



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.014.03.2019

Pan
Ryszard Odrzywołek
Dyrektor Szpitala Pediatrycznego
w Bielsku-Białej
ul. Sobieskiego 83
43-300 Bielsko-Biała

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/059 – Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej ¹ , 43-300 Bielsko-Biała, ul. Sobieskiego 83
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ryszard Odrzywółek, Dyrektor Szpitala ² , od 1 grudnia 2013 r. (akta kontroli str. 3-4)
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	2017-2019 (I kwartał) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Aleksander Małysz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/123/2019 z dnia 13 maja 2019 r. (akta kontroli str.1-2)

¹ Dalej: „Szpital”. Podmiotem tworzącym i nadzorującym Szpital jest Powiat Bielski. Szpital wpisano do: Krajowego Rejestru Sądowego pod nr: 0000102366 oraz Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod nr księgi rejestrowej: 000000014000-W-24.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dz.U. z 2019 r. poz. 489; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK organizacja diagnozowania i leczenia małoletnich w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży była zgodna z obowiązującymi wymogami, z wyjątkiem indywidualnych planów rehabilitacji dla leczonych pacjentów, których nie sporządzono w wymagany sposób. Osoby małoletnie przyjmowano do Szpitala za zgodą przedstawiciela ustawowego, a w przypadku ukończenia przez osobę małoletnią 16 roku życia, również za zgodą tej osoby, stosownie do art. 22 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵. Zapewniono małoletnim pacjentom wymagane warunki bytowe w trakcie hospitalizacji, a świadczeń medycznych udzielał personel posiadający wymagane kwalifikacje. Dokumentację medyczną w Oddziale prowadzono zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶. Respektowano prawa hospitalizowanych pacjentów do przebywania na przepustkach. Poinformowano pacjentów i ich rodziców/opiekunów o możliwości składania skarg do Rzecznika Praw Pacjenta, natomiast nie zapewniono dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonującego na terenie Szpitala. Przymus bezpośredni stosowano w przypadkach zachowań pacjentów zagrażających ich zdrowiu własnemu lub innej osoby oraz zakłócania funkcjonowania Oddziału, tj. zgodnie z art. 18 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o osp.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieustalania w indywidualnych planach rehabilitacji dla pacjentów leczonych w Oddziale wymiaru zajęć rehabilitacyjnych pacjenta, co było niezgodne z § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁷.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

1.1. Organizacja Szpitala

Opis stanu faktycznego

Działalność Szpitala w zakresie organizacji systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży regulował Statut nadany uchwałą⁸ Rady Powiatu nr IV/22/168/12 z dnia 26 kwietnia 2012 r. oraz Regulamin Organizacyjny⁹ wprowadzony Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 15/2018 z dnia 11 maja 2018 r. Według Statutu i Regulaminu Szpital prowadził działalność leczniczą w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w ramach Oddziałów: Pediatrycznego, Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, Niemowlęcego, Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Laryngologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci, Izby Przyjęć, Bloku Operacyjnego, Apteki Szpitalnej oraz Zespołu Specjalistycznych Poradni Dziecięcych, w skład

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

⁵ Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm., dalej: „ustawa o osp” lub „ustawa”.

⁶ Dz. U. poz. 2069, dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

⁷ Dz.U. poz. 522, dalej: „rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych”.

⁸ Zmienioną uchwałami Rady Powiatu w Bielsku-Białej nr: V/44/276/17 z dnia 28 września 2017 r., V/50/314/18 z dnia 25 stycznia 2018 r. i V/62/391/18 z dnia 8 listopada 2018 r.

⁹ Dalej: „Regulamin”.

którego wchodziły m.in.: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.

Struktura organizacyjna Szpitala w zakresie udzielania małoletnim świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej była zgodna ze Statutem i Regulaminem.

Badaniem w ramach niniejszej kontroli objęto dostępność leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w ramach Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, który rozpoczął działalność w dniu 15 listopada 2018 r. Do zakresu działania tego oddziału należało m.in.: udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym, zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz prowadzenie zajęć z pacjentami w oparciu o m.in.: terapię zajęciową, rekreacyjną, arteterapię, muzykoterapię, terapię ruchem i psychoedukację.

(akta kontroli str. 6-165)

1.2. Dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży

W 2018 r. (od 15 listopada) oraz w I kwartale 2019 r. liczba łóżek faktycznych¹⁰ w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży¹¹ wynosiła 17, a liczba łóżek rzeczywistych wykorzystywanych do realizacji umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia¹² wynosiła¹³, odpowiednio: 17 i 18. Liczba osób małoletnich leczonych w Oddziale wynosiła odpowiednio: 43 i 84, liczba hospitalizacji¹⁴ wynosiła, odpowiednio: 29 i 64, a liczba osobodni wynosiła odpowiednio: 581 i 1.574. Liczba osób leczonych w Oddziale przypadających na 1 łóżko w ww. okresach wynosiła odpowiednio: 2,53 i 4,94. Średnie wykorzystanie łóżka¹⁵ w dniach w powyższych okresach wynosiło, odpowiednio: 34,17 i 92,59, a wskaźnik wykorzystania łóżek¹⁶ wynosił, odpowiednio: 72,7% i 102,9%.

