)⁴, zgodnie z warunkami umowy zawartej 3 lipca 2018 r.⁵ z Opolskim Odziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁶. W kontrolowanej jednostce zatrudniony został wymagany personel (w tym lekarze psychiatry, psychologowie i terapeuci) w wymiarach czasu pracy i o kwalifikacjach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁷.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły ograniczenia w realizacji świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej. Nie prowadzono jednak żadnych sesji psychoterapii grupowych i rodzinnych oraz sesji wsparcia psychospołecznego, a także wizyt, porad domowych lub środowiskowych. Powyższe spowodowane było w szczególności trudnością w zatrudnieniu przez NZOZ dodatkowych specjalistów. Ponośzone przez kontrolowaną jednostkę koszty udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w całości finansowane były ze środków OOW NFZ.

NZOZ współpracowała z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń nieletnim z zaburzeniami psychicznymi, w tym ze szpitalami psychiatrycznymi i innymi ośrodkami leczenia takich osób, z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz przedstawicielami szkół, domów dziecka oraz ośrodków szkolno-wychowawczych.

W Poradni prowadzono indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸. Warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń wykorzystywanych na potrzeby udzielania świadczeń odpowiadał wymaganiom określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹. Świadczeniobiorcom zapewniono również dostęp do informacji, o których mowa w § 11 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości polegały na: a/ prowadzeniu listy oczekujących na świadczenie niezgodnie z zasadami ustalonymi w art. 20 ust. 1a i 10e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹; b/ braku zapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania się na wizyty w Poradni drogą elektroniczną oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej: Poradnia.

⁵ Wraz z aneksami.

⁶ Dalej: OOW NFZ.

⁷ Dz. U. poz. 1285, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie opieki psychiatrycznej.

⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402., dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

¹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie umów.

¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

III. Opis stanu faktycznego

OBSZAR

Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

1. W strukturze organizacyjnej NZOZ do 30 czerwca 2022 r. funkcjonowała Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, a od 1 lipca 2022 r. – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego (II poziom referencyjny). Oprócz objętej kontrolą Poradni, w NZOZ funkcjonowała także Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży oraz osiem innych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia medyczne¹². Dane wykazane w księdze rejestrowej nr 000000022454 *Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*¹³, dotyczące funkcjonujących w NZOZ komórek organizacyjnych, były zgodne z danymi ujętymi w obowiązujących w okresie objętym kontrolą regulaminów organizacyjnych jednostki. NZOZ nie udzielała świadczeń ambulatoryjnych w ramach oddziału dziennego.

(akta kontroli str. 12-98)

W okresie objętym kontrolą Poradnia spełniała wymagania dotyczące warunków realizacji świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, ustalonych (do 30 czerwca 2022 r.) w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia w sprawie opieki psychiatrycznej, a od 1 lipca 2022 r. – w lp. 3 załącznika nr 8 do ww. rozporządzenia - jako Poradnia II poziomu referencyjnego, w zakresie odnoszącym się do tygodniowego wymiaru godzin pracy¹⁴ oraz zatrudnienia niezbędnych specjalistów. W całym okresie objętym kontrolą w Poradni udzielane były dzieciom i młodzieży świadczenia psychiatryczne pięć dni w tygodniu, w wymagalnej liczbie co najmniej 4 godz. dziennie, w tym cztery razy w tygodniu również w godzinach od 15:00 do 18:00 (przy wymagalnej minimalnej liczbie udzielania porad w godzinach popołudniowych dwa razy w tygodniu). Łączny wymiar tygodniowy pracy Poradni ustalony w umowach z OOW NFZ wynosił 34 h do 30 czerwca 2022 r.¹⁵ i 36 h od 1 lipca 2022 r.¹⁶

(akta kontroli str. 165-188, 272-276)

W okresie objętym kontrolą godziny funkcjonowania Poradni były stałe, z wyjątkiem wydłużenia pracy Poradni o jedną godzinę w poniedziałki i wtorki (do godz. 20), po uzyskaniu II poziomu referencyjnego. Informacje o dniach i godzinach pracy poszczególnych specjalistów zostały umieszczone na wywieszkach przy gabinetach i były one zgodne z danymi zawartymi w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy z OOW NFZ.

¹² 1/ Poradnia Zdrowia Psychicznego; 2/ Oddział Dzienny Psychiatryczny (ogólny), 3/ Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny, 4/ Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu, 5/ Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, 6/ Poradnia Neurologiczna, 7/ Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, 8/ Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego).

¹³ <https://rpwdf.csioz.gov.pl/>.

¹⁴ Powyższe ustalono na podstawie weryfikacji godzin pracy personelu Poradni w wybranych tygodniach (jeden tydzień w marcu, lipcu i grudniu 2022 r. oraz marcu 2023 r.).

¹⁵ Poniedziałek: 14:00-19:00; wtorek: 8:00-19:00; środa: 7:00-10:00 i 13:00-19:00; czwartek: 14:00-19:00 i piątek: 13:00-17:00.

¹⁶ Poniedziałek: 14:00-20:00; wtorek: 8:00-20:00; środa: 7:00-10:00 i 13:00-19:00; czwartek: 14:00-19:00 i piątek: 13:00-17:00.

Analiza liczby pacjentów przyjmowanych w Poradni w czterech wybranych tygodniach w marcu, lipcu i grudniu 2022 r. oraz marcu 2023 r.¹⁷ wykazała, że liczba przyjętych pacjentów w analizowanych tygodniach wynosiła: w marcu - 26, w lipcu - 49, w grudniu 2022 r. - 21, a w marcu 2023 r. - 38. Z danych tych wynikało, że w czterech analizowanych tygodniach, w poszczególne dni przyjmowano od dwóch do 38 pacjentów, a w sześciu badanych dniach nie przyjęto żadnego pacjenta¹⁸.

