



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.011.01.2023

Pan  
Łukasz Tyszler  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje”  
ul. Mączna 4  
70-780 Szczecin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej  
Najwyższej Izby Kontroli z dnia 22 września 2023 r.

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie, ul. Mączna 4, 70-780 Szczecin <sup>1</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Tyszler, Dyrektor SPS ZOZ Zdroje od 1 czerwca 2017 r. <sup>2</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego. 2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym.
Okres objęty kontrolą	2020-2023 (do zakończenia czynności kontrolnych <sup>3</sup> ) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontrolerzy	Jarosław Staniszewski, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/81/2023 z 16 maja 2023 r. Bogumiła Mędrzak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/87/2023 z 30 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1, 2, 8)

---

<sup>1</sup> Dalej: SPS ZOZ Zdroje lub Szpital.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> Do 17 lipca 2023 r.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Dyrektor Szpitala zapewnił rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych (w tym w ramach II i III poziomu referencyjnego). Przyjęte rozwiązania były zgodne z warunkami określonymi w umowach zawartych z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie<sup>6</sup>, z wyjątkiem trzeciego kwartału 2022 r., w którym m.in. nie zapewniono dostępności do świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 20.00. W Poradni (w ramach II poziomu referencyjności) nie realizowano konsyliów i sesji koordynacji. Wymiar zatrudnienia personelu medycznego w Poradni i Oddziale był zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1, 6 i 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>.

Warunki lokalowe pomieszczeń wykorzystywanych na potrzeby udzielania ww. świadczeń zdrowotnych odpowiadały wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>8</sup>. Szpital spełnił wymogi informacyjne określone w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>9</sup>.

Poziom finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, określony w umowach zawartych z OW NFZ zapewniał ich wykonanie i pokrywał koszty ich udzielania wyłącznie w Poradni. W Oddziale koszty wynosiły od 117,5% do 122,8% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia<sup>10</sup>.

Szpital aktywnie działał na rzecz wzmocnienia opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Występował m.in. do Ministerstwa Zdrowia<sup>11</sup> o pozyskanie środków w celu zwiększenia dostępności świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym, a także na utworzenie pierwszego oddziału dziennego na terenie województwa zachodniopomorskiego i zapewnienie opieki środowiskowej. Podejmował również liczne działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego oraz na rzecz pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Szpital zapewnił pacjentom m.in. porady lekarza psychiatry i psychologa oraz sesje psychoterapii indywidualnej, a także alternatywne formy oddziaływania terapeutycznego („dogoterapię”, zajęcia teatralne, muzykoterapię). Indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>12</sup>, ale nieprawidłowo prowadzono karty zastosowania przymusu bezpośredniego

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

<sup>6</sup> Dalej: OW NFZ.

<sup>7</sup> Dz. U. poz. 1285, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402; dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

<sup>9</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 1194; dalej: rozporządzenie w sprawie umów.

<sup>10</sup> M.in. środki na wzrost wynagrodzeń w latach 2020-2021, z tytułu świadczeń COVID-19 oraz z Ministerstwa Zdrowia (rezydenci).

<sup>11</sup> Dalej: Ministerstwo.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

w zakresie odnotowywania informacji o jego przedłużeniu (w trzech przypadkach z 10).

Stwierdzone nieprawidłowości polegały także m.in. na: 1) nieterminowym dokonaniu zmian w statucie Szpitala i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>13</sup>; 2) niezapewnienia pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia<sup>14</sup>; 3) niesprawozdawaniu do NFZ wykonanych konsyliów, sesji koordynacji i superwizji.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowe kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego.**

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital, jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony został zarządzeniem Wojewody Szczecińskiego nr 302/98 z 17 grudnia 1998 r.<sup>15</sup>, jego organem założycielskim był ówczesny Wojewoda Szczeciński. Szpitalowi nadano statut uchwałą<sup>16</sup> Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego<sup>17</sup>. W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. następujące zakłady lecznicze, jednostki i komórki organizacyjne (§12 statutu): zakład leczniczy *Szpital (jednostka organizacyjna Szpital przy ul. Mącznej)*, w skład którego wchodził m.in. Oddział Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej<sup>18</sup>; zakład leczniczy *Poradnie Przychodnia*, w skład którego wchodziły jednostki organizacyjne pod nazwą *Poradnie Przychodnia przy ul. Mącznej* (w tym Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży<sup>19</sup>) oraz *Poradnie przy ul. Św. Wojciecha*, a także do 22 kwietnia 2021 r.: *Centrum Psychiatryczne przy ul. Żołnierskiej*<sup>20</sup> (w tym do 26 kwietnia 2020 r. *Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży*)<sup>21</sup>, *Ośrodek Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej przy ul. M. Skłodowskiej-Curie*; zakład leczniczy *Opieka Długoterminowa*; komórki organizacyjne działalności niemedycejskiej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy. W kontrolowanym okresie w Szpitalu nie funkcjonował oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży.

W statucie obowiązującym od 22 lutego 2023 r. określono, że struktura Szpitala obejmuje również jednostki i komórki działalności medycznej (§12 ust. 1 pkt 4 statutu). Szczegółową strukturę organizacyjną ww. zakładów leczniczych, jednostek i komórek organizacyjnych określa regulamin organizacyjny Szpitala ustalany przez

<sup>13</sup> Dalej: RPWDL.

<sup>14</sup> W trakcie kontroli NIK w Szpitalu wdrażano system informatyczny zapewniający taką możliwość.

<sup>15</sup> Zarządzenie w sprawie przekształcenia Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczecinie i utworzenie SPS ZOZ Zdroje oraz przekształcenia Specjalistycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie.

<sup>16</sup> Uchwała nr XL/453/23 z dnia 26 stycznia 2023 r. w sprawie nadania statutu Samodzielnemu Publicznemu Specjalistycznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie. Wcześniej obowiązywał statut nadany uchwałą Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego nr XXVIII/445/17 z 21 listopada 2017 r. w sprawie nadania statutu Samodzielnemu Publicznemu Specjalistycznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz. 5290), m.in. zmieniany uchwałami Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego: nr XXX/465/18, IV/44/19 XII/163/19, a także XIV/190/20 z dnia 12 marca 2020 r.; XXIII/282/21 z dnia 11 marca 2021 r. oraz nr XXIX/341/21 z dnia 28 października 2021 r.; dalej: statut.

<sup>17</sup> Dalej: Sejmik.

<sup>18</sup> Dalej: Oddział.

<sup>19</sup> Dalej: Poradnia.

<sup>20</sup> Dalej: Centrum.

<sup>21</sup> Zmiana wynikająca z uchwały XXIII/282/21 z dnia 11 marca 2021 r., na podstawie której w strukturze Szpitala ww. Centrum od tej daty nie było wyodrębnione.

Dyrektora (§ 12 ust. 2 statutu). Aktualnie obowiązujący regulamin organizacyjny został wprowadzony przez Dyrektora Szpitala w dniu 22 lutego 2023 r.<sup>22</sup>.

(akta kontroli str. 9-14, 15-23, 152-153, 180-186, 191-197, 236-238)

W latach 2020-2023 Szpital realizował następujące umowy zawarte z OW NFZ w zakresie:

- świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży realizowanych w Poradni w Szczecinie przy: ul. Mącznej 4 (od 1 stycznia 2020 r. do 30 lipca 2022 r.); ul. Żołnierskiej 55 (od 1 stycznia 2020 r. do 26 kwietnia 2020 r.); ul. Św. Wojciecha 7 (od 26 czerwca 2020 r. do 15 października 2020 r.);
- świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (stacjonarnych) – od 1 stycznia 2020 r. do 30 listopada 2022 r.;
- Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego – II poziom referencyjny – od 1 lipca 2022 r.;
- Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej – III poziom referencyjny – od 1 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 9-14, 15-23, 41, 225-234)

Świadczenia opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z zakresu psychiatrii dziecięcej) realizowane były przez Szpital od 9 listopada 2020 r. do 15 czerwca 2021 oraz od 16 do 30 czerwca 2021 r. (w tym okresie obejmowały zapewnienie 10 łóżek).

(akta kontroli str. 16-22, 154)

Struktura organizacyjna Szpitala w zakresie obejmującym realizację świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym zgodna była z warunkami umów zawartych z OW NFZ, RPWDL prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego, a także statutem i regulaminem organizacyjnym, z wyjątkiem regulacji dotyczących funkcjonowania *Centrum Psychiatrycznego* przy ul. Żołnierskiej 55 w Szczecinie, w tym organizacji świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 9-14, 15-23, 152-153, 236-238)

Badanie wykonywania harmonogramu funkcjonowania Poradni i pracy personelu<sup>23</sup> wykazało m.in., że funkcjonowała ona co najmniej pięć dni w tygodniu<sup>24</sup> oraz co najmniej cztery godziny dziennie<sup>25</sup>, tj. zgodnie w tym zakresie z warunkami ujętymi w załączniku nr 2 do umów zawartych z OW NFZ oraz z zasadami określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 123-126)

W sprawie raportowania w systemie informatycznym Szpitala czasu udzielania świadczeń w Poradni przez specjalistów, Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) *ewidencja pracy specjalistów udzielających świadczeń w Poradni nie obejmuje godzin przyjmowania pacjentów, gdyż taka sprawozdawczość nie jest wymagana do*

<sup>22</sup> Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 26/2023 z dnia 22 lutego 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie. Wcześniej obowiązywały regulaminy organizacyjne wprowadzone: 30 września 2019 r. oraz 1 lutego 2021 r. (zarządzenie nr 6/2021); dalej: regulamin organizacyjny.

<sup>23</sup> Badaniem objęto próbę wykonania harmonogramu personelu Poradni w tygodniach: 14-18 marca 2022 r.; 18-22 lipca 2022 r.; 12-16 grudnia 2022 r. oraz 13-17 marca 2023 r.; dalej: próba wykonywania harmonogramu.

<sup>24</sup> W dni robocze, od poniedziałku do piątku.

<sup>25</sup> Według danych zawartych w systemie informatycznym AMMS (Asseco Medical Management Solutions), wykorzystywanym w SPS ZOZ Zdroje do zarządzania Szpitalem, w tym rozliczania udzielonych świadczeń z OW NFZ.

rozliczenia procedur medycznych w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>26</sup>. (...) Ewidencja prowadzona w elektronicznym systemie informatycznym (...) nie jest tożsama z czasem pracy w Poradni – logowanie poszczególnych pracowników nie oznacza rzeczywistego czasu w Poradni, logowanie jest tylko odzwierciedleniem odnotowania w systemie wizyty. (...) praca w Poradni to nie tylko sprawozdawczość, to (...) praca z pacjentem, wywiad z rodziną, ocena kliniczna pacjenta, postawienie rozpoznania, zaproponowanie planu leczniczego, zlecenie leków, wypełnienie dokumentacji medycznej, skierowań itp. (...) gabinet psychologa / psychoterapeuty w PZP nie jest wyposażony w komputer, nie ma obowiązku odnotowywania rzeczywistych godzin wykonanej wizyty/porady (...) Psychoterapeuta (...) pełni nadzór nad pracą psychoterapeutów – nie udziela świadczeń w PZP dla Dzieci i Młodzieży. Lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (...) nie udziela świadczeń w Poradni. Została wykazana w harmonogramie do NFZ w okresie przejściowym (lipiec – październik 2022), w czasie dostosowywania organizacji pracy Poradni do wymagań II stopnia referencyjnego. (...) indywidualne podejście do pacjenta nie przekłada się na czas wykonania procedury ustalony przez NFZ, czy system rozliczeniowy. (...) Często wizyta pacjenta w Poradni jest powiązana z rozmową/ poradą z rodzicami/ opiekunami – co przekłada się na zaangażowanie lekarza i czasu pracy bez sprawozdawczości. (...) udzielanie świadczeń w Poradni jest (...) związane ze zgłaszalnością pacjentów na wizyty, którzy pomimo wcześniejszego przypomnienia o wizycie i potwierdzenia przyjscia z różnych powodów nie pojawiają się w Poradni. (...) często pacjenci przychodzą na inną godzinę (wcześniej) niż wynikająca z harmonogramu. (...) Ponadto w systemie można zaobserwować, takie przypadki kiedy pacjenci są odznaczani co minutę, np. jeśli z (...) instytucji (np. Dom Dziecka, Ośrodek Wychowawczy) opiekun przyjedzie z kilkoma pacjentami jednocześnie lub jeśli zaraz po sobie zgłosi się dwóch pacjentów. Każda z tych osób ma wyznaczoną inną godzinę wizyty, ale zgłosili się do rejestracji jednocześnie. (...)

(akta kontroli str. 62-63, 513-514)

Poradnia realizowała świadczenia medyczne co najmniej dwa razy w tygodniu co najmniej od godziny 15.00 do 18.00 – co było wymagane postanowieniami załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, z wyjątkiem okresu od 1 lipca do 30 września 2022 r. W okresie tym nie spełniano obowiązującego wówczas warunku realizacji świadczeń co najmniej dwa razy w tygodniu co najmniej od godziny 15.00 do 20.00; nie zapewniono również w tym okresie wymagań określonych w ww. załączniku nr 8 w zakresie zatrudnienia wymaganego personelu medycznego (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 123-126, 487-506)

**1.2.** W objętych analizą siedmiu miesiącach (marzec i grudzień 2020-2022 oraz marzec 2023 r.) – w ramach udzielanych zakresów, tj. świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży oraz Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego<sup>27</sup> – Szpital zatrudniał:

- w grupie zawodowej m.in. psychiatrów / psychiatrów dzieci i młodzieży – od pięciu do siedmiu ww. specjalistów (łącznie od 0,65 do 1,36 etatu), w tym:
  - jednego lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii w jednym z siedmiu miesięcy objętych analizą (0,18 etatu w grudniu 2022 r.);
  - od dwóch do trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (łącznie od 0,26 do 0,58 etatu);

<sup>26</sup> Dalej: NFZ.

<sup>27</sup> Od 1 lipca 2022 r. - w ramach II poziomu referencyjnego.

- trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży w każdym miesiącu objętym analizą (łącznie od 0,39 do 0,67 etatu);
- w grupie zawodowej psychologów / psychoterapeutów: w marcu 2020 r. – dwie osoby (w tym psychologa, z uprawnieniami do wykonywania świadczeń w zakresie psychoterapii) na 0,42 etatu; od grudnia 2020 r. do marca 2022 r. – jedną osobę (psychologa, z uprawnieniami do wykonywania świadczeń w zakresie psychoterapii) na 0,21 etatu; a od grudnia 2022 r.<sup>28</sup> – po trzech psychologów (w tym jednego z uprawnieniami do wykonywania świadczeń w zakresie psychoterapii), łącznie od 0,71 do 0,72 etatu oraz po dwóch psychoterapeutów (łącznie na 1,03 etatu).

W miesiącach objętych analizą Szpital spełniał wymagania w zakresie wymiaru zatrudnienia lekarzy specjalistów, psychologów i psychoterapeutów określonych w załączniku nr 6 i 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie zawartej z OW NFZ. Szpital – w ramach udzielanych świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży oraz w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradni Zdrowia Psychicznego (II poziomu referencyjnego) – nie zatrudniał pielęgniarek i terapeutów zajęciowych.

W Szpitalu zatrudniono m.in. sekretarkę medyczną (od marca 2020 r.) wspomagającą pracę Poradni.

(akta kontroli str. 681-684)

Szpital nie wprowadził wewnętrznych norm określających wymiar zatrudnienia, który ustalano na podstawie wymagań określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 23)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że (...) wytyczne dotyczące liczby personelu stanowią wskaźnik minimum.

(akta kontroli str. 130)

**1.3.** Rejestracja pacjentów zgłaszających się do Poradni oraz prowadzenie listy oczekujących na poradę odbywała się elektronicznie. Pacjenci mogli monitorować swój status na liście oczekujących w kolejce na wizytę u specjalisty poprzez kontakt telefoniczny lub osobisty z rejestracją Poradni; nie były wysyłane powiadomienia o terminie wizyty.

W Poradni nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). W trakcie kontroli NIK w Szpitalu wdrażano system informatyczny zapewniający taką możliwość.

(akta kontroli str. 111-112, 118)

Według stanu na 31 marca, 30 września i 31 grudnia lat 2020-2022 oraz 31 marca 2023 r., Szpital przekazał NFZ informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w Poradni, czasie oczekiwania i liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia, które w poszczególnych latach przedstawiały się odpowiednio (przypadki stabilne):

- pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia (w dniach): 2020 r. - 169 i zero (0)<sup>29</sup>, 79 i 6<sup>30</sup>, 140; 2021 r. – 209, 193, 273; 2022 r. – 274, 221, 326; 2023 r. - 360;

<sup>28</sup> W ramach II poziomu referencyjnego (od 1 lipca 2022 r.).

<sup>29</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>30</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Św. Wojciecha 7.