W latach 2017 - 2019 (I kwartał) w Szpitalu nie udzielano osobom małoletnim świadczeń leczenia szpitalnego w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej na innych oddziałach niż Oddział Psychiatryczny.

(akta kontroli str. 166-175, 183-184)

Dyrektor wyjaśnił: umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej w oddziale stacjonarnym podpisaliśmy z mocą od 15 listopada 2018 r. (...) Od tego momentu mogliśmy podejmować decyzje związane z przyjmowaniem pacjentów (...) do 17-łóżkowego oddziału. Pełny stan osobowy pacjentów oddziału został osiągnięty 9 grudnia 2018 r. W miesiącu grudniu niepełne wykorzystanie potencjału oddziału wynikało z dni wolnych od pracy i dni świątecznych. Wpływ na to miał również proces terapeutyczny, który uwzględniał przepustki dla pacjentów, mając również na uwadze wnioski i stanowiska rodziców i opiekunów w tej kwestii. W I kwartale 2019 r. (...) wykorzystanie łóżek wynosiło 102,9%, co wynikało z faktu, że przez 47 z 90 dni liczba łóżek faktycznych była większa o 1 do 5 łóżek w stosunku do liczby łóżek rzeczywistych (dostawki). Zapotrzebowanie (trudne i nagłe przypadki) na leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży w pewnych okresach przekraczało możliwości Oddziału, a ograniczanie

¹⁰ Łóżka faktycznie (stałe) przewidziane do wykorzystania przez pacjentów wg rejestru prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Nie stwierdzono łóżek trwale wyłączonych z eksploatacji.

¹¹ Dalej: „Oddział Psychiatryczny” lub „Oddział”.

¹² Dalej: „Oddział NFZ”.

¹³ W I kwartale 2019 r. liczba łóżek faktycznych była większa o 1 do 5 łóżek w stosunku do liczby łóżek rzeczywistych (dostawki).

¹⁴ Hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu.

¹⁵ Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych w danym okresie sprawozdawczym.

¹⁶ Wyrażony w procentach stosunek średniego wykorzystania łóżka w roku do rzeczywistej liczby dni w danym okresie.

działalności w innych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży uniemożliwiały skierowanie pacjentów do innych szpitali o takim profilu lub dysponujących podobnymi oddziałami.

(akta kontroli str. 176-182, 183-185)

Czas hospitalizacji pacjentów w Oddziale w 2018 r. i w I kwartale 2019 r. wynosił: do 14 dni odpowiednio 18 i 16 osób, od 15 dni do miesiąca 11 i 29 osób, powyżej miesiąca do 2 miesięcy 0 i 18 osób, od 2 do 3 miesięcy: 0 i 1 osoba.

W kontrolowanym okresie w Oddziale nie świadczone psychiatrycznych usług zdrowotnych osobom małoletnim ponad limit określony w umowach zawartych przez Szpital z Oddziałem NFZ.

(akta kontroli str. 200-324, 553-555)

W Szpitalu prowadzono Rejestr osób oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną. Według stanu na dzień: 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. liczba osób oczekujących na przyjęcie w przypadkach pilnych wynosiła, odpowiednio: 2 i 11 osób, a w przypadkach stabilnych odpowiednio: 5 i 12 osób, natomiast czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych wynosił odpowiednio: 13 i 28 dni, a w przypadkach stabilnych odpowiednio: 14 i 57 dni. Szpital przekazał do Oddziału NFZ dane¹⁷ o liczbie oczekujących na hospitalizację, zgodne z prowadzonym rejestrem.

(akta kontroli str. 325-328, 559)

Dyrektor wyjaśnił: Szpital nie ma możliwości zmniejszenia liczby pacjentów oczekujących oraz skrócenia czasu oczekiwania, gdyż dysponuje jedynie 17 zakontraktowanymi w ramach umowy z NFZ łózkami (...) Zwiększenie liczby łóżek wiąże się z zwiększeniem wartości kontraktu w ramach umowy z Oddziałem NFZ oraz zatrudnieniem dodatkowego personelu głównie lekarskiego; brak na rynku specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży w chwili obecnej uniemożliwia Szpitalowi podjęcie działań zmierzających do poszerzenia działalności Oddziału.

(akta kontroli str. 329-331)

W Szpitalu zarejestrowano¹⁸ 31 przypadków odmowy przyjęcia pacjenta do Oddziału, w tym w latach 2018 - 2019 (I kwartał) odpowiednio: 3 i 28 przypadków. Odmowę przyjęcia pacjenta do Szpitala uzasadniono: w 30 przypadkach brakiem wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej, a w jednym przypadku brakiem zgody przedstawiciela ustawowego na hospitalizację pacjenta poniżej 16 roku życia. Pacjentów, którym odmówiono hospitalizacji w 11 przypadkach skierowano do Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.

