



Nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD

Informacja o wynikach kontroli

PRZESTRZEGANIE PRAW PACJENTA W LECZNICTWIE PSYCHIATRYCZNYM

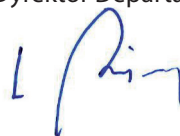
MISJA

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

WIZJA

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia:



Lech Rejnuś

Akceptuję:

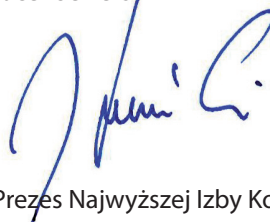
Wojciech Misiąg



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jezierski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

dnia 8 maja 2012

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

www.nik.gov.pl

1. WPROWADZENIE.....	4
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	5
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	5
2.2. Synteza wyników kontroli.....	5
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	7
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	9
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	9
3.2. Istotne ustalenia kontroli	13
3.2.1. Ministerstwo Zdrowia.....	13
3.2.2. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.....	19
3.2.3. Instytut Psychiatrii i Neurologii.....	21
3.2.4. Szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych	22
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	28
4.1. Przygotowanie kontroli	28
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	28
5. ZAŁĄCZNIKI	31

Kontrola Nr P/11/093 – Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym została podjęta z inicjatywy własnej NIK. Poprzedziły ją dwie kontrole o podobnej tematyce. W 1997 r. badano realizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹, zaś w 2007 r. funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej².

Nowelizacje ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 2005 r. i 2008 r., wprowadziły szereg rozwiązań systemowych mających na celu poprawę organizacji i dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej oraz warunków zabezpieczających prawa pacjentów szpitali psychiatrycznych, m.in. przez wprowadzenie instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz obowiązek opracowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Celem kontroli była ocena skuteczności systemu zabezpieczenia praw pacjentów zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń w zakresie „opieka psychiatryczna”, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wprowadzonych przez wspomniane nowelizacje. Szczegółowa tematyka obejmowała m.in. działania Ministra Zdrowia podejmowane w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania lecznictwa psychiatrycznego; działalność szpitali psychiatrycznych w zakresie przestrzegania praw pacjentów; funkcjonowanie Biura Rzecznika Praw Pacjenta i Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego; nadzór administracji publicznej nad placówkami opieki psychiatrycznej oraz sądów opiekuńczych nad przyjęciami do szpitali psychiatrycznych pacjentów bez ich zgody.

Kontrolą objęto lata 2009 – 2011.

Badania kontrolne przeprowadzono w drugim półroczu 2011 r.

Kontrole objęły:

- Ministerstwo Zdrowia (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK³), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, w tym Rzeczników Praw Pacjentów Szpitali Psychiatrycznych (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- Instytut Psychiatrii i Neurologii (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (w zakresie działalności naukowej i usługowej);
- 17 zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa psychiatrycznego (art. 2 ust. 2 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

W ocenie warunków sanitarnych i technicznych wykorzystano opinie opracowane przez Państwowego Głównego Inspektora Sanitarnego, Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego oraz Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, dotyczące szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, przygotowane m.in. na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta.

¹ Por.: Informacja o wynikach kontroli realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Nr ewid. 212/97/P/094/DZK.

² Por.: Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej Nr ewid. 8/2008/P07165/LWR.

³ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r. poz. 82).

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia nieprzestrzeganie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w trakcie przyjmowania tych osób do szpitala bez ich zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego. Jednocześnie NIK odnotowuje poprawę, w porównaniu do wyników poprzednich kontroli, w zakresie przestrzegania innych praw pacjentów, m.in. dostępu do informacji oraz świadczeń diagnostycznych i leczniczych w przypadku współistniejących chorób somatycznych.

W ocenie NIK obowiązujące przepisy prawa stwarzają podstawę do kompleksowego rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce oraz umożliwiają podejmowanie działań organizacyjnych, nadzorczych i kontrolnych w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. W praktyce, co ujawniła kontrola, wykonywanie obowiązków w tym zakresie odbiega jednak od przyjętych założeń.

Rzecznik Praw Pacjenta nie zatrudnił wystarczającej liczby Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, tak aby objąć ich działaniem wszystkie placówki stacjonarnej opieki psychiatrycznej. Z ustaleń kontroli wynika, iż działalność Rzeczników przyczynia się do poprawy przestrzegania praw pacjenta.

Minister Zdrowia nie wdrożył nowych rozwiązań systemowych, które miały usprawnić funkcjonowanie opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i w konsekwencji służyć wzmocnieniu ochrony ich praw. Z opóźnieniem zostały podjęte prace w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Minister Zdrowia nie zapewnił również prawidłowej realizacji zadań przez organy doradcze i koordynacyjne, które powinny wspierać działania zapobiegające zaburzeniom psychicznym. Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną stwierdzone przez NIK zaniedbania mogą mieć istotne skutki społeczne. Opóźnienie rozpoczęcia działań edukacyjnych, diagnostycznych i interwencyjnych, które przewidziano w ramach NPOZP, utrudni tworzenie systemu skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych.

Powszechnie występujący brak niektórych wpisów, dokumentujących procedury obowiązujące w trakcie przyjmowania do szpitala pacjentów z zaburzeniami psychicznymi bez ich zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego, świadczy nie tylko o nieprzestrzeganiu prawa do rzetelnie prowadzonej dokumentacji, ale może także wskazywać na niepodejmowanie działań zapewniających ochronę innych praw tych osób.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Odstępstwa od rzetelnego dokumentowania wykonania obowiązujących procedur w zakresie przyjmowania do szpitala pacjentów bez ich zgody (w trybie art. 23, 24, 28 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴) stwierdzono w 15 kontrolowanych jednostkach (83,3%).

Polegały one na niedokumentowaniu: braku możliwości zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa (art. 23 ust. 2 uoozp), zatwierdzenia przez ordynatora/kierownika oddziału przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody, poinformowania pacjenta, który cofnął zgodę na leczenie w trakcie pobytu w oddziale, o przyczynach zatrzymania i jego prawach (art. 28 uoozp), zapoznania osoby przyjętej do szpitala z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33 ust. 2 uoozp).

⁴ (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.), zwana dalej również „uoozp” lub „ustawa o ozp”.

Ponadto ustalono, że w żadnej z 64 historii chorób pacjentów przyjętych do szpitala/oddziału psychiatrycznego bez ich zgody, w trybie art. 29 uooczp (na podstawie orzeczenia sądu), nie odnotowano poinformowania tych osób o przyczynach hospitalizacji i planowanym leczeniu. Domniemanie, że sąd poinformował pacjenta o przyczynach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody nie może zastąpić informacji udzielonej przez lekarza w szpitalu. *(szczegóły str. 22–23)*

2.2.2. W zakresie stosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono nieprawidłowości polegające na: niedokumentowaniu w historii choroby opisu badania lekarskiego poprzedzającego (uzasadniającego) zlecenie zastosowania przymusu oraz poprzedzające decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu na kolejne okresy sześciogodzinne; braku potwierdzenia dokonania przez kierownika szpitala oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego; nierejestrowaniu krótkotrwałego uwolnienia z unieruchomienia co 4 godziny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych oraz przyjmowania posiłków i napojów. *(szczegóły str. 23–25)*

2.2.3. W kontrolowanych szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych odnotowano poprawę, w stosunku do wyników poprzedniej kontroli zrealizowanej w 2007 r., w zakresie organizacji udzielania świadczeń, a także dostępu do informacji oraz świadczeń diagnostycznych i leczniczych w przypadku współistniejących chorób somatycznych. Nadal jednak w obszarze tym występowało szereg nieprawidłowości dotyczących niedostatecznego zabezpieczenia warunków sanitarnych, technicznych i przeciwpożarowych pomieszczeń i obiektów szpitali oraz nadmiernego zagęszczenia łóżek w salach chorych. *(szczegóły str. 25–27)*

2.2.4. Mimo upływu sześciu lat nie udało się Rzecznikowi Praw Pacjenta powołać wystarczającej liczby Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w celu objęcia ich opieką wszystkich stacjonarnych zakładów opieki psychiatrycznej. W ocenie NIK stan ten nie sprzyja przestrzeganiu praw pacjenta. W okresie objętym kontrolą jedynie ok. 35% zakładów miało przypisanych Rzeczników. *(szczegóły str. 19)*

2.2.5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁵ weszło w życie 18 lutego 2011 r., tj. ponad dwa lata po wejściu w życie ustawy, na podstawie której zostało wydane⁶.

Minister Zdrowia nie zapewnił sprawnej realizacji zadań ministerstwa w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, co spowodowało opóźnienie prac wdrażających program, w stosunku do terminów określonych w harmonogramie⁷.

Nie dopełnił także obowiązków związanych z funkcjonowaniem Rady do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego⁸.

Minister Zdrowia nie powołał Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, jako organu koordynacyjno-doradczego, do powołania której zobowiązuje art. 4a ust. 1 znowelizowanej ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.⁹ *(szczegóły str. 13–16)*

⁵ Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128.

⁶ Art. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego zmieniony przez art. 1 ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 180, poz. 1108) zmieniającej niniejszą ustawę z dniem 1 stycznia 2009 r.

⁷ Harmonogram jest integralną częścią załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP.

⁸ Por. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537).

⁹ Przepis ten wszedł w życie 11 lutego 2011 r.

2.2.6. Powołana przez Ministra Zdrowia komisja psychiatryczna do spraw środków zabezpieczających¹⁰ nie realizowała zadania polegającego na wizytacji i ocenie zakładów dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczania.¹¹ Zaniechanie to skutkowało brakiem rzetelnej wiedzy o faktycznych warunkach, w których realizowany jest środek zabezpieczający. Kontrola ujawniła, że nie wszystkie oddziały psychiatrii sądowej spełniały wymagania określone w przepisach prawa dla tych kategorii oddziałów. Stwierdzono ponadto, iż brak jest podstaw prawnych dla finansowania wynagrodzeń członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. *(szczegóły str. 16–17)*

2.2.7. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wypełniając zadania statutowe, uczestniczył aktywnie w tworzeniu systemu opieki psychiatrycznej, w tym rozwiązań zapewniających przestrzeganie praw osób z zaburzeniami psychicznymi. *(szczegóły str. 21–22)*

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Analizy epidemiologiczne wskazują na wzrastającą liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających pomocy specjalistycznej. Zaniechania działań prewencyjnych, sprzyjających zachowaniu zdrowia psychicznego, powodują częstsze ujawnianie się zaburzeń chorobowych w populacji osób młodych, zwłaszcza w sytuacji ograniczonego dostępu do profesjonalnej pomocy w sytuacjach kryzysowych. Obserwowane zmiany demograficzne w Polsce, polegające na wydłużaniu się życia i starzeniu się społeczeństwa, wskazują na możliwość nasilania się chorób, w tym zaburzeń psychicznych, związanych z wiekiem. Opisane okoliczności powodują zwiększenie wymagań wobec administracji publicznej i konieczność uwzględnienia w planowaniu długookresowym odpowiedniej bazy diagnostycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej. Powinna ona zagwarantować osobom tego wymagającym dostęp do psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością, w formach pozwalających zachować więzi rodzinne i środowiskowe.

Prawidłowe dokumentowanie świadczeń zdrowotnych nabiera szczególnego znaczenia w przypadku pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni stanowi bowiem najbardziej drastyczną formę pogwałcenia nietykalności osobistej. Ustawa o ozp (art. 18) dopuszcza stosowanie przymusu bezpośredniego, określając warunki i tryb jego stosowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w uoopz, można stosować tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia (art. 21, 34, 40).

1. Najwyższa Izba Kontroli wnosi o ujednoczenie przez Ministra Zdrowia, szkoleń na temat stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny i pomocniczy szpitali, poprzez opracowanie programu szkolenia, uwzględniającego regulacje ustawowe tych czynności oraz gwarantującego bezpieczeństwo pacjentów i personelu. Ponadto rozpowszechnienie przypadków odstępstw od rzetelnego dokumentowania wykonania procedur obowiązujących w tym zakresie powinno być przedmiotem szczególnej uwagi zarówno Ministra Zdrowia, jak i konsultantów na szczeblu krajowym i wojewódzkim.