- średni czas oczekiwania (w dniach): 2020 r. – 69 i 34<sup>31</sup>; 137 i 54<sup>32</sup>; 132; 2021 r. - 116; 154; 160; 2022 r. – 166; 219; 239; 2023 r. – 167;
- liczba oczekujących na udzielenie świadczenia (w dniach): 2020 r. - 12 i 70<sup>33</sup>; 26 i 33<sup>34</sup>; 19; 2021 r. – 23; 18; 21; 2022 r. – 20; 16; 17; 2023 r. – 19.

Średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych oraz liczba oczekujących wynosiła w latach 2020 – 2023 (wg stanu na 31 marca, 30 września i 31 grudnia) – zero (0) dni. Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia (w dniach): 2020 r. – 1 i zero (0)<sup>35</sup>, 1 i 2<sup>36</sup>, 4; 2021 r. – 1, 1, 3; 2022 r. – 8, 3, 2; 2023 r. – 3;

Dane przekazywano każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy, według stanu na dzień poprzedzający, co również potwierdziło badanie danych na stronie internetowej NFZ<sup>37</sup>. Weryfikacja dat pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia wykazała, że przekazane NFZ dane były zgodne z danymi zaewidencjonowanymi w systemie informatycznym Szpitala.

(akta kontroli str. 37, 75, 77-78, 82-85, 483-486)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) *harmonogramy pracy specjalistów przyjmujących w Poradni są ustalane w oparciu o wymogi NFZ przez Kierownika Poradni. Co kwartał następuje rotacyjnie zmiana dni udzielenia świadczeń przez lekarzy. Na bieżąco i w miarę możliwości ustalane są zastępstwa w przypadku nieplanowanych absencji.* Ponadto wyjaśnił, że w latach 2020-2023 nie występowały przypadki odmowy przyjęcia pacjenta w Poradni.

(akta kontroli str. 474)

W latach 2020-2023 (do 31 marca), w Poradni:

- a) udzielono: 1 924 i 1 002<sup>38</sup> (2020 r.); 1 710 (2021 r.); 1 593 (2022 r.) i 408 (2023 r.) porad ogółem, w tym odpowiednio:
  - porad lekarza psychiatry: 1 638 i 519<sup>39</sup>; 1 666; 1 560; 408;
  - porad psychologa: 286 i 483<sup>40</sup>; 44; 33; zero (0);
- b) przeprowadzono: 289 i 471<sup>41</sup> (2020 r.); 202 (2021 r.); 202 (2022 r.) i 175 (2023 r.) sesji psychoterapii indywidualnych oraz 201 psychoterapii rodzinnych (wszystkie przeprowadzone w 2020 r. w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55, przeniesionej przed zamknięciem do siedziby przy ul. Św. Wojciecha 7). Nie realizowano psychoterapii grupowych oraz sesji wsparcia psychospołecznego. W poszczególnych latach w sesjach psychoterapii indywidualnej uczestniczyło: 112 pacjentów (ogółem w 2020 r.); 23; 38 i 35 pacjentów w I kwartale 2023 r. W sesjach psychoterapii rodzinnej uczestniczyło 145 pacjentów. W Poradni udzielono również 1 357 porad telefonicznych w 2020 r. (ogółem), 411 w 2021 r., 142 w 2022 r. oraz 10 w 2023 r. (do 31 marca).

(akta kontroli str. 38)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) *w Poradni jest prowadzona psychoterapia indywidualna z elementami psychoterapii rodzinnej (wywiad/rozmowa w obecności jednego z rodziców) oraz psychoedukacji (skierowana zarówno do pacjenta jak i do*

<sup>31</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>32</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Św. Wojciecha 7.

<sup>33</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>34</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Św. Wojciecha 7.

<sup>35</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>36</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Św. Wojciecha 7.

<sup>37</sup> <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>; dane podane na 5 czerwca 2023 r. oraz 7 czerwca 2023 r.

<sup>38</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (przy ul. Żołnierskiej 55, przeniesiona ostatecznie do siedziby przy ul. Św. Wojciecha 7).

<sup>39</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>40</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.

<sup>41</sup> Poradnia (ul. Mączna 4) i Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przy ul. Żołnierskiej 55.



*opiekuna/rodzica) – jednakże nie ma takiego produktu rozliczeniowego w systemie sprawozdawczym do NFZ. (...) Niewielka liczba prowadzonych psychoterapii grupowych lub rodzinnych w Poradni związana była z: (...) koniecznością wyrażenia zgody przez członków rodziny na psychoterapię rodzinną (trudność w uzyskaniu zgody związana jest ze stereotypami, uprzedzeniami i niewielką świadomością społeczną dotyczącą chorób psychicznych, często rodzina wypiera zaburzenia psychiczne u dziecka jak i dysfunkcję rodziny); zebraniem członków rodziny w jednym miejscu i terminie (niezbędna jest chęć i zaangażowanie rodziny); możliwościami kadrowymi – psychoterapeuta prowadzący psychoterapie indywidualną nie powinien prowadzić psychoterapii grupowej lub rodzinnej (...). Założeniem wdrażanej reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci młodzieży jest praca w środowisku pacjenta realizowana przez ośrodki I poziomu referencyjnego. SPS ZOZ Zdroje udziela świadczeń w ramach II i III poziomu referencyjnego. W ramach Poradni nie prowadzi wizyt, porad domowych lub środowiskowych z uwagi na ww. brak możliwości kadrowych w tym zakresie. Aktualnie zatrudnieni lekarze/ psychologowie udzielają świadczeń w ramach Poradni i Oddziału. Zabezpieczenie tych dwóch form nie daje przestrzeni czasowej na udzielanie świadczeń w środowisku, które wiążą się z inną organizacją pracy. Priorytetem jest zabezpieczenie pracy w Poradni (dla osób zgłaszających się) oraz całodobowej opieki w Oddziale. Ponadto nie mieliśmy zgłoszeń pacjentów / opiekunów w sprawie wizyt domowych lub środowiskowych (...).*

(akta kontroli str. 149-150)

W latach 2020-2023 (do 31 marca) dokonano 2 873 rozpoznań chorób leczonych pacjentów w Poradni<sup>42</sup>. Do najczęstszych należały: mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92) – 523 (18%); zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości) F90 – 494 (17%); zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F89) – 402 (14%) oraz inne zaburzenia lękowe (F41) – 349 (12%). Grupę od 29 (1%) do 234 (10%) rozpoznań stanowiły: upośledzenia umysłowe (F70-F79); zaburzenia zachowania (F91); epizod depresyjny (F32); reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43); nieokreślone zaburzenie psychiczne (F99); zaburzenia odżywiania się (F50); zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw) – F42; schizofrenia (F20); zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (F93) oraz tiki (F95).

(akta kontroli str. 28-31)

W objętej analizie dokumentacji medycznej 10 pacjentów pierwszorazowych Poradni<sup>43</sup> porad udzielali m.in. lekarze psychiatry dzieci i młodzieży, którzy na pierwszej wizycie określili wszystkim pacjentom plan terapeutyczny i ustalili rozpoznania. W planach terapeutycznych:

- nie zalecono psychoterapii – pięciu pacjentom (w tym w jednym przypadku – pacjentowi, który zgłosił się do Poradni w związku z potrzebą kształcenia specjalnego, a w czterech przypadkach – ze względu na brak wskazań medycznych, w tym m.in. wiek dziecka – wg wyjaśnień Pani Małgorzaty Wyrębskiej-Rozpary – Kierownika Poradni, uczestniczącej w badaniu dokumentacji medycznej<sup>44</sup>). Pięciu pacjentom zalecono ww. terapię (w jednym przypadku zrealizowano zaplanowaną psychoterapię, w trzech przypadkach była ona w trakcie realizacji, a w jednym przypadku ponownie zalecono ją na kolejnej wizycie);

<sup>42</sup> Według ICD-10.

<sup>43</sup> Pacjentów, którym świadczeń zdrowotnych w latach 2022-2023 udzielono w ramach II poziomu referencyjnego (tj. w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradni Zdrowia Psychicznego).

<sup>44</sup> Dalej: Kierownik Poradni.

- nie skierowano zaleceń / oddziaływań do członków rodziny – w jednym przypadku, który dotyczył skierowania pacjenta do poradni psychologiczno-pedagogicznej, w związku z potrzebą kształcenia specjalnego. W pozostałych dziewięciu przypadkach określono zalecenia dla członków rodziny, np. oddziaływania behawioralne, psychoedukację, wykonanie dziecku wymaganych badań / konsultacji (zalecenia były realizowane przez członków rodzin).

W sześciu przypadkach pacjent korzystał z leczenia farmakologicznego (lekarz wystawił zaświadczenie o stosowanej farmakoterapii), a w czterech przypadkach nie zastosowano ww. leczenia.

(akta kontroli str. 253-272)

W sprawie nieodnotowania informacji o realizacji przez pacjenta planu terapeutycznego, który przewidywał psychoterapię (któremu na kolejnej wizycie ponownie zlecono psychoterapię), Dyrektor wyjaśnił m.in. *W dokumentacji medycznej nr 6/2023 na dwóch wizytach (odległych od siebie 3,5 m-ca) zostały w planie terapeutyczny odnotowane: konieczna psychoterapia i konsultacja seksuologiczna – co oznacza, że opiekun prawny nie podjął w tym kierunku działań. Lekarz nie ma wpływu na podjęcie wskazanych i zaleconych działań. To po stronie pacjenta / opiekuna prawnego leży dalszy rozwój zaleconych w planie terapeutycznym konkretnych czynności. Podkreślenia wymaga fakt, iż jednym z praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, ale oprócz niniejszego prawa pacjent ma też obowiązek do kontynuowania zaleceń przekazanych mu przez lekarza i to na nim spoczywa odpowiedzialność za podjęcie dalszych działań w tym kierunku. Pacjent może również nie zgodzić się z zaleceniami lekarza i zasięgnąć opinii innego lekarza.*

(akta kontroli str. 581-582)

Pacjentów pierwszorazowych Poradni nie skierowano na badania:

- psychologiczne przed określeniem rozpoznania przez lekarza specjalistę na pierwszej wizycie w Poradni – w sześciu przypadkach (ze względu na brak wskazań medycznych – wg wyjaśnień Kierownika Poradni). W czterech przypadkach skierowano pacjentów na ww. badania / konsultacje;
- diagnostyczne, w tym laboratoryjne / konsultacje – w czterech przypadkach (ze względu na brak wskazań medycznych – wg wyjaśnień Kierownika Poradni). W sześciu przypadkach skierowano pacjentów m.in. na badania laboratoryjne i EKG do wykonania w ramach POZ / konsultacje (i odnotowano w dokumentacji medycznej wyniki zleconych badań / konsultacji).

(akta kontroli str. 253-272)

Indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej. W dziewięciu przypadkach w dokumentacji medycznej nie odnotowano informacji o wcześniejszym leczeniu pacjenta w podmiocie leczniczym w ramach I poziomu referencyjnego (odnotowywano informację o leczeniu psychologicznym, m.in. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych). W jednym przypadku odnotowano nazwę podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach I poziomu referencyjnego.

(akta kontroli str. 253-272)

W sprawie nieodnotowywania w dokumentacji medycznej informacji o wcześniejszym leczeniu pacjenta w podmiocie leczniczym w ramach I poziomu referencyjnego, Dyrektor wyjaśnił m.in. (...) *nie odnotowano informacji, czy pacjent był leczony podmiocie leczniczym w ramach I poziomu referencyjnego, gdyż nie ma takiego wymogu określonego przepisami prawa. Ponadto wyjaśniam, iż w wyżej wymienionych dokumentacjach medycznych zapisane są wszystkie dane z wywiadu*

uzyskanego od pacjentów i opiekunów prawnych. Często pacjenci i ich opiekunowie nie orientują się w reformie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, nie znają pojęć dotyczących stopni referencyjności i ośrodków, które są do nich przypisane, często nie pamiętają danych psychologa, do którego dziecko chodzi na wizyty. Wszelkie informacje i dokumentacja, która pacjenci / opiekunowie prawni prześlą w trakcie wizyty są udokumentowane. Jeśli rodzice / opiekunowie dostarczą dokumentację np. opinię pedagogiczno-psychologiczną to jest ona dołączana do dokumentacji medycznej pacjenta. W każdym przypadku, również w ww. dokumentacjach medycznych odnotowane są informacje o korzystaniu przez pacjenta z opieki psychologa, psychoterapeuty – jednak bez znajomości opiekunów prawnych założeń reformy trudno otrzymać informacje czy jest to ośrodek I stopnia referencyjnego.

(akta kontroli str. 580-581)

Na pytanie, dlaczego nie skierowano dziewięciu pacjentów pierwszorazowych najpierw na leczenie do podmiotów leczniczych w ramach I poziomu referencyjnego, Dyrektor wyjaśnił m.in.: Wyżej wymienionych dziewięciu pacjentów pierwszorazowych nie skierowano najpierw na leczenie do podmiotów leczniczych w ramach I poziomu referencyjnego, gdyż nie ma takiego wymogu określonego przepisami prawa o konieczności odesłania pacjenta do ośrodka niższego poziomu referencyjnego. Ponadto zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>45</sup> „Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...)” Zatem to pacjent / opiekun prawny decyduje i dokonuje wyboru podmiotu, w którym mają być udzielone świadczenia ambulatoryjne. Na uwagę zasługuje fakt, iż w I poziomie referencyjności nie ma opieki lekarza – skoro rodzice / opiekunowie zgłaszają się do Poradni, w której świadczeń udziela lekarz psychiatra, to pozostaje ich decyzją wybór opieki jaką chcą zagwarantować dla swoich dzieci. W opublikowanych standardach organizacyjnych dla II i III poziomu referencyjnego na str. 20 zamieszczono ścieżkę pacjenta – zgłoszenie dziecka / adoloscenta do PZP, które / który nie jest objęty opieką ośrodka I poziomu referencyjnego lub, które / który nie pozostawało / pozostawał pod opieką ośrodka III poziomu referencyjnego (w załączeniu kopia str. 15 ww. standardu), który zakłada jako jedną z możliwości przekazanie pacjenta do opieki w ośrodku I poziomu referencyjnego. O ścieżce pacjenta decydują względy medyczne.

(akta kontroli str. 582)

Na pytanie, czy w przypadkach skierowania przez lekarzy Poradni pacjentów do szpitala, Poradnia interesowała się w jakim terminie pacjent został przyjęty do szpitala, Dyrektor wyjaśnił m.in.: W przypadkach skierowań do szpitala wystawionych przez lekarzy innych poradni niż SP ZOZ Zdroje personel danej poradni nie interesował się terminem przyjęcia do szpitala wcześniejszym leczeniu pacjenta w podmiocie leczniczym w ramach I poziomu referencyjnego – nie ma takiego obowiązku, nie jest to wymóg określony przepisami prawa. W przypadku skierowań do szpitala wystawionych przez PZP dla Dzieci i Młodzieży SP ZOZ Zdroje lekarze Poradni monitorują termin przyjęcia do szpitala (ta sama placówka) danego pacjenta – mając na uwadze dbałość o bezpieczeństwo pacjenta i możliwości wynikające z udzielaniem świadczeń w obrębie tej samej jednostki.

(akta kontroli str. 582)

<sup>45</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

W latach 2020-2023 (I kwartał) wartość zakontraktowanych<sup>46</sup> i wykonanych świadczeń finansowanych w Poradni ze środków NFZ wynosiła odpowiednio: 431,4 tys. zł i 420,9 tys. zł (97,6%) w 2020 r.<sup>47</sup>; 293,5 tys. zł i 179,9 tys. zł (61,3%) w 2021 r.; 424,7 tys. zł i 243,7 tys. zł (57,4%) w 2022 r. oraz 165,7 tys. zł i 111,4 tys. zł (54,9%) w 2023 r. (do 31 marca). W tym okresie Szpital pozyskał i wykorzystał środki w łącznej kwocie 103,7 tys. zł (52,9 tys. zł w 2020 r.; 40,3 tys. zł w 2021 r. oraz 10,5 tys. zł w 2022 r.), w tym 22,7 tys. zł w 2020 r. stanowiły środki na wzrost wynagrodzeń, a 81,0 tys. zł w latach 2020-2022 – środki związane z COVID-19.

(akta kontroli str. 346-347)

W latach 2020-2023 (I kwartał) poziom finansowania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (w Poradni<sup>48</sup> oraz w ramach II poziomu referencyjnego), określony w umowie zawartej z OW NFZ<sup>49</sup>, zapewniał ich wykonanie oraz pokrywał koszty ich udzielania. W latach 2020-2022 roczne rozliczenia (tj. wartościowe wykonanie) ww. świadczeń zdrowotnych wynosiło:

- w 2020 r. – 211,7 tys. zł i odpowiadało 100% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>50</sup> oraz 195,3 tys. zł z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (100%);
- w 2021 r. – 220,1 tys. zł i odpowiadało 100% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>51</sup> oraz 179,9 tys. zł z tytułu ww. umowy (100%);
- w 2022 r. – 254,2 tys. zł i odpowiadało 100% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>52</sup> oraz 243,7 tys. zł z tytułu ww. umowy (100%).

W I kwartale 2023 r. wykonanie (wartościowe) umowy wynosiło 111,4 tys. zł (67,2%).