(akta kontroli str. 340-362)

Osoby małoletnie przyjmowano do Oddziału za zgodą przedstawiciela ustawowego, a w przypadku ukończenia przez osobę małoletnią 16 roku życia, również za zgodą tej osoby¹⁹, tj. zgodnie z art. 22 ust. 3 i 4 ustawy o osp, z wyjątkiem jednego opisanego niżej przypadku. .

W dniu 22 listopada 2018 r. do Oddziału przyjęto osobę małoletnią w trybie nagłym, określonym w art. 23 ustawy o osp. Dyrektor zawiadomił Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego w Bielsku-Białej²⁰ o przyjęciu do Oddziału osoby

¹⁷ Badaniem w ww. zakresie objęto dane przekazane przez Szpital do Oddziału NFZ wg stanu na dzień: 31 grudnia 2018 r. i 28 lutego 2019 r.

¹⁸ Szpital prowadził Książkę odmów przyjęć i udzielonych porad ambulatoryjnych.

¹⁹ W latach: 2018 i 2019 (I kwartał) w odpowiednio: 13 i 29 przypadkach.

²⁰ Dalej: „Sąd Rejonowy”.

chorej psychicznej bez jej zgody dnia 23 listopada 2018 r., tj. w terminie określonym w art. 23 ust. 4 ustawy²¹. Sąd Rejonowy postanowieniem z dnia 5 grudnia 2018 r. umorzył postępowanie w ww. sprawie na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o osp, ze względu na późniejsze wyrażenie przez pacjentkę zgody na pobyt w Szpitalu, co miało miejsce 28 listopada 2018 r.

Nie stwierdzono przypadków: wydania przez sąd opiekuńczy postanowienia o braku podstaw do przyjęcia do Oddziału, hospitalizowania osoby małoletniej w trybie „przymusowej obserwacji” (art. 24 ustawy), w tzw. „trybie wnioskowym” (art. 29 ustawy) lub na podstawie innych ustaw niż ustawa o osp.

(akta kontroli str. 329-333, 349-362)

Wyrażenie zgody przez przedstawiciela ustawowego lub pacjenta dokumentowano wpisem w historii choroby. Przyjęcie do Oddziału następowało po osobistym zbadaniu pacjenta przez lekarza, zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o osp.

(akta kontroli str. 349-362)

1.3. Organizacja oddziału psychiatrycznej opieki zdrowotnej

1.3.1. Personel udzielający świadczeń

Świadczeń w Oddziale udzielało:

- dwóch lekarzy, w tym jeden posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz jeden w trakcie specjalizacji w ww. zakresie, zatrudnionych w łącznym wymiarze 1,75 etatu,
- trzech do czterech psychologów²² w łącznym wymiarze od 1,7 do 2,55 etatu²³,
- terapeuta zajęciowy w wymiarze 0,3 etatu,
- 15-20 pielęgniarek (w tym: sześć ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz jedna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego) w łącznym wymiarze od 7,2 do 11 etatów²⁴.

W Oddziale spełnione były wymogi dotyczące zatrudnienia personelu, określone w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych²⁵, załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²⁶ oraz umowie²⁷ zawartej z Oddziałem NFZ. Obsada kadrowa w zakresie osób prowadzących rehabilitację psychiatryczną, tj. psychologów i terapeutów zajęciowych zapewniała prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 185-186, 363-398, 556)

Zajęcia rehabilitacyjne dla pacjentów małoletnich w ramach m.in.: terapii zajęciowej, psychoterapii, muzykoterapii lub socjoterapii prowadzono pięć razy w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku w wymiarze od 3 do 5 godzin dziennie, w tym 4 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych²⁸, tj. zgodnie z wymogami określonymi

²¹ Tj. 72 godzin od dnia przyjęcia.

²² Tj. według stanu na dzień: 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. odpowiednio: 3 i 4 psychologów.

²³ Tj. wg stanu na dzień: 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. w wymiarze odpowiednio: 1,7 i 2,55 etatu.

²⁴ Tj. wg stanu na dzień: 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. w wymiarze odpowiednio: 7,2 i 11 etatów.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896).

²⁶ Dz. U. poz. 1386 ze zm.

²⁷ Tj. umowie nr 122/100333/04/2018L z dnia 19 listopada 2018 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wraz z aneksami: nr 1/04/2019 z dnia 17 stycznia 2019 r., nr 2/04/2019 z dnia 17 stycznia 2019 r. i nr 3/04/2019 z dnia 11 marca 2019 r., nr 4/04/2019 z dnia 15 maja 2019 r. i nr 5/04/2019 z dnia 4 czerwca 2019 r.

²⁸ Tj. do godz. 19.00.

w § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych. W zajęciach tych uczestniczyli wszyscy pacjenci, których dokumentację objęto badaniem.