¹⁰ Por. art. 201 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.).

¹¹ Por. § 7 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powołania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.). Dotyczy osób, wobec których sąd orzekł przymusowe leczenie w warunkach izolacji.

2. W związku ze stwierdzonymi przypadkami nieinformowania o przyczynach przyjęcia do szpitala (oddziału) psychiatrycznego pacjentów bez ich zgody w trybie art. 29 uoozp, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia inicjatywy legislacyjnej, polegającej na uzupełnieniu wspomnianego artykułu o ustęp 4, wskazujący na odpowiednie stosowanie wobec tych osób przepisu art. 23 ust. 3 uoozp, zobowiązującego lekarza do wyjaśnienia choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez jego zgody i poinformowania go o przysługujących mu prawach. Zmiana ta zapewni podmiotowe traktowanie tych pacjentów, a także ujednotli postępowanie wobec wszystkich osób przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody.
3. Analiza uchybień i nieprawidłowości, stwierdzonych w prowadzeniu dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, wskazuje na konieczność podjęcia przez kierowników szpitali i oddziałów psychiatrycznych, skoordynowanych działań edukacyjnych adresowanych do personelu medycznego w zakresie rzetelnego, kompletnego przedstawiania w dokumentacji, opisu wszystkich czynności podejmowanych wobec pacjentów tych jednostek, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Niewykonywanie przez szpitale decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Nadzoru Budowlanego i Państwowej Straży Pożarnej w wyznaczonych terminach, stwarza potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów szpitali psychiatrycznych i personelu. Zdaniem NIK niezbędne jest podjęcie działań przez organy założycielskie tych zakładów umożliwiających wykonanie decyzji państwowych organów nadzoru i kontroli. Uwzględniając skalę zjawiska, NIK zwraca się do Ministra Zdrowia o podjęcie systemowych działań na rzecz rozwiązania tych problemów.
5. W związku z nieuregulowaniem, w obowiązujących przepisach, zasad finansowania wynagrodzeń członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, Najwyższa Izba Kontroli zwraca się o podjęcie przez Ministra Zdrowia inicjatywy legislacyjnej w tym zakresie.
6. Najwyższa Izba Kontroli wnosi o upowszechnienie kwestionariusza „Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej”, opracowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, jako wsparcia w prowadzeniu badań przez wszystkie instytucje zobowiązane do kontroli i nadzoru nad jednostkami opieki psychiatrycznej, co może przyczynić się do poprawy warunków przestrzegania praw pacjentów w tych placówkach, a także ułatwić ocenę zmian zachodzących w tym zakresie.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonym ustawą¹².

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹³ określa m.in. obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta (art. 1 pkt 3). Przestrzeganie tych praw jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2). Ograniczenie korzystania z praw pacjenta możliwe jest w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami – ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu udzielającego świadczeń (art. 5). Kolejnych dziewięć rozdziałów ustawy (2-11) szczegółowo opisuje prawa pacjenta do: świadczeń zdrowotnych; informacji o swoim stanie zdrowia; tajemnicy informacji z nim związanych; wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych; poszanowania jego intymności i godności; dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia; zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza; poszanowania życia prywatnego i rodzinnego; opieki duszpasterskiej oraz przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę zdrowia psychicznego jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.¹⁴ Preambuła tej ustawy stanowi, że „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Zgodnie z art.1 ust.1 uoozp ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane, a polega ona (art. 2) m.in. na: 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Od 1 stycznia 2009 r., zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie uoozp¹⁵, zadania, o których mowa wyżej, są realizowane poprzez działania ustalone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁶.

Program określa strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. W Programie wskazano w szczególności: 1) okres jego obowiązywania, 2) diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowań

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

¹³ Dz. U. z 2012 r. poz. 159 t.j.

¹⁴ Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.

¹⁵ Dz. U. Nr 180, poz. 1108.

¹⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128) – weszło w życie 18 lutego 2011 r. Zwanego dalej również „Programem”.

regionalnych, 3) trzy cele główne¹⁷ i dziewięć celów szczegółowych 4) podmioty biorące udział w jego realizacji, 5) sposób realizacji zadań, 6) niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizacja Programu należy do zadań ministrów właściwych ze względu na jego cele, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz samorządów województw, powiatów i gmin (§ 4 ust. 1). W Programie mogą uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu (§ 4 ust. 2). Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, który koordynuje wykonanie zadań wyszczególnionych w ramach poszczególnych celów w harmonogramie stanowiącym załącznik do rozporządzenia.

System opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi określony w uoozp, uwzględnia pomoc doraźną, ambulatoryjną, dzienną, szpitalną i środowiskową oraz w domach pomocy społecznej (art.5), a także organizację oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, w tym zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych (art.8 i 9).

Od stycznia 2006 r. ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny należy m.in. do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10b uoozp). Zadania tych Rzeczników obejmują m.in. pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego (art. 10b ust. 2). Szczegółowy tryb i sposób ich działania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r.¹⁸

Stosownie do art. 4a¹⁹ uoozp tworzy się Radę do spraw Zdrowia Psychicznego, jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Ponadto, na podstawie § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym²⁰, przy Ministrze Zdrowia, działa Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego jako organ opiniotawczo-doradczy w sprawach z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej tworzy i prowadzi samorząd województwa, zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa (art. 6 ust.1 uoozp), a docelową sieć zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej miał określić, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia (art.6 ust. 2 i art. 55 ust. 1²¹ ww. ustawy).

¹⁷ 1. promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;

2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;

3. rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126).

¹⁹ Art. 4a dodany przez art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 19) – obowiązuje od 11 lutego 2011 r.

²⁰ Dz. U. Nr 112, poz. 537.

²¹ Art. 6 ust. 2 i art. 55 ust. 1 uchylone przez art. 12 pkt 1 i 2 lit. a) ustawy z dnia 7 maja 2009 r. o uchyleniu lub zmianie niektórych upoważnień do wydawania aktów wykonawczych (Dz. U. Nr 98, poz. 817) z dniem 10 lipca 2009 r.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, następuje w oparciu o umowy zawarte przez świadczeniodawców z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia²². Warunki umów określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.²³

Szczegółowy zakres świadczeń oraz wymagania kadrowe świadczeniodawców określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.²⁴

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejno obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 10 listopada 2006 r.²⁵ i z dnia 2 lutego 2011 r.²⁶ Zmiany przepisów wiązały się z ograniczeniem zakresu szczegółowych wymagań sanitarnych i fachowych w odniesieniu do pomieszczeń i urządzeń zakładów oraz zmianą terminu dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w tych rozporządzeniach.

Szczególne wymagania techniczne i organizacyjne dotyczące zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających zostały określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, w drodze rozporządzenia.²⁷

Ponadto obiekty szpitalne podlegają wymaganiom określonym w ustawie z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane²⁸ i ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej²⁹ oraz w ich aktach podustawowych.

Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji osób korzystających ze świadczeń szpitala i zapewnienia ochrony danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta (art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o zoz)³⁰. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania³¹. Od 5 czerwca 2009 r. dokumentację medyczną prowadzi się na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a sposób jej prowadzenia

²² Stosownie do art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) - zwanej dalej ustawą o świadczeniach.

²³ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

²⁴ Dz. U. Nr 140, poz. 1146 ze zm.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zoz (Dz. U. Nr 213, poz. 1568).

²⁶ Dz. U. Nr 31, poz. 158 – weszło w życie 26 lutego 2011 r.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów lecznictwa odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.), wydane na podstawie art. 201 §4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.).

²⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623.

²⁹ Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.

³⁰ Art. 18 został zmieniony przez art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641) z dniem 5 czerwca 2009 r.

³¹ Dz. U. Nr 247, poz. 1819.

określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³².

Ustawa o ozp i jej przepisy wykonawcze³³ wprowadziły dodatkowe wymagania i wzory dokumentacji medycznej obowiązujące w związku z postępowaniem diagnostycznym i leczniczym, stosowanym wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej określa regulamin porządkowy, ustalany przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej i zatwierdzany przez radę społeczną działającą przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej³⁴. Postanowienia regulaminu nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych (art. 18a ustawy o zoz).

Odrębne, szczególne uregulowania dotyczące przyjmowania, leczenia i wypisywania ze szpitala psychiatrycznego osób z zaburzeniami psychiatrycznymi oraz sprawowania nadzoru nad wykonywaniem decyzji sądu w sprawach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, określone w uozp przedstawiono w załączniku Nr 1.

Ponadto prawa pacjentów unormowane zostały m.in. w ustawie o zoz³⁵, ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁶, ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³⁷, ustawie o świadczeniach zdrowotnych³⁸.

Środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym, wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i w zakładach leczenia odwykowego³⁹, wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu⁴⁰.

W 2011 r. w rejestrach zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonych przez Ministra Zdrowia oraz wojewodów, wpisanych było 1008 publicznych zakładów sprawujących całodobową opiekę nad pacjentami, w tym 118 zakładów psychiatrycznych i odwykowych, z tego 37 ośrodków całodobowego leczenia odwykowego i psychiatrycznego. Ponadto zarejestrowanych było 25 zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym.

³² Dz. U. Nr 252, poz. 1697.

³³ - Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz.503),

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514),

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. Nr 127, poz. 614),

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736),

³⁴ Por. art. 46 pkt 4 ustawy o zoz.

³⁵ Art. 7, art. 9, art.19 (obowiązujący do 4 czerwca 2009 r.), art. 20 i 21 ustawy o zoz.

³⁶ Art. 31 ust.1, art.36 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.).

³⁷ Art. 20 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.).

³⁸ Art.15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.).

³⁹ Por. art. 200 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.).

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów lecznictwa odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.).

W 2009 r. 52 specjalistyczne szpitale psychiatryczne dysponowały 18.507 łózkami, wykorzystywanymi średnio przez 345,3 dni w roku (tj. 94,6%).

Minister Zdrowia wskazał 36 zakładów psychiatrycznych (2.266 łózek) do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, w tym w warunkach podstawowego zabezpieczenia - 1.162 łóżka, wzmocnionego zabezpieczenia - 909 łózek i maksymalnego zabezpieczenia - 195 łózek.

W 2011 roku (wg stanu na dzień 23 lutego) na terenie 15 województw (bez opolskiego) działało 26 Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, realizujących swoje zadania w 50 (ze 143) zakładach opieki zdrowotnej o profilu psychiatrycznym, tj. w 35% ich liczby. Natomiast w sierpniu tego roku było 24 Rzeczników działających w 48 zakładach.

W 2009 r. Narodowy Fundusz Zdrowia poniósł koszty leczenia psychiatrycznego i uzależnień w wysokości 1.926.549,65 tys. zł, co stanowiło 3,50% kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem, w 2010 r. 1.953.814 tys. zł (3,47%), zaś w 2011 r. 2.045.558 tys. zł (3,50%).

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1 Ministerstwo Zdrowia

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia działalność Ministra Zdrowia w badanym zakresie, w latach 2009–2011. W Ministerstwie Zdrowia podjęto wprowadzić działania istotne dla funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opracowując m.in. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale realizacja wielu prac została istotnie opóźniona. Naruszono również obowiązujące regulacje prawne.

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁴¹, którego projekt przygotowano w Ministerstwie Zdrowia, weszło w życie 18 lutego 2011 r., tj. ponad dwa lata po wejściu w życie ustawy, na podstawie której zostało ono wydane⁴².

Zgodnie z § 127 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”⁴³, rozporządzenie powinno wchodzić w życie w dniu wejścia w życie ustawy, na podstawie której jest ono wydawane. Natomiast zgodnie z § 13 wspomnianego rozporządzenia, jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.