(akta kontroli str. 668-677)

Cena punktu rozliczeniowego świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (w Poradni i II poziomie referencyjnym), określona w umowie z OW NFZ, wynosiła w latach 2020-2021 i w I kwartale 2022 r. – 10 zł, w II kwartale – 10,45 zł, w ramach II poziomu referencyjnego od lipca 2022 r. do czerwca 2023 r. – 12,90 zł.

W latach 2020-2022 (do czerwca) najniższa waga efektywna produktów stanowiących podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży wynosiła: 1,8150 (sesja wsparcia psychospołecznego); 3,6300 (sesja psychoterapii grupowej i porada lekarska kontrolna); 4,8400 (sesja psychoterapii rodzinnej), a najwyższa – 16,9400 (sesja psychoterapii indywidualnej); 16,5000 (wizyta, porada domowa lub środowiskowa); 14,5200 (porada psychologiczna diagnostyczna i porada lekarska diagnostyczna).

Od lipca do grudnia 2022 r. (w ramach II poziomu referencyjnego) najniższa waga efektywna produktów stanowiących podstawę do wyliczenia ogólnej wartości ww. umowy wynosiła: 9,1900 (porada lekarska kontrolna 25-35 minut), a najwyższa – 25,2700 (wizyta, porada domowa lub środowiskowa 80-100 minut) i 21,7800 (porada psychologiczna diagnostyczna 80–100 minut)<sup>53</sup>.

<sup>46</sup> Przed zmianami, tj. stan na 1 stycznia.

<sup>47</sup> Łącznie z Poradnią przy ul. Żołnierskiej, przeniesionej ostatecznie do siedziby przy ul. Św. Wojciecha i zlikwidowaną październiku 2020 r.

<sup>48</sup> Z wyłączeniem Poradni przy ul. Żołnierskiej, przeniesionej ostatecznie do siedziby przy ul. Św. Wojciecha i zlikwidowaną październiku 2020 r.

<sup>49</sup> W ramach limitu NFZ uwzględniającego zmiany.

<sup>50</sup> Z tytułu wykonania dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (16,3 tys. zł).

<sup>51</sup> Z tytułu wykonania dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (40,3 tys. zł).

<sup>52</sup> Z tytułu wykonania dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (10,5 tys. zł).

<sup>53</sup> Bez uwzględniania wagi efektywnej m.in. turnusów rehabilitacyjnych.

Od stycznia do czerwca 2023 r. (w ramach II poziomu referencyjnego) najniższa waga efektywna produktów stanowiących podstawę do wyliczenia ogólnej wartości ww. umowy wynosiła: 9,1900 (porada lekarska kontrolna 30 minut), a najwyższa – 25,9100 (sesja psychoterapii – w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub w jego środowisku, z czasem dojazdu – 120 minut.)<sup>54</sup>.

(akta kontroli str. 629- 646, 668-669)

Szpital prowadził rachunek kosztów Poradni określony w art. 31lc ust. 7 ustawy o świadczeniach. Koszty całkowite (z rozliczeniami międzyoddziałowymi) funkcjonowania Poradni wynosiły: 111,8 tys. zł – w 2020 r.; 114,8 tys. zł – w 2021 r., 103,2 tys. zł – w 2022 r. i 59,3 tys. zł – w 2023 r. (w I kwartale). Największe pozycje w strukturze kosztów stanowiły koszty bezpośrednie – odpowiednio 82,3%, 80,6%, 76,4%, 84,1%, w tym m.in.:

- wynagrodzenia z tytułu umów o pracę, umów zlecenia i o dzieło (pozostałych umów cywilno-prawnych) – odpowiednio: 38,6% (43,1 tys. zł); 26,2% (30,1 tys. zł); 24,4% (25,2 tys. zł) i 48,2% (28,6 tys. zł);
- podwykonawstwo medyczne (kontrakty) – odpowiednio: 21,6% (24,1 tys. zł); 27,3% (31,3 tys. zł); 23,6% (24,3 tys. zł) i 14% (8,3 tys. zł)

Koszty pośrednie stanowiły odpowiednio: 17,4%, 19,4%, 23,3% i 15,9%, a pozostałe koszty to rozliczenia międzyoddziałowe.

(akta kontroli str. 668-669)

Finansowanie, w ramach umów zawartych z OW NFZ, świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (w Poradni i II poziomie referencyjnym) w poszczególnych latach objętych kontrolą pokrywało koszty ich udzielania, które stanowiły:

- w 2020 r. – 57,2% stawki punktu rozliczeniowego<sup>55</sup> (i 52,8% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ<sup>56</sup>);
- w 2021 r. – 63,8% stawki punktu rozliczeniowego (i 52,2% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ);
- w 2022 r. – 42,4% stawki punktu rozliczeniowego<sup>57</sup> (i 40,6% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ<sup>58</sup>),
- w I kwartale 2023 r. – 53,2% stawki punktu rozliczeniowego (i 53,2% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ).

Szpital wykonał świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (Poradni i II poziomie referencyjnym) w latach 2020-2022 na poziomie 100%, a w I kwartale 2023 r. – 67,2%.

(akta kontroli str. 668-669)

Na Szpital nie nałożono żadnych kar umownych w związku z realizacją umów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawartych z OW NFZ.

(akta kontroli str. 119)

**1.4.** W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono m.in. procedury regulujące: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; współpracy jednostek organizacyjnych podmiotu dla zapewnienia sprawności funkcjonowania SPS ZOZ

<sup>54</sup> Bez uwzględniania wagi efektywnej m.in. turnusów rehabilitacyjnych / terapii w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego.

<sup>55</sup> Określonej w umowie z OW NFZ (z wyłączeniem dodatkowych przychodów z tytułu świadczeń COVID-19).

<sup>56</sup> M.in. środki z tytułu świadczeń COVID-19.

<sup>57</sup> Uśrednionego punktu rozliczeniowego określonego w umowie (z wyłączeniem przychodów z tytułu świadczeń COVID-19), który wynosił w 2022 r. – 11,75 zł.

<sup>58</sup> Uśrednionego punktu rozliczeniowego uwzględniającego rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ w 2022 r. (m.in. w związku z COVID-19), który wynosił w 2022 r. – 12,26 zł.

Zdroje pod względem diagnostycznym – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjnym – gospodarczym; warunki współdziałania z innymi podmiotami.

(akta kontroli str. 198-211)

W SPS ZOZ Zdroje w wymaganym terminie (w grudniu 2022 r.) przyjęto również *Procedurę dotyczącą diagnostyki i leczenia oraz zasady współpracy z innym świadczeniodawcami i podmiotami obowiązującą w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie – II poziom referencyjny*<sup>59</sup>. Obejmowała ona w szczególności: wskazanie zespołu, na którym opiera się działanie Poradni; rodzaje i zasady udzielania świadczeń; zasady współpracy z podmiotami zewnętrznymi.

(akta kontroli str. 120-122, 334)

**1.5.** W latach 2020-2023 (do 31 marca) w Poradni nie były realizowane konsylia i sesje koordynacji. W Poradni zrealizowano 13 superwizji (trzy – w 2020 r., cztery – w 2021 r., pięć – w 2022 r. oraz jedną – w I kwartale 2023 r.). Żadna z nich nie była sprawozdawana do NFZ w ramach realizowanej umowy (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 38, 345)

**1.6.** Wyniki oględzin<sup>60</sup> wykazały m.in., że Poradnia dysponowała warunkami lokalowymi i wyposażeniem niezbędnym do realizacji udzielanych świadczeń. Na jej potrzeby wykorzystywano pięć pomieszczeń znajdujących się na parterze budynku Szpitala<sup>61</sup> oraz hol, w którym zorganizowano poczekalnię. W pomieszczeniach urządzono dwa gabinety lekarskie. Gabinet, w którym pacjentów przyjmowali lekarze psychiatry, wyposażony był m.in. w: łóżko do badań pacjenta, biurko, dwa krzesła, wagę lekarską. W drugim gabinecie przyjmowali psycholodzy i psychoterapeuci. Jego wyposażenie stanowiły m.in.: dwa fotele; stół z trzema krzesłami; biurko z krzesłem i fotelami; medyczny parawan. Ściany gabinetów cechowała przyjazna kolorystyka ścian<sup>62</sup>. Gabinety zapewniały intymność oraz warunki do przeprowadzenia badań pacjentów, do swobodnej rozmowy z rodziną pacjenta lub jego opiekunami podczas udzielania informacji o stanie zdrowia lub planowanym leczeniu. Poradnia dysponowała pomieszczeniem rejestracji oraz dwoma pomieszczeniami sanitarno – higienicznymi (dla oczekujących na świadczenie oraz personelu Poradni). Poczekalnię zorganizowano w prawej części holu. W Poradni uwidoczniło się wszystkie wymagane informacje określone w § 11 rozporządzenia w sprawie umów, m.in. informacje o: godzinach świadczeń; osobach kierujących pracą Poradni oraz osobach udzielających świadczeń; możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; trybie składania skarg i wniosków; prawach pacjenta; adresach oraz numerach telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Poradnia dysponowała narzędziami psychologicznymi (testy) wykorzystywanymi w celu postawienia diagnozy<sup>63</sup>.

(akta kontroli str. 110-118)

<sup>59</sup> Wprowadzono zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 162/2022 z 30 grudnia 2022 r.

<sup>60</sup> Według stanu na 7 czerwca 2023 r.

<sup>61</sup> Pawilon nr 14.

<sup>62</sup> W gabinecie psychiatrów na ścianie nad łóżkiem wykonano kolorowe rysunki z bajek dla dzieci, nie dotyczące procesu leczenia; w gabinecie psychologów i psychoterapeutów na ścianie nad fotelami tablica z umieszczonymi rysunkami wykonanymi przez dzieci, nie dotyczące procesu leczenia.

<sup>63</sup> EPQ-R; RISB; TMK; JSR; ADI-R; ASRS; Inwentarz Osobowości NEO-FFI; WCST; MFF; STANFORD-BINET 5 (SB5); Test Benton; Diagnoza neuropsychologiczna dzieci; IDS 1 Skala Inteligencji i rozwoju dla dzieci.

W Szpitalu nie przeprowadzono kontroli dotyczących udzielania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży oraz nie wpłynęły skargi w tym zakresie.

(akta kontroli str. 306-307, 336-341)

1.7. Dyrektor w sprawie zgłaszania uwagi do projektowanych w Ministerstwie standardów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą wyjaśnił, że Szpital nie był informowany o prowadzeniu konsultacji i możliwości odniesienia się do projektowanych ww. standardów i nie zgłaszał do nich uwag. Ponadto wyjaśnił m.in.: (...) *Na terenie województwa zachodniopomorskiego brakuje funkcjonującego oddziału dziennego w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, co powoduje brak możliwości przekazania i kontynuowania dalszego leczenia pacjenta w trybie opieki dziennej. Po zakończonej hospitalizacji pacjenci wymagają dalszej opieki – już nie w trybie całodobowym, ale właśnie dziennym i/lub ambulatoryjnym. SPS ZOZ Zdroje dwukrotnie aplikował w konkursach Ministerstwa o dofinansowanie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży:*

- konkurs nr FM-SIS.01.PED.2021 (...) *W ramach tego konkursu aplikowaliśmy o 100 mln zł na budowę nowego budynku dla potrzeb Oddziału (zwiększenie łóżek z 36 do 50), utworzenie oddziału dziennego i opieki środowiskowej, przeniesienie opieki ambulatoryjnej, oraz wyposażenie tego budynku. Nie przyznano środków finansowych na ten cel. Wniosek SPS ZOZ Zdroje umieszczony został na liście beneficjentów - na 1 miejscu projektów rezerwowych (najwyższa ilość przyznanych punktów wśród podmiotów, które nie otrzymały wsparcia finansowego) z uwagi na wyczerpanie środków. Z tego też powodu złożyliśmy wniosek o zwiększenie alokacji środków finansowych na realizację działań w ramach Funduszu Medycznego: A. Subfundusz infrastruktury strategicznej (SIS) – o kwotę 100 mln zł, celem dofinansowania projektu znajdującego się na 1 miejscu projektów rezerwowych listy rankingowej ogłoszonej 3.10.2022 r. na stronie internetowej <https://www.gov.pl/zdrowie>. W odpowiedzi na złożony wniosek otrzymaliśmy informację, iż nie jest możliwe powiększenie alokacji, a lista beneficjentów pozostaje bez możliwości jej zmiany (...) SPS ZOZ Zdroje przygotowując się wstępnie do realizacji niniejszego zadania podjął współpracę z Wydziałem Architektury Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego, której intencją było opracowanie przez studentów Wydziału Architektury ZUT prac projektowych ośrodka kompleksowej opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży z uwzględnieniem funkcjonalnych i organizacyjnych warunków Oddziału (...). Pomimo dostrzegalnej potrzeby zwiększenia dostępności opieki w tym zakresie, ewidentnych cech projektu strategicznego, jednocześnie przy posiadanych możliwościach zapewnienia personelu medycznego (co jest wyjątkiem w skali kraju), doświadczeniu w organizacji opieki w tym zakresie oraz braku funkcjonowania w województwie zachodniopomorskim oddziału dziennego i jednocześnie toczącym się procesie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży wniosek SPSZOZ Zdroje nie uzyskał dofinansowania jako projekt strategiczny.*

- konkurs program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023. (...) *W projekcie (...) wsparcie jest kierowane wyłącznie do podmiotów udzielających świadczeń stacjonarnych. Ponownie plany uruchomienia dziennego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży nie kwalifikują się na wsparcie finansowe ze strony Ministerstwa. Jednocześnie niniejszy projekt ma zbyt niskie finansowanie (do 10 mln zł) aby zwiększyć bazę łóżkową oddziału stacjonarnego w istniejących warunkach SPS ZOZ Zdroje. W oparciu o te dane złożony został wniosek, którego przedmiotem jest modernizacja istniejących pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych Oddziału (wykonanie zewnętrznej izolacji budynku, modernizacja sali gimnastycznej, utworzenie w piwnicy dodatkowych sal terapeutycznych,*

wymiana windy, montaż rolet, inne prace modernizacyjne). Aktualnie czekamy na ogłoszenie wyników niniejszego konkursu.

Ministerstwo rozpoczęło wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży na wiosnę 2020 r., a dopiero w kwietniu 2023 r. opublikowane zostały Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Wdrożenie standardów opieki na początku reformy i zawężenie biurokracji, wymogów dotyczących kwalifikacji np. psychoterapeutów, związanych z utworzeniem centrów opieki na poziomie II i III mogłoby się przyczynić do szybszego i skuteczniejszego przeprowadzenia reformy. Główne problemy (...) to zbyt niski poziom finansowania, deficyt kadr, brak koordynacji działań, a także duże ograniczenia i nierówności terytorialne w dostępie do świadczeń. Do tego dochodzą stereotypy, uprzedzenia i niewielka świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych, a także stygmatyzacja, dyskryminacja i wykluczanie osób potrzebujących wsparcia, pomocy lub leczenia z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. To ostatnie zjawisko jest powodem nieujawniania części problemów opieki psychiatrycznej.

Dyrektor wyjaśnił ponadto, że problemami w funkcjonowaniu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w ramach opieki ambulatoryjnej są:

- brak jednego wspólnego systemu przekazywania informacji pomiędzy ośrodkami (...);
- brak wsparcia edukacyjno – merytorycznego ze strony Ministerstwa podmiotów tworzących centra opieki;
- niewystarczająca informacja dla pacjentów i ich rodzin dotycząca możliwości uzyskania pomocy i wskazania ośrodków, które tej pomocy udzielają;
- niezbędna jest praca w środowisku dzieci i młodzieży – co przekłada się na wzmożenie opieki w tym zakresie w szkołach;
- objęcie pomocą terapeutyczną czy nawet psychiatryczną rodziców / opiekunów pacjenta – co przekłada się na współpracę pomiędzy opieką psychiatryczną dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych. Współpraca taka pozwoliłaby również po osiągnięciu pełnoletniości przez pacjenta na płynne przejście do opieki psychiatrycznej dedykowanej dorosłym;
- nadal mała ilość ośrodków realizujących założenia reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie zachodniopomorskim;
- nadal zauważalna jest stygmatyzacja opieki psychiatrycznej, co w konsekwencji powoduje chęć do korzystania z ośrodków wsparcia oddalonych od miejsca zamieszkania;
- przy rosnących potrzebach wsparcia psychiatrycznego dzieci i młodzieży należałoby rozszerzyć dostępności psychologów i psychoterapeutów w poradniach, ale wygórowane wymagania dotyczące doświadczenia / certyfikatów dotyczące psychologów i psychoterapeutów stwarzają realne problemy w nawiązaniu współpracy z osobami spełniającymi wymagania w tych grupach zawodowych;
- niezrozumiałe przepisy w zakresie realizacji np. sesji koordynacji – co najmniej raz w miesiącu – czy zapis dotyczy ogólnie realizacji jednej sesji z poradni, czy jednej sesji w stosunku do każdego pacjenta;
- produkty rozliczeniowe, takie jak: sesje koordynacji, superwizje, konsylia bez wyceny finansowania produktu;
- w Poradni wymagane są sesje koordynacji i konsylium, które mają się odbywać raz w miesiącu. Wykonywanie takich sesji w ramach godzin pracy Poradni powoduje, że w tym czasie nie może być przyjęty pacjent, co przekłada się na wydłużenie kolejki oczekujących;



- po 1 listopada 2023 r. nałożenie na pacjenta/opiekuna konieczności znalezienia nowego miejsca w celu kontynuowania psychoterapii (z uwagi na przepisy prawnie psychoterapia nie będzie mogła być kontynuowana w naszej placówce dla pacjentów z niektórymi rozpoznaniem, którzy rozpoczęli terapię przed 1 listopada 2022 r.);
- dostrzegalnym problemem, który zgłasza młodzież jest bagatelizowanie przez rodziców/opiekunów problemów zgłaszanych przez młodzież / dzieci.