(akta kontroli str. 165-189, 272-276)

Prezes Zarządu nie przedstawiła szczegółowych danych dotyczących liczby pacjentów zarejestrowanych w Poradni w dniach, w których nie przyjęto żadnego pacjenta oraz ewentualnych absencji - w tych dniach - specjalistów Przychodni. W wyjaśnieniu stwierdziła, że analizy liczby pacjentów przyjmowanych w poszczególne dni tygodnia, lub przyczyn braku przyjęć w niektóre dni nie były prowadzone. Wyjaśniła też, że *z własnej praktyki stwierdzam, że zasadniczym powodem braku przyjmowania pacjentów w niektóre dni było nieprzychodzenie na umówioną wizytę lub sporadycznie absencja personelu, spowodowana chorobami, w tym COVID-19. W przypadku choroby specjalisty, pacjenci przyjmowani są w pierwszym wolnym terminie, przy czym nie wszystkie wizyty są wówczas rozliczane z NFZ, gdyż nie jest spełniony wymóg czasowy i dlatego część pacjentów przyjmowana jest poza limitem. Powoduje to kumulację wizyt w niektóre dni. Ponadto w związku z tym, że rodzice są w większości osobami pracującymi, to często zdarzają się przypadki, że nie mają możliwości uzyskania wolnego w pracy z różnych powodów. Niekiedy powodem braku przyjścia na wizytę, było ustanie powodów podjęcia leczenia, gdyż wymagała tego szkoła lub np. kurator sądowy, a gdy przesłanki, które spowodowały podjęcia leczenia ustają (np. sytuacja w szkole się ustabilizowała i nie ma presji na leczenie), rodzice rezygnują z wizyt. Rezygnowanie z wizyt jest dla mnie jako właściciela firmy bardzo niekorzystne, gdyż muszę płacić personelowi, pomimo że nie udziela on świadczeń, a tym samym nie zarabia. Drugim negatywnym skutkiem jest nieskorzystanie z porad przez innych pacjentów, a to powoduje wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę. Personel Poradni każdorazowo informuje, aby zgłaszać rezygnację z wizyty, jak również telefonicznie przypominano o terminie wizyty. Działania te odnosiły jednak niewielki skutek. Nieprzychodzenie na umówione wizyty wymaga rozwiązań systemowych.*

(akta kontroli str. 330, 350)

2. Świadczenia zdrowotne w Poradni, w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 marca 2023 r.¹⁹, udzielali:

a/ do 30 czerwca 2022 r., przed uzyskaniem przez Poradnię II poziomu referencyjnego: od dwóch do trzech lekarzy psychiatrów, w tym jeden specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; od czterech do pięciu psychologów, w tym trzech klinicznych; od jednego do dwóch psychoterapeutów ze specjalizacją, w tym jeden certyfikowany²⁰;

b/ od 1 lipca 2022 r., po uzyskaniu II poziomu referencyjnego: trzech lekarzy psychiatrów, w tym jeden specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; od trzech do pięciu psychologów, w tym dwóch lub trzech psychologów klinicznych; od czterech do pięciu psychoterapeutów, w tym dwóch certyfikowanych²¹.

¹⁷ Wybrane do badania tygodnie: 7-11 marca 2022 r.; 11-15 lipca 2022 r.; 5-9 grudnia 2022 r. i 27-31 marca 2023 r.
¹⁸ 7 i 11 marca, 5, 6 i 9 grudnia 2022 r. oraz 31 marca 2023 r.

¹⁹ Ustalenia dokonano na podstawie wydruków stanu zatrudnienia w NZOZ na 31 marca i 31 grudnia lat 2020-2023, list personelu medycznego z załącznika nr 2 *Harmonogram – zasoby do umów i aneksów do umów* zawartych z OOW NFZ, obowiązujących w okresie od 1 stycznia 2020 r. do dnia kontroli 15 maja 2023 r.

²⁰ Certyfikat psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego nr 238 wydany 12 czerwca 2013 r.

²¹ Certyfikat psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego nr 238 wydany 12 czerwca 2013 r., a drugi z tej samej dziedziny nr 916 wydany 19 września 2000 r.

Ponadto w skład personelu Poradni wchodziła pielęgniarka, rejestratorka medyczna oraz dwóch pracowników socjalnych (do 24 stycznia 2021 r., a po tej dacie – jeden pracownik socjalny).

(akta kontroli str. 165-180)

NZOZ sporządzał za lata 2020-2022 sprawozdania MZ-15 z *działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych*. Dane zawarte w ww. sprawozdaniach były zgodne z danymi dotyczącymi wymiaru zatrudnienia lekarzy i specjalistów w Poradni oraz zakresu realizowanych świadczeń.

(akta kontroli str. 99-161)

Badanie wymiaru zatrudnienia personelu Poradni oraz godzin pracy, przeprowadzone na próbie wybranych miesięcy, tj. marca (w latach 2020-2023) i grudnia (w latach 2020-2022) wykazało, że wymiar zatrudnienia lekarzy psychiatrów, psychologów i terapeutów był zgodny z wymaganiami określonymi w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia w sprawie opieki psychiatrycznej, a od 1 lipca 2022 r. – w lp. 3 załącznika nr 8 do ww. rozporządzenia²².

Do 1 lipca 2022 r. wymiar zatrudnienia personelu, w poszczególnych analizowanych miesiącach (marzec i grudzień lat 2020-2021 oraz marzec 2022 r.), wynosił w etatach²³, w przypadku: a/ trzech lekarzy psychiatrów od 0,74 do 0,95 etatu, przy wymaganym wymiarze zatrudnienia nie mniejszym niż 0,25 etatu; b/ sześciu psychologów (dwóch klinicznych) - od 1,21 do 1,44 etatu; c/ jednego psychoterapeuty od 0,13 do 0,5 etatu, przy czym dla psychologów i psychoterapeutów w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia psychiatrycznego nie określono minimalnego wymaganego zatrudnienia.