Należy podkreślić, iż na opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych do ustaw Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie zwracała uwagę Ministrowi Zdrowia, ostatnio po kontroli organizacji i finansowania systemu przeszczepiania narządów, tkanek i komórek.⁴⁴

W styczniu 2009 r. dokonano uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych projektu rozporządzenia w sprawie NPOZP. Prace nad zgłoszonymi uwagami i propozycjami trwały w Ministerstwie ok. 9 miesięcy i dopiero we wrześniu 2009 r. skierowano projekt do ponownej konsultacji. Kolejne uzgodnienia z zainteresowanymi podmiotami i długi okres korygowania projektu przez Ministerstwo Zdrowia spowodowały, iż dopiero 28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów przyjęła rozporządzenie wraz z załącznikami.

⁴¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128 ze zm.

⁴² Art. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) zmieniony przez art. 1 ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 180, poz. 1108) zmieniającej niniejszą ustawę z dniem 1 stycznia 2009 r.

⁴³ Dz. U. Nr 100, poz. 908.

⁴⁴ Informacja o wynikach kontroli organizacji i finansowania systemu przeszczepiania narządów, tkanek i komórek. Warszawa, czerwiec 2011 r., nr ewid. 132/2011/P/10/095/KPZ.

2. Minister Zdrowia nie zapewnił sprawnej realizacji zadań ministerstwa w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Departament Zdrowia Publicznego, zobowiązany do prowadzenia spraw w zakresie zdrowia psychicznego, nie poinformował innych komórek organizacyjnych urzędu o zadaniach, które powinny realizować w ramach NPOZP.

Jak przyznał p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego niewystosowanie do poszczególnych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia pisma wskazującego na konieczność realizacji przez nie zadań wynikających z NPOZP stanowiło odstępianie od przyjętej w tym zakresie praktyki.

W ocenie NIK wspomniane zaniechanie mogło mieć wpływ na terminowość prac prowadzonych w tym zakresie. Nie stanowi jednak okoliczności usprawiedliwiającej powstanie opóźnień w działaniach poszczególnych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Rozporządzenie w sprawie NPOZP stanowi akt prawny powszechnie obowiązujący, a jego projekt był przedmiotem uzgodnień międzydepartamentalnych i obrad kolegium ministerstwa.

Z wyjątkiem ustalenia priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (*Cel główny 1, Cel szczegółowy 1.1.: upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu*), pozostałe dziewięć zbadanych prac wdrożeniowych prowadzono z opóźnieniem w stosunku do terminów określonych w harmonogramie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia w sprawie NPOZP, bądź ich realizacja jeszcze się nie rozpoczęła. Dotyczyło to m.in.: opracowania programów: wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym⁴⁵; zapobiegania samobójstwom; zapobiegania depresji; programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych (*Cel szczegółowy 1.2.: zapobieganie zaburzeniom psychicznym*); opracowania programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych; określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (*Cel główny 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel szczegółowy 2.1.: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej*); przygotowania dokumentu powołującego strukturę koordynującą realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami: a) opracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych, b) monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, c) opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu, d) analizy rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu (*Cel szczegółowy 2.4.: Skoordinowanie różnych form opieki i pomocy*).

Pełniący obowiązki dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego wyjaśnił, że z powodu braków kadrowych zaakceptowano zlecenie realizacji części zadań podmiotom zewnętrznym.

Minister Zdrowia, w odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne NIK, wskazał, „iż zgodnie z Oceną Skutków Regulacji dołączoną do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP, w celu zapewnienia realizacji zadań (...) przypisanych Ministrowi Zdrowia (...) przewidziane zostało zatrudnienie 6 pracowników (po 2 osoby na każdy cel główny). Wobec braku możliwości stosownego zwiększenia zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia oraz braku możliwości realizacji nowych zadań przez dotychczasowych pracowników (...) konieczne było podjęcie decyzji o powierzeniu wykonania części z tych zadań podmiotowi zewnętrznemu – Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

⁴⁵ Przykładowo: w przypadku tego programu w NPOZP przewidziano, iż zostanie opracowany do czerwca 2011 r., a w lipcu rozpocznie się jego realizacja. Tymczasem we wrześniu 2011 r., kiedy prowadzono czynności kontrolne w Ministerstwie Zdrowia, trwała dopiero procedura przygotowywania umowy na opracowanie programu.

(...) Należy przy tym podkreślić, iż (...) zapewnienie warunków dla sprawnej realizacji zadań przypisanych Ministrowi Zdrowia (...) uzależnione jest od przeznaczenia na ten cel odpowiednich zasobów kadrowych i finansowych (...).”

W NPOZP na realizację zadań wynikających z Programu w 2011 r. przez Ministra Zdrowia przewidziano 8.000 tys. zł. Faktycznie wydatkowano 206,8 tys. zł.⁴⁶

3. Uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007, z dnia 15 maja 2007 r., przyjęty został Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015. Jednym z jego celów strategicznych jest „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”.

Pierwsze posiedzenie Zespołu Koordynacyjnego NPZ⁴⁷, stanowiącego organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów w realizacji Programu, odbyło się dopiero w dniu 29 lipca 2009 r., a więc po ponad dwóch latach od uchwalenia NPZ.⁴⁸ Minister Zdrowia podejmował działania zmierzające do rozpoczęcia prac Zespołu, m.in. występując w tej sprawie do Prezesa Rady Ministrów w dniu 29 stycznia 2009 r.

W grupie ekspertów wspierających prace Zespołu, zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia, nie ma osoby zajmującej się monitorowaniem oczekiwanych efektów realizacji NPZ dla celu „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”.

Minister przesłał zaproszenie osobie, którą zamierzał włączyć w prace tego gremium, ale nie skorzystała ona z tej propozycji. Do czasu zakończenia kontroli NIK nie zaproszono innej osoby.

4. Minister Zdrowia nie dopełnił obowiązków związanych z funkcjonowaniem Rady do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.⁴⁹ Na nieprawidłowości związane z funkcjonowaniem tej Rady w latach 2005–2007 NIK zwracała uwagę podczas kontroli Ministerstwa w 2007 r.

W związku z upływem czteroletniej kadencji Rady powołanej w 2006 r. Minister nie powołał w 2010 r. nowego jej składu.

Minister nie posiadał pełnej informacji o zakresie działań podejmowanych przez Radę w latach 2009–2010. Rada nie przedstawiała Ministrowi Zdrowia rocznych sprawozdań ze swojej działalności, jak również nie przekazywała informacji o zwoływaniu posiedzeń⁵⁰, a Minister Zdrowia nie podejmował żadnych działań w stosunku do Rady, egzekwujących realizację jej zadań.

Przewodniczący Rady do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, będący jednocześnie konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, w sprawozdaniu z działalności konsultanta podawał jedynie fragmentaryczną informację o doraźnych działaniach Rady, które miały niewielkie znaczenie dla kształtowania polityki zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia psychicznego.

Ponadto ujawniono, że w ministerstwie nie było dokumentów dotyczących powołania członków Rady w 2006 r. (zostały zagubione). Narusza to art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym

⁴⁶ Na podstawie ustaleń kontroli wykonania budżetu państwa w 2011 r. w części 46 – Zdrowie.

⁴⁷ Zespół został powołany zarządzeniem nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Do jego zadań należy koordynowanie działań ministerstw i instytucji w realizacji tego Programu.

⁴⁸ Harmonogram realizacji NPZ i regulamin pracy Zespołu zostały uchwalone na trzecim jego posiedzeniu w dniu 28 listopada 2009 r.

⁴⁹ Dz. U. Nr 112, poz. 537.

⁵⁰ Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego odbyła jedynie trzy posiedzenia w latach 2009 – 2010 pomimo, że przepis § 6 ust. 1 regulaminu Rady (załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 lipca 1997 r.) stanowił, że Rada zbiera się na posiedzeniach plenarnych w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak, niż cztery razy w roku.

zasobie archiwalnym i archiwach⁵¹, który stanowi, że organy państwowe obowiązane są zapewnić odpowiednie przechowywanie powstającej w nich dokumentacji oraz jej ochronę przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą.

5. Minister Zdrowia nie powołał Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, jako organu koordynacyjno-doradczego w sprawach z zakresu zdrowia psychicznego, do powołania której zobowiązuje art. 4a ust. 1 znowelizowanej ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.⁵²

Proces tworzenia Rady rozpoczęto dopiero w sierpniu 2011 r. przygotowując stosowne pisma do ministrów o wskazanie przedstawicieli do prac w Radzie oraz marszałków poszczególnych województw z informacją o toczącym się postępowaniu, mającym na celu wyłonienie osób do prac w Radzie. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych NIK Rada nie została powołana.⁵³

Opóźnienia w podjęciu prac nad utworzeniem Rady z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego tłumaczył ograniczonymi możliwościami kadrowymi departamentu i liczbą oraz stopniem skomplikowania innych działań z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż o konieczności podjęcia prac zmierzających do powołania Rady było wiadomo znacznie wcześniej niż termin publikacji nowelizacji i wejścia jej w życie.

6. Powołana przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 201 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy⁵⁴, komisja psychiatryczna do spraw środków zabezpieczających wydawała opinie z zachowaniem terminu, o którym mowa w § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2004 r.⁵⁵. Posiedzenia komisji odbywały się w Ministerstwie Zdrowia, przy ul. Długiej 38/40 w Warszawie, mimo iż obsługę administracyjno-organizacyjną Komisji prowadził Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie⁵⁶. Na realizację przez Ośrodek tego zadania, od 2007 r. przeznaczano 235 tys. zł rocznie.

Do zadań komisji należy wydawanie opinii na podstawie analizy dostępnej dokumentacji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego, zgodnie z § 7 pkt. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.

6.1. Komisja, na podstawie § 8 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym⁵⁷, wystawiała sądom rachunki za wydawane opinie. Następnie, na podstawie własnej uchwały⁵⁸, dokonywano podziału środków, otrzymywanych z sądów, na wynagrodzenia dla członków komisji.

Wspomniane rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości odnosi się do dowodu z opinii biegłych w prowadzonym postępowaniu sądowym i nie ma zastosowania do opinii wydawanych przez komisję, która wydając

⁵¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698 ze zm.

⁵² Przepis ten uchwalono dnia 3 grudnia 2010 r., opublikowano dnia 10 stycznia 2011 r., wszedł w życie 11 lutego 2011 r.

⁵³ Według informacji z dnia 15 lutego 2012 r. Minister Zdrowia powołał Radę z dniem 1 grudnia 2011 r.

⁵⁴ Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.).

⁵⁶ Jednostka budżetowa finansowana w ramach części 46 budżetu państwa.

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym (Dz. U. Nr 46, poz. 254 ze zm.), przy czym § 1 tego rozporządzenia stanowi, że koszty przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym obejmują wynagrodzenie biegłych za wykonaną pracę, koszty zużytych materiałów oraz inne wydatki niezbędne do wydania opinii np. koszty na dojazd do sądu lub różnych innych instytucji w celu zasięgnięcia potrzebnych do wydania opinii informacji.

⁵⁸ Uchwała Nr 1/2010 komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, z dnia 6 stycznia 2010 r., w sprawie zasad podziału środków finansowych pochodzących z przyznanych przez sądy wynagrodzeń za wydane opinie.

opinię realizuje swój obowiązek ustawowy. Opinia komisji nie jest opinią powołanych przez sąd biegłych, ale wspierającego sąd ustawowego organu procesowego i nie ma podstaw do jej wynagradzania na zasadach dotyczących biegłych.

Przyjęta praktyka, wobec nieuregulowania w obowiązujących przepisach wynagradzania członków komisji, prowadzi do nieuprawnionego obciążania sądów kosztami wydawanych opinii przez komisję.

6.2. Przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia wrażliwych danych osobowych, zawartych w przesyłanych protokołach z posiedzeń komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, stanowiło naruszenie art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁵⁹. Ministerstwo Zdrowia nie powinno być odbiorcą danych wrażliwych, a ich przetwarzanie bez upoważnienia wynikającego z ustawy jest niedopuszczalne.