(akta kontroli str. 131-133)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W statucie SPS ZOZ Zdroje obowiązującym od 24 kwietnia 2020 r. do 22 kwietnia 2021 r. nie wyodrębniono Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży funkcjonującej w ramach Centrum Psychiatrycznego przy ul. Żołnierskiej (do 26 kwietnia 2020 r.), która od 27 kwietnia 2020 r. do 25 czerwca 2020 r. funkcjonowała przy ul. Mącznej 4 i od 26 czerwca 2020 r. do 15 października 2020 r. przy ul. Św. Wojciecha 7 w Szczecinie. Ponadto zmianę statutu Szpitala dokonaną z dniem 11 marca 2021 r. i obowiązującą od dnia 23 kwietnia 2021 r.<sup>64</sup>, w tym dotyczącą zakończenia działalności jednostki Centrum Psychiatryczne przy ul. Żołnierskiej, uwzględniono w RPWDL z dniem 17 marca 2022 r., przy czym zmiany dotyczące komórek organizacyjnych uprzednio wchodzących w skład Centrum Psychiatrycznego wprowadzono do rejestru zgodnie z ww. chronologią zmian.

(akta kontroli str. 9-14, 15-23, 152-153, 155-164, 165-178, 179, 236-238)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) *Sejmik w roku 2020 dokonał zmiany uchwałą z dnia 12 marca 2020 r. – przed zmianami, które miały miejsce w okresie od 22 kwietnia 2020 r. do 15 października 2020 r. Kolejna zmiana statutu dokonana została uchwałą Sejmiku z dnia 11 marca 2021 r. – komórka organizacyjna Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży zakończyła działalność z dniem 15 października 2020 r., z uwagi na powyższe brak wpisu w strukturze podmiotu odzwierciedlonej w statucie na dzień 11 marca 2021 r. Ponadto wyjaśnił, że SPS ZOZ Zdroje w 2020 r. na bieżąco dokonywał zmian wpisów w RPWDL (...), w tym trzema wnioskami objęte były zmiany dotyczące komórek organizacyjnych uprzednio funkcjonujących w ramach Centrum Psychiatrycznego, w tym: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. (...) Z dniem zakończenia działalności w lokalizacji przy ul. Żołnierskiej 55 wszystkich komórek organizacyjnych, tj. 27 kwietnia 2020 r. okazało się, że z tą samą datą nie została automatycznie zamknięta jednostka organizacyjna Centrum Psychiatryczne, mimo, że w systemie komórki i jednostki organizacyjne są ze sobą powiązane. (...) przy okazji składania kolejnego wniosku o wpis zmian w RPWDL, we wniosku złożonym 17 marca 2022 r., wpisem do rejestru zaświadczenie Nr Z- 17654-20200324 dokonany dnia 24 marca 2022 r. zawnioskowano o zamknięcie jednostki „Centrum Psychiatrycznego przy ul. Żołnierskiej”.*

(akta kontroli str. 147-148, 510-511)

2. W okresie od 1 lipca do 30 września 2022 r. w Poradni nie zapewniono dostępności do świadczeń medycznych dwa razy w tygodniu do godz. 20:00. W tym okresie świadczenia realizowane były w środę do godziny 18:00 i w pozostałe dni do godziny 15:00). Nie zapewniono również w tym okresie wymaganego wymiaru zatrudnienia specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży<sup>65</sup>. Ponadto

<sup>64</sup> Statut nadany uchwałą nr XXIII/282/21 z dnia 11 marca 2021 r. (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz. 1506).

<sup>65</sup> Świadczenia obejmujące porady psychologiczne diagnostyczne oraz sesje psychoterapii indywidualnej realizowane były przez tego samego specjalistę

18 lipca 2022 r. w Poradni nie były realizowane świadczenia medyczne<sup>66</sup>; 21 lipca 2022 r. nie były realizowane świadczenia przez lekarza specjalistę psychiatrii<sup>67</sup>; 19 i 22 lipca 2022 r. przez lekarza specjalistę psychoterapii dzieci i młodzieży<sup>68</sup> oraz 22 lipca 2022 r. przez psychologa<sup>69</sup>.

W okresie od 1 lipca do 30 września 2022 r. w Poradni zatrudnieni byli: lekarz - specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz - specjalista psychiatrii – 1,09 etatu; psycholog – 0,51 etatu; specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży – 0,03 etatu.

(akta kontroli str. 123- 126, 487-500)

Według załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>70</sup>, w skład zespołu terapeutycznego mieli wchodzić co najmniej:

- specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia<sup>71</sup>, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – co najmniej 2 osoby, równoważnik co najmniej 1 etatu łącznie;
- specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą, lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 0,5 etatu;
- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu.

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) ze względu na braki kadrowe – w zakresie psychologa i psychoterapeuty, SPS ZOZ Zdroje powiadomił pisemnie NFZ o bieżącej sytuacji kadrowej i otrzymał prolongatę do 30 września 2022 r. w celu dostosowania zasobów kadrowych do wymagań NFZ. Zatem miesiące lipiec, sierpień, wrzesień 2022 r. były okresem przejściowym, w trakcie którego podejmowane były działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia określonych przepisami wymagań. W dniu 18 lipca 2022 roku z uwagi na urlop lekarza<sup>72</sup> (...) nie odbyły się wizyty w Poradni, o czym pacjenci byli poinformowani. Jednocześnie pacjenci zostali powiadomieni o możliwości skorzystania z porady u innego lekarza. Najczęściej pacjenci/opiekunowie nie chcą zmienić osoby udzielającej świadczeń. Psycholog (...) w związku z początkiem funkcjonowania Poradni w II stopniu referencyjnym, a co za tym idzie przypisaniem od 1 lipca 2022 r. (...) do pracy w Poradni, w dniu 18 lipca 2022 r. nie miała jeszcze przypisanych pacjentów w Poradni. W tym dniu została oddelegowana do pracy w Oddziale.

W sprawie podjęcia decyzji o rozpoczęciu udzielania świadczeń, a następnie podpisania 30 czerwca 2022 r. aneksu dotyczącego udzielania świadczeń w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego – II poziom referencyjny, mimo niespełniania warunków określonych

<sup>66</sup> Według umowy z OW NFZ przewidywano świadczenia realizowane przez psychologa (4 godziny); lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży (5 godzin) oraz lekarza specjalisty psychiatrii (10 godzin).

<sup>67</sup> W wymiarze 5 godzin.

<sup>68</sup> W łącznym wymiarze 7 godzin.

<sup>69</sup> W wymiarze 4 godzin.

<sup>70</sup> Według stanu prawnego obowiązującego w okresie od 1 lipca do 30 września 2022 r.

<sup>71</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 506, ze zm.

<sup>72</sup> Lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży.

w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, Dyrektor wyjaśnił m.in.: *decyzja (...) została podjęta z uwagi na prowadzoną od 2020 r. reformę opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w kraju, która wiąże się z określoną dostępnością do świadczeń w tym zakresie. W marcu 2022 r. NFZ poinformował, iż udzielanie świadczeń na dotychczasowych zasadach (czyli nie obowiązujących w II stopniu referencyjnym), będzie możliwe do 30 czerwca 2022 r. SPS ZOZ Zdroje zadeklarował przystąpienie do realizacji świadczeń w II poziomie referencyjnym od 1 lipca 2022 r. i jednocześnie wdrożył działania w celu uzupełnienia braków kadrowych (...). W lipcu 2022 r. poinformowano NFZ o trudnościach w zatrudnieniu dodatkowych etatów specjalistycznego personelu i uzyskano zgodę na dostosowanie wymagań do realizacji ambulatoryjnych świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży zgodnych z przepisami do dnia 30 września 2022 r. Przystąpienie do realizacji ambulatoryjnych świadczeń w II stopniu referencyjnym wiązało się z oczekiwaniami społecznymi w tym zakresie. Należy wziąć pod uwagę, iż SPS ZOZ Zdroje od wielu lat udziela świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą i jest utożsamiane z tym zakresem świadczeń. Mając na uwadze wieloletnie doświadczenie oraz wdrażaną reformę i podjęte działania w celu spełnienia wymogów kadrowych określonych przepisami (po uzyskaniu aprobaty NFZ wydłużającej okres dostosowawczy) zdecydowano o udzielaniu świadczeń w Poradni w II stopniu referencyjnym.*

(akta kontroli str. 62-63, 478-479)

Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych nie wprowadzała z dniem 1 lipca 2022 r. obowiązku realizacji świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w ramach ośrodków referencyjnych oznaczonych w załączniku nr 8 do tego rozporządzenia, o czym Szpital informowany był w piśmie OW NFZ z 22 marca 2022 r. Wskazano w nim taką możliwość, wyłącznie w sytuacji spełnienia warunków wskazanych w ww. załączniku nr 8. Chociaż Szpital w piśmie z 30 marca 2022 r. zadeklarował ich spełnianie od 1 lipca 2022 r., to mimo podjętych działań nie zostały spełnione wymogi w zakresie zatrudnienia specjalisty w dziedzinie psychoterapii oraz wydłużenia czasu pracy Poradni. OW NFZ w piśmie z 3 sierpnia 2022 r. poinformował o wyrażeniu zgody na dostosowanie wymagań do realizacji świadczeń w terminie do 30 września 2022 r., jednak możliwości takiej nie określono w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Ponadto według § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>73</sup>, świadczeniodawca spełniający wymagania określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem zmieniającym - niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie do dnia 30 czerwca 2022 r., podpisuje stosowaną umowę i przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Według § 2 ust. 3 rozporządzenia zmieniającego, w przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę umowy, świadczenia miały być udzielane na dotychczasowych zasadach.

(akta kontroli str. 219-224)

3. W okresie objętym kontrolą w Poradni nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty (poza udostępnieniem adresu poczty elektronicznej) oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 111-112, 118)

<sup>73</sup> Dz. U. poz. 2400; dalej: rozporządzenie zmieniające.

W art. 23a ustawy o świadczeniach określono, że świadczeniodawca udzielający świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej określa minimalną funkcjonalność takich systemów (w tym realizację usług umawiania się drogą elektroniczną na wizyty)<sup>74</sup>.

Dyrektor wyjaśnił, że (...) SPS ZOZ Zdroje jest w trakcie ponownego uruchamiania korzystania z umawiania wizyt drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących. (...) Aktualnie z powodu podwyższonego zagrożenia cyberbezpieczeństwa (...), trwają testy bezpieczeństwa wykonywane przez audytorów zewnętrznych. Po wykonaniu testów i wprowadzeniu ew. korekt, co ma nastąpić najpóźniej do 31 lipca 2023 r., system zostanie ponownie udostępniony pacjentom w internecie, wtedy też rejestracja dla Pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego będzie ponownie możliwa. Brak dostępności korzystania z umawiania wizyt drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących spowodowany był stopniem skomplikowania i złożoności prac, jak również koniecznością (...) zapewnienia bezpieczeństwa danych pacjentów przetwarzanych w systemach informatycznych. (...) Ograniczenia i przerwy w działaniu e-rejestracji wynikły z globalnego wycofania technologii flash, co spowodowało problemy z uruchamianiem stron stworzonych w w/w technologii, w tym strony e-rejestracji szpitala. W związku z powyższym w ramach projektu unijnego Zachodniopomorskie e-Zdrowie realizowanego przez Zachodniopomorski Urząd Marszałkowski, którego jednostka jest partnerem w realizacji, Szpital pozyskał m.in. bezterminową licencję na nowy moduł e-Rejestracja wraz integracją z Krajowym systemem elektronicznej Rejestracji na platformie P1 i e-powiadomieniami co obecnie jest realizowane.

(akta kontroli str. 342-343)

4. W latach 2020-2023 (do 31 marca) w Poradni nie były realizowane co najmniej raz w miesiącu konsylia (tj. na rzecz pacjentów korzystających w danym miesiącu ze świadczeń ośrodków II poziomu referencyjnego) oraz sesje koordynacji.

(akta kontroli str. 38)

Zgodnie z regulacjami zawartymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, które miały zastosowanie od 1 lipca 2022 r., tj. po rozpoczęciu udzielania świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego: świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji konsylium na rzecz pacjentów korzystających w danym miesiącu ze świadczeń ośrodków I i II poziomu referencyjnego; konsylium to odbywa się co najmniej raz w miesiącu z każdym ośrodkiem I poziomu referencyjnego, realizującym świadczenia na rzecz pacjentów leczonych w danym miesiącu na II poziomie referencyjnym; w konsylium uczestniczy personel udzielający świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawca realizuje sesje koordynacji co najmniej raz w miesiącu.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że nie realizował ww. form, gdyż *nie ma takiego produktu rozliczeniowego w sprawozdawczości NFZ (...) oraz (...) wykonywanie takich sesji w ramach godzin pracy Poradni powoduje, że w tym czasie nie może być przyjęty pacjent, co przekłada się na wydłużenie kolejki oczekujących.*

(akta kontroli str. 133, 149-150)

<sup>74</sup> Dz.U. poz. 1404; dalej rozporządzenie w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych.

5. Szpital nie sprawozdał do NFZ trzech superwizji zrealizowanych od 1 lipca 2022 r. do 31 marca 2023 r.

(akta kontroli str. 38, 345)

Obowiązek sprawozdawania każdej osoby z personelu, która skorzystała z superwizji wynika z załącznika Nr 1a „Katalog zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia” do zarządzenia Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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<sup>75</sup>.

Dyrektor wyjaśnił, że (...) w pierwszym okresie tj. od lipca do 30 września 2022 r. Poradnia nie funkcjonowała w pełni w II stopniu referencyjnym z uwagi na braki kadrowe i otrzymała od OW NFZ prolongatę terminu uruchomienia do 30 września 2022 r. (...) Produkty rozliczeniowe: superwizja, sesja koordynacji, konsylium nie były sprawozdawane z uwagi na pominięcie w sprawozdawczości produktów, które nie zostały wycenione. Nie miało to wpływu na rozliczenie i wysokości finansowania danej procedury. NFZ nie kwestionował sprawozdawczości w tym zakresie (...).

(akta kontroli str. 150, 476)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Dyrektor Szpitala zapewnił rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Poradni (w tym ramach II poziomu referencyjnego), z wyjątkiem trzeciego kwartału 2022 r., w którym m.in. nie zapewniono dostępności do świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 20.00. Wymiar zatrudnienia personelu medycznego w Poradni, w okresach objętych analizą, był zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1 i 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie zawartej z OW NFZ.

W ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych w II poziomie referencyjności, w Poradni nie realizowano konsyliów i sesji koordynacji oraz nie sprawozdano do NFZ zrealizowanych superwizji. Indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej. W objętej analizie dokumentacji medycznej 10 pacjentów pierwszorazowych Poradni porad udzielali m.in. lekarze psychiatry dzieci i młodzieży, którzy na pierwszej wizycie określili wszystkim pacjentom plan terapeutyczny i ustalili rozpoznania. W okresie objętym kontrolą Szpital nie zapewnił możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną – w trakcie kontroli NIK w Szpitalu wdrażano system informatyczny zapewniający taką możliwość.

Poziom finansowania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (w tym w ramach II poziomu referencyjnego), określony w umowie zawartej z OW NFZ, zapewniał ich wykonanie oraz pokrywał koszty ich udzielania.

#### OBSZAR

## **2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym.**

#### Opis stanu faktycznego

**2.1.** Organizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielanych w Szpitalu w trybie stacjonarnym była zgodna z warunkami umowy zawartej z OW NFZ, wpisem w RPWDL oraz regulacjami wewnętrznymi. Ustalenia w tym zakresie opisano w pierwszym obszarze wystąpienia pokontrolnego (w punkcie 1.1.).

