



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP. 410.007.04.2019

Krzysztof Nazimek
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi
w Opolu
ul. Wodociągowa 4
45-221 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek, Dyrektor, od 1 lutego 2013 r. do nadal ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu diagnozowania i leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	2017-2019 (I półrocze) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeżeli 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 Opolu
Kontrolerzy	1. Zbigniew Łupicki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/60/2019 z 19 czerwca 2019 r. 2. Wojciech Goleński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/53/2019 z 16 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1, 2)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży⁵, została zorganizowana zgodnie z zasadami określonymi w statucie i regulaminie organizacyjnym Szpitala, a warunki realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁶.

Szpital wypełniał warunki realizacji świadczeń wynikające z umów zawartych z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁷, zapewniając kadrę specjalistów - lekarzy psychiatrów i psychologów realizujących świadczenia, a o zmianach w tym zakresie informował OOW NFZ.

Poradnia współpracowała m.in. z Oddziałem Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży⁸, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz jednostkami pomocy społecznej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w całym okresie objętym kontrolą utrzymywała się znaczna liczba osób oczekujących na przyjęcie w Poradni (maksymalnie do 109 osób), a czas oczekiwania na świadczenie, w skrajnym przypadku, wynosił do 79 dni. Pomimo tego, w trakcie kontroli stwierdzono, że czas pracy Poradni był krótszy od czasu wynikającego z umów zawartych z OOW NFZ, co mogło mieć również wpływ na niewykorzystanie 7,4% (22,1 tys. zł) środków na świadczenia przewidzianych umową w 2018 r. i 5,3% (4 tys. zł) w I kwartale 2019 r.

Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości polegały w szczególności na braku prawidłowej realizacji obowiązków informacyjnych dotyczących działalności kontrolowanej jednostki oraz naruszeniu wymogów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów wynikających z obowiązujących przepisów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1 Organizacja Poradni Zdrowia Psychicznego

Poradnia, jako jedna z siedmiu poradni, stanowiła jednostkę organizacyjną Szpitala, będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej. W regulaminie organizacyjnym Szpitala⁹ określono jego strukturę, a także organizację i zadania poszczególnych jednostek wchodzących w jego skład oraz warunki ich współdziałania.

(akta kontroli str. 9-74)

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

⁵ Dalej: Poradnia.

⁶ 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).

⁷ Dalej: OOW NFZ.

⁸ Dalej: Oddział.

⁹ Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 10/2016 z dnia 25 kwietnia 2016 r. Dyrektora WSN im. św. Jadwigi w Opolu. Następnie załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 12/2019 z dnia 29 kwietnia 2019 r. Dyrektora Szpitala im. św. Jadwigi w Opolu.

Zgodnie z zapisami regulaminu organizacyjnego, zaplecze kadrowe lekarzy dla Poradni zapewniał Ordynator Oddziału. Rejestrację pacjentów, archiwizację dokumentacji medycznej i rozliczeń statystycznych realizowała Sekcja Ruchu Chorych i Statystyki Medycznej Szpitala. Ordynator Oddziału pełnił jednocześnie funkcję koordynatora pracy lekarzy w Poradni¹⁰. Dyrektor wyjaśnił, że: *w dokumentach organizacyjnych nie ustalono formalnego stanowiska Kierownika Poradni, ze względu na szczupłość zasobów. Poradnie działające w Szpitalu przypisane są odpowiednim oddziałom i związku z tym Ordynator Oddziału, pełni jednocześnie funkcję Kierownika Poradni.*

(akta kontroli str. 308-313, 456)

Głównymi zadaniami Poradni było m.in. *zapewnienie opieki zdrowotnej pacjentom na jak najwyższym poziomie jakościowym w ramach posiadanych środków; badanie chorych dzieci zgłaszających się do Poradni, ustalenie rozpoznania i ukierunkowania dalszego leczenia; przeprowadzanie badań diagnostycznych i psychologicznych; udzielanie pomocy medycznej chorym dzieciom, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia szpitalnego lub zostały zakwalifikowane do leczenia poszpitalnego albo leczenia w późniejszym terminie.*