6.3. Komisja nie realizowała zadania polegającego na wizytacji i ocenie zakładów dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których realizowany jest środek zabezpieczający, wynikającego z § 7 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego wskazywał, iż brak własnego zaplecza administracyjno-technicznego utrudnia komisji realizację zadań w tym zakresie.

W konsekwencji komisja nie posiadała rzetelnej wiedzy o faktycznych warunkach, w których realizowany jest środek zabezpieczający. Kontrola ujawniła, że nie wszystkie oddziały psychiatrii sądowej spełniały wymagania określone w przepisach prawa dla tych kategorii oddziałów, co skutkowało obniżeniem jakości świadczeń i miało wpływ na poziom bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

W Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim stwierdzono niezgodności z przepisami⁶⁰ poziomu zatrudnienia personelu w trzech oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - oddziały te winny zatrudniać personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu (mierzona liczbą łóżek), tj.:

- na oddziale XXII o liczbie 36 łóżek, zatrudnienie powinno wynosić 72 etaty - wynosiło 28,75 etatu,
- na oddziale XXIV o liczbie 70 łóżek, zatrudnienie powinno wynosić 140 etatów - wynosiło 48 etatów,
- na oddziale XXIII o liczbie 24 łóżek zatrudnienie powinno wynosić 48 etatów - wynosiło 35,58 etatu.

Według wyjaśnień Dyrektora – „przyczyną powyższych niezgodności był fakt, iż przy aktualnym poziomie zatrudnienia koszt wynagrodzeń stanowi już 80% przychodów Szpitala i nie ma możliwości zatrudnienia nowych pracowników bez powiększenia deficytu finansowego jednostki”.

W ocenie NIK podane przyczyny nie mogą być usprawiedliwieniem dla utrzymywania stanu odbiegającego od poziomu określonego w obowiązujących przepisach.

7. Monitorowanie działań psychiatrycznej opieki zdrowotnej – zbieranie i analizę informacji dotyczących zasobów lecznictwa psychiatrycznego oraz rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce Minister Zdrowia zlecił do realizacji Instytutowi Psychiatrii i Neurologii.

Najwyższa Izba Kontroli jako nierzetelne oceniła zawieranie umów na realizację tego zadania dopiero w grudniu danego roku, co miało miejsce w latach 2009 – 2010. Opóźnienia były efektem długotrwałego uzgadniania planu rzeczowo – finansowego zadania i przygotowywania projektu umowy przez Ministerstwo Zdrowia. Na rok 2011 umowę zawarto w lipcu. Wartość tych umów wynosiła: 270 tys. zł w 2009 r., 400 tys. zł w 2010 r., 270 tys. zł w 2011 r.

⁵⁹ Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

⁶⁰ § 4 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie środków zabezpieczających.

Zwiększenie wartości umowy na 2010 r. wynikało ze zmiany zakresu zleconych zadań tj. wprowadzeniu zadań: „Weryfikacja i opracowanie danych dotyczących całodobowej i ambulatoryjnej opieki neurologicznej, otrzymywanych z Ministerstwa Zdrowia (MZ-29 i MZ-12) oraz z Narodowego Instytutu Zdrowia, Państwowego Zakładu Higieny (Mz/Szp-11), którego koszty ogółem oszacowano na 51 tys. zł oraz opracowanie Aneksu (do użytku wewnętrznego), zawierającego jednostkowe dane o zasobach i personelu psychiatrycznych placówek leczniczych oraz pacjentach w nich leczonych (43 tys. zł), a także zwiększenia kosztów realizacji pozostałych zadań. Pomimo że kwota umowy zawartej na 2011 r. była o 32,5% niższa niż umowy zawartej na 2010 r., zakres rzeczowy umowy (poszczególne zadania) pozostał bez zmian.

Jak wynika z ustaleń kontroli NIK, przeprowadzonej w Instytucie, późny termin zawarcia umów utrudniał tej jednostce racjonalne zaplanowanie prac objętych zleceniem.

8. Najwyższa Izba Kontroli wniosła zastrzeżenia do realizacji programu zdrowotnego „Psychiatryczna opieka zdrowotna w latach 2009–2013”.

W latach 2009–2011, ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, zaplanowano na ten cel ogółem 9.711,1 tys. zł, z czego (do końca 2010 r.) wydatkowano 6.710,9 tys. zł.

Zadania finansowane w ramach programu obejmowały prace remontowo-budowlane, mające na celu dostosowanie oddziałów psychiatrii sądowej do warunków wykonywania środka zabezpieczającego i środka leczniczego.

NIK zwróciła uwagę na późne terminy zawierania niektórych umów na realizację zadań w ramach programu (druga połowa roku), co utrudniało jego realizację, z uwagi na potrzebę przeprowadzenia procedur przetargowych. Powodowało to również problemy z zawieraniem przez szpitale umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (termin zakończenia realizacji umowy w ramach programu wykluczał niekiedy możliwość udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na najbliższy rok).

W latach 2009–2011 nastąpiła stopniowa poprawa w tym zakresie. W 2009 r. wszystkie umowy zawarte zostały w drugim półroczu tego roku. W 2011 r. umowy podpisywano w maju i czerwcu.

9. W ocenie NIK nierzetelnie przygotowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane wobec wolności seksualnej.⁶¹

W wykazie stanowiącym załącznik do tego rozporządzenia nie został umieszczony Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZZOZ) w Gryficach – zakład ambulatoryjny dla skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej. Jak wyjaśnił zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego był to błąd, który powstał w wyniku omyłkowego nieuwzględnienia w projekcie wstępnym pełnych wyników konkursu na realizatorów w roku 2010 programu zdrowotnego „Psychiatryczna opieka zdrowotna w latach 2009–2013”. Zespół został wpisany do załącznika projektu rozporządzenia nowelizującego powyższe rozporządzenie w trakcie prowadzenia czynności kontrolnych przez NIK.

10. W Ministerstwie Zdrowia nie rozpowszechniano informacji zawartych w sprawozdaniach z działalności konsultantów, przesyłanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia⁶², przekazując je jedynie na życzenie pracowników zainteresowanych departamentów.

Naczelnik Wydziału Kształcenia Lekarzy w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że dostrzegając problemy z przepływem informacji, Departament rozważa możliwość umieszczania sprawozdań konsultantów krajowych w intranecie Ministerstwa Zdrowia, tak aby były one dostępne dla wszystkich zainteresowanych.

⁶¹ Dz. U. Nr 230, poz. 1519.

⁶² Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

11. W planach kontroli Ministerstwa Zdrowia, w latach 2009 – 2011, nie przewidziano kontroli dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W tym okresie przeprowadzono sześć kontroli doraźnych.

Cztery kontrole (w styczniu 2009 r.) dotyczyły przestrzegania przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; dwie wspólnie z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta (w marcu 2011 r.) prowadzono w związku z uzyskanymi informacjami o nieprawidłowościach i nadużyciach występujących w szpitalach psychiatrycznych.

12. Skargi i wnioski dotyczące psychiatrycznej opieki zdrowotnej kierowane do Ministra Zdrowia były rozpatrywane przez Wydział Psychiatrii i Patologii Społecznej Departamentu Zdrowia Publicznego (266 skarg, w tym 76% załatwione we własnym zakresie i 24% przekazane wg właściwości) oraz przez Wydział Skarg i Wniosków Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg (94 skargi, w tym 3% załatwione we własnym zakresie i 97% przekazanych według właściwości).

Przekroczenia terminów udzielenia odpowiedzi, określonych w kodeksie postępowania administracyjnego, dotyczyły 3,3% skarg i wniosków związanych z psychiatryczną opieką zdrowotną.

3.2.2 Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z uchybieniami działania Biura w zakresie spraw objętych kontrolą.

1. Organizacja Biura, utworzonego w 2009 r., nie została zakończona, m.in. z powodu ograniczonych środków finansowych. W sierpniu 2011 r. zatrudniano 24 osoby (23,8 etatu) na stanowiskach Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, które wykonywały swoje zadania w 48 placówkach opieki zdrowotnej na terenie 15 województw. Nie udało się, mimo starań, powołać takiego Rzecznika dla zakładów opieki psychiatrycznej działających w województwie opolskim.⁶³ W przepisach prawa powszechnie obowiązującego nie określono wskaźników pozwalających ustalić pożądaną liczbę rzeczników, zapewniającą objęcie ich działaniem wszystkich placówek stacjonarnej opieki psychiatrycznej.

W uzasadnieniu do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 21 marca 2005 r. zakładano pięcioletni okres na zatrudnienie 50 Rzeczników.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2009–2011 dwukrotnie wystąpiło z wnioskiem o przyznanie dodatkowych etatów, m.in. na zwiększenie zatrudnienia w urzędzie. Z otrzymanych w tym okresie 42 etatów w korpusie służby cywilnej, 18 etatów przeznaczono na zatrudnienie pracowników pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

W latach 2009–2011 Biuro przeprowadziło 30 postępowań rekrutacyjnych na te stanowiska. Z 230 zgłaszających się osób wyłoniono 9, które podjęły pracę Rzecznika. W przypadku naboru na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie odnotowano dużego zainteresowania ze strony potencjalnych kandydatów. Istotna liczba nadesłanych ofert nie spełniała wymagań formalnych, wskazanych w ogłoszeniu o naborze, przy czym w przeważającej liczbie przypadków niespełnienie wymagań formalnych polegało na nieudokumentowaniu doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

2. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykorzystywanie jednostkowych informacji od Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i podejmowanie działań w celu identyfikacji

⁶³ Na koniec 2011 r. brakowało Rzecznika również w województwie lubelskim.

zjawisk naruszających prawa pacjentów we wszystkich zakładach leczenia psychiatrycznego oraz inicjowanie specjalistycznych kontroli właściwych służb.

Biuro dysponowało bieżącymi informacjami o działalności Rzeczników. Instrukcja kancelaryjna i indywidualne zakresy obowiązków Rzeczników zapewniały bezpośredni nadzór Zespołu do Spraw Zdrowia Psychicznego nad wykonywaniem przez nich zadań w placówkach objętych ich zakresem działania. Przyjęta praktyka pozwoliła wypracować jednolite standardy postępowania w poszczególnych kategoriach spraw problemowych.

W wyniku analizy spraw zgłaszanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Rzecznik Praw Pacjenta, w marcu 2011 r., zwróciła się do Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej oraz Głównego Inspektora Sanitarnego – o zlecenie podległym im służbom przeprowadzenia doraźnych kontroli/inspekcji w obiektach budowlanych lub ich częściach, tj. szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, na terenach objętych zakresem ich działania.

Główny Inspektor Nadzoru Budowlanego w odpowiedzi z dnia 27 kwietnia 2011 r. poinformował, że w 2010 r. terenowe organy nadzoru budowlanego przeprowadziły kontrole publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podczas której kontrolą objęto również szpitale psychiatryczne oraz oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych. Kontroli poddano 70 obiektów budowlanych w 16 województwach. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.: braku wykonania zaleceń pokontrolnych, braku wpisów w książce obiektu budowlanego lub niesystematycznego/niewłaściwego jej prowadzenia, braku planu sytuacyjnego z naniesionymi włącznikami mediów, wyjść ewakuacyjnych i miejsc postojowych dla osób niepełnosprawnych, braku protokołów przeglądów okresowych, niesprawności instalacji elektrycznej i przewodów wentylacyjnych, pęknięcia tynków zewnętrznych. W wyniku ww. kontroli m.in. nakazano: naprawę przewodów kominowych, schodów zewnętrznych, odprowadzeń wód opadowych z dachu, lamp oświetleniowych zewnętrznych; naprawę i zakonserwowanie elementów blacharskich; pomalowanie konstrukcji schodów przeciwpożarowych; wykonanie zaleceń wynikających z protokołu kontroli 5-letniej budynku.

Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej, przy piśmie z dnia 28 lipca 2011 r. przekazał „Wyniki czynności kontrolno-rozpoznawczych z zakresu przestrzegania przepisów przeciwpożarowych w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych”, przygotowane przez Biuro Rozpoznawania Zagrożeń KGPS. Opracowanie zawiera omówienie wyników prowadzonych systematycznie czynności kontrolno-rozpoznawczych w obiektach szpitali psychiatrycznych oraz szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi, prowadzonych w latach 2009-2011 (do 15 lipca). Ogółem przeprowadzono 290 kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego w 359 obiektach. W 303 (84,4%) obiektach stwierdzono łącznie 1128 nieprawidłowości. W celu doprowadzenia do ich usunięcia, komendy wszczęły postępowania nakazowo-egzekucyjne, w tym m.in.: wydano 179 decyzji administracyjnych w sprawie usunięcia uchybień oraz 1 dotyczącą wstrzymania robót i zakazu eksploatacji, nałożono 4 mandaty karne, podjęto 12 postępowań egzekucyjnych, skierowano 33 wystąpienia do innych organów administracji. KGPS, oceniając wyniki kontroli, stwierdziła, że stan ochrony przeciwpożarowej badanych obiektów jest niezadowalający. Wskazała na wysoki odsetek obiektów ze stwierdzonymi nieprawidłowościami (84,4%), wysoki udział w strukturze nieprawidłowości warunków mogących powodować powstanie realnego zagrożenia dla życia ludzi, w tym 48% związanych z niezapewnieniem warunków bezpiecznej ewakuacji oraz złym stanem urządzeń i instalacji użytkowych – 11% ogółu stwierdzonych nieprawidłowości.

Główny Inspektor Sanitarny, pismem z dnia 10 sierpnia 2011 r., przekazał Rzecznikowi Praw Pacjenta zbiorcze sprawozdanie z kontroli zakładów opieki psychiatrycznej w 16 województwach. Kontrole obejmowały zakres higieny komunalnej i środowiska oraz epidemiologii, higieny pracy, higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku.

W większości jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń w zakresie psychiatrii, stwierdzono nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń dla pacjentów i personelu, urządzeń higieniczno-sanitarnych oraz wyposażenia sal chorych. W wyniku kontroli Państwowi Inspektorzy Sanitarni wydali 33 decyzje administracyjne nakazujące usunięcie nieprawidłowości oraz wszczęli 16 postępowań administracyjnych w tych sprawach.

3. Stosownie do § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego⁶⁴, Rzecznicy przedstawiali Rzecznikowi Praw Pacjenta okresowe informacje dotyczące przestrzegania praw pacjenta oraz działań podejmowanych w tym zakresie.

Do końca 2010 r. Rzecznicy składali miesięczne informacje zbiorcze o swojej działalności. Na podstawie informacji Rzeczników za okres od stycznia do czerwca 2011 r. Zespół ds. Zdrowia Psychicznego opracował analizę zbiorczą ich działalności, która zawierała omówienie działań interwencyjnych, doradczych, informacyjno-edukacyjnych i kontrolnych, a także prezentowała formy kontaktu Rzeczników z pacjentami i ich opiekunami oraz pracownikami szpitali, w tym z kadrą kierowniczą. W materiale tym przedstawiono najczęściej rejestrowane sprawy dotyczące nieprzestrzegania praw pacjentów. Ponadto w analizie przedstawiono wnioski i rekomendacje.

W ocenie NIK analizy sprawozdań zawierały ważne informacje o problemach pacjentów szpitali psychiatrycznych, jednak ich prezentacja nie pozwalała na ocenę skali nieprawidłowości wykazanych przez Rzeczników.

3.2.3 Instytut Psychiatrii i Neurologii

Najwyższa Izba Kontroli oceniła pozytywnie działalność naukowo-badawczą Instytutu dotyczącą opieki psychiatrycznej w Polsce, w zakresie organizacji opieki psychiatrycznej stacjonarnej i niestacjonarnej oraz działalności szpitali psychiatrycznych dla zapewnienia przestrzegania praw pacjentów.

1. Instytut prowadzi badania funkcjonowania i dostępności wszystkich form opieki psychiatrycznej oraz rejestrowanego w nich rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na podstawie danych zbieranych z wykorzystaniem formularzy statystyki publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz otrzymanych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

NIK zwraca uwagę, że Rocznik Statystyczny 2009 „Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej - Część I. Lecznictwo Psychiatryczne” został opublikowany dopiero we wrześniu 2011 r.

Poza wskazanymi przez Instytut przyczynami opóźnienia, leżącymi po stronie placówek opieki psychiatrycznej (niska jakość przesyłanych sprawozdań, opóźnienia w przekazywaniu danych, błędy w sprawozdawczości), wpływ na termin publikacji Rocznika miał również stan zatrudnienia w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, w Zakładzie brak było osoby, która w sposób ciągły i w pełnym wymiarze czasu zajmowałaby się pracami statystycznymi/obliczeniowymi niezbędnymi do przeprowadzania analiz.

2. Prace Instytutu miały istotny wkład w opracowanie i propagowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), w tym:

- uczestnictwo w pracach nad ustawowym umocowaniem NPOZP oraz projektem rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego ;
- przygotowanie, na zamówienie Ministra Zdrowia, opracowania w zakresie epidemiologii, analizy zasobów oraz nakładów finansowych w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej: Priorytety Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego: Ekspertyza, rozpowszechniana jako materiały na konferencję zorganizowaną przez Ministerstwo Zdrowia, m.in. dla przedstawicieli samorządu terytorialnego;
- przygotowanie na naradę konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii w 2010 r., prezentacji dotyczącej prowadzonych analiz w zakresie wysokości i dystrybucji nakładów (ze środków NFZ) na poszczególne formy organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym na opiekę dla dorosłej populacji z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie wykładów tematycznych promujących NPOZP.

⁶⁴ Dz. U. Nr 16, poz. 126 ze zm.

3. W ramach badań „Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej” w Instytucie opracowano narzędzie służące do oceny funkcjonowania stacjonarnych oddziałów opieki psychiatrycznej oraz przeprowadzono wstępne oceny jego przydatności w wybranych ośrodkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Kwestionariusz ten nie był dotychczas wykorzystywany przez Instytut przy prowadzeniu wizyt monitorujących, z powodu ograniczonych środków finansowych.

Zdaniem NIK niezbędne są działania na rzecz wykorzystania wyników prac badawczych w praktyce gromadzenia informacji o lecnicztwie psychiatrycznym, z wykorzystaniem konsultantów wojewódzkich oraz innych podmiotów prowadzących i nadzorujących placówki opieki psychiatrycznej.

NIK pozytywnie ocenia także zaangażowanie Instytutu w opracowanie standardów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

3.2.4 Szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych

W szpitalach, które były już kontrolowane przez NIK w 2007 r. stwierdzono pewną poprawę w porównaniu z wynikami tamtej kontroli. Nie udało się jednak usunąć wszystkich nieprawidłowości, zwłaszcza tych, które wymagają nakładów finansowych na infrastrukturę szpitali oraz systematycznych działań edukacyjnych kierowanych do personelu medycznego.

Badaniem objęto 18 szpitali, w tym 11 szpitali psychiatrycznych i 7 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, położonych na terenie 9 województw.

W tej grupie cztery szpitale były kontrolowane przez NIK w 2007 r.: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Babińskiego w Krakowie, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie.

1. Tylko w 12 szpitalach (66,7%) objętych kontrolą stwierdzono pełen dostęp do informacji o: – regulaminie porządkowym, – zasadach i terminach odwiedzin, - prawie do opieki duszpasterskiej, – imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej; – karcie praw pacjenta, – trybie składania skarg i wniosków, – adresie oraz numerze telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego NFZ oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, – informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, – działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (o możliwości korzystania z pomocy Rzecznika przez pacjenta jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego oraz dniach, godzinach i miejscu przyjęć przez Rzecznika). W grupie tej było siedem z dziewięciu szpitali, w których działali Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W pozostałych szpitalach, ich kierownicy podjęli działania na rzecz udostępnienia pacjentom ww. informacji, jeszcze w trakcie trwania kontroli NIK.

2. Zasady przyjęć do szpitala/oddziału psychiatrycznego zostały opisane w rozdziale 3 uoozp oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującym szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736).

Odstępstwa od rzetelnego dokumentowania wykonania obowiązujących procedur w zakresie przyjmowania do szpitala pacjentów bez ich zgody (w trybie art. 23, 24, 28 i 29 uoozp) stwierdzono w 15 kontrolowanych jednostkach (83,3%).

Na podstawie badania 341 zanonimizowanych historii chorób ustalono, że najczęściej występujące nieprawidłowości dotyczyły niedokumentowania: - braku możliwości zasięgnięcia opinii drugiego

lekarza psychiatry lub psychologa (art. 23 ust. 2 uoopz) w 67 przypadkach; - zatwierdzenia przez ordynatora/kierownika oddziału przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody (art. 23 ust. 4 uoopz) w 165 przypadkach; - poinformowania pacjenta, który cofnął zgodę na leczenie w trakcie pobytu w oddziale, o przyczynach zatrzymania i jego prawach (art. 28 uoopz) 72 przypadkach; - zapoznania osoby przyjętej do szpitala z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33 ust. 2 uoopz) w 186 przypadkach.

W ocenie NIK opisane wyżej nieprawidłowości wskazują na brak staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej, a pośrednio na nieznaną obowiązków w tym zakresie przepisów prawa przez lekarzy i niedostateczny nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez kierowników oddziałów.

W trzech przypadkach, ordynatorzy oddziałów psychiatrycznych, wyjaśniając przyczyny nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji medycznej, wskazywali, że dotychczasowe kontrole tej dokumentacji prowadzone przez sędziów nadzorujących szpitale nie wykazywały nieprawidłowości.

Ponadto ustalono, że w żadnej z 64 historii chorób pacjentów przyjętych do szpitala/oddziału psychiatrycznego bez ich zgody, w trybie art. 29 uoopz (na podstawie orzeczenia sądu), nie odnotowano poinformowania tych osób o przyczynach hospitalizacji i planowanym leczeniu. Domniemanie poinformowania pacjenta przez sąd o przyczynach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody nie może zastąpić informacji udzielonej przez lekarza w szpitalu, bowiem zaniechanie takie narusza podmiotowy charakter relacji pacjent – lekarz, w trakcie badania w izbie przyjęć i ogranicza prawa pacjenta. Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza, który osobiście go zbadał, przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

3. Przymus bezpośredni stanowi najbardziej drastyczną formę pogwałcenia nietykalności osobistej. Ustawa o oopz (art. 18) dopuszcza stosowanie przymusu bezpośredniego, określając warunki i tryb jego stosowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w uoopz, można stosować tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia (art. 21, 34, 40).

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który jednocześnie określa rodzaj zastosowanego środka oraz nadzoruje jego wykonanie. Przed jego zastosowaniem uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy i zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro osoby wobec której jest stosowany.

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego ocenia, w terminie 3 dni, kierownik zakładu, lub lekarz przez niego upoważniony.

Sposób stosowania przymusu bezpośredniego oraz wzory obowiązkowej dokumentacji medycznej w tym zakresie określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rozporządzeniu z dnia 23 sierpnia 1995 r.⁶⁵

W wyniku analizy 153 zanonimizowanych historii chorób zawierających 199 „Kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji” pacjentów, wobec których stosowano przymus bezpośredni, stwierdzono nieprawidłowości polegające na: - niedokumentowaniu w historii choroby opisu badania lekarskiego poprzedzającego (uzasadniającego) zlecenie zastosowania przymusu (w 92 przypadkach – 46,2%) oraz poprzedzającego decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu na

⁶⁵ Dz. U. Nr 103, poz. 514.

kolejne okresy sześciogodzinne (114 przypadków – 57,3%); – braku potwierdzenia dokonania przez kierownika szpitala oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego (89 przypadków – 44,7%); – nie rejestrowaniu w Kartach krótkotrwałego uwolnienia z unieruchomienia co 4 godziny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, przyjmowania posiłków i napojów (97 przypadków – 48,7%).