(akta kontroli str. 9-14, 15-22, 41, 152-154, 160-161, 173-174, 191-197, 236-238)

**2.2.** W objętych analizą siedmiu miesiącach (marzec i grudzień 2020-2022 oraz marzec 2023 r.) – w ramach udzielanych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci

<sup>75</sup> NFZ z 2020 r. poz. 7, ze zm.; dalej: zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 16 stycznia 2020 r.

i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych<sup>76</sup> oraz III poziomu referencyjnego<sup>77</sup> – Szpital zatrudniał:

- w grupie zawodowej m.in. psychiatrów / psychiatrów dzieci i młodzieży / lekarzy w trakcie specjalizacji (w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży) – po 11 ww. specjalistów / lekarzy w trakcie specjalizacji (łącznie od 8,4 do 9,11 etatu), w tym: jednego lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii w sześciu z siedmiu objętych analizą miesięcy (0,87 etatu); trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w każdym miesiącu objętym analizą (łącznie od 1,94 do 2,08 etatu); trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży w każdym miesiącu objętym analizą (łącznie od 1,96 etatu do 2,16 etatu); od dwóch do czterech lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży (od dwóch do czterech etatów);
- w grupie zawodowej psychologów / psychoterapeutów – od pięciu do ośmiu psychologów, w tym jednego z uprawnieniami do wykonywania świadczeń w zakresie psychoterapii (łącznie od 4,43 do 5,8 etatu); Szpital nie zatrudniał psychoterapeutów;
- od dwóch do trzech terapeutów zajęciowych (od 1,5 do 2,5 etatu);
- od 13 do 18 pielęgniarek (łącznie od 11,56 do 16,26 etatu).

W miesiącach objętych analizą Szpital spełniał wymagania w zakresie wymiaru zatrudnienia lekarzy specjalistów, psychologów i terapeutów zajęciowych określonych w załączniku nr 1 i 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie zawartej z OW NFZ. W Szpitalu zapewniano całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży oraz lekarskiej izbie przyjęć (w tym po godzinie 15.00). W Szpitalu zatrudniono m.in. sekretarkę medyczną (w każdym miesiącu objętym analizą<sup>78</sup>) wspomagającą pracę Oddziału, asystenta ds. kontaktu z cudzoziemcami (od marca 2022 r.)<sup>79</sup> oraz opiekuna medycznego i pomoc pielęgniarską (w grudniu 2022 r.)<sup>80</sup>.

(akta kontroli str. 66, 685-693)

Dyrektor w sprawie kryteriów ustalania liczby personelu pracującego w ramach dyżuru niezbędnego do opieki nad dziećmi i młodzieżą wyjaśnił m.in.: (...) w Oddziale w ramach dyżuru medycznego pracują lekarze. Dyżur pełni jeden lekarz. W dni wolne od pracy dyżuruje taka sama liczba personelu lekarskiego. Personel pielęgniarski pracuje w trybie zmianowym, tj. 7.00–19.00 i 19.00–7.00. Instruktorzy terapii zajęciowej pracują zgodnie z harmonogramem we wszystkie dni tygodnia z wyłączeniem świąt ustawowo wolnych. W Oddziale terapia zajęciowa z udziałem terapeutów zajęciowych odbywa się popołudniami oraz w dni wolne od pracy. Psycholodzy, sekretarki medyczne oraz asystent ds. kontaktów z cudzoziemcami pracują w godzinach 7.25–15.00.

(akta kontroli str. 130)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) w przypadku pacjenta przyjętego do Oddziału u którego występują zdiagnozowane już wcześniej choroby somatyczne, (...) kontynuowane jest leczenie i postępowanie zgodnie z zaleceniami lekarza specjalisty w tym zakresie. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych czy pogorszenia stanu somatycznego w trakcie pobytu w Oddziale pacjent jest konsultowany pediatrycznie zgodnie ze wskazaniami medycznymi przez lekarza z danej dziedziny, wykonywane są niezbędne badania obrazowe np. USG, TK, RM

<sup>76</sup> Do 30 listopada 2022 r.

<sup>77</sup> Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej (od 1 grudnia 2022 r.).

<sup>78</sup> W grudniu 2022 r. i marcu 2023 r. – dwie osoby (dwa etaty)

<sup>79</sup> Jedną osobę (jeden etat).

<sup>80</sup> Jedną osobę (jeden etat).

zgodnie ze wskazaniami medycznymi, a następnie wdrażane jest zalecone postępowanie lecznicze.

(akta kontroli str. 129)

Pacjentom Oddziału zapewniono konsultacje lekarza pediatry, neurologa, kardiologa, gastroenterologa przez lekarzy Szpitala udzielających świadczeń w innych specjalistycznych oddziałach. Dostęp do konsultacji endokrynologicznych był zapewniony przez podwykonawcę Szpitala (zgłoszonego do OW NFZ). W umowie z podwykonawcą zapewniono udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych m.in. przez Klinikę Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego (Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Unii Lubelskiej 1 w Szczecinie<sup>81</sup>).

(akta kontroli str. 129-130, 399-404)

Dyrektor wyjaśnił, m.in.: (...) *wymagany przepisami wymiar zatrudnienia poszczególnych osób personelu nie jest określony dla wszystkich grup zawodowych pracujących w Oddziale. (...) wytyczne dotyczące liczby personelu stanowią wskaźnik minimum.*

(akta kontroli str. 130)

**2.3.** Oddział przyjmował pacjentów w trybie pilnym i w trybie planowym. Pacjenci w trybie pilnym zgłaszali się do Psychiatrycznej Izby Przyjęć<sup>82</sup> SPS ZOZ Zdroje, gdzie byli badani przez lekarza. Przyjęcia w trybie planowym odbywały się według harmonogramu (prowadzonej listy oczekujących). Zgłoszenia przyjmowane były telefonicznie lub osobiście, a także udostępniono adres poczty elektronicznej<sup>83</sup>. Harmonogram planowych przyjęć prowadzony był w sposób elektroniczny (w systemie wykorzystywanym do zarządzania Szpitalem).

Pacjenci, poza udostępnieniem adresu poczty elektronicznej, nie mieli możliwości umawiania hospitalizacji drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących oraz powiadamiania o terminie przyjęcia do Szpitala (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W trakcie kontroli NIK w Szpitalu wdrażano system informatyczny zapewniający taką możliwość.

(akta kontroli str. 413-414, 444-459)

Według stanu na 31 marca, 30 września i 31 grudnia lat 2020-2022 oraz 31 marca 2023 r., Szpital przekazał NFZ informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w Oddziale, czasie oczekiwania i liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia, które w poszczególnych latach przedstawiały się odpowiednio (przypadki stabilne):

- pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia (w dniach): 2020 r. – 29, 36, 26; 2021 r. – 50, 28, 94; 2022 r. – 49, 3, 2; 2023 r. – 96;
- średni czas oczekiwania (w dniach): 2020 r. – 42, 74, 88; 2021 r. – zero (0), 17, 28; 2022 r. – 51, 108, zero (0); 2023 r. – 24;
- liczba oczekujących na udzielenie świadczenia (w dniach): 2020 r. – 35, 9, 9; 2021 r. – 9, 7, 40; 2022 r. – 31, 7, zero (0); 2023 r. – 29.

Średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych wynosił zero (0) dni, a liczba oczekujących wynosiła w latach 2020 – 2021 (wg stanu na 31 marca, 30 września i 31 grudnia) – jeden dzień, a w latach 2022 – 2023 – zero (0) dni.

Dane przekazywano każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy, według stanu na dzień poprzedzający, co również

<sup>81</sup> Dalej: SPSK Nr 1 PUM.

<sup>82</sup> Dalej: IP.

<sup>83</sup> pdm@szpital-zdroje.pl.

potwierdziło badanie danych na stronie internetowej NFZ<sup>84</sup>. Weryfikacja dat pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia wykazała, że przekazane NFZ dane były zgodne z danymi zaewidencjonowanymi w systemie informatycznym Szpitala.

(akta kontroli str. 70, 71-74, 76, 79-81, 483-486)

W latach 2020-2023 (do 31 marca) odnotowano 3 206 odmów przyjęcia pacjentów<sup>85</sup>, z tego w poszczególnych latach odpowiednio: 585; 964; 1 294 i 363. Największą liczbę stanowiły odmowy ze względów braku wskazań do hospitalizacji (odpowiednio: 511; 789; 1 065 i 299). Z uwagi na brak łóżek odnotowano 117 odmów w 2021 r.; 104 – w 2022 r. oraz 28 – w I kwartale 2023 r. Pozostałe związane były m.in. z: odmowami hospitalizacji przez pacjenta; samowolnym opuszczeniem IP lub skierowaniem do innego szpitala.

(akta kontroli str. 25)

Dyrektor wyjaśnił, że wzrost liczby odmów związany był ze zwiększeniem zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną dzieci i młodzieży w latach 2020 – 2023 (I kw.), co wpływa na wzrost liczby zgłoszeń pacjentów. Najmniejsza liczba odmów w 2020 roku, związana była z ogłoszonym stanem zagrożenia epidemicznego, a następnie stanem epidemii. W okresie od 9 listopada 2020 r. do 1 lipca 2021 r. (od 16 do 30 czerwca 2021 – 10 łóżek) (...) w związku z poleceniem Wojewody Zachodniopomorskiego SPS ZOZ Zdroje został zobowiązany do zapewnienia łóżek z zakresu psychiatrii dziecięcej (...), co przełożyło się na liczbę zgłoszeń do IP. (...) Na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wpływ miała pandemia COVID-19, związane z nią ograniczenia oraz tocząca się wojna w Ukrainie. Ponadto wyjaśnił, że wskazana w systemie informatycznym (...) przyczyna odmowy „brak wolnych łóżek”, nie jest adekwatna do priorytetowej przyczyny odmowy jaką jest brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji. Lekarze odznaczeni „brak wolnych łóżek” w okresach zwiększonej liczby pacjentów w Oddziale chcąc unaocznic istniejący problem zwiększonej potrzeby opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W systemie informatycznym nie ma możliwości odznaczenia dwóch powodów odmowy. (...) W 14 przypadkach odmów z przyczyn „skierowania do innego szpitala”, w sześciu (...) wystawiono skierowanie do szpitala do Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego SPSK Nr 1 PUM. Nie było to przekazanie pacjenta tylko wystawienie skierowania celem pogłębienia diagnostyki w zakresie zaburzeń odżywiania. W dwóch przypadkach błędnie odznaczono przyczynę odmowy „skierowanie do innego szpitala” – jeden pacjent nie miał wskazań medycznych do przyjęcia do szpitala, drugi miał zaleconą kontrolę ambulatoryjną. W sześciu przypadkach wystawiono skierowanie do Oddziału Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej w Zaborze (województwo lubuskie) – dotyczyło to pacjentów z województwa lubuskiego – m.in. Kostrzyn, Bogdaniec, Gorzów, Skwierzyna, dla których ze względu na odległość od miejsca zamieszkania oraz wcześniejsze pobyty w Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze wyrażali wolę leczenia w tamtym ośrodku. Nie było to przekazanie pacjentów, a wystawienie skierowania do innego ośrodka (...).

(akta kontroli str. 474-475)

W latach 2020-2022 (wg stanu na 31 grudnia) oraz w 2023 r. (wg stanu na 31 marca 2023 r.) hospitalizowanych w Oddziale było odpowiednio 323; 344; 474 i 175 pacjentów, z tego:

<sup>84</sup> <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>; dane podane na 5 czerwca 2023 r. oraz 7 czerwca 2023 r.

<sup>85</sup> Według danych systemu informatycznego wykorzystywanego w SPS ZOZ Zdroje do zarządzania Szpitalem.



- w wieku: do 5 lat – po jednym pacjencie w latach 2020-2021; od sześciu do dziewięciu lat – od ośmiu do 24 pacjentów; od 10 do 15 lat – 106 w 2023 r. i 221; 217 i 306 w latach 2020-2022; od 16 do 18 lat – 61 w 2023 r. i od 81 do 143 pacjentów w latach 2020-2022; w okresie objętym kontrolą nie hospitalizowano pacjentów w wieku powyżej 18 lat;
  - po raz pierwszy hospitalizowano odpowiednio: 323; 344; 474 i 175 pacjentów, z tego: 206; 256; 328 i 123 dziewcząt oraz 117; 88; 146 i 52 chłopców;
  - liczba pacjentów przyjętych w trybie pilnym: 250, 315, 367 oraz 149;
  - liczba pacjentów przyjętych w trybie planowym: 73, 29, 107 oraz 26;
  - czas hospitalizacji pacjentów: do jednego miesiąca – od 267 do 477 w latach 2020-2022 oraz 67 pacjentów w 2023 r. (do 31 marca); powyżej miesiąca do dwóch miesięcy – 84, 81 i 86 pacjentów oraz 14; powyżej dwóch miesięcy do trzech miesięcy – ośmiu, 14 i 8 pacjentów w latach 2020-2022 (brak w 2023 r.); od trzech miesięcy do pół roku – sześciu; pięciu; dwóch i jednego pacjenta; od sześciu miesięcy do jednego roku – jednego pacjenta w 2020 r. (brak takich hospitalizacji w latach 2021-2023); w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki hospitalizacji pacjentów w okresie przekraczającym jeden rok;
  - mieszkańcem innego powiatu niż miejsce udzielenia świadczenia było: 253; 295; 399 i 124 pacjentów;
  - z innych województw pochodziło: 37; 54; 52 i 22 pacjentów<sup>86</sup>.
- (akta kontroli str. 33, 520-521)

W okresie objętym kontrolą, z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc w Oddziale, sześciu pacjentów (jeden pacjent powyżej 17 roku życia i pięć pacjentek powyżej 17 roku życia) hospitalizowanych było (po raz pierwszy) w Oddziale Ogólnopsychiatrycznym Szpitala, tj. dwie osoby w 2020 r., trzy w 2021 r. i jedna w 2022 r., z tego:

- liczba pacjentów przyjętych w trybie pilnym w latach 2020-2022 - sześciu;
  - czas hospitalizacji pacjentów: do jednego miesiąca – cztery w latach 2020-2021 oraz dwie hospitalizacje w okresie powyżej dwóch miesięcy do trzech miesięcy (w 2020 i 2022 roku);
  - wszyscy pacjenci pochodzili z województwa zachodniopomorskiego, w tym mieszkańcem innego powiatu niż miejsce udzielenia świadczenia było pięć osób: po dwie w latach 2020 i 2021 oraz jedna w 2022 r.
- (akta kontroli str. 33, 60-61, 311-316, 522-523)

W latach 2020-2023 (do 31 marca) dokonano 1 427 rozpoznań leczonych pacjentów w Oddziale<sup>87</sup>. Do najczęstszych należały: mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92) – 339 (24%); inne zaburzenia lękowe (F41) – 279 (20%); reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 244 (17%) oraz epizody depresyjne (F32) – 136 (10%). Grupę od 8 (1%) do 72 (5%) rozpoznań stanowiły: zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych (F19); zaburzenia odżywiania się (F50); zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F89); zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości) (F90); schizofrenia (F20); upośledzenia umysłowe (F70-F79); zaburzenia zachowania (F91); zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw) (F42); zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69).

(akta kontroli str. 67-69)

<sup>86</sup> Dolnośląskie – 4; kujawsko – pomorskie – 2; lubuskie – 121; małopolskie – 1; mazowieckie – 1; opolskie – 1; pomorskie – 14; warmińsko – mazurskie – 5; lubelskie – 2; podkarpackie – 1; wielkopolskie – 13.

<sup>87</sup> Według ICD-10.

W okresie objętym kontrolą odnotowano 614 zdarzeń niepożądanych, z tego 517 samookaleczeń oraz 97 urazów przypadkowych lub które były wynikiem konfliktu między pacjentami.

(akta kontroli str. 480)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) występują przypadki, gdy szkoła (za zgodą rodziców) kontaktuje się z zespołem prowadzącym pacjenta w Oddziale, by udzielić informacji o funkcjonowaniu ucznia i zaplanować dalsze oddziaływania po wyjściu dziecka ze szpitala. (...) wszystkie te kontakty odbywają się na prośbę i z inicjatywy personelu medycznego/ terapeutycznego Oddziału, który za pośrednictwem pedagoga szkolnego z Zespołu Szkół Szpitalnych informuje o potrzebie kontaktu ze szkołą w celu przekazania informacji o dalszym postępowaniu z dzieckiem/ młodzieżą. Dotychczas nie prowadziliśmy statystyk w tym zakresie.

(akta kontroli str. 476-477)

W latach 2020-2023 (do 31 marca), w Oddziale przeprowadzono: 1 087 (2020 r.); 1 384 (2021 r.); 1 545 (2022 r.) i 434 (2023 r.) sesji psychoterapii, w tym odpowiednio indywidualnych: 448; 579; 758 i 203; grupowych: 371; 470; 455 i 114 oraz rodzinnych: 268; 335; 332 i 117. W poszczególnych latach uczestniczyło w sesjach psychoterapii:

- indywidualnej: 178 pacjentów (55,1%); 252 (73,3%); 350 (73,8%) i 116 (66,3%);
- grupowej: 165 pacjentów (51,1%); 209 (60,8%); 226 (47,7%) i 67 (38,3%);
- rodzinnej: 123 pacjentów (38,1%); 165 (48,0%); 173 (36,5%) i 68 (38,9%).

Odbywały się również spotkania edukacyjne dla rodziców, z tego odpowiednio w poszczególnych latach: 149; 196; 163 i 52.

