



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.007.02.2019

Pan Krzysztof Nazimek

Dyrektor

Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa

Nathana w Branicach

48-140 Branice, ul. Szpitalna 18

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach, 48-140 Branice, ul. Szpitalna 18 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek, Dyrektor, od 1 stycznia 2007 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	2017 - 2019 (I półrocze) 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	1. Rafał Marynowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/52/2019 z 16 maja 2019 r. 2. Piotr Mastalerz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/62/2019 z 5 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewniał leczenie psychiatryczne finansowane w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie udzielano świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju *opieka psychiatryczna osobom małoletnim*.

Szpital zatrudniał wykwalifikowany personel, którego liczba nie była niższa od wymogów wynikających z zawartych z publicznym płatnikiem umów, jak też określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁴ oraz w przepisach zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień⁵. Spełnione były również wymagania odnoszące się do pomieszczeń i urządzeń oddziału psychiatrycznego, wynikające z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶.

Objęta kontrolą dokumentacja medyczna indywidualna i zbiorcza była prowadzona prawidłowo, tj. zgodnie z wymogami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷. Przestrzegane były przepisy w zakresie przyjęcia pacjenta bez jego zgody oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Jednostka kontrolowana zapewniła poszanowanie praw pacjentów, w tym w szczególności umożliwiano pacjentom kontakty z osobami z zewnątrz (zarówno bezpośrednie, jak i telefoniczne) oraz zapewniono możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej. Ponadto Szpital informował o możliwościach kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła wystąpienia co najmniej czterech przypadków zaniechania umieszczenia zgłaszających się do jednostki kontrolowanej pacjentów na listach osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, pomimo wymogu w tym zakresie wynikającego z przepisu art. 20 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, a także nie udzielenia tym osobom świadczeń zgodnie z art. 20 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ww. ustawy, tj. zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

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

⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm. Rozporządzenie to zostało z dniem 26 lipca 2019 r. zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285).

⁵ Zarządzenie Nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień poprzedzone zarządzeniem Nr 56/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

⁶ Dz. U. poz. 595.

⁷ Dz. U. poz. 2069.

⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Szpital, będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, został wpisany do prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr 0000009465. Organizację i zasady funkcjonowania Szpitala określał statut nadany uchwałą Sejmiku Województwa Opolskiego nr XXXVII/417/2018 z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach oraz zmiany statutu Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach⁹. Szpital posiadał osobowość prawną i jest wpisany do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000001963. Szpital działał na podstawie: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰, ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹¹ oraz ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹². Podmiotem tworzącym i nadzorującym Szpital jest Województwo Opolskie, a jego organami - Dyrektor i Rada Społeczna.

(akta kontroli str. 9-12, 272-299)

Do podstawowych zadań Szpitala należało udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i ambulatoryjnych w szczególności w zakresie psychiatrii, rehabilitacji neurologicznej oraz leczenia zespołów abstynenckich i uzależnień od alkoholu. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych, a także zasady funkcjonowania, szczegółową organizację i zakresy działania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz tryb pracy Szpitala określał Regulamin Organizacyjny Szpitala¹³ ustalony zarządzeniem Dyrektora nr 11/2011 z dnia 5 września 2018 r. w sprawie przyjęcia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego Szpitala¹⁴. Zgodnie z § 3 ust. 1 ww. regulaminu, Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych stacjonarnych dla dorosłych. W latach 2017-2019 (I półrocze) w Szpitalu nie udzielano świadczeń małoletnim, tj. dzieciom i młodzieży poniżej 18 roku życia.

(akta kontroli str. 9-47, 105, 245)

W skład Szpitala wchodziły następujące jednostki organizacyjne: 1/ Szpital, w ramach którego funkcjonowały: a/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B z Pododdziałem Psychiatrii Sądowej o podstawowym zabezpieczeniu¹⁵, b/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C z Pododdziałem Psychiatrii Sądowej o podstawowym zabezpieczeniu¹⁶, c/ Oddział dla uzależnionych, wobec których orzeczono środek zabezpieczający D-I,

⁹ Dz. Urz. Woj. Opolskiego poz. 548. Ww. uchwała była poprzedzona uchwałą Sejmiku Województwa Opolskiego nr XV/192/2012 z dnia 28 lutego 2012 r. w sprawie nadania statutu Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach (ze zm.).