(akta kontroli str. 15, 30)

W okresie objętym kontrolą, w Poradni zatrudnionych było trzech lekarzy psychiatrów oraz pięciu psychologów. Stan rzeczywisty zatrudnienia na koniec lat 2017 i 2018 oraz na 31 marca 2019 r., w grupie lekarzy psychiatrów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży¹¹, przedstawiał się w etatach odpowiednio: 0,73; 0,83 i 0,83, a w grupie psychologów¹² odpowiednio: 1,34; 1,74 i 1,77. Obsada kadrowa Poradni spełniała warunki ustalone w umowach zawartych przez Szpital z OOW NFZ. W ocenie Dyrektora stan pożądany¹³ zatrudnienia w etatach lekarzy psychiatrów i psychologów we wszystkich okresach badanego przedziału czasowego, był jednakowy dla ww. grup i wynosił odpowiednio: 0,63 etatu i 0,28 etatu. Przy rzeczywistym stanie zatrudnienia lekarzy w wymiarze 0,73 (w 2017 r.) i 0,83 etatu (2018 r. i I kwartał 2019 r.), liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie na koniec poszczególnych kwartałów badanego okresu wynosiła średnio 60 osób¹⁴, zaś średni czas oczekiwania wynosił 63 dni¹⁵. Wskazany przez Dyrektora, jako pożądany poziom zatrudnienia lekarzy psychiatrów w wymiarze 0,63 etatu, w całym okresie objętym kontrolą, był niższy od rzeczywistego.

(akta kontroli str. 91-286, 346)

Kierownik w wyjaśnieniu przyznała, że zatrudnienie personelu jest niewystarczające, bowiem podała, że *popyt na usługi Poradni jest nieograniczony. Wydaje mi się, że niezależnie od liczby specjalistów w Poradni zawsze byłoby ich za mało. Zapotrzebowanie na pracę lekarzy i psychologów jest zdecydowanie większe niż możliwości świadczenia usług przez Poradnię. Trudno powiedzieć ilu specjalistów mogłoby zaspokoić to zapotrzebowanie.*

(akta kontroli str. 304)

¹⁰ Zgodnie z zapisem pkt 17 *Karty Stanowiska Pracy* Ordynatora Oddziału, dalej: Kierownik.

¹¹ Po jednym lekarzu specjalście I i II stopnia w wymiarze 0,29 etatu, każdy w całym okresie objętym kontrolą oraz jeden lekarz w trakcie specjalizacji w wymiarze 0,15 etatu w 2017 r. i 0,25 etatu w 2018 r., a w pierwszym kwartale 2019 r. w wymiarze 0,25 etatu, jako lekarz specjalista.

¹² W całym okresie objętym kontrolą Poradnia zatrudniała psychologów w wymiarze: 1,34 etatu w 2017 r.; 1,74 etatu w 2018 r. i 1,77 etatu pierwszym kwartale 2019 r.

¹³ Stan zatrudnienia pożądany, rozumiany, jako stan zatrudnienia ilościowy specjalistów, gwarantujący niezwłoczne udzielenie porad i zapewnienie opieki zdrowotnej swoim pacjentom na jak najwyższym poziomie jakościowym w ramach posiadanych środków (§ 21 ust. III pkt 1-3 regulaminu organizacyjnego Szpitala).

¹⁴ W poszczególnych kwartałach badanego okresu, począwszy od pierwszego kwartału 2017 r.: 109; 87; 47; 47; 25; 55; 39; 59 i 69 pacjentów.

¹⁵ W poszczególnych kwartałach badanego okresu, począwszy od pierwszego kwartału 2017 r.: 51; 71; 70; 41; 56; 54; 71; 79 i 71 i 69 dni.