(akta kontroli str. 39-40)

We wszystkich przypadkach objętych analizą, tj. 10 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale w ramach III poziomu referencyjnego:

- w dokumentacji medycznej znajdował się odrębny dokument potwierdzający wyrażenie zgody opiekuna prawnego na przyjęcie małoletniego pacjenta do Szpitala (w tym w dwóch przypadkach zgodę wyrazili również małoletni w wieku 16 i 17 lat);
- sporządzono plan zajęć rehabilitacyjnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży / rezydenta;
- ustalono indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych, w którym określono rodzaj zajęć rehabilitacyjnych (w tym przy udziale członków rodziny w dziewięciu przypadkach, w jednym przypadku – pacjent został wypisany na żądanie dzień po przyjęciu);
- nie stosowano przymusu bezpośredniego (np. unieruchomienia czy izolacji);
- pacjenci nie byli hospitalizowani po ustaniu przesłanek do jej kontynuacji.

W dziewięciu przypadkach objętych analizą<sup>88</sup> (z 10):

- prowadzono konsultacje rodzinne (od jednej do dwóch);
- pacjenci uczestniczyli w sesjach psychoterapii (od dwóch do czterech), m.in. rodzinnych, indywidualnych (94.39), grupowych (94.44), podtrzymujących (94.38), w formie zabawy (94.36) oraz w innych formach poradnictwa (94.49).

Indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 609-628)

W sprawie kryteriów medycznych, którymi kierowali się lekarze Oddziału w umieszczaniu pacjentów w salach, *Dyrektor wyjaśnił m.in.: Pacjenci (...) umieszczani są w salach chorych wg poniższych zasad: wydzielone dwa odcinki dla*

<sup>88</sup> W jednym przypadku pacjent został wypisany na żądanie.

pacjentów: odcinek dla dzieci – wiek do 13 lat i odcinek młodzieżowy wiek powyżej 13 lat; płęć; względy medyczne – pacjenci wymagający ścisłej obserwacji umieszczani są w bezpośredniej bliskości dyżurki pielęgniarek, zbliżone rozpoznanie pacjentów w jednej sali chorych; wolne miejsca. Ponadto w trakcie pobytu ze względów osobowościowych lub komunikacyjnych uwzględniane są przeniesienia do innej sali chorych. SPS ZOZ Zdroje nie dokumentuje umieszczenia pacjentów w salach Oddziału. Nie ma możliwości zweryfikowania (ex post) pobytu konkretnego pacjenta w sali ww. Oddziału wraz z innymi pacjentami w tym samym okresie pobytu. Prowadzona jest bieżące zestawienie aktualnie przebywających pacjentów z podziałem na sale, które jest dostępne w dyżurce pielęgniarek. (...) w latach 2020-2023 nie wystąpiły przypadki hospitalizowania w jednej sali pacjentów ze schorzeniami, które wymagały różnych warunków leczenia. Natomiast wystąpiły przypadki, w których pacjenci nie byli wypisywani ze szpitala ze względu na ich trudną sytuację socjalną – nie miały komu (pod czyją opiekę) być przekazane. Przypadki te nie są częste, ale zdarzają się w sytuacji, gdy np. MOPR ma zabezpieczyć pieczę zastępczą w czasie hospitalizacji pacjenta. Brak zabezpieczenia pieczy zastępczej wymuszał konieczność wydłużenia pobytu pacjenta w Oddziale. Dotychczas nie prowadziliśmy statystyk w tym zakresie.

(akta kontroli str. 477, 580)

**2.4.** W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono m.in. procedury regulujące: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; współpracy jednostek organizacyjnych podmiotu dla zapewnienia sprawności funkcjonowania SPS ZOZ Zdroje pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym; warunki współdziałania z innymi podmiotami.

(akta kontroli str. 198-211)

Szpital, w wymaganym terminie (w maju 2023 r.<sup>89</sup>), opracował Procedurę dotyczącą diagnostyki i leczenia oraz zasady współpracy z innym świadczeniodawcami i podmiotami. Obejmowała ona w szczególności: funkcje i zadania poszczególnych członków zespołu Oddziału; zasady kwalifikacji do Oddziału; zasady pobytu w Oddziale; zasady postępowania z pacjentem pobudzonym, agresywnym; zasady postępowania w przypadku ucieczki pacjenta z Oddziału lub zagrożenia samobójstwem; zasady zastosowana przymusu bezpośredniego lub obserwacji ścisłej, a także zasady współpracy z podmiotami zewnętrznymi.

(akta kontroli str. 120-122, 317-333, 335, 405-412, 460-471)

**2.5.** W latach 2020-2023 (do 31 marca) w Oddziale zrealizowano:

- 191 konsyliów (127 – w 2022 r. i 64 – w I kwartale 2023 r.);
- 39 sesji koordynacji (26 – w 2022 r. i 13 – w I kwartale 2023 r.);
- 13 superwizji (trzy – w 2020 r., cztery – w 2021 r., pięć – w 2022 r. oraz jedną – w I kwartale 2023 r.).

Zrealizowane konsylia i sesje koordynacji nie były sprawozdawane do NFZ (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 39)

**2.6.** Według informacji<sup>90</sup> przekazanej 30 czerwca 2023 r. przez Laurę Staszak Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego<sup>91</sup>, przed objęciem przez nią stanowiska z dniem 1 sierpnia 2022 r., w Szpitalu Rzecznik funkcjonował do 28 września 2020 r. W latach 2020-2023 Rzecznik zarejestrował łącznie 31 zgłoszeń lub skarg dotyczących Oddziału, z tego 11 – w 2020 r. (dwie zakończyły

<sup>89</sup> Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 54A/2023 z 12 maja 2023 r.

<sup>90</sup> Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

<sup>91</sup> Dalej: Rzecznik.

się pouczeniem); jedna – w 2021 r.; 18 – w 2022 r. (w jednej<sup>92</sup> stwierdzono zasadność skargi); jedna w 2023 r. (niezakończona).

Skarga z 2022 r. uznana przez Rzecznika za zasadną, w związku z naruszeniem jego prawa do udzielania świadczeń w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, o których mowa art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>93</sup> i przepisach odrębnych oraz zaistnienia sytuacja naruszała prawo pacjenta do poszanowania godności i intymności, o którym mowa w art. 20 upp. Skarga dotyczyła zastrzeżeń co do warunków pobytu pacjentów w Oddziale. Rzecznik wskazał m.in.<sup>94</sup>, że przyjęta w Oddziale praktyka umieszczania nowoprzyjętych małoletnich na kocach i karimatach na podłodze (nawet w przypadku konieczności przyjęcia zwiększonej liczby przyjmowanych pacjentów), naruszało prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Zwrócił uwagę na dobrą praktykę, zapewnienia dostępności do dodatkowych łóżek, wstawianych w miarę możliwości na salach chorych lub w dostępnych innych pomieszczeniach czasowo adoptowanych na salę chorych. Jednocześnie wniósł o: wdrożenie warunków w Oddziale, które zapewnią udzielanie świadczeń zdrowotnych w odpowiednich warunkach i z poszanowaniem prawa pacjenta do godności i intymności; zaprzestanie pobierania od opiekunów prawnych zgody na umieszczenie dziecka na podłodze (na kocu, karimacie, materacu); przeszkolenie pracowników Oddziału w zakresie prawa pacjenta do poszanowania godności i intymności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. W piśmie z 4 listopada 2022 r. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego SPS ZOZ Zdroje poinformował Rzecznika o podjętych działaniach, m.in. o obowiązywaniu w Oddziale procedur i standardów zapewniających pacjentom udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach i z poszanowaniem prawa pacjenta do godności i intymności; o braku pobierania od opiekunów zgody na umieszczenie dziecka na podłodze (na kocu, karimacie, materacu), a także o dodatkowych szkoleniach przypominających w tym zakresie.

(akta kontroli str. 336-341,397-398)

W latach 2020-2023 (do 29 maja 2023 r.), z zarejestrowanych w Szpitalu łącznie 304 skarg i wniosków<sup>95</sup>, 12<sup>96</sup> związanych było z opieką psychiatryczną dzieci i młodzieży. We wszystkich trzech sprawach objętych wnioskami udzielono odpowiedzi. W wyniku przeprowadzenia postępowań wyjaśniających dwie skargi (z dziewięciu) Szpital uznał za częściowo zasadne. Dlatego też w jednym przypadku<sup>97</sup>, w związku z nieterminowym poinformowaniem opiekuna prawnego o wypisie pacjenta, wskazano, że personel medyczny Oddziału dołoży starań, aby sytuacja taka się nie powtórzyła. W drugim przypadku lekarz (którego dotyczyła skarga), wyraził ubolewanie w związku ze swoim nieprofesjonalnym zachowaniem.

(akta kontroli str. 336-341)

Wyniki oględzin<sup>98</sup> wykazały m.in., że Szpital zapewniał pacjentom kontakt osobisty z rodziną lub innymi osobami. Odwiedziny mogły odbywać się codziennie, od godz. 14 do godz. 17. Pacjenci i osoby odwiedzające miały dostęp do dwóch pokoi odwiedzin (wyposażonych m.in. w stoły lub stoliki i miejsca do siedzenia; zabawki, w tym książki, gry). Za zgodą lekarza była możliwość spaceru na terenie

<sup>92</sup> Skarga z 25 maja 2022 r.

<sup>93</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.; dalej: upp.

<sup>94</sup> Pismo z 31 października 2022 r.

<sup>95</sup> Odpowiednio 186 skarg i 118 wniosków.

<sup>96</sup> Odpowiednio dziewięć skarg i trzy wnioski.

<sup>97</sup> Skarga z 21 stycznia 2020 r.

<sup>98</sup> Według stanu na 7 czerwca 2023 r.

Szpitala (do 120 minut). Pacjentom zapewniono również prawo do porozumiewania się z rodziną i innymi osobami z zewnątrz, udostępniając im dwa stacjonarne telefony (zamontowano je na ścianach głównego korytarza Oddziału).

(akta kontroli str. 86-88, 90, 97-98)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) przed wybuchem pandemii przepustki były udzielane pacjentom, którzy ze względów medycznych mogli mieć udzieloną przepustkę. Zgodnie z regulaminem Oddziału czas trwania przepustki uwarunkowany jest stanem zdrowia pacjenta oraz wytycznymi NFZ. Przepustek udziela lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z lekarzem leczącym danego pacjenta. W badanym okresie 2020–2023 (I kw.) ze względów epidemiologicznych i ogłoszony stan epidemii nie udzielano przepustek pacjentom. Wyjaśnił ponadto, że (...) w Oddziale nie dokonuje się przeszukania pacjentów. Zgodnie zobowiązującym regulaminem pacjenci poddawani są kontroli z zachowaniem intymności i godności pacjenta w oddzielnym pomieszczeniu. Kontrola ta ma na celu zabezpieczenie przed wniesieniem do Oddziału przedmiotów, których nie wolno mieć w trakcie pobytu w Oddziale (...). Wszelkie przedmioty wartościowe (...) są oddawane rodzicom / opiekunom przy przyjęciu do Szpitala. Przedmioty, które mogą być wykorzystane w sposób niezgodny z ich przeznaczeniem są deponowane w dyżurce pielęgniarek i pod nadzorem personelu pielęgniarskiego/ terapeutycznego pacjenci mogą z tych rzeczy korzystać (...). Przedmioty niedozwolone w Oddziale (np. papierosy, alkohol), które zostaną ujawnione w trakcie kontroli są odbierane.

(akta kontroli str. 478)

W sprawie zamontowania aparatów telefonicznych na ścianach korytarza Oddziału, (w celu zapewnienia pacjentom prawa do kontaktu telefonicznego z innymi osobami), Dyrektor wyjaśnił m.in., że (...) aparaty telefoniczne ze względów bezpieczeństwa samych pacjentów zamontowane są na korytarzu. Personel doświadczony w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi mając specyfikę zachowań i zagrożeń – m.in. kabel łączący słuchawkę z aparatem może stanowić duże zagrożenie, emocje związane z treścią rozmowy – ze względów bezpieczeństwa nie może pozostawić pacjenta w zupełnym odosobnieniu. Korytarz jest miejscem, w którym można monitorować bezpieczeństwo z odległości, która zapewnia swobodę wypowiedzi z zachowaniem godności, intymności oraz poufności. Z aparatu telefonicznego korzystają pacjenci indywidualnie. Wówczas personel dokłada wszelkich starań, aby inni pacjenci nie przeszkadzali w prowadzeniu rozmowy.

(akta kontroli str. 60)

W latach 2020-2023 (do 31 marca) w rejestrze zastosowania przymusu bezpośredniego, odnotowano 173 takie przypadki, z tego w poszczególnych latach odpowiednio: 68; 24; 64 i 17. Z uwagi na formę przymusu zarejestrowano: przytrzymanie – pięć przypadków; przytrzymanie do podania leku – 19; pasy bezpieczeństwa – 91; pasy bezpieczeństwa oraz przytrzymanie do podania leku – trzy; pasy bezpieczeństwa oraz izolacja – 13; izolacja – 42. Najczęstszą przyczyną zastosowania przymusu było: dopuszczanie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby – 117 przypadków (67,6%); dopuszczanie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, a także poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania Szpitala – 18 przypadków (10,4%); dopuszczanie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, a także niszczenie lub uszkodzanie przedmiotów (w sposób gwałtowny) znajdujących się w jej otoczeniu – 15 przypadków (8,7%); poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania Szpitala – 11 przypadków (8,4%). W kontrolowanym okresie przymus został powtórzony wobec 31 pacjentów, z tego

w przypadku 15 pacjentów dwukrotnie, sześciu – trzykrotnie; trzech – czterokrotnie; wobec pozostałych pacjentów przymus zastosowano: pięć, sześć, osiem, 10, 12, 13 i 16 razy. Najczęściej przymus stosowany był w godzinach od 22:00 do 06:59 – od jednego do 10 przypadków w latach 2020 i 2022; dwa przypadki w 2022 r. oraz jeden przypadek w 2023 r. (do 31 marca). W pozostałych porach dnia<sup>99</sup> zastosowano zbliżoną liczbę przymusów – od 18 do 25 w latach 2020 i 2022; od czterech do dziewięciu w latach 2021 r. i 2023 r. (do 31 marca).

(akta kontroli str. 386-396)

W objętej analizie dokumentacji medycznej 10 pacjentów Oddziału, hospitalizowanych w latach 2020-2023, wobec których zastosowano przymus pośredni – stosowano unieruchomienie (trwające od 10 do 18 godzin i 15 minut<sup>100</sup>), w tym w czterech przypadkach wraz z przymusowym podaniem leku, a w jednym przypadku wraz z izolacją<sup>101</sup>. Przypadki te dotyczyły osób w wieku 14-17 lat. Wobec czterech pacjentów (z 10) przymus bezpośredni stosowano od dwóch do sześciu razy w trakcie hospitalizacji (łącznie analizą objęto 19 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego). Zastosowana forma przymusu bezpośredniego (unieruchomienia) była przedłużana w 13 z 19 analizowanych przypadków (w jednym przypadku – trzykrotnie, w sześciu przypadkach – dwukrotnie oraz w sześciu przypadkach – jednokrotnie). W pozostałych sześciu przypadkach nie przedłużano zastosowania przymusu bezpośredniego.

W każdym przypadku o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (i jego przedłużeniu) decydował lekarz po zbadaniu stanu zdrowia pacjenta. Stan fizyczny pacjentów unieruchomionych (w tym w jednym przypadku również izolowanego) był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut (w tym w trakcie snu pacjenta). W dokumentacji medycznej siedmiu pacjentów (z 10 objętych analizą) zastosowanie przymusu bezpośredniego było zgodne zasadami / wymogami określonymi w art. 18–18e ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>102</sup> oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi<sup>103</sup>.

W karcie zastosowania przymusu bezpośredniego trzech pacjentów (z 10 objętych analizą) nie odnotowano informacji o przedłużeniu zastosowanego przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, z tego:

- w jednym przypadku<sup>104</sup> – w ww. karcie odnotowano, że przymus trwał pięć godzin i pięć minut (zamiast czterech godzin) i nie odnotowano informacji o jego przedłużeniu na kolejny okres po upływie czterech godzin (adnotacji takiej dokonano w dokumencie pn. „przedbieg choroby”);
- w dwóch przypadkach – w ww. karcie nie odnotowano informacji o jego przedłużeniu (po raz pierwszy) po upływie czterech godzin (adnotacji takich dokonano w dokumencie pn. „przedbieg choroby”).

Stanowiło to naruszenie wymogów prowadzenia dokumentacji w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego określonych w § 2 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, w związku z wymogami określonymi w art. 18a ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 585-606, 699, 703, 707)

<sup>99</sup> Od 07:00 do 11:59; od 12:00 do 16:59 i od 17:00 do 21:59.

<sup>100</sup> W tym jeden przymus w postaci izolacji (trwającej 12 h 30 min, nr księgi głównej 21599 - zastosowanej 26 października 2020 r.).

<sup>101</sup> W 2020 r.

<sup>102</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2123; dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>103</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 731; dalej: rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>104</sup> Tj. pacjenta nr 18192/246/21 (w dniu 2 września 2021 r.).

Wyniki oględzin<sup>105</sup> wykazały m.in., że w Szpitalu monitoring wizyjny obejmował siedem kamer, z tego trzy kamery na korytarzu (przy wejściu do Oddziału oraz po jednej w części starszej i młodszej młodzieży); po jednej kamerze w pokojach wykorzystywanych na izolátky oraz po jednej kamerze w sali pobytu dziennego oraz sali odwiedzin. Monitoring wizyjny zapewniał automatyczne nagrywanie obrazu obejmującego okresy: 30 dni (korytarze) oraz 365 dni (pozostałe pomieszczenia), po upływie tych okresów nagrania obrazu były nadpisywane. Pomieszczenia z sanitariatami i prysznicem zapewniały intymność pacjentom.