¹⁰ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

¹¹ Dz. U. z 2018 r., poz. 1878, ze zm.

¹² Dz. U. z 2018 r. poz. 2137, ze zm.

¹³ Dalej: Regulamin Szpitala.

¹⁴ Poprzednio obowiązywało zarządzenie nr 18/2014 Dyrektora z 12 listopada 2014 r. w sprawie przyjęcia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa J. Nathana w Branicach (ze zm.).

¹⁵ Dalej: oddział B.

¹⁶ Dalej: oddział C.

d/ Oddział Sądowo-Psychiatryczny o wzmocnionym zabezpieczeniu D-II i B-5, e/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, w tym Pododdział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, f/ Poradnia Neurologiczna, g/ Poradnia Zdrowia Psychicznego, h/ Izba Przyjęć, i/ Dział Farmacji Szpitalnej, j/ Pracownia Elektrodiagnostyki: EEG oraz k/ Pracownia Terapii Zajęciowej, 2/ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, 3/ Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu, w skład którego wchodziły: a/ Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B-7 (Detoksykacyjny), b/ Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu B-4 oraz c/ Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi.

(akta kontroli str. 9-47, 105, 245)

2. W 2019 r. jednostka kontrolowana zawarła następujące umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁷, o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: 1/ nr 08R/10005/02/01/A05/2019 z 31 grudnia 2018 r. na finansowanie w okresie od dnia 1 stycznia do 31 lipca 2019 r., świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: neurologii, neurologii-diagnostyki onkologicznej oraz neurologii-swiadczeń pierwszorazowych; maksymalny poziom finansowania świadczeń – 35 090,43 zł¹⁸, 2/ nr 08R/10005/05/REH/2019 z 31 grudnia 2018 r. na finansowanie w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, rehabilitacji neurologicznej oraz rehabilitacji neurologicznej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności; maksymalny poziom finansowania świadczeń – 4 253 822,32 zł¹⁹, 3/ nr 08R/10005/04/PSY/2019 z 31 grudnia 2018 r. na finansowanie w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w zakresie: świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, leczenia uzależnień, świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia, świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu (stacjonarne), świadczeń w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy), świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych; maksymalny poziom finansowania świadczeń – 24 229 583,86 zł²⁰.

(akta kontroli str. 199-200)

Umowy zawarte z OOW NFZ szczegółowo określały dostępność potencjału wykonawczego, tj. personelu (lekarzy, pielęgniarek, psychologów) wraz z dostępnością poszczególnych osób wchodzących w skład tego personelu i ich wymaganymi kompetencjami; co odpowiadało warunkom realizacji świadczeń określonym w przepisach rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Dane dotyczące potencjału wykonawczego oddziałów B i C, w tym zatrudnionych lekarzy wykazane zostały również w przekazanych do Ministerstwa Zdrowia sprawozdaniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (MZ-30) za lata 2017-2018.

(akta kontroli str. 248-267)

¹⁷ Dalej: OOW NFZ.

¹⁸ Postanowienia umowy zmieniono aneksami w zakresie harmonogramu-zasobów, terminu obowiązywania (wydłużenie do 31 grudnia 2019 r.) i maksymalnego poziomu finansowania świadczeń (zwiększenie do kwoty 60 155,34 zł).

¹⁹ Postanowienia umowy zmieniono aneksami w zakresie m.in. harmonogramu-zasobów i maksymalnego poziomu finansowania świadczeń (zwiększenie do kwoty 4 634 253 zł).

²⁰ Postanowienia umowy zmieniono aneksami w zakresie m.in. harmonogramu-zasobów i maksymalnego poziomu finansowania świadczeń (zwiększenie do kwoty 26 137 848,02 zł).