Od 1 lipca 2022 r. wymiar zatrudnienia personelu medycznego w Poradni jako świadczeniodawcy II poziomu referencyjnego, w grudniu 2022 r. i w marcu 2023 r. wynosił, w przypadku: a/ trzech lekarzy psychiatrów – łącznie jeden etat (w obu ww. miesiącach); b/ trzech psychologów – 0,53 etatu (w obu miesiącach, w tym dwóch psychologów klinicznych ze specjalizacją w wymiarze 0,37 etatu, a jeden w wymiarze 0,16 etatu); c) pięciu psychoterapeutów w łącznym wymiarze w ww. miesiącach odpowiednio: 1,5 i 1,4 etatu. Minimalne wymagania w zakresie wymiaru zatrudnienia ustalone w lp. 3 załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie opieki psychiatrycznej wynosiły: w przypadku lekarzy psychiatrów – jeden etat; w przypadku psychologów – 0,5 etatu, a w przypadku psychoterapeutów – minimum dwóch w łącznym wymiarze jednego etatu.

(akta kontroli str. 25-81, 165-188, 241-251)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że podstawowym kryterium ustalania liczby personelu w Poradni są wymagania wynikające z aktów prawnych oraz wymagania wynikające z umów zawartych z OOW NFZ. W ocenie Prezes ustalone w ww. rozporządzeniu normy zatrudnienia określają jedynie minimalne poziomy. Zasadnym byłoby zwiększenie poziomu zatrudnienia kadry specjalistycznej w Poradni, lecz ograniczony dostęp specjalistów z tego zakresu ogranicza możliwości zwiększenia zatrudnienia. Z wyjaśnień wynikało też, że cały personel Poradni zatrudniony był na podstawie umów cywilnoprawnych. W związku z tym w NZOZ nie były sporządzane

²² Wymagania w zakresie wymiaru zatrudnienia: 1) psychoterapeuta: co najmniej 2 osoby, równoważnik co najmniej 1 etatu łącznie; 2) psycholog – równoważnik co najmniej 0,5 etatu, w tym: a) specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej (...) – równoważnik co najmniej 0,2 etatu, b) psycholog z udokumentowanym co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą lub specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej (...) – równoważnik co najmniej 0,3 etatu; 3) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu.

²³ Wyliczony jako stosunek ustalonego tygodniowego wymiaru czasu pracy personelu medycznego do normy tygodniowej wynoszącej średnio 37 h 55 min.

harmonogramy pracy personelu (m.in. lekarzy, psychologów i psychiatrów), a podstawą rozliczenia z wykonanej pracy były ustalenia zawarte w umowach.

(akta kontroli str. 191)

3.1. Rejestracja pacjentów do Poradni prowadzona była w formie elektronicznej, w szczególności określonej w art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dane w systemie obejmowały m.in. dane osobowe pacjenta, numer PESEL oraz datę wpisu i datę planowanej realizacji świadczenia). NZOZ zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 23 ust. 1 ww. ustawy, przekazywał do OOW NFZ informacje obejmujące m.in. liczbę oczekujących na świadczenie oraz planowany termin udzielenia świadczenia.

Liczba pacjentów oczekujących na wizytę do Poradni dla przypadków stabilnych, w okresie od 30 września 2020 r. do 30 września 2022 r. systematycznie wzrastała od 151 do 204 pacjentów, po czym wg stanu na 31 grudnia 2022 r. spadła do dziewięciu pacjentów, a 31 marca 2023 r. wynosiła zero. Liczba pacjentów skreślonych z kolejki oczekujących w okresie od 30 września 2020 r. do 30 września 2022 r. wynosiła od trzech (30 września 2020 r.) do dziesięciu (31 marca 2021 r.), a na 31 grudnia 2022 r. dokonano skreślenia wpisów dotyczących 204 pacjentów.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że z kolejki oczekujących wykreślono pacjentów, którzy zgodnie z art. 20 ust. 1a i 10e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie powinni być ujęci w kolejce, tj. pacjenci przyjęci oraz osoby, które nie zgłosiły się pomimo rejestracji. Ustalenia te opisane zostały w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 277-296, 336-347)

Z raportów przekazywanych do OOW NFZ dotyczących list oczekujących i pierwszych wolnych terminów wynikało, że tylko na dzień 31 marca 2022 r. i 31 marca 2023 r. czas oczekiwania na pierwszy wolny termin wynosił odpowiednio osiem i 19 dni. W pozostałych ośmiu badanych przypadkach²⁴, czas oczekiwania wynosił od 42 do 81 dni²⁵. W Poradni nie występowały przypadki pilne. Według stanu na dzień czynności kontrolnych (16 czerwca 2023 r.) czas oczekiwania na wizytę w Poradni wzrósł do 139 dni (pierwszy wolny termin 3 października 2023 r.), a liczba oczekujących na wizytę pacjentów wyniosła 43²⁶.

Prezes Zarządu nie wskazała jednoznacznych przyczyn znacznego wzrostu aktualnych wartości dotyczących liczby pacjentów oczekujących, średniego czasu oczekiwania i pierwszego wolnego terminu na wizytę, w stosunku do poprzednich analizowanych okresów. Ze złożonych wyjaśnień wynikało, że prawdopodobnym powodem wydłużenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę był wzrost liczby pacjentów pierwszorazowych zgłaszających się do Poradni; znacząca liczba pacjentów rejestrujących się w celu uzyskania aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem roku szkolnego (w celu przedłożenia w placówce edukacyjnej), jak również okres urlopowy personelu specjalistycznego Poradni.

²⁴ Na koniec wybranych do kontroli miesięcy: marca, września i grudnia lat 2020-2022. Według informacji przekazanej NZOZ przez OOW NFZ, przy czym nie przekazano danych dotyczących listy oczekujących na 31 marca 2020 r. z uwagi na zawieszenie obowiązku przekazywania danych w tym zakresie przez świadczeniodawców, na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DZ. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.).

²⁵ Dane w powyższym zakresie NZOZ uzyskał 17 maja 2023 r. z OOW NFZ. Pozostałe pierwsze wolne terminy badanych miesięcy w dniach: a/ rok 2020: marzec – 71; wrzesień – 49; grudzień – 62; b/ rok 2021: marzec – 63; wrzesień – 50; grudzień – 42; c/ rok 2022: wrzesień – 75 i d/ rok 2023: marzec – 19 dni.