(akta kontroli str. 349-362, 399-403)

W przepisach wewnętrznych Szpitala nie uregulowano stanu obsady lekarzy lub pielęgniarek na dyżurach, natomiast w § 9 ust. 1 Regulaminu Pracy Szpitala²⁹ zapisano, że w godzinach od 14.35 do 7.00 pełniony jest dyżur medyczny, przy czym w sobotę, niedzielę i inne dni ustawowo wolne od pracy dyżur medyczny pełniony jest przez lekarzy od godziny 7.00. W § 12 ust. 3 Regulaminu zapisano, że przez dyżur medyczny należy rozumieć wykonywanie czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny. W § 9 ust. 16 Regulaminu zapisano, że zmiana dzienna trwa w godzinach od 7.00 do 19.00, a zmiana nocna trwa w godzinach od 19.00 do 7.00.

W kontrolowanym okresie dyżury nocne³⁰ w Oddziale pełnili: lekarz (specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub w trakcie specjalizacji z psychiatrii, albo specjalista pediatrii), dwie pielęgniarki i ratownik medyczny.

Dyrektor wyjaśnił, że przy ustalaniu liczby personelu medycznego do sprawowania opieki nad osobami małoletnimi na dyżurach kierowano się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz konsultowano się w tej sprawie się m.in. z innymi ośrodkami prowadzącymi stacjonarne leczenie psychiatryczne dla dzieci i młodzieży oraz specjalistami z zakresu psychiatrii dziecięcej.

(akta kontroli str. 187, 404-421)

1.3.2. Warunki udzielania świadczeń

Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny³¹ w dniu 5 kwietnia 2018 r. przeprowadził w Szpitalu kontrolę w zakresie: „odbioru przebudowywanych pomieszczeń pawilonu V Szpitala na potrzeby psychiatrii dzieci i młodzieży oraz oddziału pediatrycznego”, w trakcie której stwierdzono: brak wymaganych uchwytów w pomieszczeniach sanitariatów dla osób niepełnosprawnych, brak wyposażenia łazienki przy brudowniku w myjkę-dezynfektor oraz brak możliwości uruchamiania wylewki armatury wody w łazience bez kontaktu z dłonią. Pismem z dnia 17 maja 2018 r. Dyrektor Szpitala poinformował Inspektora Sanitarnego o wykonaniu zaleceń pokontrolnych w powyższym zakresie. Wykonanie przez Szpital zaleceń pokontrolnych w ww. zakresie potwierdzono w trakcie oględzin, przeprowadzonych w toku niniejszej kontroli.

W dniu 26 marca 2019 r. Inspektor Sanitarny przeprowadził w Szpitalu kontrolę w zakresie dostarczania posiłków m.in. do Oddziału psychiatrii, w wyniku której nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 136-154, 422-434)

Pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania w zakresie warunków bytowych pacjentów, określone w § 18-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³², tj.: pokoje łóżkowe umożliwiały ustawienie łóżek z dostępem z trzech stron³³, w tym

²⁹ Wprowadzonego zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 3/2011 z dnia 1 lutego 2011r.; dalej: „Regulamin”.

³⁰ Dyżury nocne pełniono w godzinach od 19.00 do 7.00.

³¹ Dalej: „Inspektor Sanitarny”.

³² Dz. U. poz. 595.

³³ W Oddziale umieszczono łóżka na kółkach.

z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łózkowego umożliwiała wprowadzenie łóżka.

(akta kontroli str. 136-154)

1.3.3. Respektowanie praw pacjentów

Regulaminem Porządkowym dla Oddziału Psychiatrycznego³⁴ Dyrektor wprowadził zakaz posiadania i używania przez pacjentów telefonów komórkowych oraz innych urządzeń umożliwiających utrwalanie lub przesyłanie głosu, natomiast przewidywał udostępnianie pacjentom telefonu stacjonarnego, po wcześniejszym zgłoszeniu personelowi pielęgniarskiemu. W ww. regulaminie zapisano, że odwiedziny w Oddziale odbywają się codziennie w czasie wolnym od zajęć w godzinach od 15.00 do 18.00.

(akta kontroli str. 435-437)

W latach 2018 - 2019 (I kwartał) na odpowiednio: 19 i 32 przepustkach³⁵ przebywało odpowiednio: 14 (32,6%) i 27 (32,1%) pacjentów Oddziału, przy czym w każdym roku po 3 pacjentów uzyskało zgodę na wielokrotne³⁶ przebywanie poza Oddziałem na przepustce. Według Ordynatora nie było przypadków samowolnego oddalenia się z Oddziału lub nieuzyskania przez pacjenta zgody na udzielenie przepustki. W kontrolowanym okresie w Oddziale nie odnotowano przypadków samobójstw, natomiast wystąpiło 21 przypadków samookaleczeń pacjentów³⁷, z tego 6 przypadków w 2018 r. i 15 przypadków w I kwartale 2019 r.