3. Wartość zakontraktowanych świadczeń udzielanych przez oddziały B i C w latach 2017-2019 (I półrocze) wyniosła odpowiednio 9 431 676,54 zł, 9 287 102,51 zł i 4 641 397,58 zł²¹. Wartość świadczeń zrealizowanych na tych oddziałach w ww. okresach wyniosła natomiast odpowiednio 9 430 933,89 zł, 9 285 329,53 zł i 5 129 400,28 zł, tj. 99,99%, 99,98% i 110,5% wartości zakontraktowanej. W okresie od stycznia 2017 r. do maja 2019 r. Szpital nie był obciążany przez OOW NFZ karami umownymi. Dyrektor wskazał, że *środki finansowe przeznaczone na finansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej są niewystarczające. Plan finansowy OOW NFZ przewiduje przeznaczanie na psychiatrię od 3,3% do 3,5% ogółu wydatków, podczas gdy powinno być na poziomie 5-6% budżetu, podobnie jak jest w innych krajach europejskich.*

Koszty świadczeń realizowanych na oddziałach psychiatrii ogólnej, tj. oddziałach B i C wyniosły w poszczególnych latach 2017-2019 (I kwartał) odpowiednio 9 153 733,15 zł, 10 458 229,34 zł oraz 2 767 247,13 zł. W jednostce kontrolowanej nie ustalano, nie rejestrowano i nie analizowano jednostkowych kosztów poszczególnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dyrektor wyjaśnił, że *Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w 2015 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia podjęła prace zmierzające do wyceny procedur w opiece psychiatrycznej. Ustalono ceny poszczególnych procedur. Wycena ta znacząco odbiega od wyceny stosowanej przez NFZ przy kontraktowaniu świadczeń i do dnia dzisiejszego nie doczekała się wdrożenia.*

(akta kontroli str. 93, 245, 359)

4. Liczba tzw. łóżek rzeczywistych w Szpitalu wynosiła 369 szt. w całym objętym kontrolą okresie, w tym w oddziale B – 70 łóżek, a w oddziale C – 60 łóżek. Faktycznie w ww. oddziałach łóżek było więcej (w trakcie kontroli znajdowało się ich odpowiednio 72 szt. i 75 szt.). Dyrektor wyjaśnił, że *dodatkowe łóżka to tzw. dostawki, które przeznaczone są dla pacjentów wymagających bezwzględnej hospitalizacji, przyjmowanych przez lekarzy dyżurnych.* Dyrektor wskazał też, że *w województwie opolskim ilość łóżek ogólnopsychiatrycznych wynosi około 400 szt., co daje wskaźnik łóżek na 10 tys. mieszkańców wynoszący 4.* Świadczy to, zdaniem Dyrektora o tym, że *województwo nie dysponuje nadmiarem łóżek psychiatrycznych, ale mogą się zdarzyć sytuacje, kiedy zapotrzebowanie na hospitalizację w oddziałach psychiatrycznych incydentalnie jest większe niż ilość zarejestrowanych łóżek.* W latach 2017-2019 (I kwartał) nie było w oddziałach B i C przypadków wyłączenia łóżek z eksploatacji. Liczba pacjentów leczonych w ww. Oddziałach i liczba osobodni wyniosły odpowiednio: 1 067 pacjentów i 56 687 osobodni (w 2017 r.), 1 041 pacjentów i 50 254 osobodni (w 2018 r.) oraz 321 pacjentów i 12 767 osobodni (w I kwartale 2019 r.). Średnie wykorzystanie łóżek w poszczególnych latach²² wraz ze wskaźnikiem wykorzystania jednego łóżka w roku kalendarzowym, wyniosły w ww. okresach odpowiednio: a/ 436,05 (119,5%) w 2017 r.; b/ 386,6 (105,9%) w 2018 r. oraz c/ 98,2 (26,9 %) w I kwartale 2019 r. W każdym z badanych okresów dominującą długością (czasem) hospitalizacji pacjentów w oddziałach psychiatrycznych był okres od dwóch do trzech miesięcy (dla 529 pacjentów w 2017 r.; 483 pacjentów w 2018 r. oraz 101 pacjentów w I kwartale 2019 r.). Kolejnymi pod względem liczby pacjentów czasem hospitalizacji były przedziały do 14 dni i od 15 do 30 dni. Hospitalizacji powyżej 6 miesięcy dotyczyła w latach 2017-2019 (I kwartał) odpowiednio 63, 61 i 49 pacjentów.

(akta kontroli str. 237-299, 360, 364, 366-373)

²¹ W pierwszym kwartale 2019 r. było to odpowiednio 2 317 871,47 zł (umowa) i 2 540 192,12 zł (realizacja).

²² Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

5. Prowadzone w systemie elektronicznym AMMS księgi oczekujących na leczenie w oddziałach B i C nie zawierały wpisów w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 marca 2019 r. W okresie objętym kontrolą informacje sprawozdawcze (tzw. raporty list oczekujących)²³, były przekazywane do OOW NFZ w cyklach tygodniowych – wg stanu na piątek poprzedzający dany cykl rozliczeniowy. Informacje o liczbie oczekujących²⁴ Szpital przekazywał w odniesieniu do każdego zakończonego miesiąca (nie później niż do 10 dni od jego zakończenia), co odpowiadało wymogom wynikającym z przepisów art. 20 i art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(akta kontroli str. 105-116)

6. W okresie objętym kontrolą w tzw. *Księdze odmów*, tj. dokumentacji zbiorczej prowadzonej w systemie AMMS przez lekarzy dyżurujących w Izbie Przyjęć, odnotowano łącznie 421 przypadków odmów przyjęcia do Szpitala, w tym 151 takich przypadków w 2017 r., 176 w 2018 r. oraz 94 w 2019 r.²⁵ Przyczyny ww. odmów ewidencjonowane były w wyniku wyboru z listy rozwijalnej modułu systemu AMMS. Najliczniejszą grupą przypadków była przyczyna określona jako *Inne* (336 przypadków), kolejną – *Brak wskazań do hospitalizacji* (44 przypadki) oraz *Odmowa hospitalizacji przez pacjenta* (21 przypadków). W sześciu przypadkach jako przyczynę odmowy odnotowano *Brak wolnych łóżek*.

Z 20 objętych szczegółowym badaniem²⁶ przypadków odmów przyjęcia zgłaszających się do Izby Przyjęć pacjentów wynikało, że o wszystkich odmowach zdecydowali lekarze przyjmujący, odmowy wynikały z przyczyn obiektywnych, a pacjentów nie skierowano do innego szpitala. Większości z tych przypadków (17) zakwalifikowano jako *Inne*. W dwóch przypadkach, jako przyczynę wskazano na odmowę hospitalizacji przez pacjenta, a w jednym (nr 17/2019), jako przyczynę wskazano *Brak wolnych łóżek*. Przy odmowie nr 17/2019 w dokumentacji wskazano też, że *nie było potrzeby przyjęcia nagłego*.

(akta kontroli str. 341-344)

7. Według stanu na: 31 grudnia 2016 r., 31 grudnia 2017 r., 31 grudnia 2018 r. oraz 31 marca 2019 r. w Szpitalu zatrudnionych było m.in. odpowiednio: a/ 21, 23, 19 i 20 lekarzy²⁷, b/ 141, 136, 143 i 145 pielęgniarek, c/ 14, 15, 14 i 14 psychologów i d/ 16, 16, 17 i 17 instruktorów terapii zajęciowej.

(akta kontroli str. 99-104)

Lekarze w oddziałach psychiatrycznych, w tym lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii, a także pielęgniarki, psycholodzy, terapeuci i sanitariusze – według stanu na 31 grudnia 2017 r., 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. – zatrudnieni byli w wymiarze uwzględniającym wymagania wynikające z umów zawartych przez kontrolowaną jednostkę z OOW NFZ, tj. warunki realizacji świadczeń psychiatrycznych gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 94-98)

Obowiązujące normy zatrudnienia pielęgniarek ustalone zostały 16 października 2017 r. w oparciu o wyniki prac *Zespołu do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek* powołanego przez Dyrektora przy uwzględnieniu mierników określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek

²³ W przypadku jednostki kontrolowanej były to wyłącznie raporty tzw. zerowe.

²⁴ Zerowa liczba osób oczekujących w obu kolumnach raportu: *przypadki pilne* oraz *przypadki stabilne*.

²⁵ W tym 38 w I kwartale 2019 r.

²⁶ Księga odmów była prowadzona na Izbie Przyjęć wspólnie dla wszystkich zgłaszających się pacjentów. Badaniem objęto 20 kolejnych odmów z 2019 r. – od nr 1/2019 do nr 20/2019.

²⁷ Dodatkowo na podstawie umów kontraktowych w Szpitalu pracowało w tych terminach 7, 5, 6 i 6 lekarzy.

i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²⁸. Zatrudnienie pielęgniarek w oddziałach B i C spełniało ustalone przez Dyrektora normy.