²⁶ Jak wskazano powyżej, wg stanu na 31 grudnia 2022 r. oczekujących było dziewięciu pacjentów, a 31 marca 2023 r. – nie było osób oczekujących.

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało też, że w badanym okresie występowały awarie systemu informatycznego obsługującego kolejkę oczekujących, co wymusiło - pod koniec 2022 r. - dodatkową weryfikację i korektę danych dotyczących pacjentów oczekujących na świadczenie.

Wg danych na 30 czerwca 2023 r., czas oczekiwania na poradę u lekarza psychiatry wynosił 85 dni, na poradę psychologiczną – 15 dni, a na psychoterapię – 16 dni. Dłuższy czas oczekiwania na poradę u lekarza psychiatry, wg Prezes Zarządu wynikał z trudności w zatrudnieniu lekarzy specjalistów, w związku z ich brakiem na rynku, jak też wyborem pracy w większych ośrodkach medycznych.

(akta kontroli str. 329, 332, 351, 353)

W kontrolowanej jednostce, zgodnie z ustalonymi zasadami przyjmowania pacjentów, istniała możliwość umówienia się pacjenta do specjalisty telefonicznie. Pacjent miał możliwość śledzenia miejsca w kolejce za pośrednictwem platformy e-pacjent. Prezes Zarządu wyjaśniła, że personel NZOZ powiadamiał telefonicznie pacjentów o terminie wizyty (bezpośredni kontakt lub sms), aby ograniczyć liczbę przypadków braku zgłaszania się pacjentów na umówione wizyty. Jednak działania te odnosiły niewielki skutek. Wyjaśniła też, że specjaliści przyjmujący pacjentów mają stałe godziny pracy, a jedynie w przypadkach losowych - spowodowanych dłuższą absencją - harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostaje zmieniony.

NZOZ nie zapewnił możliwości umawiania wizyty drogą elektroniczną oraz monitorowania przez pacjentów kolejności na liście oczekujących w oparciu o systemy informatyczne tej jednostki, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W prowadzonej w NZOZ księdze odmów przyjęć pacjentów nie odnotowano żadnego przypadku odmowy przyjęcia pacjenta.

(akta kontroli str. 191, 234-236, 329-331)

3.2. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą (2020-2022 i w pierwszym kwartale 2023 r.), leczonych było odpowiednio: 353; 401; 475 i 187 pacjentów, w tym 113; 179; 223 i 89 pacjentów pierwszorazowych. Najliczniejszą grupą wiekową osób przyjmowanych w Poradni w poszczególnych okresach była grupa pacjentów powyżej 16 lat, a jej liczebność przedstawiała się kolejno: 207; 266; 216 i 86 pacjentów²⁷. W każdym badanym okresie przyjmowano więcej chłopców niż dziewcząt. Liczba przyjmowanych chłopców wynosiła: 214 w 2020 r.; 230 w 2021 r.; 257 w 2022 r. i 112 w pierwszym kwartale 2023 r., a liczba dziewcząt odpowiednio 139; 171; 218 i 75.

Liczba udzielonych porad ogółem w okresie objętym kontrolą, wynosiła kolejno: 1 368; 1 469; 1 562 i 376. Najwięcej porad udzielili lekarze psychiatry – odpowiednio: 690; 880; 1 082 i 265, psycholodzy udzielili: 568; 589; 450 i 111 porad, a terapeuci: 110 porad w 2020 r. i 30 porad w 2022 r.

Liczba sesji psychoterapii wyniosła: 51 w 2020 r.; 102 w 2021 r.; 175 w 2022 r. i 67 w pierwszym kwartale 2023 r. Wszystkie sesje były sesjami indywidualnymi, w których uczestniczyło odpowiednio: 16; 28; 36 i 17 pacjentów. W okresie objętym kontrolą nie prowadzono sesji grupowych, rodzinnych i wsparcia psychospołecznego. Nie udzielano również świadczeń w formie wizyt i porad domowych lub środowiskowych.

(akta kontroli str. 219)

Prezes Zarządu wyjaśniła fakt braku realizowania świadczeń w formie sesji grupowych, rodzinnych i wsparcia psychospołecznego, brakiem zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia. Ponadto powodem nieutworzenia grup psychoterapeutycznych były problemy w skompletowaniu odpowiedniej liczby

²⁷ W przedziale wiekowym do 5 lat przyjmowano od zera w 2020 r. do 16 pacjentów; w przedziale od 6 lat do 9 lat – od 21 pacjentów w 2020 r. do 49 pacjentów w 2022 r.; w przedziale od 10 do 15 lat – od 72 pacjentów w pierwszym kwartale 2023 r. do 194 pacjentów w 2022 r.

personelu (minimum dwóch psychoterapeutów), z uwagi na brak takich specjalistów na rynku pracy.

(akta kontroli str. 331)

Najczęściej u małoletnich pacjentów Poradni diagnozowano następujące schorzenia: a/ w 2020 r. – zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwość F90), które zdiagnozowano u 62 pacjentów; upośledzenia umysłowe (F70-F79) – 58 pacjentów oraz inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F98) zdiagnozowane u 48 pacjentów; b/ w 2021 r. – upośledzenia umysłowe (F70-F79), które zdiagnozowano u 56 pacjentów; zaburzenia hiperkinetyczne (F90) – 46 pacjentów oraz reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 45 pacjentów; c/ w 2022 r. – nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99), które zdiagnozowano u 475 pacjentów; upośledzenia umysłowe (F70-F79) – 70 pacjentów; mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92) – 52 pacjentów; c/ w pierwszym kwartale 2023 r. – nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99), które zdiagnozowano u 122 pacjentów; zaburzenia hiperkinetyczne (F90) – 23 pacjentów oraz zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F89) – 18 pacjentów.