(akta kontroli str. 438-444, 452-455, 553-555)

P.o. Ordynatora wyjaśniła, że w celu przeciwdziałania takim sytuacjom lekarz lub terapeuci prowadzili rozmowy z pacjentem, rodzicami lub opiekunami oraz podawali doraźnie stosowne leki, a pomimo tego: *nie udało się wyeliminować przypadków samookaleczeń pacjentów z uwagi na to, że większość pacjentów przyjmowanych była w stanach nagłych w stanie zagrożenia zdrowia czy życia, z intensywnymi myślami samobójczymi czy ostrymi stanami psychiatrycznymi (np. objawy psychotyczne, mania), którzy często przed hospitalizacją mieli już nawyk okaleczania się.*

(akta kontroli str. 459)

Dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w Oddziale dokonywano również kontroli ich rzeczy osobistych w celu usunięcia przedmiotów niebezpiecznych, na podstawie procedur zatwierdzonych przez Dyrektora w dniu 10 grudnia 2018 r., tj.: *Procedury przeszukania pacjenta przy przyjęciu do Oddziału, Procedury przeszukania pacjenta po powrocie z przepustki/spaceru do Oddziału, Instrukcji postępowania w przypadku podejrzenia posiadania przez pacjenta przedmiotów niedozwolonych.* Według wymogów ww. procedur przeszukiwania dokonywały dwie osoby, w przypadku dziewcząt pielęgniarka i lekarz, a w przypadku chłopców ratownik medyczny i lekarz.

Według analizowanych wpisów w badanej dokumentacji medycznej 25 pacjentów, procedury przeszukania były stosowane przy przyjmowaniu wszystkich pacjentów do Oddziału oraz powrotach pacjentów z przepustek.

(akta kontroli str. 136-145, 349-362, 467-475)

³⁴ Zarządzenie Dyrektora nr 31/2018 z dnia 15 listopada 2018 r.

³⁵ Okresowe przebywanie poza Szpitalem, określone w art. 14 ustawy oop.

³⁶ Jeden pacjent uzyskał zgodę na maksymalnie trzykrotne przebywanie na przepustce.

³⁷ Tj. głównie powierzchniowych zadrapań.

W kontrolowanym okresie odnotowano sześć przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wobec pięciu pacjentów Oddziału³⁸, w tym: cztery przypadki dotyczące trzech pacjentów w 2018 r. i dwa przypadki w I kwartale 2019 r. We wszystkich przypadkach zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia – obezwładnienia osoby z użyciem pasów, tj. środek przymusu o którym mowa w art. 3 pkt 6 lit. c ustawy o ozp. Przyczynami zastosowania przymusu bezpośredniego były zachowania pacjentów zagrażające zdrowiu własnemu lub innej osoby³⁹ oraz zakłócanie funkcjonowania Oddziału, tj. przesłanki zastosowania przymusu określone w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy. Małoletni w odniesieniu do których zastosowano przymus bezpośredni, tj. trzy dziewczynki i dwóch chłopców, byli w wieku od 12 do 15 roku życia.⁴⁰

(akta kontroli str. 476-488)

Dyrektor w dniu 27 kwietnia 2017 r. zatwierdził *Procedurę stosowania przymusu bezpośredniego w Szpitalu*. Oświadczenia o zapoznaniu się z ww. procedurą zostały podpisane przez m.in. przez lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych udzielających świadczeń na Oddziale, stosownie do art. 18c ust. 3 ustawy o ozp.

Według ww. procedury pacjentowi, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla niego lub innych osób, tj. m.in.: przedmioty ostre, paski, szelki i źródła ognia.

(akta kontroli str. 489-505)

Szpital nie posiadał Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego⁴¹. Na terenie Oddziału wywieszono informacje o możliwości zgłaszania skarg do Rzeczników działających w poszczególnych województwach (podano ich adresy i nr telefonów). Informacje o prawach pacjenta wywieszono m.in. w Oddziale oraz Izbie Przyjęć.

(akta kontroli str. 159-160, 506-518)

Dyrektor wyjaśnił, że: *formalnie nie zwrócono się z wnioskiem do Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego o wyznaczenie Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, bowiem uzyskano informację telefoniczną od Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego innego szpitala psychiatrycznego, (...) że w obecnej chwili brak jest kadry. Z tego względu w Oddziale została umieszczona informacja m.in. o działalności Rzeczników Praw Pacjenta Psychiatrycznego w okolicznych szpitalach (...) W dniu 6 czerwca 2019 r. w odpowiedzi na nasz wniosek z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie wyznaczenia osoby, która mogłaby pełnić funkcję Rzecznika (...) w tutejszym oddziale psychiatrii dziecięcej, Szpital otrzymał informację od Biura Rzecznika Praw Pacjenta, że nasz wniosek zostanie uwzględniony w planach pracy Departamentu ds. Zdrowia Psychiatrycznego w II półroczu 2019 r.*

(akta kontroli str. 196)

Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń Oddziału był dobry, a wyposażenie sanitariatów umożliwiało zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta.