(akta kontroli str. 66-84)

Dyrektor wskazał, że poziom zatrudnienia lekarzy psychiatrów wymagany tzw. „rozporządzeniem koszykowym” został ustalony na poziomie optymistycznym nie uwzględniającym realnej ilości lekarzy specjalistów jak i lekarzy, którzy chcą podjąć specjalizację z psychiatrii. Dominujący obecnie system kształcenia specjalistów w formie rezydentur nie uwzględnia potrzeb szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych w miastach i miejscowościach nie będących siedzibą akademii medycznych. Obecnie większość miejsc szkoleniowych (rezydentur) przeznaczonych jest dla szpitali zlokalizowanych w dużych miastach. Obecnie obowiązujące przepisy również wymagają korekty w części dotyczącej możliwości zmiany miejsca szkolenia przez rezydenta. Po roku szkolenia rezydent może się przenieść gdziekolwiek chce. Nawet jeśli w rozdzielniku dostaniemy 1 czy 2 miejsca rezydenckie to po roku możemy je stracić.

Ponadto Dyrektor wskazał, że zagrożeniem dla funkcjonowania Szpitala w przyszłym roku jest rozporządzenie ustalające normy zatrudnionych pielęgniarek w oddziałach psychiatrycznych przewidujące zatrudnienie od 0,5 do 0,6 etatu na łóżko w zależności od rodzaju oddziału. Aby spełnić te wymagania będzie nam brakować 58 pielęgniarek. Dotychczas obowiązujące normy pielęgniarek ustalone były na podstawie analizy kategorii stanów pacjentów wymagających różnych poziomów opieki pielęgniarskiej, natomiast nowe normy nie uwzględniają charakteru oddziału, zaangażowania pielęgniarek, faktycznego obciążenia pracą. Dyrektor zwrócił uwagę, że wprowadzenie nowych wyższych norm następuje w czasie kiedy: 1/ wszystkie szpitale borykają się z deficytem pielęgniarek, 2/ Izby Pielęgniarskie biją na alarm, że grozi nam luka pokoleniowa w zawodzie pielęgniarek – średnia wieku przekracza 50 lat, 3/ nie powstała żadna nowa szkoła medyczna, 4/ nie zwiększono naboru do szkół medycznych, 5/ dopiero w trakcie konsultacji jest przepis dopuszczający możliwość zdobycia zawodu pielęgniarki w trybie zaocznym, 6/ do norm zatrudnienia nie wliczane są osoby wykonujące zawody pokrewne pielęgniarsce – opiekuna medycznego i ratownika medycznego. Zdaniem Dyrektora wdrożenie tych norm spowoduje drastyczne ograniczenie dostępności do całodobowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 359-360)

8. Badanie próby²⁹ akt osobowych personelu oddziałów B i C wykazało, że pracownicy udzielający świadczeń na podstawie umów zawartych z OOW NFZ spełniały wymagania wymienione w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami³⁰.

(akta kontroli str. 268-271)

9. W latach 2017-2019 (I półrocze) w Szpitalu przeprowadzone zostały 22 kontrole zewnętrzne, w tym osiem z upoważnienia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Głubczycach przez pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Głubczycach, dwie przez Sąd Rejonowy w Głubczycach oraz po jednej przez Sąd Okręgowy w Opolu, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie

²⁸ Dz. U. poz. 1545.

²⁹ Badaniem objęto akta personalne 16 pracowników oddziałów B i C, w tym siedmiu lekarzy specjalistów psychiatrii (na stanowisku ordynator, zastępca ordynatora, starszy asystent, młodszy asystent), pięciu pielęgniarek (pielęgniarka oddziałowa, specjalista pielęgniarstwa psychiatrycznego), dwóch psychologów i dwóch terapeutów zajęciowych.

³⁰ Dz. U. z 2011 r. Nr 151 poz. 896.

psychiatrii i upoważnionych pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego.