(akta kontroli str. 216-218)

Według procedury obowiązującej w kontrolowanej jednostce, pierwszorazowa wizyta u specjalisty z zakresu psychiatrii odbywała się bez skierowania. Proces diagnostyczny miał obejmować: a/ zebranie wywiadu (w tym wywiadu od rodzica lub opiekuna prawnego), b/ ocenę stanu psychicznego i somatycznego dziecka, w tym rozmowę z dzieckiem i prowadzenie obserwacji zachowań dziecka i relacji z rodzicami, c/ kierowanie na niezbędne badania psychologiczne i inne, d) przeprowadzenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, w tym formie konsylium wewnętrznego. Proces kończył się ustaleniem rozpoznania i planu leczenia. Na ww. proces składały się maksymalnie trzy wizyty. W okresie objętym kontrolą w Poradni wydano łącznie cztery skierowania do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych (po jednym w latach 2020 i 2022 oraz dwa w 2021 r.).

(akta kontroli str. 211, 212, 219, 229, 230)

Przeprowadzone badanie dokumentacji medycznej dziesięciu pacjentów pierwszorazowych²⁸ przyjętych do Poradni po 1 lipca 2022 r. wykazały, że była ona prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁹ oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Wszystkie poddane oględzinom karty zdrowia i choroby były prowadzone elektronicznie, posiadały kolejno ponumerowane strony, wskazane zostały daty ich założenia, a wpisy były czytelne oraz dokonywane w porządku chronologicznym i autoryzowane.

W przypadku zlecenia badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji w poddanych badaniu historiach zdrowia i choroby, odnotowywano te okoliczności oraz zamieszczano wyniki tych badań. W każdej objętej badaniem dokumentacji medycznej dokonywany był wpis dotyczący rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego. Proces diagnozowania pacjenta pierwszorazowego obejmował każdorazowo wywiad, rozmowę, obserwację oraz dokonanie oceny stanu somatycznego i psychicznego. W każdym przypadku pacjenta, którego dokumentacja była badana kontrolowana jednostka nie dysponowała informacją, czy pacjent korzystał uprzednio ze świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego. W dokumentacji trzech pacjentów znajdował się wpis o zleceniu badań psychologicznych, a wyniki konsultacji załączone były w dokumentacji jednego z nich.

²⁸ Tj. osoby zgłaszającej się po raz pierwszy z danym problemem medycznym, o numerach :40/2022; 92/2022; 107/2022; 131/2022; 145/2022; 198/2022; 4/2023; 22/2023; 54/2023 i 58/2023.

²⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.

W ośmiu przypadkach rozpoznanie nastąpiło w trakcie pierwszej wizyty, a w pojedynczych, w trakcie drugiej i czwartej wizyty diagnostycznej.

W sześciu spośród 10 badanych przypadków nie został zrealizowany ustalony plan leczenia, co spowodowane było brakiem zgłoszenia pacjenta na kolejne wizyty w Poradni. W przypadku trzech pacjentów plan terapeutyczny przewidywał także oddziaływania skierowane do członków rodziny, ale tylko w jednym rodzice uczestniczyli w sesjach terapeutycznych. W pozostałych dwóch plan nie został w tym zakresie zrealizowany, co wynikało z braku zgłoszenia się rodziców jednego z pacjentów do Poradni oraz korzystania przez rodziców drugiego pacjenta, z usług innych psychoterapeutów (we własnym zakresie).

(akta kontroli str. 252-271)

3.3. W okresie objętym kontrolą NZOZ wartość świadczeń pn. *Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży*³⁰ objętych umowami zawartymi z OOW NFZ wynosiła: a/ w 2020 r. – 104 598 zł ; b/ w 2021 r. – 91 071 zł; c/ w 2022 r. – 145 240,01 zł; d/ I kwartał 2023 r. – 43 144,33 zł.

Ceny jednostki rozliczeniowej (punktu) stanowiące podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy, wynosiły w latach 2020 i 2021 – 9 zł; w 2022 r. 9 zł; 9,41 zł i 13,07 zł³¹ i w pierwszym kwartale 2023 r. 13,07 zł.

Przewidziane w umowie świadczenia zostały wykonane: a/ w 2020 r. – w kwocie 104 467,77 zł (tj. 99,9% wartości umowy), b/ w 2021 r. – w kwocie 128 240,67 zł (tj. 140,8% wartości umowy), c/ w 2022 r. – w kwocie 160 334,98 zł (tj. 110,4% wartości umów), z tego w ramach umowy obejmującej świadczenia realizowane przez Poradnię przed uzyskaniem II poziomu referencyjnego w kwocie 64 664,41 zł (tj. 131,0% wartości umowy), a po uzyskaniu II poziomu referencyjnego w kwocie 95 670,57 zł (99,8%); d/ w pierwszym kwartale 2023 r. – w kwocie 43 144,33 zł (tj. 25,0% wartości umowy na pierwszy kwartał 2023 r.).

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *przekroczenia w wykonaniu kontraktów w latach 2021 i 2022, wynikało ze wzrostu zapotrzebowania na świadczenia z zakresu psychiatrii. Wynikło to ze skutków izolacji w okresie pandemii i jej konsekwencjami dla stanu psychicznego dzieci i młodzieży. Powodowało to, że zwiększyła się liczba osób zgłaszających się po pomoc. Powodem niskiego wykonania świadczeń za pierwszy kwartał 2023 r. (25% planu na ten okres) jest mniejsza liczba zgłaszających się pacjentów. Nie znam powodów mniejszego zapotrzebowania na świadczenia. Ponadto pragnę zaznaczyć, że nie wnioskowałam o kwotę kontraktu, lecz została ona ustalona przez NFZ.*

Liczba pacjentów przyjętych w pierwszym kwartale 2023 r. była porównywalna do liczby pacjentów przyjmowanych w latach poprzednich, zaś liczba pacjentów pierwszorazowych przyjęta w tym okresie, w porównaniu do lat poprzednich, wynosiła: 79% 2020 r., 49% z 2021 r. i 40% z 2022 r. Wartość kontraktu ogółem na 2023 r. wzrosła ponad czterokrotnie (671,4 tys. zł) w porównaniu do 2022 r. (145,2 tys. zł).