(akta kontroli str. 86-109, 413-414)

Pielęgniarki oraz pracownicy ochrony odbywali w okresie objętym kontrolą szkolenia wewnętrzne z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego, prowadzone przez lekarza kierującego Oddziałem lub pielęgniarkę oddziałową.

(akta kontroli str. 531-536)

2.7. W latach 2020-2023 (I kwartał) wartość zakontraktowanych<sup>106</sup> i wykonanych świadczeń finansowanych w Oddziale ze środków NFZ wynosiła odpowiednio: 3 404,5 tys. zł i 2 928,2 tys. zł (86,0%) w 2020 r.; 3 404,5 tys. zł i 3 308,8 tys. zł (97,2%) w 2021 r.; 3 842,4 tys. zł i 4 764,6 tys. zł (124,0%) w 2022 r. oraz 2 164,6 tys. zł i 2 019,4 tys. zł (93%) w 2023 r. (do 31 marca). W tym okresie Szpital pozyskał i wykorzystał środki w łącznej kwocie 3 361,8 tys. zł (1 186,8 tys. zł w 2020 r.; 2 147,3 tys. zł w 2021 r. oraz 27,7 tys. zł w 2022 r.), w tym 1 165,6 tys. zł w latach 2020-2021 stanowiły środki na wzrost wynagrodzeń; 527,7 tys. zł w latach 2020 - 2022 stanowiły środki związane z COVID-19, a 1 668,5 tys. zł w latach 2020-2021 dodatkowe świadczenia pieniężne - środki związane z COVID-19.

(akta kontroli str.346-348)

Pozostałe środki z innych źródeł finansowania Oddziału w latach 2020-2022 i w I kwartale 2023 r. wyniosły 1 413,1 tys. zł i dotyczyły: lekarzy rezydentów (1 389,0 tys. zł), wynagrodzenia za wykonywanie usług medycznych i diagnostycznych (0,2 tys. zł) oraz przychodów z tytułu kształcenia kadr medycznych (23,8 tys. zł). Szpital otrzymał również darowiznę finansową w kwocie 125,0 tys. zł na dofinansowanie realizacji prac modernizacyjnych i remontowych obiektów mających na celu poprawę jakości w aspekcie epidemiologicznym i higieny pracy oraz darowizny rzeczowe o równowartości 221,6 tys. zł (m.in. artykuły higieniczne – sanitarne, medyczne i ochrony osobistej, a także meble i wyposażenie).

(akta kontroli str. 349-350)

Roczne rozliczenie (tj. wartościowe wykonanie) świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz w III poziomie referencyjnym wynosiło<sup>107</sup>:

- w 2020 r. – 3 061,9 tys. zł i odpowiadało 100% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>108</sup> oraz 2 928,2 tys. zł z tytułu umowy o udzielanie ww. świadczeń opieki zdrowotnej (100%);
- w 2021 r. – 3 671,4 tys. zł i odpowiadało 106,1% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>109</sup> oraz 3 305,1 tys. zł z tytułu ww. umowy (106,8%);
- w 2022 r. – 4 792,3 tys. zł i odpowiadało 112% przychodów otrzymanych od OW NFZ<sup>110</sup> oraz 4 764,6 tys. zł w tytułu ww. umowy (112,1%).

<sup>105</sup> Według stanu na 6 lipca 2023 r.; brak nagrania z izolacji zastosowanej 26 października 2020 r.

<sup>106</sup> Przed zmianami, tj. stan na 1 stycznia.

<sup>107</sup> W ramach limitu NFZ uwzględniającego zmiany.

<sup>108</sup> Z tytułu dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (133,7 tys. zł).

<sup>109</sup> Z tytułu dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (366,3 tys. zł).

<sup>110</sup> Z tytułu dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (27,7 tys. zł).

W I kwartale 2023 r. wykonanie (wartościowe) umowy wynosiło 2 058,3 tys. zł<sup>111</sup> (93,9%), w tym w ramach ww. umowy – 2 030,6 tys. zł (93,8%).

W 2020 r. Oddział realizował ww. świadczenia zdrowotne na poziomie określonym w umowie zawartej z OW NFZ, a w latach 2021-2022 – na poziomie wyższym od 6,8% do 12,1% od pierwotnie zakontraktowanego.

(akta kontroli str. 649-667)

Cena punktu rozliczeniowego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży udzielanych w trybie stacjonarnym wynosiła w latach 2020-2021 i w I kwartale 2022 r. – 14,29 zł, w II kwartale 2022 r. – 14,93 zł, od lipca do listopada 2022 r. – 20,24 zł, a w ramach II poziomu referencyjnego od grudnia 2022 r. do czerwca 2023 r. – 12,86 zł.

(akta kontroli str. 629-631, 649-650)

Dyrektor wyjaśnił m.in. *Wzrost stawki punktu rozliczeniowego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży udzielanych w trybie stacjonarnym był związany z wyrównaniem zapewnienia realizacji wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego i niemedycznego zatrudnionego w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej w oparciu o ustawę z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw<sup>112</sup>. Zmniejszenie stawki od 1 grudnia 2022 r. jest związane ze zmianą zakresu, czyli rozpoczęcie udzielania świadczeń jako Ośrodek Wysokospecjalistycznej Opieki Psychiatrycznej – III poziom referencyjny. Dotychczasowa cena jednostkowa uległa zmniejszeniu z 20,24 zł na 12,86 zł. Zmiana ta niesie za sobą również nominalnie zwiększenie wartości rozliczonego produktu, (...<sup>113</sup>). Podkreślenia wymaga fakt, iż w okresie objętym kontrolą, tj. 2020 r. – do lipca 2022 r. nie było waloryzacji stawki punktu rozliczeniowego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży udzielanych w trybie stacjonarnym. W tym czasie był publikowany corocznie przez GUS wskaźnik inflacji, coroczny wzrost minimalnego wynagrodzenia (który wpłynął na wzrost wynagrodzeń umów podwykonawczych, tj. m.in. żywienia, sprzątnięcie, ochrona). Zmiany, które następowały w otoczeniu działalności oddziału nie spowodowały zmian w wysokości stawki rozliczeniowej. NFZ jako jedyny płatnik świadczeń udzielanych w systemie publicznym decyduje o poziomie finansowania, ograniczając możliwości podmiotu w zakresie zmiany stawki.*

(akta kontroli str. 582-583)

Szpital prowadził rachunek kosztów Oddziału określony w art. 31lc ust. 7 ustawy o świadczeniach. Koszty całkowite (z rozliczeniami międzyoddziałowymi) funkcjonowania Oddziału wynosiły: 4 833,4 tys. zł – w 2020 r.; 5 566,3 tys. zł – w 2021 r., 6 397 tys. zł – w 2022 r. i 1 843,6 tys. zł – w 2023 r. (w I kwartale). Największe pozycje w strukturze kosztów stanowiły koszty bezpośrednie – odpowiednio 89,9%, 85,4%, 87,2%, 85,4%, w tym m.in.:

- wynagrodzenia z tytułu umów o pracę, umów zlecenia i o dzieło (oraz pozostałych umów cywilno-prawnych) – odpowiednio: 50,4% (2 436,7 tys. zł); 48,9% (2 720 tys. zł); 51,1% (3 265,8 tys. zł) i 50% (930,1 tys. zł);
- podwykonawstwo medyczne (kontrakty) – odpowiednio: 7,9% (382,3 tys. zł); 6,2% (333,4 tys. zł); 4,7% (301,6 tys. zł) i 4,1% (75,6 tys. zł);

<sup>111</sup> Z tytułu dodatkowych przychodów w związku z COVID-19 (27,7 tys. zł).

<sup>112</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1352.

<sup>113</sup> Np. OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY było finansowanie na poziomie 480,90 zł; od grudnia rozliczany jako ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - III POZIOM REFERENCYJNY - jest finansowanie na poziomie 658,95 zł, tj. wzrost o 144,27 zł.



- usługi utrzymania czystości<sup>114</sup> – odpowiednio: 7,6% (364,9 tys. zł); 7,5% (418,2 tys. zł); 7,6% (487 tys. zł) i 6,6% (121,6 tys. zł);
- usługi żywienia – odpowiednio: 4,9% (238,9 tys. zł); 5,3% (298,9 tys. zł); 5,7% (364,5 tys. zł) i 5,3% (98,3 tys. zł).

Koszty pośrednie stanowiły odpowiednio: 10%, 14,6%, 12,9% i 14,5%, a pozostałe koszty to rozliczenia międzyoddziałowe.

(akta kontroli str. 649-650)

W latach 2020-2022 finansowanie, w ramach umów zawartych z OW NFZ, świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych nie pokrywało kosztów ich udzielania, które stanowiły:

- w 2020 r. – 165,1% stawki punktu rozliczeniowego<sup>115</sup> (i 122,8% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia<sup>116</sup>);
- w 2021 r. – 168,4% stawki punktu rozliczeniowego (i 117,5% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia);
- w 2022 r. – 134,3% stawki punktu rozliczeniowego<sup>117</sup> (i 121,7% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia<sup>118</sup>).

W I kwartale 2023 r. koszty ww. świadczeń (w III poziomie referencyjnym) stanowiły 90,8% stawki punktu rozliczeniowego (i 84,6% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia).

(akta kontroli str. 649-650)

W sprawie wysokich kosztów wykonania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych, przekraczających stawki punktu rozliczeniowego określonego w umowach z OW NFZ w latach 2020-2022, Dyrektor wyjaśnił m.in. *Koszty poniesione w badanym okresie na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym wynikają z realizacji przez SP ZOZ Zdroje wymogów ustawowych oraz ogólnych warunków umowy z NFZ. W zakresie wynagrodzeń realizacja rozporządzeń w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia oraz realizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, natomiast w zakresie zużycia materiałów i energii oraz usług obcych uregulowane są ustawą Prawo Zamówień Publicznych. Wzrost kosztów w poszczególnych okresach kształtował się na zbliżonym poziomie tj. 15%, co odpowiada wielkości inflacji i wzrostu minimalnego wynagrodzenia w badanym okresie. Stawka punktu rozliczeniowego określonego w umowach z OW NFZ w badanym okresie przez długi okres czasu nie ulegała zmianie. Dopiero w lipcu 2022 r. zauważalny jest wzrost stawki o 35,56% z 14,93 zł na 20,24 zł związany jedynie z realizacją ustawy z 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.*

(akta kontroli str. 583)

<sup>114</sup> W tym: utylizacji odpadów; ochrony obiektów i terenu.

<sup>115</sup> Tj. określonej w umowie z OW NFZ (z wyłączenie przychodów na wzrost wynagrodzeń oraz dodatkowych przychodów z tytułu świadczeń COVID-19).

<sup>116</sup> M.in. środki na wzrost wynagrodzeń w latach 2020-2021, z tytułu świadczeń COVID-19 oraz z Ministerstwa Zdrowia (rezydencji).

<sup>117</sup> Tj. uśrednionego punktu rozliczeniowego określonego w umowie (z wyłączenie przychodów z tytułu świadczeń COVID-19), który wynosił w 2022 r. – 18,97 zł.

<sup>118</sup> Tj. uśrednionego punktu rozliczeniowego uwzględniającego rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ w 2022 r. (m.in. w związku z COVID-19 i środki z Ministerstwa Zdrowia - rezydencji), który wynosił w 2022 r. – 20,93 zł.

W sprawie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych Dyrektor wyjaśnił m.in. *Pomimo finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży udzielanych w trybie stacjonarnym poniżej rzeczywistych kosztów poniesionych na bieżące funkcjonowanie oddziału w żadnym przypadku nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń zdrowotnych oraz metod terapeutycznych.*

(akta kontroli str. 583)

Szpital wykonał świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w warunkach stacjonarnych w 2020 r. na poziomie 100%, w 2021 r. – 106,8%, w 2022 r. – 112,1%, a w I kwartale 2023 r. (w ramach III poziomu referencyjnego) – 93,8%.

(akta kontroli str. 649-650)

W sześciu przypadkach hospitalizowania pacjentów<sup>119</sup> w Oddziale Ogólnopsychiatrycznym Szpitala (z powodu ograniczonej liczby miejsc w Oddziale) – udzielone świadczenia rozliczono według stawek obowiązujących dla osobodnia w Oddziale Ogólnopsychiatrycznym.

(akta kontroli str. 33, 60-61, 311-316)

Na Szpital nie nałożono żadnych kar umownych w związku z realizacją umów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawartych z OW NFZ.

(akta kontroli str. 119)

**2.8.** Wyniki oględzin<sup>120</sup> wykazały m.in., że Oddział dysponował warunkami lokalowymi i wyposażeniem niezbędnym do realizacji udzielanych świadczeń. Pomieszczenia w części administracyjnej obejmowały m.in.:

- gabinet lekarski wykorzystywany przez trzech lekarzy, wyposażony m.in. w: dwa połączone biurka i jedno stojące oddzielenie; trzy krzesła; szeroki, rozkładany tapczan;
- gabinet lekarski (lekarzy rezydentów lub stażystów);
- gabinet lekarza dyżurnego;
- gabinet wykorzystywany m.in. do terapii rodziny, wyposażony m.in. w: owalny stół; siedem krzeseł; zabawki, w tym pluszowe; pomoce terapeutyczne, w tym instrumenty muzyczne (np. ukulele, afrykański bęben, „shakery”);

Lekarz Kierujący Oddziałem oświadczyła, że *instrumenty muzyczne wykorzystywane są m.in. w muzykoterapii pacjentów; oświadczyła ponadto, że w ramach terapii prowadzonych w Oddziale prowadzone są również zajęcia teatralne, a także prowadzona jest „dogoterapia”, na terenie rekreacyjnym wykorzystywanym przez Oddział lub w budynku Oddziału;*

- sala lekcyjna dla 10 pacjentów jednocześnie z wyposażeniem dydaktycznym (m.in. książki), sprzętem DVD, zestawem karaoke, konsolą XBOX, trzema stanowiskami komputerowymi; Ordynator oświadczyła, że sala zajęć lekcyjnych nie pozwala na udział w lekcjach wszystkich pacjentów jednocześnie, jednak zajęcia są organizowane według ustalonego planu lekcji, z uwzględnieniem grup wiekowych i ich potrzeb, w związku z czym zapewniany jest udział w lekcjach dzieci lub młodzieży, które tego wymagają;
- gabinet psychologów wyposażony m.in. w zamykany na klucz kontener biurkowy; dwa biurka, stolik, cztery krzesła; dwa fotele; pluszowe zabawki;
- dwa pokoje odwiedzin; pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu Oddziału oraz osób odwiedzających pacjentów.

Druga część Oddziału przeznaczona była na pobyt pacjentów, z salami łóżkowymi, terapeutycznymi, salami pobytu dziennego, pomieszczeniami gospodarczymi. Drzwi

<sup>119</sup> Tj, dwóch osób w 2020 r., trzech – w 2021 r. i jednej – w 2022 r.

<sup>120</sup> Według stanu na 7 czerwca 2023 r.

wejściowe do tej części Oddziału zabezpieczono w sposób uniemożliwiający niekontrolowane jego opuszczenie. Korytarz przedzielony drzwiami, w jednej części sale łóżkowe dla młodzieży starszej (13 lat i więcej) oraz młodszej, poniżej 13 lat. W obu częściach po dwa pomieszczenia z sanitariatami i prysznicem, odrębne dla dziewcząt i chłopców, zapewniające intymność. W części Oddziału przeznaczonej dla starszej młodzieży znajdowały się m.in.: siedem nieprzechodnych sal łóżkowych (łącznie 29 łóżek), w tym pokój wykorzystywany jako izolatka (wyposażony w monitoring); sala pobytu dziennego wykorzystywana również jako jadalnia dla wszystkich pacjentów; sala terapii zajęciowej (wyposażenie stanowi m.in.: XBOX, maszyna do szycia; miniwieża audio; radiomagnetofon; odtwarzacz DVD i CD; sprzęt do karaoke; zestawy gier, np. planszowych; zabawki; piłki sensoryczne; worki SAKO); gabinet psychologów (wyposażony m.in. w: dwa fotele, stolik, dwa biurka z dwoma krzesłami; gabinet lekarski (wyposażony m.in. w: szeroki, rozkładany tapczan); dyżurka pielęgniarek. W części Oddziału przeznaczonej dla młodszej młodzieży znajdowały się m.in.: trzy nieprzechodnie sale łóżkowe (łącznie siedem łóżek), w tym pokój wykorzystywany jako izolatka wyposażona w monitoring; jedna sala pobytu dziennego wykorzystywana również jako jadalnia (wyposażona m.in. w: telewizor, tablicę z projektorem, cztery stoliki, 13 krzesełek; zestawy gier, w tym planszowych; zabawki; otwarty regał z książkami, puzzlami i grami planszowymi); gabinet zabiegowy.