Kontrole inspekcji sanitarnej dotyczyły żywienia pacjentów i bieżącego stanu sanitarnego w ramach urzędowej kontroli żywności, stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi, postępowania z bielizną i odpadami, postępowania ze zwłokami, a także jakości wody przeznaczonej do spożycia. W wyniku kontroli stwierdzono m.in. nieprawidłowy stan sanitarny powierzchni ścian i sufitów w pomieszczeniach podręcznych magazynów – wskazano, że ściany i sufity były zniszczone biologicznie, częściowo zawilgocone, z odpadającymi płatami farb, które to nieprawidłowości zostały usunięte. W trakcie kontroli wydano też doraźne zalecenia dotyczące odnowienia powłok malarskich ścian przy szafkach przyłóżkowych z salach pacjentów na oddziale B. Inspekcja sanitarna w trakcie kontroli przeprowadzonej w listopadzie 2018 r. oceniała m.in. spełnienie wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³¹. W tym zakresie nieprawidłowości nie stwierdzono. Sąd Rejonowy w Głubczycach przeprowadził w 2017 r. i 2018 r. kontrolę przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w Szpitalu. W wyniku tych kontroli stwierdzono nieprawidłowości oraz wystosowane zostały zalecenia pokontrolne, w tym dotyczące: a/ przesyłania sądowi opiekuńczemu zawiadomień o przyjęciu pacjenta bez zgody zawierających wszystkie wymagane dane, b/ ścisłego przestrzegania terminu 72 h od chwili przyjęcia pacjenta na zawiadomienie sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala bez zgody, c/ ścisłego przestrzegania czasu przedłużenia okresów zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji pacjentów oraz d/ ścisłego zapewnienia okresów krótkotrwałego częściowego albo całkowitego uwolnienia od unieruchomienia.

(akta kontroli str. 121-225)

10. Oględziny oddziałów B i C potwierdziły spełnienie wymagań odnoszących się do pomieszczeń i urządzeń oddziału psychiatrycznego, wynikających z przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z 2019 r. Drzwi wejściowe do oddziałów zostały zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie Oddziału. W oddziałach znajdowały się pokoje łóżkowe, w których umieszczono łącznie 147 łóżek. Ustawienie łóżek w pokojach umożliwiało do nich dostęp z co najmniej dwóch stron (jednej dłuższej i jednej krótszej). Odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka.

W korytarzach znajdowały się telefony stacjonarne umożliwiające pacjentom kontakt z osobami z zewnątrz. Kontakt taki umożliwiały też posiadane przez pacjentów telefony komórkowe oraz inne urządzenia mobilne, jak komputery przenośne. Odwiedziny pacjentów odbywały się codziennie (od 9:00 do 20:00). Obowiązujący na oddziałach B i C Regulamin Organizacyjny Oddziału Psychiatrycznego wprost zakazywał odwiedzin osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.

W oddziałach B i C, w widocznych miejscach, były umieszczone tablice informujące o prawach pacjenta, w tym o prawach pacjenta szpitala psychiatrycznego, jak również wskazane tam były informacje o dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Osoby przyjmowane do Szpitala otrzymywały w Izbie Przyjęć dokument pn. *Karta Praw Pacjenta Szpitala* w formie broszury, w której

³¹ Dz. U. poz. 739.

znajdował się m.in. plan szpitala, informacje o prawach pacjenta, informacje o zasadach przyjmowania do Szpitala, wykaz telefonów (w tym do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który odwiedza chorych przebywających na oddziałach Szpitala), a także wskazanie na terenie Szpitala wydzielonego pomieszczenie, w którym ten rzecznik może przyjmować pacjentów. Pacjenci odwiedzani byli też przez kapelana.

Uczestniczący w oględzinach wskazywali, m.in. że *kryterium jednostki chorobowej nie jest uwzględniane przy umieszczaniu pacjentów w poszczególnych pokojach łóżkowych – w pokojach umieszcza się pacjentów z różnymi schorzeniami. Nie zdarzają się jednak przypadki umieszczania w jednym pokoju pacjentów o skrajnie różnych zaburzeniach. Pacjenci agresywni lub pacjenci o skłonnościach przestępczych z reguły umieszczani są w sali obserwacyjnej lub separacie, gdzie personel na bieżąco może ich obserwować. Szczególnie w trakcie zleconej przez lekarza obserwacji rewersowej. W takim przypadku może się zdarzyć, że do jednego pokoju trafiają pacjenci o bardzo różnych zaburzeniach, ponieważ nie tylko agresja wymaga obserwacji. Wskazywali też, że brane są też pod uwagę: zachowanie pacjenta i jego samodzielność w codziennym funkcjonowaniu.*

(akta kontroli str. 366-380)