W oddziale Psychiatrycznym Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w ośmiu przypadkach z dziewięciu badanych dokumentacji, zlecono przymus bezpośredni od razu na 24 godziny. W Kartach nie wpisywano daty, godziny ani powodów przedłużenia stosowania przymusu na kolejne 6 godzin, poprzestając na postawieniu imiennej pieczętki i parafki lekarza w poprzek - na zapisach o stanie fizjologicznym pacjenta. W ośmiu przypadkach przekroczone czas 4 godzin wymaganych do krótkotrwałego uwolnienia (kod 11 w Karcie), gdy czas ciągłego unieruchomienia wahał się od 8 do nawet 92 godzin. W dwóch przypadkach nie odnotowano podania pacjentowi posiłku (kod 8 i 9), mimo że czas zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego wynosił odpowiednio 53 godziny i 72 godziny, w przypadku pozostałych 6 pacjentów odnotowano tylko kilkakrotne podanie posiłku (od jednego do siedmiu razy, w jednym przypadku 28 razy w ciągu 120-godzinnego zastosowania przymusu bezpośredniego).

W Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, w dziewięciu przypadkach zastosowania unieruchomienia, w dokumentacji medycznej ograniczono się do odnotowania w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego wpisów określających datę, godzinę oraz podpis i imienną pieczętkę lekarza zlecającego przedłużenie, natomiast w historiach choroby nie odnotowano wyniku osobistego badania lekarskiego i powodu przedłużenia zastosowania przymusu bezpośredniego na kolejne sześć godzin. W trzech przypadkach przekroczone czas 4 godzin wymaganych do krótkotrwałego uwolnienia w sytuacjach, gdy czas ciągłego unieruchomienia wynosił nawet do 92 godzin.

W Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu analiza losowo wybranych 15 dokumentacji pacjentów wykazała, że w żadnej z badanych spraw nie było potwierdzeń powiadomienia dyrektora szpitala o zastosowanym przymusie. W pięciu przypadkach czas stosowania przymusu bezpośredniego, bez potwierdzenia o jego przedłużeniu, wynosił w cyklu ciągłym od 14 do 24 godzin.

W Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. S. Kryżana w Starogardzie Gdańskim w 12 losowo wybranych Kartach zastosowania unieruchomienia stwierdzono: – w dziewięciu przypadkach nie odnotowano czasu trwania zabezpieczenia, – w trzech przypadkach nie podano rodzaju zastosowanego zabezpieczenia, – w sześciu przypadkach nie odnotowano czasu i godziny zwolnienia z zabezpieczenia, – w trzech przypadkach nie było wpisów potwierdzających badanie lekarskie przy każdorazowej decyzji o przedłużeniu czasu trwania zabezpieczenia.

Wyjaśnienia w sprawie przyczyn opisanych nieprawidłowości, złożone w trakcie kontroli przez lekarzy i ordynatorów, w ocenie NIK, wskazują na niedostateczne zaangażowanie personelu medycznego w przestrzeganie wymogów formalnych przy dokumentowaniu przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego oraz nieskuteczność edukacji w tym zakresie. Nie można wykluczyć, iż brak niektórych wpisów nie wynikał z niestarannego prowadzenia dokumentacji, ale był efektem niewykonania określonych przepisami procedur i nierespektowania praw pacjenta.

Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik szpitala.⁶⁶ Kontrola akt osobowych pracowników medycznych zlecających, wykonujących i nadzorujących czynności przymusu bezpośredniego w 12 szpitalach wykazała, że nie było w nich dokumentów potwierdzających odbycie szkolenia w tym zakresie. Kierownicy szpitali organizowali szkolenia dotyczące sposobów stosowania przymusu bezpośredniego wykorzystując własny personel medyczny. Dokumentowanie szkoleń polegało na ogólnym określeniu tematu w nagłówku listy obecności uczestników szkolenia. Nie było

⁶⁶ Por. § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514).

dokumentów potwierdzających zakres, formę i szczegółową tematykę szkoleń. W ocenie NIK działania takie nie mogą być uznane za rzetelne spełnienie obowiązku określonego w przepisach prawa. Uznając ważność bezpieczeństwa pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i personelu medycznego przy stosowaniu przymusu bezpośredniego, celowe jest opracowanie szczegółowego zakresu tematycznego i form szkolenia w tym zakresie, uwzględniającego wszystkie obowiązujące przepisy prawa.

4. Wszyscy pacjenci pilnie wymagający leczenia szpitalnego byli przyjmowani na bieżąco, nawet w sytuacjach braku wolnych miejsc. Powodowało to okresowe nadmierne zgęszczenie łóżek w salach chorych i umieszczanie pacjentów na korytarzach.

Listy oczekujących na hospitalizację w trybie planowym prowadzono dla oddziałów rehabilitacji psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz psychiatrii sądowej.

Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów:

- rehabilitacji psychiatrycznej - wynosił od 20 dni w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Babińskiego w Krakowie, do 228 dni (przypadki stabilne) w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie,
- leczenia uzależnień – od 30 dni w SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, do 659 dni w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Babińskiego w Krakowie,
- psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia - od 15 dni w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku, do 726 dni w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie.

Forma i sposób prowadzenia list w połowie szpitali nie odpowiadała wymaganiom określonym w przepisach prawa.

5. Wszystkie kontrolowane szpitale zapewniały pacjentom z zaburzeniami psychicznymi świadczenia diagnostyczne i lecznicze współistniejących chorób somatycznych. Osoby leczone w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych korzystały ze świadczeń specjalistycznych innych oddziałów tych szpitali. Szpitale psychiatryczne, w celu zapewnienia świadczeń innych niż psychiatryczne, zawierały umowy ze specjalistami innych dziedzin medycznych lub z zakładami opieki zdrowotnej, oferującymi świadczenia diagnostyczne i lecznicze, odpowiednie dla hospitalizowanych w tych szpitalach. Konieczność zapewnienia osobom leczonym w szpitalu wszystkich świadczeń, w tym leków stosowanych w somatycznych chorobach przewlekłych, powodowała podwyższenie kosztów leczenia.

Nie stwierdzono przypadków uzasadnionych skarg pacjentów lub ich rodzin, adresowanych do kierowników szpitali, na ograniczenia dostępu do świadczeń związanych z chorobami somatycznymi. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz Sędziowie wizytujący oddziały psychiatryczne, także nie odnotowali takich przypadków.

6. Kontrolowane szpitale zapewniały pacjentom bezpieczne przechowywanie pieniędzy i przedmiotów wartościowych na czas hospitalizacji. Uregulowania wewnętrzne zasad postępowania z depozytami odpowiadały obowiązującym przepisom prawa.

Przedmioty wartościowe i pieniądze przechowywano w kasie szpitala (w dziewięciu zakładach) lub na terenie poszczególnych oddziałów w kasetach lub szafach specjalnie zabezpieczonych (w dziewięciu zakładach). W ośmiu szpitalach prowadzono odrębne rachunki bankowe na których przechowywano depozyty pieniężne pacjentów, z indywidualnym rozliczeniem obrotów i odsetek dla każdego pacjenta. Pacjenci mogli także odbierać przekazy pieniężne, renty lub emerytury bezpośrednio od listonosza. Swoboda dysponowania depozytami pieniężnymi przez pacjentów było uzależnione od ich stanu zdrowia, każdorazowo potwierdzanego przez ordynatora oddziału. Nie odnotowano skarg na ograniczanie dostępu pacjentów do ich depozytów.

7. Wykonanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” w 2009 r., w 10 z 18 kontrolowanych szpitali było wyższe od wartości określonych w umowach

z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia o 11 189,3 tys. zł, a w 2010 r. w dziewięciu szpitalach o 5 549,4 tys. zł. W wyniku aneksów do umów, ugód przed sądem i wyroków sądowych w 2009 r. dziewięć szpitali uzyskało zapłatę za „nadwykonania” w wysokości 3 871,2 tys. zł, tj. 34,6% ich wartości, a w 2010 r. siedem zakładów uzyskało zapłatę 4 200,9 tys. zł, tj. 75,7% wartości nadwykonań. Zwrócić należy uwagę, że nie wszystkie postępowania o zapłatę za świadczenia wykonane w 2009 r. zostały zakończone.

8. Funkcjonowanie wewnętrznej kontroli przestrzegania praw pacjenta w siedmiu szpitalach miało zorganizowaną formę. Dwa szpitale legitymowały się certyfikatami ISO 9001:2008. W pięciu powołano zespoły lub stanowiska do spraw jakości świadczeń lub praw pacjenta. W dwóch szpitalach organizowano okresowe szkolenia personelu medycznego na temat przestrzegania praw pacjenta. Kierownicy jedenastu szpitali, udzielając informacji o zasadach kontroli przestrzegania praw pacjenta, wskazywali na wystarczającą kontrolę i nadzór sprawowany w tym zakresie przez kadrę kierowniczą szpitala i poszczególnych jednostek organizacyjnych.

9. W okresie objętym kontrolą NIK, zewnętrzne kontrole badanych 15 szpitali były prowadzone przez ich organy założycielskie, średnio jeden raz w roku i dotyczyły głównie gospodarowania mieniem, przestrzegania przepisów o finansach publicznych i o zamówieniach publicznych. Tylko w sześciu zakładach kontrolowano funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych, w tym w jednym badano przestrzeganie praw pacjentów. Rady społeczne tylko dwóch szpitali analizowały okresowo skargi pacjentów adresowane do kierowników zakładów.

W tym czasie konsultanci wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii skontrolowali trzy szpitale, w jednym przypadku stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej.

Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia 14 razy kontrolowały 11 szpitali (w tym osiem psychiatrycznych), w trzech przypadkach stwierdzając odstępstwa od postanowień umów o świadczenia zdrowotne.

Prezesa Sądów Okręgowych wyznaczyli sędziów, którzy w 13 szpitalach przeprowadzili w latach 2009-2011 (I półrocze) 44 wizytacje, kontrolując legalność przyjmowania i przebywania w szpitalach psychiatrycznych osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich osoby te przebywają. W pięciu przypadkach sędziowie stwierdzili nieprawidłowości dotyczące: prowadzenia dokumentacji medycznej (trzy przypadki), niezawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta bez zgody (jeden przypadek) oraz warunków sanitarnych (jeden przypadek).

10. Stan techniczny obiektów budowlanych 14 skontrolowanych szpitali był niezadowolający. We wszystkich szpitalach stwierdzono odstępstwa od wymagań sanitarnych i technicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.⁶⁷ W siedmiu szpitalach służby nadzoru budowlanego oraz Państwowej Straży Pożarnej stwierdziły nieprawidłowości i wydały decyzje w sprawie ich usunięcia.

Wykonanie decyzji administracyjnych i dostosowanie obiektów do wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawa wiąże się z koniecznością zaangażowania znacznych środków finansowych. W sytuacji, w której szpitale mają trudności z finansowaniem wydatków bieżących, nie są w stanie prowadzić kosztownych inwestycji bez wsparcia ich organów założycielskich.

Zwrócić należy uwagę, że niewykonanie decyzji stwarza potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu szpitali.

⁶⁷ (Dz. U. Nr 31, poz. 158).

11. Oględziny 546 sal chorych przeprowadzono w 67 oddziałach, o łącznej liczbie łóżek 2.830 (49,7% ogólnej liczby łóżek w kontrolowanych 18 szpitalach). Ustalono, że 387 pokoi łóżkowych (71%) nie spełniało wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Stwierdzono m.in., że łóżka w tych pomieszczeniach nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami nie umożliwiały swobodnego dostępu do pacjenta, co było niezgodne z wymogami § 17 i 18 ww. rozporządzenia. W połowie oddziałów nie wydzielono odcinków obserwacyjno-diagnostycznych lub pokoi obserwacyjnych (zał. 1, rozdz. X, pkt 6 do ww. rozporządzenia).