Gabinety lekarskie i psychologów zapewniały intymność oraz warunki do przeprowadzenia badań pacjentów, do swobodnej rozmowy z rodziną pacjenta lub jego opiekunami podczas udzielania informacji o stanie zdrowia i planowanym leczeniu.

W Oddziale uwidoczniło się wszystkie wymagane informacje określone w § 11 rozporządzenia w sprawie umów<sup>121</sup>.

Szpital dysponował m.in. terenem przeznaczonym na cele terapeutyczno-rekreacyjne i salą gimnastyczną dla pacjentów Oddziału. Szpital zapewnił pacjentom możliwość korzystania z ogrodu sensorycznego, a także dwóch dodatkowych terenów rekreacyjnych z miejscami do relaksu i wypoczynku.

(akta kontroli str. 86-109)

W latach 2020-2023 (do 29 maja) przeprowadzono pięć kontroli dotyczących opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży udzielanej w Oddziale, z tego:

- trzy kontrole – przez Sąd Rejonowy Szczecin Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie (w latach 2020-2021 i w 2023 r. – kontrole dotyczyły m.in. prawidłowości prowadzenia kart zastosowania przymusu bezpośredniego i rejestru takich przypadków);
- jedna kontrola – przez konsultanta wojewódzkiego dla obszaru województwa zachodniopomorskiego w dziedzinie psychiatrii (21 grudnia 2021 r.);
- jedna kontrola – przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie (21 czerwca 2022 r. – kontrola interwencyjna w związku ze zgłoszeniem dotyczącym złego stanu sanitarno-technicznego łazienki pacjentów – dziewcząt w Oddziale)<sup>122</sup>.

<sup>121</sup> M.in. informacje: dla rodziców, w tym o możliwościach rozmów i zasadach pracy pacjentów lub rodziców z psychologami; o prawach pacjenta, a także o tym, że w Dyżurce Pielęgniarek znajdują się: tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; regulamin organizacyjny SPSZOZ Zdroje; regulamin Oddziału; informacje o Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego; informacje o Zespole Etyki; informacje o osobach przyjmujących skargi w SPSZOZ „Zdroje”; o danych (m.in. imię i nazwisko, pełniona funkcja oraz nr telefonu): Lekarza Kierującego Oddziałem; Pielęgniarki Oddziałowej; lekarzy Oddziału; psychologów Oddziału; sekretarki medycznej Oddziału, a także nr telefonu dyżurki pielęgniarek; zasadach odwiedzin pacjentów.

<sup>122</sup> Wyniki kontroli wykazały m.in.: brak zabrudzeń ścian i sufitu świadczących o zagrzybieniu pomieszczenia; w pomieszczeniu łazienki nie stwierdzono wyczuwalnej woni dymu tytoniowego; w odniesieniu do stawianych zarzutów zgłoszenie interwencyjne niezasadne.

W wyniku ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

W Szpitalu przeprowadzono jedną kontrolę przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego dotyczącą wybranych zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz gospodarki finansowej. W wyniku kontroli zalecono m.in.: 1) dokonanie poprawy danych w RPWDL zgodnie ze statutem lub regulaminem organizacyjnym; 2) rozszerzenie Centralnego Rejestru Skarg i Wniosków o informacje ułatwiające kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych zdarzeń; 3) nadanie cech pełnego dokumentu dla części standardów i procedur (uzupełnienie daty wprowadzenia i akceptacji); 4) dokonanie aktualizacji standardów i procedur; 5) dostosowanie sposobu ewidencji czasu pracy, niezależnie od formy współpracy (również dla umów zlecenia i kontraktów).

(akta kontroli str. 306-307)

**2.9.** Dyrektor wyjaśnił, że *Oddział jest jedynym oddziałem stacjonarnym w województwie zachodniopomorskim udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży. (...) cały czas jest pełne obłożenie posiadanych 36 łóżek, a okresowo występuje zwiększona liczba pacjentów ponad stałą liczbę łóżek. Jest to szczególnie zauważalne wśród grup hospitalizowanych 13-18 latków (...). W związku z brakiem możliwości przekazania pacjenta do innego ośrodka w województwie zachodniopomorskim i obowiązkiem zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>123</sup> (...) oraz art. 2 pkt. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który brzmi: „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” – występują tzw. „nadstany”. (...)*

Ponadto wyjaśnił, że wśród głównych problemów opieki całodobowej należy wskazać: *(...) jedyny Oddział w województwie zachodniopomorskim – przy zwiększonej liczbie pacjentów brak innego miejsca dla zapewnienia opieki całodobowej; po zakończonej hospitalizacji brak możliwości kontynuowania leczenia w obrębie oddziału dziennego; niewydolność systemu dotyczącego zapewnienia pieczy zastępczej – co w konsekwencji przekłada się na wydłużone (po ustaniu względów medycznych) pobytu pacjentów w Oddziale; liczne rehospitalizacje, które mogą wynikać zarówno z braku form wsparcia środowiskowego, jak i braku wsparcia w rodzinie; brak centrum koordynującego opiekę psychiatryczną nad dziećmi i młodzieżą odrębnie dla każdego województwa; brak współpracy pomiędzy resortami, tj. Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji oraz Ministerstwa Opieki Społecznej, która powinna mieć na celu rozwiązanie problemów na styku trzech resortów w zakresie organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, tj. dostrzegalny brak koordynacji działań; wciąż niedostateczne finansowanie – dzięki zaangażowaniu pracowników i przekazanym darowiznom organizowane są atrakcyjne dla dzieci i młodzieży formy terapii – „teatroterapia”, „dogoterapia”, muzykoterapia; pojawiające się dodatkowe finansowanie na inwestycje (konkursy) dotyczące zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży nie są dostosowane do realnych potrzeb (...) Szpitala.*

(akta kontroli str. 133-134, 415-423)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**1.** W okresie objętym kontrolą Szpital nie zapewnił pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty / hospitalizację (poza udostępnieniem adresu

<sup>123</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 991, ze zm.; dalej ustawa o działalności leczniczej.

poczty elektronicznej) oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, a także powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 111-112, 118, 414)

W art. 23a ustawy o świadczeniach określono, że świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Rozporządzenie w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych określa funkcjonalność takich systemów (w tym realizację usług umawiania się drogą elektroniczną na wizyty).

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital jest w trakcie ponownego uruchamiania korzystania z umawiania wizyt drogą elektroniczną i monitorowania statusu na liście oczekujących – aktualnie z powodu podwyższonego zagrożenia cyberbezpieczeństwa trwają testy bezpieczeństwa wykonywane przez audytorów zewnętrznych.

(akta kontroli str. 342-343)

**2.** Szpital nie sprawozdawał do NFZ konsyliów i sesji koordynacji zrealizowanych w Oddziale od 1 grudnia 2022 r. do 31 marca 2023 r.

(akta kontroli str. 38)

Obowiązek sprawozdawania realizacji konsylium i sesji koordynacji został określony w załączniku Nr 1a „Katalog zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia” do zarządzenia Nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 16 stycznia 2020 r.

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) *Produkty rozliczeniowe: (...) sesja koordynacji, konsylium nie były sprawozdawane z uwagi na pominięcie w sprawozdawczości produktów, które nie zostały wycenione. Nie miało to wpływu na rozliczenie i wysokości finansowania danej procedury. NFZ nie kwestionował sprawozdawczości w tym zakresie. Wykonanie procedur takich jak: sesja koordynacja, konsylium jest odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta (...).*

(akta kontroli str. 150, 476)

**3.** W kartach zastosowania przymusu bezpośredniego trzech pacjentów (z 10 objętych analizą)<sup>124</sup> nie odnotowano informacji o przedłużeniu zastosowanego przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, z tego:

- w jednym przypadku<sup>125</sup> – w ww. karcie odnotowano, że przymusu trwał pięć godzin i pięć minut (zamiast czterech godzin) i nie odnotowano informacji o jego przedłużeniu na kolejny okres po upływie czterech godzin (adnotacji takiej dokonano w dokumencie pn. „przedbieg choroby”);
- w dwóch przypadkach – w ww. karcie nie odnotowano informacji o jego przedłużeniu (po raz pierwszy) po upływie czterech godzin (adnotacji takich dokonano w dokumencie pn. „przedbieg choroby”).

W ww. karcie dokumentacji medycznej (nr 15848/214/2021) – odnotowano informację o przedłużeniu przymusu po raz pierwszy 2 sierpnia 2021 r. o godz. 2:30, tj. po sześciu godzinach od jego zastosowania w dniu 1 sierpnia 2021 r. o godz. 20:30, a w karcie dokumentacji medycznej (nr 6099/140/2022) – odnotowano informację o przedłużeniu przymusu po raz pierwszy 19 marca

<sup>124</sup> Analizą objęto łącznie 19 dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego – wobec czterech (z 10) pacjentów przymus bezpośredni stosowano od jednego do pięciu razy w trakcie hospitalizacji.

<sup>125</sup> Tj. pacjenta nr 18192/246/21 (w dniu 2.09.2021 r.).

2021 r. o godz. 18:30, tj. po sześciu godzinach od jego zastosowania 19 marca 2021 r. o godz. 12:30.

Stanowiło to naruszenie wymogów prowadzenia dokumentacji w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego określonych w § 2 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, w związku z wymogami określonymi w art. 18a ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

(akta kontroli str. 587, 589, 592, 699, 703, 707)

Przepis art. 18a ust. 5 i ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny oraz lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.

W § 2 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego określono, że zastosowanie przymusu bezpośredniego dokumentuje się w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje: stwierdzenie zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem jego rodzaju albo rodzajów oraz przyczyny jego zastosowania; wskazanie czasu trwania przymusu bezpośredniego, w tym daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania, oraz uzasadnienie poszczególnych okresów jego przedłużania – jeżeli dotyczy; opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby stosującej przymus bezpośredni; imię i nazwisko osób: zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorującej jego wykonanie, zatwierdzającej jego zastosowanie, podejmującej decyzję o zaprzestaniu jego stosowania, a także przedłużającej stosowanie przymusu bezpośredniego – jeżeli dotyczy.

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *W dniu 02.09.2021 r. zastosowany przymus bezpośredni wobec pacjenta (dokumentacja medyczna 18192/246/21) trwał 5 godzin i 5 minut ze wskazań medycznych. Pacjent był monitorowany zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego co 15 minut przez personel pielęgniarski – co odzwierciedla karta – ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi lub izolowanej (...). Przymus wobec pacjenta był zastosowany o godz. 17.25. Po czwartej godz. tj. 21.25 zgodnie z ww. kartą oceny stanu fizycznego i wpisami personelu pielęgniarskiego pacjent nadal przejawiał wskazania do zastosowania przymusu, tj. wykrzykuje, wulgarny. Po ocenie stanu pacjenta przez lekarza i w oparciu o informacje od personelu pielęgniarskiego lekarz podjął decyzję o przedłużeniu zastosowania przymusu bezpośredniego i odnotował to w karcie obserwacji lekarskich (...). Lekarz nie dokonał czynności administracyjnej polegającej na wpisie w dokumentację medyczną przedłużenia zastosowania przymusu bezpośredniego. W dniu 2.08.2021 r. zastosowany przymus bezpośredni wobec pacjenta (dokumentacja medyczna 15848/214/21) trwał łącznie 10 godzin i 15 minut ze wskazań medycznych. Udokumentowano przedłużenie przymusu bezpośredniego o godz. 2.30 czyli po sześciu godzinach. Pacjent był monitorowany (...) co 15 minut przez personel pielęgniarski – co odzwierciedla karta – ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi lub izolowanej (...). Przymus wobec pacjenta był zastosowany o godz. 20.30. Po czterech godz., tj. 0.30 zgodnie z ww. kartą oceny stanu fizycznego i wpisami personelu pielęgniarskiego pacjent nadal przejawiał wskazania*

do zastosowania przymusu, tj. szarpie (uderza), wykrzykuje, napina się, nieprzewidywalny w zachowaniu. Po ocenie stanu pacjenta przez lekarza i w oparciu o informacje od personelu pielęgniarskiego lekarz podjął decyzję o przedłużeniu zastosowania przymusu bezpośredniego, co zostało odnotowane w karcie obserwacji lekarskich (...). Lekarz nie dokonał czynności administracyjnej polegającej na wpisie w dokumentację medyczną przedłużenia zastosowania przymusu bezpośredniego. Lekarz dokonał wpisu o godz. 2.30 po sześciu godzinach. Łączny czas trwania przymusu to 10 godzin i 15 min., co oznacza, że pacjent jeden raz powinien mieć udokumentowaną decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego. W dniu 19.03.2022 r. zastosowany przymus bezpośredni wobec pacjenta (dokumentacja medyczna 6099/140/22) trwał łącznie 10 godzin ze wskazań medycznych. Udokumentowano przedłużenie przymusu bezpośredniego o godz. 18.30 czyli po sześciu godzinach. Pacjent był monitorowany (...) co 15 minut przez personel pielęgniarski – co odzwierciedla karta – ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi lub izolowanej (...). Przymus wobec pacjenta był zastosowany o godz. 12.30. Po czterech godz., tj. 16.30 zgodnie z ww. kartą oceny stanu fizycznego i wpisami personelu pielęgniarskiego pacjent nadal przejawiał wskazania do zastosowania przymusu, tj. szarpie (uderza), wykrzykuje, płacze napina się, nie dostosowany, nie reaguje na uwagi, silnie pobudzony psychoruchowo, skacze z łóżkiem. Ponadto o godz. 16.00 (czyli po 3,5 godziny) po dokonaniu oceny stanu pacjenta lekarz zlecił podanie domięśniowo leku (...). Następnie po 0,5 godziny lekarz ponownie ocenił stan pacjenta, który nie uległ zmianie – czyli nadal istniały wskazania medyczne do przedłużenia zastosowania przymusu bezpośredniego i podjął decyzję o przedłużeniu zastosowania przymusu bezpośredniego, co odnotował w karcie obserwacji lekarskich (...). Lekarz nie dokonał czynności administracyjnej polegającej na wpisie w dokumentację medyczną przedłużenia zastosowania przymusu bezpośredniego, Lekarz dokonał wpisu o godz. 18.30 po sześciu godzinach. Łączny czas trwania przymusu to 10 godzin, co oznacza, że pacjent jeden raz powinien mieć udokumentowaną decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 696-712)

W dokumentacji medycznej pacjentów pn. „przebieg choroby” odnotowano informację o przeprowadzeniu oceny stanu pacjenta i podstawach przedłużenia przymusu bezpośredniego, jednak bez formalnego odnotowania tych czynności w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, co potwierdził w wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Dyrektor Szpitala zapewnił rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczające udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Oddziale (w tym w ramach III poziomu referencyjnego). Szpital zapewnił całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej oraz lekarskiej izbie przyjęć. Wymiar zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale, w okresach objętych analizą, był zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1 i 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie zawartej z OW NFZ.

Indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej. W objętej analizą dokumentacji medycznej 10 pacjentów Oddziału świadczenia zdrowotne udzielali m.in. lekarze psychiatry dzieci i młodzieży / rezydenci, którzy określili wszystkim pacjentom plan zajęć rehabilitacyjnych (przy udziale rodziny) i ustalili rozpoznania. Nie stwierdzono nieprawidłowości w dokumentowaniu procesu udzielania ww. świadczeń zdrowotnych. W trzech przypadkach (z 10 objętych

analizą w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego) stwierdzono nieprawidłowości w zakresie odnotowywania w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego informacji o jego przedłużeniu. Jednak w każdym z tych przypadków, trwanie przymusu bezpośredniego było monitorowane przez pielęgniarki co 15 minut, a lekarz po ocenie stanu pacjenta po czterech godzinach podjął decyzję o jego przedłużeniu, jednak bez formalnego odnotowania tych czynności w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Szpital nie sprawozdał do NFZ konsyliów i sesji koordynacji zrealizowanych od 1 grudnia 2022 r. do 31 marca 2023 r. oraz nie zapewnił pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na przyjęcie w Oddziale (w trakcie kontroli NIK w Szpitalu wdrażano system informatyczny zapewniający taką możliwość).

Poziom finansowania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Oddziale (w tym w ramach III poziomu referencyjnego), określony w umowie zawartej z OW NFZ nie pokrywał kosztów ich udzielania, które wynosiły od 117,5% do 122,8% stawki uwzględniającej rzeczywisty przychód otrzymany od OW NFZ i Ministerstwa Zdrowia.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

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

- 1) Realizowanie konsyliów i sesji koordynacji w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych w Poradni co najmniej raz w miesiącu, zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
- 2) Sprawozdawanie do OW NFZ zrealizowanych konsyliów, sesji koordynacji, superwizji oraz każdej osoby z personelu, która skorzystała z superwizji.
- 3) Zapewnienie prawidłowego prowadzenia kart zastosowania przymusu bezpośredniego.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosku

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



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

Szczecin, 24 lipca 2023 r.

Zmian w wystąpieniu  
pokontrolnym dokonał:

Kontroler

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie  
p.o. Dyrektor

Bogumiła Mędrzak  
doradca ekonomiczny

.....  
/-/

.....  
*podpis*