11. Zasady udzielania zgód ordynatora na okresowe przebywanie poza jednostką kontrolowaną bez wypisywania ich ze Szpitala, o których mowa w art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tzw. przepustek), uregulowane zostały w Regulaminie Organizacyjnym Oddziału Psychiatrycznego, który to regulamin obowiązywał na oddziałach B i C. Celem przepustek było sprawdzenie trwałości poprawy stanu zdrowia w warunkach pozaszpitalnych. W latach 2017-2019 (I kwartał) pacjentom oddziałów B i C wyrażono łącznie 154 zgód na okresowe przebywanie poza Szpitalem na tzw. przepustkach. W poszczególnych latach objętych kontrolą takich zgód udzielali lekarze prowadzący. Ordynator Oddziału C oświadczyła, że *za każdym razem miało to miejsce za jej zgodą po uprzednim ustaleniu na odprawach lekarskich.* W 25 badanych hospitalizacjach, czterech pacjentów uzyskało łącznie dziewięć takich przepustek.

(akta kontroli str. 53-57, 304-333)

12. W całym okresie objętym kontrolą w oddziałach B i C były prowadzone rejestry zdarzeń niepożądanych, w których odnotowano w latach 2017-2019 (I półrocze) łącznie 48 zdarzeń (w tym w 2017 r. – 14; w 2018 r. – 18, a w 2019 r. – 16 zdarzeń).

(akta kontroli str. 226-236)

13. W latach 2017-2019 (I półrocze) zastosowano w oddziałach B i C łącznie 770 razy przymus bezpośredni (w tym 724 razy poprzez unieruchomienie pasami magnetycznymi, 26 razy poprzez przytrzymanie i 20 razy poprzez izolację). Personel medyczny oddziałów B i C został zapoznany z zasadami i trybem postępowania przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 247, 337, 358)

14. Najczęściej zdiagnozowanymi schorzeniami były: 1/ schizofrenia paranoidalna u 23,9%³² pacjentów, 2/ zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu – inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u 8,7%³³ pacjentów, 3/ schizofrenia rezydualna u 5,8%³⁴ pacjentów. W Szpitalu nie diagnozowano osób małoletnich.

³² Zdiagnozowana w 2017 r. w przypadku 262 hospitalizacji, w 2018 r. 262 takich przypadków, a w I półroczu 2019 r. 252 przypadków.

³³ Zdiagnozowane w 2017 r. w przypadku 94 hospitalizacji, w 2018 r. 90 takich przypadków, a w I półroczu 2019 r. 44 przypadków.

³⁴ Zdiagnozowane w 2017 r. w przypadku 66 hospitalizacji, w 2018 r. 51 takich przypadków, a w I półroczu 2019 r. 34 przypadków.

Stosownie do wymogów wynikających z art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej, w regulaminie organizacyjnym Szpitala określono przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń. W okresie objętym kontrolą odnotowywano wpisy lekarskie średnio co 2-3 dni w 61%³⁵ objętych oględzinami dokumentacji medycznych, a 25%³⁶ objętych oględzinami dokumentacji medycznych takie wpisy odnotowywano średnio co jeden dzień. Pacjenci aktywnie uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych otrzymali nagrody rzeczowe o łącznej wartości 17 tys. zł na podstawie 150 wniosków sporządzonych przez terapeutów zajęciowych i zaakceptowanych przez dyrektora stosownie do wymogów wynikających z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych³⁷.

(akta kontroli str. 301-302)

15. W dokumentacji medycznej³⁸ pacjentów znajdowały się indywidualne plany rehabilitacji określające m.in. rodzaj i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych dla danego pacjenta (opracowany przez lekarza i terapeutę zajęciowego we współdziałaniu z pacjentem). W historiach choroby zamieszczano informacje o przebiegu udziału pacjenta w zajęciach rehabilitacyjnych. Zajęcia rehabilitacyjne prowadziła kadra, której kwalifikacje spełniały wymogi ustalone w przepisach rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

(akta kontroli str. 304-333)

16. Badaniem objęto dokumentację medyczną 25 hospitalizacji (od przyjęcia do wypisu), w tym po 10 hospitalizacji w latach 2017 i 2018 oraz pięć z 2019 r. (przyjęcie do 31 marca 2019 r.). Przyjęcia pacjentów we wszystkich przypadkach odbywały się w trybie nagłym. W pięciu przypadkach przyjęcia do szpitala dokonano bez zgody pacjenta, w tym w czterech przypadkach na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz w jednym przypadku na podstawie art. 24 ww. ustawy. W żadnym z przypadków sąd opiekuńczy nie wydał postanowienia o braku podstaw do przyjęcia. W dokumentacji medycznej ww. pacjentów zastosowanie przymusu bezpośredniego zostało odnotowane zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 18c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i przepisami w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego³⁹.