Z analizy danych dotyczących pożądanego i rzeczywistego czasu zatrudnienia lekarzy psychiatrów na Oddziale wynikało, że w całym okresie objętym kontrolą pożądaný stan zatrudnienia, określono na poziomie 1,69 etatu, zaś rzeczywisty poziom wynosił 3 etaty.

(akta kontroli str. 476, 477)

Dyrektor wyjaśniając przyczyny braku zwiększenia wymiaru zatrudnienia lekarzy w Poradni, kosztem czasu ich pracy na Oddziale - celem ograniczenia liczby oczekujących pacjentów stwierdził, że zarówno *Poradnia jak i Oddział, pomimo organizacyjnego podziału stanowią całość. Personel medyczny w ramach jednego zatrudnienia realizuje zadania wynikające z działalności Oddziału oraz Poradni. Rzeczywistość na rynku pracy nie pozwala na zwiększenie obsady lekarskiej i jest to problem nie tylko lokalny, ale ogólnokrajowy. Zważywszy na fakt, iż zatrudnienie pracownika w ramach umowy o pracę wymusza ograniczenia czasowe świadczonej przez niego pracy, nie ma możliwości zwiększenia wymiaru zatrudnienia lekarzy w Poradni. Ponieważ zwiększenie na stałe godzin pracy Poradni spowodowałoby zmniejszenie dostępności personelu w Oddziale, gdzie również zobligowani kontraktem z OOW NFZ musimy utrzymać odpowiedni wymiar etatów lekarskich. Nikt z zatrudnionych (...) nie wyrażał i nie wyraża zgody na zwiększenie wymiaru zatrudnienia. Mając na względzie problemy z pozyskaniem nowych lekarzy oraz liczbę świadczeń realizowanych przez dotychczasowy zespół, Szpital nie występował do OOW NFZ o zwiększenie liczby świadczeń i wartości kontraktu. Wszelkie nadwykonania w tym zakresie NFZ w Opolu finansował po rozliczeniu umowy.*

(akta kontroli str. 559)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2 Dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Szpital wypełnił w części zobowiązania dotyczące informowania pacjentów na temat udzielanych świadczeń, wyszczególnionych w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶. Wewnątrz budynku Szpitala (przy wejściu głównym) umieszczono tablicę informacyjną z wyszczególnieniem poradni i oddziałów szpitalnych; w budynku (w pomieszczeniu rejestracji) znajdowały się informacje dotyczące: adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz numery telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, a także informacje dotyczące: trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy; wykaz praw pacjenta; zasady potwierdzania prawa do świadczeń; adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków OOW NFZ. Na zewnątrz budynku Szpitala znajdowała się tablica ze znakiem graficznym Funduszu. Przy wejściach do gabinetów lekarskich umieszczono informację o godzinach przyjęć, a na tablicy przed gabinetami psychologicznym znajdowały się informacje o osobach udzielających świadczeń.

(akta kontroli str. 287-288)

¹⁶ Dz.U. z 2016 r. poz.. 1146, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

Poradnia funkcjonowała od poniedziałku do czwartku w godzinach 9:00-14:30¹⁷, a w piątek w godzinach 9:00-18:00. W latach 2017-2019 (pierwsze półrocze) godziny pracy oraz dostępność do specjalistów (lekarzy i psychologów) w poszczególnych dniach były zróżnicowane¹⁸. W 2017 r. lekarze byli dostępni od poniedziałku do czwartku w godzinach: 9:00-14:30 (poza piątkami – kiedy nie przyjmował żaden lekarz). Dostępność psychologów odpowiadała godzinom funkcjonowania Poradni we wszystkich dniach pracy. W 2018 r. i 2019 r. (pierwsze półrocze) lekarze byli dostępni od poniedziałku do czwartku, w godzinach funkcjonowania Poradni, a w piątki lekarz przyjmował w godzinach 14:00-18:00. Dostępność psychologów od poniedziałku do czwartku odpowiadała godzinom pracy Poradni, a w piątki psycholodzy pracowali w godzinach 9:00-15:00.