Prezes Zarządu wyjaśniła, że nie prowadziła analizy kosztów działalności związanej z udzielanymi świadczeniami w ramach umowy z OOW NFZ pod względem ponoszonych przez NZOZ kosztów na uzyskanie jednostki rozliczeniowej (punktu rozliczeniowego). Stwierdziła też: *W mojej ocenie uzyskiwane przychody za zakontraktowane świadczenia pokrywają koszty wynagrodzeń personelu i utrzymania obiektu. Uzyskiwane przychody są na granicy opłacalności realizacji tych świadczeń. Zaznaczyć należy, że oczekiwania finansowe specjalistów w zakresie psychiatrii (w tym psychiatrii dzieci i młodzieży), wynikające z ograniczeń w dostępności takich specjalistów na rynku, są wyższe niż stawka wynikająca z kontraktu, a tym samym*

³⁰ Kod produktu kontraktowanego: 04.1701.001.02.

³¹ W trakcie roku były wprowadzone zmiany dotyczące ceny jednostki rozliczeniowej.

dostrzegana jest potrzeba podwyższenia wysokości kontraktowanych przez OOW NFZ świadczeń. Nie mniej w działalności Poradni nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów spowodowane brakiem środków finansowych.

W trakcie kontroli NZOZ sporządził na potrzeby kontroli analizę kosztów ponoszonych na uzyskanie jednostki rozliczeniowej z której wynikało, że wyniosły one w 2021 r. – 9,98 zł; w 2022 r. 13,28 zł, a w pierwszym kwartale 2023 r. 15,59 zł. Koszty te były wyższe od ceny jednostki rozliczeniowej ustalonej w tych latach z OOW NFZ, o odpowiednio: 11%; od 48% do 2% i 19%.

NZOZ nie zostały nałożone kary umowne za nienależytą realizację umowy zawartej z OOW NFZ dotyczącej udzielania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 213, 297-325, 334-335, 350)

W latach 2021 i 2022 NZOZ uzyskał z NFZ dodatkowe środki w kwotach 12 567,06 zł i 15 292 zł z tytułu tzw. nadwykonań świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom do 18 roku życia. Prezes Zarządu wyjaśniła, że po każdym zakończonym kwartale OOW NFZ dokonuje oceny i kwalifikuje świadczenia dotychczas niezapłacone z uwagi na obowiązujący limit, do świadczeń dodatkowo finansowanych w ramach Funduszu Medycznego. Środki tego Funduszu stanowią dodatkowe źródło finansowania i nie zwiększają podstawowego planu umowy, stanowiącego plan rzeczowo-finansowy do umowy.

(akta kontroli str. 333)

4. W NZOZ zostały opracowane i wdrożone dokumenty pn. *Procedura współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami* oraz *Procedura określająca zasady diagnostyki i leczenia*, o których mowa w lp. 3 (kolumna 3 poz. 3 pkt 6i 7) załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie opieki psychiatrycznej.

Procedura współpracy (...) ograniczała się do wskazania świadczeniodawców, z którymi współpracuje Poradnia, tj. Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego, Oddziałów Dziennych Psychiatrycznych dla Dzieci i Młodzieży oraz Ośrodków Wysokospecjalistycznych Całodobowej Opieki Psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży III poziomu referencyjnego. Ustalonymi formami współpracy Poradni z ww. podmiotami były konsylia zewnętrzne i sesje koordynacji (w okresie od uzyskania drugiego poziomu referencyjnego do 31 marca 2023 r. w Poradni przeprowadzono dziewięć sesji koordynacji i dziewięć konsyliów). W *Procedurze współpracy (...)* zastrzeżono, że warunkiem przeprowadzenia sesji koordynacji i konsyliów jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego opiekunów prawnych.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że w sesjach koordynacji i konsyliach uczestniczyli m.in. przedstawiciele szkół, tj. pedagog i psycholog szkolny, nauczyciele; kuratorzy sądowi; pracownicy świetlic terapeutycznych; przedstawiciele domów dziecka oraz ośrodków szkolno-wychowawczych. Ponadto w sesjach koordynacji i konsyliach brali udział specjaliści służby zdrowia innego poziomu referencyjnego, np. lekarz ze szpitala psychiatrycznego, szczególnie w sytuacji, gdy pacjent był leczony w szpitalu lub były przesłanki do skierowania go do leczenia szpitalnego. Uczestnikami byli także lekarze pierwszego kontaktu lub pediatrzy.

Procedura określająca zasady diagnostyki i leczenia zawierała informacje wymagane do pozyskania na poszczególnych etapach leczenia, począwszy od pierwszej wizyty, w trakcie której prowadzony był proces diagnozowania pacjenta. W ww. procedurze ustalono, że proces diagnozowania może być prowadzony do trzech wizyt, w trakcie których lekarz zobowiązany był m.in. do przeprowadzenia wywiadu rodzinnego, rozwojowego z opiekunami lub rodzicami dziecka, rozmowy z dzieckiem, prowadzenia obserwacji dziecka w gabinecie, gromadzenia i analizy danych zawartych w udostępnionej dokumentacji z wcześniejszego leczenia oraz w innych

dokumentach oraz skierowania na niezbędne badania. W oparciu o zebraną dokumentację ustalane było rozpoznanie chorobowe (wg ICD-10). W uzasadnionych przypadkach pacjent miał być kierowany do leczenia szpitalnego lub do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym. W dokumencie tym ustalono również, że diagnozę psychologiczną może przeprowadzić psycholog kliniczny lub psycholog z doświadczeniem co najmniej pięcioletnim w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą. Po zebraniu niezbędnej dokumentacji należało opracować plan oddziaływań na pacjenta, uwzględniający jego zasoby i deficyty. W *Procedurze określającej zasady diagnostyki i leczenia* uwzględniono także możliwość przeprowadzenia konsylium wewnętrznego, w trakcie którego powinien zostać stworzony zindywidualizowany plan oddziaływań na pacjenta oraz jego opiekunów. W trakcie kontynuacji leczenia, w wyniku monitorowania leczniczego, mogła być dokonana rediagnoza, w oparciu o wyniki pogłębionej oceny problemów i dotychczasowego leczenia oraz funkcjonowania pacjenta.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że personel był zapoznany z opracowanymi procedurami, poprzez omówienie ich w trakcie jednej z sesji koordynacji z udziałem personelu pomocniczego (okoliczność ta nie została udokumentowana).