Warunki pobytu pacjentów w 31 (46,3%) oddziałach pogarszały „dostawki”. Dodatkowe łóżka umieszczone były w świetlicach, na korytarzach oraz w pokojach łóżkowych.

Pomieszczenia 42 (62,7%) oddziałów nie były przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

Estetyczność pomieszczeń 35 (52,2%) oddziałów była niezadowolająca. W czasie oględzin stwierdzono brudne ściany w pokojach łóżkowych i toaletach oraz zły stan stolarki okiennej. Toalety nie były wyposażone w papier toaletowy, dozowniki mydła i ręczniki jednorazowego użytku. Kabiny toalet w co czwartym oddziale nie zapewniały pacjentom intymności, ponieważ drzwi tylko częściowo zasłaniały kabinę.

Wszystkie kontrolowane oddziały szpitalne i izby przyjęć dysponowały warunkami zapewniającymi poszanowanie godności i intymności w trakcie udzielania świadczeń.

12. W sześciu szpitalach psychiatrycznych stwierdzono niezgodność organizacji szpitala z rejestrem zakładów prowadzonym przez wojewodę, statutem i regulaminem porządkowym. Odstępstwa polegały na nieaktualnym wykazie komórek organizacyjnych, ich nazewnictwie oraz liczbie łóżek w poszczególnych oddziałach. We wszystkich przypadkach kierownicy szpitali podjęli działania na rzecz usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, jeszcze w trakcie kontroli NIK.

4.1 Przygotowanie kontroli

Opieka psychiatryczna była przedmiotem kontroli NIK w 1997 r., w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁶⁸ i w 2007 r. w zakresie funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej⁶⁹. Wyniki tych kontroli posłużyły do przygotowania programu obecnej kontroli.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolą objęto Ministerstwo Zdrowia, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz 18 zakładów opieki psychiatrycznej, w tym Instytut Psychiatrii i Neurologii, 10 szpitali psychiatrycznych i siedem oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, położonych na terenie dziewięciu województw (lubelskiego, łódzkiego, opolskiego, pomorskiego, śląskiego, małopolskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego i zachodnio-pomorskiego), w których działało 79 zakładów opieki psychiatrycznej.

W ocenie warunków sanitarnych, technicznych, budowlanych i przeciwpożarowych wykorzystano opinie opracowane przez Państwowego Głównego Inspektora Sanitarnego, Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego oraz Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, dotyczące szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, przygotowane m.in. na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta oraz NIK.

Siedemnastu kierowników podmiotów kontrolowanych podpisało protokoły kontroli bez zastrzeżeń. W jednym przypadku zastrzeżenia zostały uwzględnione przez kontrolerów. W dwóch przypadkach zastrzeżenia zostały rozpatrzone przez komisje odwoławcze, z tego w jednym przez komisję rozstrzygającą.

Do kierowników wszystkich jednostek kontrolowanych skierowano wystąpienia pokontrolne, zawierające łącznie 95 wniosków pokontrolnych, z czego 41 zrealizowano, 18 nie zrealizowano, a 36 jest w trakcie realizacji.

Ponadto skierowano dwa wystąpienia pokontrolne do organów założycielskich szpitali.

Do ocen, uwag i wniosków w wystąpieniach pokontrolnych trzy jednostki złożyły zastrzeżenia. W dwóch przypadkach zastrzeżenia zostały rozpatrzone przez komisje odwoławcze, w jednym przypadku przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli.

Wnioski pokontrolne dotyczyły w szczególności:

- adresowane do Ministra Zdrowia:
 - zapewnienia warunków dla sprawnej realizacji zadań przypisanych Ministrowi Zdrowia w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w celu wyeliminowania występujących opóźnień;
 - zintensyfikowania działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności powołania Rady do spraw Zdrowia Psychicznego;
 - podjęcia działań dla uregulowania w przepisach prawa powszechnie obowiązującego zasad wynagradzania członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających lub spowodowanie zaprzestania wystawiania rachunków za opinie wydawane przez komisję;

⁶⁸ Por.: Informacja o wynikach kontroli realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Nr ewid. 212/97/P/094/DZK.

⁶⁹ Por.: Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej Nr ewid. 8/2008/P07165/LWR.

- wyeliminowania przypadków naruszania ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych przy przetwarzaniu danych w protokołach z posiedzeń komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających;
- podjęcia działań organizacyjnych w celu wcześniejszego zawierania przez Ministerstwo Zdrowia umów z podmiotami zewnętrznymi w celu zminimalizowania utrudnień w planowaniu i realizacji zlecanych zadań;
- rozważenia uwzględnienia w planach kontroli zagadnień dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- do Rzecznika Praw Pacjenta:
 - rozważenia poszerzenia analiz okresowych sprawozdań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego o dane liczbowe obrazujące skalę poszczególnych zjawisk naruszeń praw pacjentów;
 - podjęcia działań na rzecz zapewnienia wystarczającej liczby Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, pozwalającej objąć zasięgiem ich działania wszystkie placówki stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym rozważenie poszerzenia kręgu adresatów ogłoszeń o naborze na to stanowisko;
- do dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
 - podjęcia inicjatywy w celu upowszechnienia i wdrożenia, opracowanego przez Instytut kwestionariusza „Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej”, stosowanego jako narzędzie oceny systemu organizacji opieki psychiatrycznej;
- do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej:
 - podjęcia działań zapewniających realizację obowiązujących procedur w zakresie przyjmowania pacjentów bez ich zgody i stosowania przymusu bezpośredniego;
 - wprowadzenia rozwiązań organizacyjnych zapewniających kompletność i rzetelność dokumentacji medycznej, uwzględniającej wszystkie działania podejmowane w stosunku do pacjentów, w tym dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego oraz skuteczny nadzór nad prawidłowym jej prowadzeniem i przechowywaniem;
 - zapewnienia rzetelnego prowadzenia list osób oczekujących na przyjęcie do szpitala (oddziału) psychiatrycznego oraz terminowe przekazywanie ich do NFZ,
 - umieszczania w szpitalu informacji o: trybie składania skarg i wniosków, adresie oraz numerze telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków OW NFZ oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
 - prowadzenia rejestru przyjęć do oddziału psychiatrycznego pacjentów bez ich zgody, stosownie do wzoru ustalonego przepisami prawa oraz spowodowania odnotowywania w dokumentacji medycznej faktu zatwierdzenia przyjęcia w tym trybie, przez lekarza kierującego oddziałem;
 - zapewnienia przestrzegania terminowego zawiadamiania kierownika szpitala o każdym zastosowaniu przymusu bezpośredniego, a także dokumentowania oceny zasadności zastosowania przymusu przez tego kierownika;
 - zapewnienia systemu telewizji wewnętrznej, umożliwiającej obserwację izolatek oraz sal w oddziałach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia,

- doprowadzenia do zgodności stanu zatrudnienia w oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz z warunkami umowy z NFZ,
- stosowania obowiązujących wzorów zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala osób przebywających tam bez zgody, także przyjętych w trybie wnioskowym;
- zapewnienia rzetelnego prowadzenia ksiąg i kart depozytowych środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych osób hospitalizowanych;
- dokumentowania szkoleń pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego;
- uporządkowania organizacji szpitala oraz uaktualnienia zapisów w statucie, regulaminie porządkowym oraz Księdze rejestrowej, prowadzonej przez wojewodę,
- podjęcia działań zmierzających do pozyskania środków na przeprowadzenie koniecznych robót remontowo-modernizacyjnych w celu dostosowania pomieszczeń oddziałów psychiatrycznych do wymogów określonych przez Ministra Zdrowia i organy nadzoru budowlanego, sanitarnego i straży pożarnej, dla zwiększenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów;
- przeprowadzania przeglądów obiektów w obowiązujących terminach oraz zrealizowanie zaleceń z kontroli w zakresie ochrony pożarowej oraz kontroli stanu technicznej sprawności obiektów budowlanych, a także prowadzenia ksiąg obiektów budowlanych w sposób zgodny z obowiązującymi wymogami;

Odrębne uregulowania dotyczące przyjmowania, leczenia i wypisywania ze szpitala psychiatrycznego osób z zaburzeniami psychiatrycznymi określone w ustawie o ozp.

Ustawa o ozp w art. 3 pkt 1 określa, że pojęcie **osoba z zaburzeniami psychicznymi** odnosi się do 3 kategorii osób: chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo oraz wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Określenie **szpital psychiatryczny** według art. 3 pkt 2 uoozp odnosi się również do: a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, b) kliniki psychiatrycznej, c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, d) innego zakładu opieki zdrowotnej sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową niezależnie od podmiotu, które je tworzy i utrzymuje.

Istotne znaczenie dla stosowania przepisów uoozp ma **pojęcie „zgody”** wyrażanej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, określone w art. 3 pkt 4 tej ustawy, jako swobodnie wyrażona zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania⁷⁰.

Zdefiniowanie tego pojęcia było konieczne w związku z art. 82 k.c.⁷¹, który stanowi, że „*nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych*”. Ważność oświadczeń woli składanych przez takie osoby była w przeszłości i mogłaby być często kwestionowana. Wspomniana wyżej tendencja, wynikająca z błędnego domniemania, że każda osoba z zaburzeniami psychicznymi znajduje się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji, prowadziłyby do merytorycznie nieuzasadnionego, a przez to rażącego ograniczenia podmiotowości i autonomii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi⁷².

Postępowanie lecznicze bez zgody jest dopuszczalne tylko wobec niektórych kategorii pacjentów, a w tych przypadkach, kiedy uoozp je dopuszcza, podlega ono daleko idącym rygorom i kontroli. Generalną przesłanką dopuszczalności podjęcia jakiegokolwiek postępowania leczniczego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi jest jego pisemna zgoda. Ocena rzeczywistej zdolności zrozumienia przez pacjenta przekazywanej informacji należy do lekarza, wobec którego zgoda jest wyrażana. Pisemną zgodą na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego jest każde oświadczenie wyrażone na piśmie, które w sposób dostateczny wyraża wolę pacjenta w sprawie hospitalizacji⁷³.

⁷⁰ R. Rutkowski „Wybrane aspekty przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych” PPIIn 1996 r. Nr 5 oraz M. Boratyńska, P. Konieczniak – „Prawa pacjenta” Warszawa – 2001 r.

⁷¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

⁷² A. Ciecierska, D. Gajdus, „Ochrona zdrowia psychicznego” Kontrola Państwowa, 1998, nr 1, s. 64.

⁷³ S. Dąbrowski, Wdrażanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1995, nr 4 s. 443.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi przebywające w szpitalu psychiatrycznym mają prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami oraz niekontrolowania korespondencji (art. 13 uoopz).

Ustawa o ozp w art. 18 wprowadza określenie **przymus bezpośredni** oraz warunki i tryb jego stosowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni stanowi najbardziej drastyczną formę pogwałcenia nietykalności osobistej. Zgodnie z tym artykułem, przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w uoopz, można stosować tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1. dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, innej osoby, lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty w ich otoczeniu, lub
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Niezależnie od wymienionych przesłanek przymus bezpośredni może być stosowany także wtedy, gdy przepis ustawy upoważnia do jego zastosowania, tj. w sytuacjach określonych w art. 21, 34, 40 uoopz.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który jednocześnie określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz nadzoruje jego wykonanie. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy i zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro osoby wobec której jest stosowany. W sytuacjach, które mogą mieć miejsce w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza (art. 18 ust. 2), a w przypadku jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii (art. 18 ust. 3 uoopz).

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 18 ust. 2). Art. 18 ust. 6 uoopz wymienia środki przymusu bezpośredniego oraz wprowadza ograniczenia w zakresie stosowania form przymusu w postaci przytrzymania, przymusowego zastosowania leków, unieruchomienia lub izolacji, w zależności od zachowania osób objętych tym przymusem.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, lub lekarz przez niego upoważniony,
- przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub innego lekarza, (a także kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych)⁷⁴ – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (art. 18 ust. 10).