Rejestracja do wszystkich poradni Szpitala była czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:00. Pacjenci byli umawiani na godziny oraz mieli możliwość rejestracji telefonicznej.

(akta kontroli str. 100, 138, 249, 289, 300, 347, 371-413, 414-414a, 456)

Szpital prowadził listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń, w poszczególnych komórkach w formie elektronicznej, zgodnie z wymogami wskazanymi w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹. Lista oczekujących na wizytę w Poradni dotyczyła jedynie pacjentów w stanach stabilnych.

Listy pacjentów oczekujących na świadczenia były zgodnie z art. 21 ww. ustawy, oceniane przez Zespół Oceny Przyjęć powołany przez Dyrektora²⁰, pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmiany terminów udzielenia świadczenia. W całym okresie objętym kontrolą ww. Zespół ocenił prowadzenie list, we wskazanych zakresach, jako prawidłowe.

Dane o pacjentach oczekujących na świadczenie, były zgodnie z art. 23 pkt 1. ww. ustawy - comiesięcznie przekazywane do OOW NFZ, w formie raportów generowanych z systemu elektronicznej rejestracji pacjentów oczekujących na przyjęcie w Poradni²¹. W raportach wykazywano m.in. liczbę oczekujących na świadczenie oraz liczbę osób skreślonych z listy oczekujących.

(akta kontroli str. 415-445, 460-475)

Czas oczekiwania na przyjęcie w poszczególnych kwartałach badanego okresu wynosił, od 41 dni w IV kwartale 2017 r. do 79 dni w IV kwartale 2018 r. Największą liczbę oczekujących pacjentów wynoszącą 109, zarejestrowano na koniec I kwartału 2017 r., a najmniejszą 25 na koniec I półrocza 2018 r.²²

¹⁷ W aneksach do umów z OOW NFZ wykazano, że w środy Poradnia jest czynna od godz. 8:00 do 14:30.

¹⁸ W 2017 r.: poniedziałki – dwóch specjalistów (lekarz i psycholog); wtorki – trzech specjalistów (lekarz i dwóch psychologów); środy – pięciu specjalistów (lekarz i czterech psychologów); czwartki – sześciu specjalistów (dwóch lekarzy i czterech psychologów); piątki – dwóch psychologów. W 2018 r.: poniedziałki – lekarz i dwóch psychologów; wtorki – sześciu specjalistów (dwóch lekarzy i czterech psychologów); środy – lekarz i psycholog; czwartki – sześciu specjalistów (lekarz i pięciu psychologów); piątki – lekarz i trzech psychologów. W 2019 r. (I półrocze): poniedziałki – lekarz i dwóch psychologów; wtorki – sześciu specjalistów (dwóch lekarzy i czterech psychologów); środy – lekarz i psycholog; czwartki – siedmiu specjalistów (dwóch lekarzy i pięciu psychologów); piątki – lekarz i trzech psychologów.

¹⁹Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁰ Zarządzenie Dyrektora Nr 19/2008 z dnia 25 kwietnia 2008 r. w sprawie Listy Oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu.

²¹ Dane o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na świadczenie w Poradni, były Generowane z systemu elektronicznej rejestracji pacjentów (system AMMS), na potrzeby sporządzenia raportu dla OOW NFZ i były one tożsame z danymi Szpitala.

²² Liczba oczekujących i czas oczekiwania w dniach, w poszczególnych kwartałach badanego okresu wynosiły odpowiednio: rok 2017: I kw. 109 i 51; II kw. 87 i 71; III kw. 47 i 70 i IV kw. 47 i 41, rok 2018: I kw. 25 i 56; II kw. 55 i 54; III kw. 39 i 71 i IV kw. 59 i 79 oraz na koniec I kw. 2019 r. 69 i 71.