(akta kontroli str. 209-212, 331)

5. NZOZ zgodnie z dyspozycjami zawartymi w lp. 3 (kolumna 3 poz. 3) załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie opieki psychiatrycznej, organizował raz w miesiącu konsylia na rzecz leczonych pacjentów (pkt 3); sesje koordynacji (pkt 5) oraz superwizje dla osób udzielających świadczeń psychoterapii. W drugim półroczu 2022 r. NZOZ przeprowadził sześć konsyliów dla sześciu pacjentów, a w pierwszym kwartale 2023 r. trzy konsylia dla trzech pacjentów. Przeprowadzone w drugim półroczu 2022 r. sześć sesji koordynacji dotyczyło pięciu pacjentów, a trzy sesje koordynacji przeprowadzone w pierwszym kwartale 2023 r. obejmowały stan zdrowotny trzech pacjentów. W sześciu superwizjach dla osób udzielających świadczeń w Poradni, zorganizowanych w drugim półroczu 2022 r., uczestniczyły w kolejnych miesiącach, następujące liczby osób: cztery; trzy; cztery; cztery; dwie i dwie osoby, a w trzech zorganizowanych w pierwszym kwartale 2023 r. w kolejno: dwie; trzy i cztery osoby.

(akta kontroli str. 192-208)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że z przeprowadzonych konsyliów, sesji koordynacyjnych oraz superwizji nie sporządza się specjalnej dokumentacji, w formie protokołów i list obecności. Jedynie lekarze i pozostałe osoby biorące udział w tych formach świadczeń lub spotkań sporządzają na własne potrzeby notatki, które wykorzystują w pracy z pacjentami i wpisują ustalenia w historii choroby. Ślad przeprowadzonych konsyliów na rzecz leczonych pacjentów oraz sesji koordynacyjnych znajduje się w historii choroby pacjenta, w której może być odnotowane w jaki sposób dokonano rozpoznania chorobowego i ustalono plan terapeutyczny. W konsyliach zewnętrznych i sesjach koordynacji brali udział przedstawiciele szkół: pedagog i psycholog szkolny, nauczyciele; kuratorzy sądowi; pracownicy świetlic terapeutycznych; przedstawiciele domów dziecka, ośrodków szkolno-wychowawczych. Ponadto w konsyliach i sesjach koordynacji brali udział specjaliści służby zdrowia innego poziomu referencyjnego, np. lekarz ze szpitala psychiatrycznego, szczególnie w sytuacji, gdy pacjent był leczony w szpitalu lub są przesłanki do skierowania do leczenia szpitalnego. Ponadto uczestnikami są lekarze pierwszego kontaktu lub pediatrzy.

W historiach chorób nie zamieszczano wpisów wskazujących jednoznacznie, które z nich zostały dokonane w oparciu o ustalenia z konsyliów, sesji koordynacyjnych oraz superwizji.

(akta kontroli str. 329, 330)

6. Warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń NZOZ wykorzystywanych na potrzeby udzielania świadczeń w Poradni odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, w szczególności w zakresie lokalizacji Poradni, wyposażenia gabinetów i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Dostęp do Poradni zapewniony był osobom z niepełnosprawnościami ruchowymi lub poruszających się na wózkach³², a korytarze Poradni, ciągi komunikacyjne oraz wejścia do pomieszczeń, były wolne od barier architektonicznych. W gabinetach, w których przyjmowano pacjentów, znajdowały się umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz środkiem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz kosze na śmieci. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne (oddzielne dla kobiet, mężczyzn i osób z niepełnosprawnościami) były wyposażone w miski ustępowe, umywalki, dozowniki z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz kosze na śmieci.

Świadczeniobiorcom zapewniono dostęp do informacji, o których mowa w § 11 rozporządzenia w sprawie umów, obejmujących w szczególności informacje o godzinach i miejscu udzielania świadczeń; numer telefonu do rejestracji Poradni; adres i numer telefonu najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; informacje dotyczące trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy; zasady potwierdzania prawa do świadczeń; adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków OOW NFZ.

Przy gabinetach umieszczono tabliczki informacyjne z numerem danego gabinetu, wskazanie danych osobowych specjalistów udzielających świadczeń medycznych oraz godzin przyjmowania pacjentów w poszczególne dni tygodnia. Drzwi gabinetów nie były wygłuszone. Prezes Zarządu wyjaśniła, że aby uniemożliwić podsłuchiwanie rozmów w gabinetach, personel został poinformowany, aby osoby oczekujące w poczekalni nie przebywały bezpośrednio przy drzwiach gabinetów. W gabinetach wydzielono miejsce do pracy personelu medycznego (wyposażone w biurko, miejsce do siedzenia, komputer, narzędzia do wykonywania testów psychologicznych) oraz miejsce dla pacjenta (krzesła, a w jednym gabinecie również leżanka). Pomieszczenia wyposażono również w szafki i komody, kolorystyka ścian była stonowana, a na ścianach umieszczono obrazy, rysunki i kalendarze. Dodatkowo w gabinetach oraz w poczekalni znajdował się kącik do zabawy dla dzieci.

(akta kontroli str. 222-233)

NZOZ, w okresie objętym kontrolą, nie był kontrolowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kędzierzynie-Koźlu. Udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w trybie ambulatoryjnym, nie było również przedmiotem kontroli OWW NFZ lub innych podmiotów (Okręgowej Izby Lekarskiej, konsultantów wojewódzkich i/lub krajowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży).

W prowadzonej w NZOZ książce skarg i wniosków nie odnotowano wpisów zawierających skargi na funkcjonowanie Poradni w okresie objętym kontrolą³³.