⁷⁴ Por. art. 18 uoopz zmieniony przez art. 1 pkt 12 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ozp (Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 19) z dniem 11 lutego 2011 r.

Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rozporządzeniu z dnia 23 sierpnia 1995 r.⁷⁵ W §§ 3-6 określone zostały środki stosowania przymusu, w § 9 wskazano, że przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania, lekarz zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny, w razie potrzeby, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w karcie zastosowania tych środków z uzasadnieniem przyczyn ich zastosowania, rodzaju i czasu trwania unieruchomienia lub izolacji, dołączonej do dokumentacji medycznej pacjenta oraz odrębnie odnotowywane jest w tej dokumentacji. Pielęgniarka dyżurna kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, i ocenia prawidłowość unieruchomienia, zapewnia krótkotrwale uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny, a adnotacje o stanie osoby zamieszcza w karcie (§§ 13-15) oraz w raporcie pielęgniarskim.

Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności (§ 17). Szkolenie takie jest organizowane przez kierownika zakładu.

W załącznikach do ww. rozporządzenia ustalone zostały wzory dokumentów, tj. karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i postępowanie lecznicze regulują przepisy rozdziału 3 uoosp (art. 21-37) zawierające przepisy szczególne o postępowaniu leczniczym, w tym przyjęcie do szpitala, postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez jej zgody, wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej tam bez jej zgody.

W myśl art. 21 ust. 1 uoosp badanie psychiatryczne może być przeprowadzone dobrowolnie, bądź przy użyciu przymusu bezpośredniego w stosunku do osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych: - może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest ona zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Konieczność przeprowadzenia badania przy użyciu przymusu bezpośredniego, stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz (art. 21 ust. 2). Lekarz, który przeprowadził przymusowe badanie psychiatryczne, ma obowiązek odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego (art. 21 ust. 4). Postępowanie takie podlega ocenie z uwzględnieniem przepisów dotyczących przymusu bezpośredniego (por. art. 18 ust. 10).

Warunkiem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi jest: – stwierdzenie przez lekarza wyznaczonego do tej czynności, po osobistym badaniu, że zachodzą wskazania do przyjęcia, - ważne skierowanie do szpitala, - wyrażenie przez pacjenta pisemnej zgody na przyjęcie (art. 22 ust. 1 uoosp).

W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania (art. 22 ust. 1a).

⁷⁵ Dz. U. Nr 103, poz. 514.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia, następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na zamieszkanie tej osoby (art. 22 ust. 2).

W przypadkach nagłych osoba chora, o której mowa wyżej, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa, zaś kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie o takim fakcie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu (art. 22 ust. 2a i 2b).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Jednak gdy dotyczy to osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby (art. 22 ust. 3-4).

Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do szpitala psychiatrycznego, jednak gdy osoba taka zostanie przyjęta do szpitala, jego kierownik jest zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia o tym fakcie sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala, wskazując okoliczności uzasadniające to przyjęcie (art. 22 ust. 5 i 6).

Przepisy ustawy o ozp przewidują przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy tylko w następujących przypadkach:

- **„nagłych”** - gdy dotychczasowe zachowanie osoby wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

O przyjęciu do szpitala postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa oraz po spełnieniu obowiązku wyjaśnienia choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformowaniu go o jego prawach. Przyjęcie do szpitala w tym trybie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Ponadto kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. Wymienione czynności odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 23).

- **„przymusowej obserwacji”** – gdy osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu takiej osoby nie może trwać dłużej niż 10 dni. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa wyżej, stosuje się zasady i tryb postępowania określony dla przypadków „nagłych”. (art. 24).

Sąd opiekuńczy na podstawie zawiadomienia, otrzymanego od kierownika szpitala psychiatrycznego, o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi, w sytuacjach wymienionych w art. 22 ust. 2b, 2c i 5, art. 23 i 24 uoopz., wszczyna postępowanie (art. 25 ust.1). Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu (art.25 ust. 2). Postępowanie to, ma na celu kontrolę legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu psychiatrycznym osób, bez ich zgody.

W przypadku gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umarza postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku, o którym mowa wyżej, jeżeli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę. Przed umorzeniem postępowania sąd jest obowiązany wysłuchać tą osobę (art. 26).

O treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby w trybie nagłym i przymusowej obserwacji (por. art. 23 i 24), sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu (art. 27).

O potrzebie przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia, bez zgody tej osoby, stosownie do art. 29 uoopz – w trybie „wnioskowym” – orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Wniosek taki może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej.

Zakres działania sądu opiekuńczego, oprócz orzekania o przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej, obejmuje również kontrolę i nadzór sprawowany przez sędziego wizytującego. Sposób sprawowania nadzoru nad wykonywaniem decyzji sądu w sprawach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej reguluje art. 43 ust. 1 ustawy o oopz. Zgodnie z tym przepisem sędzia ma prawo wstępu do ww. placówek o każdej porze w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu psychiatrycznym i domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw i kontroli warunków w jakich one tam przebywają. Szczegółowy sposób i tryb sprawowania oraz dokumentowania kontroli przez sędziego, określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 lutego 1995 r.⁷⁶

Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie, przewidzianych w ustawie, przyczyn przyjęcia bez zgody. Lekarz odpowiadający za leczenie pacjenta przymusowo hospitalizowanego bez jego zgody, zapoznaje pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33 ust. 1 i 2 uoopz). Jeżeli jest to niewykonalne ze względu na stan pacjenta - tę okoliczność należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Stosowanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku, określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia⁷⁷, u pacjenta przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, wymaga

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128).

⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz. 503).

odrębnej zgody tego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 33 ust. 3 uoopz). Oświadczenie takie powinno być złożone na piśmie i dołączone do dokumentacji medycznej, a odmowa wyrażenia zgody odnotowana w tej dokumentacji.

Do zasad wypisania pacjenta przebywającego za zgodą w szpitalu psychiatrycznym mają zastosowanie reguły przewidziane w art. 22 ustawy o zoz. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację o tym fakcie w dokumentacji medycznej (art. 22 ust. 3 ustawy o zoz).

O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator, jeżeli uzna, że ustały, przewidziane w ustawie, przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu bez jej zgody. Kierownik szpitala zawiadamia sąd opiekuńczy o wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej tam bez jej zgody (art. 35 uoopz).

Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym może złożyć w szpitalu, w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Natomiast osoba przebywająca bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę, mogą żądać wypisania tej osoby ze szpitala psychiatrycznego nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie; odnotowuje się je w dokumentacji medycznej. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne ww. osoby, mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku (art. 36 uoopz).

Przepisy ustawy dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i wypisania z tego szpitala oraz dopuszczające za zgodą ordynatora okresowe przebywanie osoby leczonej poza szpitalem bez wypisywania ze szpitala⁷⁸ – nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ na podstawie innych ustaw (art. 37 uoopz), tj.: Kodeksu karnego⁷⁹, Kodeksu postępowania karnego⁸⁰, Kodeksu postępowania cywilnego⁸¹, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich⁸², o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁸³, o przeciwdziałaniu narkomanii⁸⁴.

Przepis art. 50 ust. 1 uoopz nakłada na wszystkie osoby wykonujące czynności w niej przewidziane obowiązek zachowania tajemnicy, obejmującej informacje uzyskane w związku z wykonywaniem tych czynności.

⁷⁸ Na podstawie art. 14 uoopz.

⁷⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.).

⁸⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555 ze zm.).

⁸¹ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 ze zm.).

⁸² Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178 ze zm.).

⁸³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.).

⁸⁴ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.).

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.),
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), uchylona z dniem: 1 lipca 2011 r., zastąpiona ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.),
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.),
4. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.), uchylona z dniem 1 stycznia 2012 r., zastąpiona ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.),
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.),
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.)
7. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641),
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.),
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537),
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128),
11. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128),
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz. 503),
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514), uchylone z dniem 12 lutego 2012 r.,
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736),
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126 ze zm.),
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.),

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz.1568), obowiązywało od 9 grudnia 2006 r. do 26 lutego 2011 r. Zostało zastąpione rozporządzeniem z dnia 2 lutego 2011 r. w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 31, poz. 158),
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz.1819 ze zm.), które weszło w życie 28 grudnia 2006 r.(z wyjątkiem rozdziału 7 który wszedł w życie z dniem 28 czerwca 2007 r.), zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2011 r.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697),
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz.484),
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 ze zm.),
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781 ze zm.), uchylone z dniem 1 listopada 2011 r.,
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319),
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz.1097), uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.,
25. Ustawa z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 159, poz. 993 ze zm.), uchylona z dniem 1 października 2010 r.
26. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618 ze zm.),
27. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące system nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 620 ze zm.),
28. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. –Prawo budowlane (Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623),
29. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz. U. Nr 120, poz. 1134),
30. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 80, poz. 563), obowiązywało do 30 czerwca 2010 r. Zostało zastąpione rozporządzeniem z dnia 7 czerwca 2010 r. w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 109, poz. 719),
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2005 r. w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 145, poz.1220), uchylone z dniem 29 sierpnia 2009 r. Zastąpione rozporządzeniem z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 129, poz. 1068),

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej
1	Delegatura NIK w Gdańsku	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim ul. Skarszewska 7 Dyrektor: Jacek Bielan od dnia 8 marca 2011r. Poprzednio: - Jarosław Pleszkun od dnia 16 grudnia 2010r. do dnia 07 marca 2011r., - Michał Rudnik od dnia 1 listopada 2002 r. do 15 grudnia 2010r.
2	Delegatura NIK w Katowicach	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku Dyrektor: Anna Rusek
		Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, ul. Bielska 4 Dyrektor: Anna Bednarska-Czerwińska
3	Delegatura NIK w Krakowie	Szpital Powiatowy w Chrzanowie ul. Topolowa 16 Dyrektor: Ewa Potocka
		Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Babińskiego w Krakowie SPZOZ, ul. Józefa Babińskiego 29 Dyrektor: Marzena Grochowska
4	Delegatura NIK w Lublinie	Szpital Neuropsychiatryczny im. M. Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie, ul. Abramowicka 2 Dyrektor: Edward Lewczuk.
		Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie ul. Ceramiczna 1 Dyrektor: Robert Lis (od dnia 1 lipca 2011 r.) Poprzednio: Mariusz Kowalczyk od dnia 2 stycznia 2009 r.
5	Delegatura NIK w Łodzi	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie Warta, ul. Sieradzka nr 3 Dyrektor: Anna Śremska
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 Dyrektor: Mariusz Jędrzejczak
6	Delegatura NIK w Opolu	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach, ul. Szpitalna 18, Dyrektor: Krzysztof Nazimek
		Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu, ul. Wodociągowa 4 Dyrektor: Krzysztof Nazimek.
7	Delegatura NIK w Poznaniu	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego, Plac Paderewskiego 1A, Kościan Dyrektor: Marian Zalejski
		Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33 Dyrektor: Paweł Daszkiewicz
8	Delegatura NIK w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie ul. Mączna 4 Dyrektor: Danuta Śliwa
		Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu ul. Łopuskiego 31 Dyrektor Janusz Olszewski

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej
9	Delegatura NIK w Warszawie	SPZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Drewnica” ul. Rychlińskiego 1 Ząbki Dyrektor: Waldemar Giza
		Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki SPZOZ w Warszawie ul. Ceglowska 80, Dyrektor Dorota Gałczyńska-Zych
10	Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia Minister Ewa Kopacz
		Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Rzecznik Krystyna Barbara Kozłowska
		Instytut Psychiatrii i Neurologii Dyrektor: Danuta Ryglewicz

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Rzecznik Praw Pacjenta
7. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
8. Minister Zdrowia
9. Minister Sprawiedliwości
10. Krajowa Rada Sądownictwa
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
12. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