(akta kontroli str. 136-165)

Stosownie do zarządzenia wewnętrznego Dyrektora nr 27/2017 z dnia 5 lipca 2017 r. pacjenci Szpitala mieli możliwość realizacji potrzeb religijnych i dostępu do

³⁸ W odniesieniu do jednego pacjenta dwukrotnie stosowano przymus bezpośredni.

³⁹ Tj. m.in. agresja czynna wobec rodziców i personelu, okaleczanie się.

⁴⁰ Tj. w wieku: 12 lat (dwie osoby), 14 lat (dwie osoby) i 15 lat.

⁴¹ Dalej: „Rzecznik”.

opieki duszpasterskiej. Spis telefonów do duszpasterzy sześciu wyznań⁴² umieszczono na tablicy informacyjnej Oddziału.

(akta kontroli str. 192, 519-520)

1.3.4. Opieka medyczna w Oddziale

W Oddziale diagnozowano i leczono osoby małoletnie oraz dokonywano oceny psychiatrycznej i psychologicznej pacjentów. W kontrolowanym okresie diagnozowano u pacjentów leczonych w Oddziale głównie następujące schorzenia⁴³ (w nawiasach podano liczbę przypadków): F43.2 – zaburzenia adaptacyjne (14), F32.1 – epizod depresji umiarkowany (13), F20.0 – schizofrenia paranoidalna (8), F90.10 – hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (7), F50.0 – jadłowstręt psychiczny (6), F31.6 – zaburzenie afektywne dwubiegunowe-epizod mieszany (6), F91.3 – zaburzenie opozycyjno-buntownicze (4), F84.5 – zespół Aspergera (3), F71.1 – upośledzenie umysłowe umiarkowane (3).

(akta kontroli str. 349-362, 521-522)

Diagnozy pacjenta dokonywał specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie m.in. badania przedmiotowego oraz wyników badań diagnostycznych.

Nie uzyskiwano zgody rodziców/opiekunów w przypadkach dokonywanych w kontrolowanym okresie zmian sposobu leczenia pacjentów.

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

(akta kontroli str. 349-362, 463)

W kartach choroby odnotowywano codzienny kontakt lekarza z pacjentem, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, natomiast interwencje lekarza w dniach wolnych od pracy wpisywano w raportach z dyżurów lekarskich zawartych w *Księżce raportów lekarskich*.

(akta kontroli str. 349-362, 464-465)

Historie choroby pacjentów zawierały podpisany przez Ordynatora Oddziału lub lekarza⁴⁴ „plan leczenia/opieki”, w którym zamieszczano wpisy dotyczące planowanych rodzajów zajęć rehabilitacyjnych (terapeutycznych).

(akta kontroli str. 349-362)

Zajęcia w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej prowadził psycholog lub terapeuta zajęciowy według harmonogramów zajęć. Pacjenci uczestniczący w tych zajęciach nie otrzymywali nagród rzeczowych, co Dyrektor wyjaśnił ograniczoną ilością środków finansowych w ramach kontraktu zawartego przez Szpital z Oddziałem NFZ.

(akta kontroli str. 334-336, 399-403)

Badana dokumentacja nie pozwalała na stwierdzenie: w jakim zakresie prowadzono konsultacje rodzinne, czy organizowano spotkania terapeutyczne rodzin oraz czy organizowano spotkania edukacyjne dla rodziców.

⁴² Tj.: katolicyzm, protestantyzm, prawosławie, buddyzm, islam i judaizm.

⁴³ Wg ICD-10.

⁴⁴ Tj. lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

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

(akta kontroli str. 336)

W wyniku szczegółowego badania indywidualnej dokumentacji medycznej 25 pacjentów⁴⁵ Oddziału, stwierdzono, że dokumentacja ta zawierała wypełnione czytelnie i ponumerowane strony kart choroby oraz wpisy zawierające m.in.: wywiad lekarski, badanie przedmiotowe, rozpoznanie wstępne, główne i kliniczne. Wpisów lekarskich w dokumentacji pacjentów dokonywano w porządku chronologicznym codziennie od poniedziałku do piątku, a najdłuższe przerwy pomiędzy wpisami wynosiły 3 dni i występowały w dniach ustawowo wolnych od pracy, przy czym w ww. dniach interwencje lekarza odnotowano w raportach z dyżurów lekarskich. Odnotowywano również specjalizację lekarza, który dokonywał wpisu lub udzielał świadczeń zdrowotnych. Pacjentom udzielano świadczeń w zakresie m.in.: psychiatrycznej oceny stanu psychicznego, farmakoterapii, badań krwi, terapii zajęciowej, arteterapii, muzykoterapii i socjoterapii.