(akta kontroli str. 220, 221, 237-240)

7. Prezes Zarządu w wyjaśnieniach dotyczących funkcjonowania opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wyjaśniła, że w jej ocenie największym problemem w realizowaniu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą jest permanentny niedobór kadry specjalistycznej, w szczególności specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutów dzieci i młodzieży. Wskazała również, że w okresie objętym kontrolą NZOZ nie otrzymał z Ministerstwa Zdrowia,

³² Obiekt wyposażony został w windę.

³³ Ostatni wpis zamieszczony został z datą 25 kwietnia 2019 r. i stanowił podziękowanie za obsługę w Poradni.

jak również z Narodowego Funduszu Zdrowia do zaopiniowania i zgłoszenia uwag projektów aktów normatywnych dotyczących standardów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. NZOZ nie zgłaszał z własnej inicjatywy uwag w ww. zakresie. Prezes wyjaśniła również, że nie występowały ograniczenia lub utrudnienia w wymianie informacji z innymi podmiotami (szkoły, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, ośrodki pomocy społecznej), w zakresie obejmującym tematykę leczenia pacjenta. W ocenie Prezes Zarządu, zarówno wysokość finansowania, jak i sposób rozliczania świadczeń umożliwiają realizację wszystkich wymaganych świadczeń, zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, jak też potrzebami pacjentów i nie dostrzega mankamentów, niedociągnięć w obszarze finansowania świadczeń.

Ponadto Prezes Zarządu wyjaśniła, że NZOZ w okresie pandemii COVID-19 realizował zadania zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Realizacja świadczeń odbywała się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych – teleporady, co umożliwiało wystawianie recept w ramach prowadzonego leczenia farmakologicznego. Pacjenci wymagający pilnej interwencji lekarskiej lub psychologicznej byli przyjmowani w Poradni w warunkach zaostrzonego rygoru sanitarnego. W okresie trwania pandemii, NZOZ podjął inicjatywę polegającą na wsparciu psychologiczno-terapeutycznym osób znajdujących się w stanie kryzysu emocjonalnego, a informacje o godzinach dyżurów podawano do wiadomości publicznej za pośrednictwem mediów lokalnych.

(akta kontroli str. 163, 164)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W NZOZ nie zapewniono prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia w Poradni, na zasadach przewidzianych w art. 20 ust. 1a i 10e ustawy o ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisami na liście nie umieszcza się osób kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy, a w przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

Z danych kontrolowanej jednostki wynikało, że w latach 2020-2022 liczba oczekujących na wizytę w Poradni pacjentów systematycznie rosła od 151 na 30 września 2020 r. do 204 na 30 września 2022 r., po czym na 31 grudnia wyniosła dziewięć - w związku ze skreśleniem 204 pacjentów z kolejki oczekujących.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *nie potrafię jednoznacznie wyjaśnić przyczyn narastania liczby pacjentów oczekujących na poradę w Poradni w okresie od 30 września 2020 r. do 30 września 2022 r. Wynikało to z błędów technicznych funkcjonującego systemu kolejkowego. NZOZ na bieżąco przysyłał do NFZ, w programie informatycznym dane dotyczące liczby pacjentów zarejestrowanych do poradni. Raporty te były przekazywane codziennie do NFZ, który nie zgłaszał żadnych uwag o nieprzekazaniu danych do systemu obsługującego kolejki oczekujących lub przekazania nieprawdziwych danych, bądź budzących wątpliwości co do ich poprawności. Brak świadomości o nieprawdziwych danych o liczbie oczekujących spowodował, że NZOZ nie podejmował czynności zmierzających do wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i podjęcia czynności zapobiegających powstaniu w przyszłości takich zdarzeń. Nie ustalono co było powodem, że system nie aktualizował liczby pacjentów oczekujących, poprzez pomniejszenie ich liczby o liczbę już przyjętych.*

Dopiero pod koniec 2022 r. OOW NFZ zwrócił się telefonicznie z zapytaniem dlaczego liczba oczekujących systematycznie rośnie. Do tej pory nie mieliśmy świadomości o tym, że tak duża liczba oczekujących na porady widnieje na stronie NFZ. W związku z tym dokonaliśmy przeglądu pacjentów widniejących w kolejce oczekujących i wykreślono pacjentów przyjętych i tych którzy nie zgłosili się pomimo rejestracji. Czynności te spowodowały, że liczba oczekujących zmniejszyła się na 31 grudnia 2022 r. do 9 pacjentów, a 31 marca 2023 r. spadła do zera.

(akta kontroli str. 277-296, 329, 330, 336-347)

W trakcie prowadzenia czynności kontrolnych przez NIK lista oczekujących na udzielenie świadczenia była prowadzona prawidłowo.

(akta kontroli str. 336-346)

2. Do dnia zakończenia kontroli NIK, w NZOZ nie zapewniono pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty w Poradni oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, pomimo takiego obowiązku wynikającego z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁴. Możliwość umawiania się na wizyty ograniczona została jedynie do kontaktu się osobistego lub telefonicznego.

(akta kontroli str. 191, 225)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *nie uruchomiono umawiania się na wizyty drogą elektroniczną z uwagi na niedopatrzenie, gdyż funkcjonujący system umawiania się na wizyty osobiście lub telefonicznie, zapewniał sprawne ustalenie terminu wizyty. Ponadto pacjenci nie zgłaszali, aby brak możliwości umawiania się drogą elektroniczną był szczególnym utrudnieniem w kontakcie z NZOZ. Powyższe spowodowało, że ta forma umawiania się na wizyty nie została uruchomiona.*

(akta kontroli str. 352)

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Wzmocnienie nadzoru nad prawidłowością realizacji obowiązków dotyczących prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia w Poradni.
2. Zapewnienie pacjentom możliwości umawiania na wizyty w Poradni drogą elektroniczną oraz monitorowania statusu na liście oczekujących, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³⁴ Z wyjątkiem okresu obowiązywania art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2021, poz. 2095 ze zm.).

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 Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni 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.

Opole, 12 lipca 2023 r.

Kontroler

Zbigniew Łupicki
główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor



.....
Dyrektor
Delegatury NIK w Opolu
podpis
Iwona Zyman