W 2017 r. średni czas oczekiwania na wizytę wyniósł 58 dni. Najkrótszy czas oczekiwania, tj. 41 dni wystąpił w IV kwartale, a najdłuższy - 71 dni w II kwartale. Średnia liczba osób oczekujących wyniosła 73 osoby²³.

W 2018 r. średni czas oczekiwania wyniósł 65 dni, przy czym wzrósł on z 56 dni na koniec I kwartału do 79 dni na koniec IV kwartału. Średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie wyniosła 45.

W I kwartale 2019 r. 69 pacjentów oczekiwało na przyjęcie, przy średnim czasie oczekiwania 71 dni.

(akta kontroli str. 415)

Kierownik wskazała, że powodem zmian w liczbie osób oczekujących na przyjęcie była liczba lekarzy pracujących w Poradni. W okresie objętym kontrolą dwóch lekarzy pracowało na stałe, a trzeci nieregularnie, ponieważ był oddelegowany na staż specjalizacyjny. Dodatkowo zmiany zapotrzebowania na świadczenia mają charakter okresowy – większe zapotrzebowanie jest odnotowywane w czasie roku szkolnego, a mniejsze w okresie wakacyjnym. Kierownik wyjaśniła ponadto, że wzrost średniego czasu oczekiwania na wizytę w Poradni wynika, z widocznego większego zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia. Jest także spowodowany nieprzychodzeniem pacjentów na umówione wizyty lub ich odwoływaniem. Powoduje to zablokowanie terminu wizyty, a kolejni pacjenci umawiani są na dalsze terminy. Kierownik podała również, że w piątki planowano pięć wizyt dla pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy. Zazwyczaj nie były one wykorzystane.

(akta kontroli str. 369)

W okresie objętym kontrolą nie występowały przypadki odmowy przyjęcia pacjenta do Poradni. Nie prowadzono także rejestru odmów. Dyrektor wyjaśnił, że, wszyscy pacjenci zgłaszający się do tej poradni są przyjmowani. W związku z tym, nie było potrzeby prowadzenia takiego rejestru.

(akta kontroli str. 289)

W latach 2017-2019 (I kwartał), w poszczególnych kwartałach zarejestrowano od 10 do 60 pacjentów skreślonych z listy oczekujących na przyjęcie²⁴. Przypadki skreśleń, według wyjaśnień Dyrektora oznaczały, że wizyta nie odbyła się w wyznaczonym wcześniej terminie. Takie sytuacje spowodowane były głównie odwołaniem lub brakiem zgłoszenia pacjenta na wizytę oraz zmianą przez lekarza pierwotnego terminu wizyty. W każdym z takich przypadków wyznaczany był kolejny termin wizyty.

(akta kontroli str. 415)

Najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami wśród zgłaszających się do Poradni w latach 2017 i 2018²⁵, były: 1) zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98²⁶), których zarejestrowano 830 i 820 przypadków; 2) pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F83, F88i F89), odpowiednio 197 i 120 przypadków; 3) zaburzenia umysłowe (F70-F79), odpowiednio 153 i 129 przypadków; 4) całościowe zaburzenia rozwojowe (F84), które wystąpiły u 75 i 91 pacjentów; 5) zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48), których rozpoznano odpowiednio 65 i 72 przypadki.

(akta kontroli str. 353-354, 371-412, 415)

²³ W kolejnych kwartałach odpowiednio: 109, 87, 47 i 47 osób.

²⁴ W poszczególnych kwartałach badanego okresu liczby skreślonych osób wynosiły kolejno: 60; 43; 48; 10; 17; 11; 22; 18 i 24.

²⁵ Dane prezentowane w sprawozdaniu MZ-15 z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychotropowych. Dalej: Sprawozdanie MZ-15.

²⁶ Według oznaczeń Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowania Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r.