(akta kontroli str. 301-333)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W latach 2017-2019 (I półrocze) wystąpiły co najmniej cztery przypadki odmów przyjęcia do Szpitala z powodu braku miejsc (odmowy nr 96/2017, nr 1/2018, nr 17/2019 i nr 93/2019), w których pacjenci nie zostali umieszczeni na liście oczekujących na udzielenie świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomimo że wymóg taki wynikał z art. 20 ust. 1b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osobom tym nie udzielono również

³⁵ W 2017 r. 750 dokumentacji medycznych, w 2018 r. 6033, a w I kwartale 2019 r. 134.

³⁶ W 2017 r. 204 dokumentacji medycznych, w 2018 r. 320, a w I kwartale 2019 r. 94.

³⁷ Dz. U. poz. 522.

³⁸ Dane na podstawie zbadanych 25 dokumentacji indywidualnych.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459).

świadczeń zgodnie z kolejnością zgłoszeń, tj. stosownie do wymogów wynikających z art. 20 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ww. ustawy.

(akta kontroli str. 106-116, 342-344)

Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku bezwzględnych wskazań do hospitalizacji pacjent jest każdorazowo przyjmowany i po analizie zapisów w epikryzie takie sytuacje nie obejmują tych odmów. Dyrektor wskazał, że w przypadku odmowy: nr 96/2017 - pacjentka jest mieszkanką DPS w Dzbańcach – może być przyjęta po telefonicznym ustaleniu terminu przez opiekunów, nr 1/2018 – brak bezwzględnych wskazań do przyjęcia – pacjent z DPS w Branicach (obiekt za ogrodzeniem szpitala) – zasugerowano opiekunowi rekonsultację za kilka dni, nr 17/2019 – pacjent jest pensjonariuszem DPS w Dzbańcach – ustalenie terminu przyjęcia po telefonicznym uzgodnieniu miejsca, nr 93/2019 – brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej.

(akta kontroli str. 359-365)

Nie kwestionując wskazywanej okoliczności, tj. braku bezwzględnych wskazań do natychmiastowej hospitalizacji, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują zasady prowadzenia list oczekujących i kolejności przyjmowania pacjentów. Podmiot leczniczy realizujący umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązany do ich przestrzegania i nie zwalnia go od tego obowiązku wskazane w wyjaśnieniach okoliczności faktyczne. Zwrócić należy także uwagę, że sama czynność umieszczenia na liście oczekujących i ustalenia terminu przyjęcia do Szpitala jest zbliżona do wskazywanych, w wyjaśnieniach Dyrektora, sposobów ustalenia takiego terminu.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski 1. Ujmowanie na liście oczekujących osób wymagających hospitalizacji w sytuacji odmowy ich przyjęcia na leczenie z uwagi na brak wolnych miejsc.
2. Udzielanie świadczeń zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

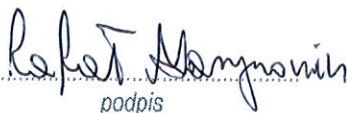
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, 28 sierpnia 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

Kontrolerzy
Rafał Marynowicz
główny specjalista kontroli
państwowej


podpis


Dyrektor
Delegatury NIK w Opolu
podpis
Iwona Zyman

Piotr Mastalerz
specjalista kontroli państwowej


podpis

January 1st, 1911
The undersigned, being duly sworn, depose and say that the within and foregoing is a true and correct copy of the original as the same appears from the records of the County of [] State of []

Subscribed and sworn to before me this 1st day of January, 1911.
[Signature]
Notary Public for the State of []

Witness my hand and the seal of my office this 1st day of January, 1911.
[Signature]
Notary Public for the State of []

Very truly yours,
[Signature]

Attest:
[Signature]
Notary Public for the State of []

[Signature]