Historia choroby była zakładana niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do Szpitala⁴⁶ i zawierała pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia pacjenta do Szpitala, w tym trybu przyjęcia, przebiegu hospitalizacji i wypisania pacjenta, zgodnie z § 13 ust. 1 i § 14 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Dokumentacja indywidualna pacjentów prowadzona była zgodnie z wymogami określonymi w § 16 i 17 ww. rozporządzenia i zawierała m.in.: numer w Księdze Głównej, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta, numer w Księdze Chorych Oddziału, tryb przyjęcia, datę przyjęcia pacjenta do Szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego, oznaczenie lekarza przyjmującego, dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, wyniki badań diagnostycznych, wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta, informacje o zleceniach lekarskich w zakresie badań i zabiegów oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich, informacje dotyczące czynności pielęgniarских lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarской. Historie choroby pacjentów, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala, zawierały elementy określone w § 20 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. m.in.: rozpoznanie kliniczne, opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów, epikryzę, adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze Szpitala i datę wypisu, zamieszczone w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 349-362)

Liczba pacjentów w ramach badanej próby, przyjętych do Szpitala na podstawie skierowania oraz w trybie nagłym bez skierowania⁴⁷ wynosiła, odpowiednio: 2 i 13 w 2018 r. oraz 3 i 10 w I kwartale 2019 r. We wszystkich przypadkach uzyskano zgodę rodzica na przyjęcie pacjenta, a w sześciu przypadkach zgodę pacjenta na pobyt w Szpitalu, tj. w odniesieniu do wszystkich pacjentów, którzy ukończyli 16 rok życia, stosownie do art. 22 ust. 4 ustawy o ozp. W ramach badanej próby przymus bezpośredni stosowano dwukrotnie w przypadku jednego pacjenta w 2018 r. Zastosowanie przymusu odnotowano historii choroby tego pacjenta, zgodnie z art. 18c ustawy. Przepustki uzyskało dziewięciu pacjentów, w tym siedmiu

⁴⁵ W tym: 15 i 10 pacjentów przyjętych do Szpitala w odpowiednio: 2018 r i I kwartale 2019 r.

⁴⁶ Tj. w dniu przyjęcia do Szpitala lub w dniu następnym.

⁴⁷ Tj. w trybie określonym w art. 22 ust. 1a ustawy o ozp.

pacjentów w 2018 r. i dwóch pacjentów w I kwartale 2019 r. We wszystkich przypadkach pacjenci uzyskali zgodę lekarza kierującego Oddziałem na okresowe przebywanie poza Szpitalem, zgodnie z art. 14 ustawy o ozp.

(akta kontroli str. 349-362, 442-444, 524-527)

Według badanych wypisów ze Szpitala pacjenci w trakcie pobytu w Oddziale uzyskiwali poprawę stanu zdrowia.

(akta kontroli str. 349-362)

W zakresie przebiegu, trudności i efektów rehabilitacji pacjentów Ordynator wyjaśniła: *najtrudniej praca terapeutyczna przebiegała w przypadku pacjentów z cechami osobowości nieprawidłowej, zwykle związane to było z funkcjonowaniem zaburzonego systemu rodzinnego pacjentów. Efektywność terapii była więc zależna od pracy terapeutycznej z rodzinami pacjentów – w których relacje były często powikłane. Nieco łatwiej leczyli się pacjenci z zaburzeniami zachowania (bez nieprawidłowego procesu socjalizacji), zazwyczaj byli to młodszy pacjenci, którzy (...) możliwie szybko poprawiali swoje zachowanie i funkcjonowanie społeczne. Praca z rodziną była zaś głównie oparta na psychoedukacji.*

(akta kontroli str. 455-456)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Oddziale nie sporządzano w wymagany sposób indywidualnych planów rehabilitacji leczonych pacjentów w sposób uwzględniający planowany indywidualny wymiar zajęć rehabilitacyjnych pacjenta, co było niezgodne z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 352, 523)

Ordynator wyjaśniła, że: *jako równoznaczny z indywidualnym planem rehabilitacji traktujemy indywidualny plan leczenia sporządzany przy przyjęciu pacjenta zawierający w sobie wszystkie elementy prowadzonych w oddziale form rehabilitacji (...) Plan jest sporządzany przez zespół terapeutyczny razem z lekarzami.*

(akta kontroli str. 452, 461-432)

Dyrektor wyjaśnił: *w sytuacji naszych pacjentów nie jest możliwe, w każdym przypadku, opracowywania planu rehabilitacji, bowiem mamy do czynienia z pacjentem małoletnim, a nadto z pacjentem przyjętym w systemie ostroprzyjęciowym, gdzie pacjent jest przyjmowany w ostrej fazie choroby (...) Z uwagi na (...) wiek pacjentów i ostry stan choroby przy przyjęciu do leczenia, nie uznawałem za słuszne egzekwowanie obowiązku sporządzania indywidualnych planów rehabilitacji (...) od p.o. ordynatora, psychologa i terapeuty zajęciowego.*

(akta kontroli str. 337-339)

W ocenie NIK, powołany w ww. wyjaśnieniach plan leczenia nie spełniał wszystkich kryteriów wymaganych dla indywidualnego planu rehabilitacji, gdyż nie zawierał indywidualnego wymiaru zajęć rehabilitacyjnych.

Podane przez Dyrektora okoliczności nie mogą - w ocenie NIK - stanowić uzasadnienia dla naruszenia obowiązków wynikających z ww. rozporządzenia, gdyż indywidualnego wymiaru zajęć rehabilitacyjnych nie uwzględniono w planach rehabilitacji żadnego z 25 pacjentów, których dokumentację objęto badaniem, a pobyt w Oddziale siedmiu z tych pacjentów trwał dłużej niż miesiąc. Zdaniem NIK, indywidualny wymiar zajęć rehabilitacyjnych, poza tym że jest elementem wymaganym przepisami rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych,

umożliwia dokonywanie okresowej oceny stopnia realizacji przyjętych założeń i ich skuteczności, dla ew. ich modyfikacji w celu najlepszej realizacji oczekiwanych rezultatów zajęć rehabilitacyjnych, tj. umożliwienia pacjentowi samodzielnej egzystencji.

(akta kontroli str. 349-362, 523)

Opis stanu
faktycznego

1.4. Finansowanie świadczeń

Wartość umów⁴⁸ w zakresie: *świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży*, zawartych przez Szpital z Oddziałem NFZ wynosiła:

- w 2018 r. – 195.487,99 zł,
- w 2019 r. – 383.905,11 zł (pierwotna) i 368.953,03 zł (po zmianach⁴⁹).

Kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, przekazywane na podstawie umów zawartych z NFZ nie pokrywały kosztów ich udzielenia.

Wartość wykonanych przez Oddział świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wynosiła w 2018 r. i I kwartale 2019 r. odpowiednio: 142.590,97 zł i 368.952,18 zł, co stanowiło odpowiednio: 44,2% i 55,8% kosztów ich udzielenia w wysokości odpowiednio: 322.599,50 zł⁵⁰ i 661.406,55 zł⁵¹.

W latach 2018 - 2019 (I kwartał) stawka jednostki rozliczeniowej ustalonej przez NFZ, tj. osobodnia w Oddziale wynosiła 259,35 zł, co stanowiło, odpowiednio: 46,7% i 61,7% średniego kosztu osobodnia w Szpitalu w wysokości, odpowiednio: 555,25 zł i 420,21 zł.

Według wyjaśnień Głównej Księgowej, uruchomienie działalności Oddziału wpłynęło na zwiększenie zobowiązań Szpitala.

(akta kontroli str. 201-324, 528-538)

W kontrolowanym okresie na Szpital nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej nieletnim.

(akta kontroli str. 179, 201-305)

1.5. Nadzór i kontrola

W dniu 22 października 2018 r. Oddział NFZ przeprowadził w Szpitalu weryfikację miejsca udzielania świadczeń w związku z trwającym postępowaniem w trybie konkursu ofert, mającym na celu zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju psychiatryczna opieka zdrowotna i leczenie uzależnień. W wyniku tej weryfikacji stwierdzono, że Szpital posiadał pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń oraz wyposażenie wymagane do przeprowadzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Szpital nie był kontrolowany w zakresie udzielania małoletnim świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez Okręgową Izbę Lekarską, Konsultanta Krajowego lub Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 177, 539-544)

⁴⁸ Tj. maksymalna kwota zobowiązania Oddziału NFZ wobec Szpitala.

⁴⁹ Tj. zmianach do umowy nr 122/100333/04/2018L z dnia 19 listopada 2018 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dokonanych aneksami: nr 1/04/2019 z dnia 17 stycznia 2019 r., nr 2/04/2019 z dnia 17 stycznia 2019 r. i nr 3/04/2019 z dnia 11 marca 2019 r., nr 4/04/2019 z dnia 15 maja 2019 r. i nr 5/04/2019 z dnia 4 czerwca 2019 r.

⁵⁰ Główną pozycję w ww. kosztach stanowiły wynagrodzenia personelu Oddziału na kwotę: 190.647,82 zł (59,1%).

⁵¹ W tym wynagrodzenia personelu na kwotę: 396.505,69 zł (59,9%).

1.6. Skargi na udzielanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej osobom małoletnim

W Szpitalu obowiązywały zarządzenia wewnętrzne Dyrektora w sprawie przyjmowania rozpatrywania skarg i wniosków: nr 5/2014 z dnia 8 stycznia 2014 r. i nr 42/2017 z dnia 20 listopada 2017 r. Według tych zarządzeń rozpatrywanie skarg należało do kompetencji Dyrektora. W kontrolowanym okresie w Księżce skarg i wniosków Szpitala nie odnotowano skarg dotyczących udzielania osobom małoletnim świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Według Dyrektora do Szpitala nie wpłynęły skargi w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 177-1788, 545-552)

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań dla zapewnienia kompletności indywidualnych planów rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosku

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

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

Katowice, dnia 27 sierpnia 2019 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Aleksander Małysz
Gł. specjalista kontroli państwowej**