Według danych zawartych w sprawozdaniu MZ-15 z 2017 r., w Poradni leczono ogółem 1 424 pacjentów, a w 2018 r. ich liczba była niższa o 75 osób (5,3%) i wynosiła 1 349. Liczba pacjentów, którzy zgłosili się po raz pierwszy, wynosiła: w 2017 r. - 564, a w 2018 r. - 337 osób.

Według danych sporządzonych przez operatora systemu informatycznego obsługującego Szpital w zakresie ruchu chorych, w I kwartale 2019 r. liczba przyjętych pacjentów wyniosła 610 i była niższa o 95 (13,5%) w porównaniu do analogicznego okresu 2018 r. Pacjenci przyjęci po raz pierwszy, w I półroczu 2019 r. stanowili 25,7% ogółu (157 osób), a w analogicznym okresie 2018 r. udział takich pacjentów wyniósł 28,2% ogólnej liczby przyjętych (199 osób).

(akta kontroli str., 371-412, 415, 446-446b)

Kierownik Poradni wyjaśniła, że zmniejszenie przyjęć pacjentów w 2018 r. wynikało: *z mniejszej liczby przyjmujących lekarzy, ponieważ jeden z lekarzy przebywał wówczas na stażu do specjalizacji oraz na urlopie przygotowującym do egzaminu specjalizacyjnego (kilkumiesięczna nieobecność). Również dostępność psychologów była mniejsza ze względu na przebywanie jednego psychologa na urlopie macierzyńskim. Od stycznia do czerwca br., zgodnie z oczekiwaniami pacjentów niezadowolonych z dłuższego oczekiwania na wizytę w danym dniu, wprowadzono rejestrację na określone godziny, co skutkowało zmniejszeniem liczby przyjmowanych pacjentów. Obecnie z racji mniejszej dostępności usług odchodzimy od tego systemu i wracamy do rejestrowania pacjentów według kolejności zgłoszenia do rejestracji.* Kierownik stwierdziła też, że największa liczba rezygnacji z wizyt dotyczy pacjentów zapisanych do Poradni po raz pierwszy, a rezygnacje te nie były poprzedzone odwołaniem wizyty.

(akta kontroli str. 448-449)

Z ogólnej liczby pacjentów przyjętych w latach 2017 i 2018, pacjenci płci męskiej (chłopcy) stanowili 56,5% (804) i 59,3% (800), a żeńskiej (dziewczęta) odpowiednio: 43,5% (620) i 40,7% (549). W I kwartale 2019 r. odsetek chłopców przyjętych do Poradni wyniósł 62,2% (380), a dziewcząt 37,8% (231). Najliczniejszą grupę wiekową pacjentów w 2017, 2018 oraz 2019 r. (I kwartał) stanowili chłopcy w przedziale wiekowym od 6 do 9 lat, których przyjęto w tych okresach, odpowiednio: 249; 244 i 107²⁷. Najliczniejszą grupą wiekową dziewcząt leczonych w Poradni w latach 2017 i 2018, były dziewczęta w wieku od 16 do 18 lat, których leczono odpowiednio: 240 i 183, a w I kwartale 2019 r. najwięcej - 88 dziewcząt, leczono w przedziale wiekowym od 13 do 15 lat²⁸.

Najmniej liczną grupą leczonych w Poradni zarówno chłopców, jak i dziewcząt była grupa wiekowa do 5 lat, w których, w poszczególnych przedziałach czasowych badanego okresu, leczono: 101; 95 i 21 chłopców oraz 33; 32 i sześć dziewcząt²⁹.

Ponadto w Poradni przyjmowano pacjentów w wieku powyżej 18 lat. I tak w przypadku dziewcząt, w 2017 r. przyjęto osiem, w 2018 r. pięć, a w I kwartale 2019 r. jedną. W przypadku chłopców liczby leczonych chłopców w wieku powyżej 18 lat przedstawiały się odpowiednio: sześć; trzy i zero.

(akta kontroli str. 446a)

²⁷ Liczby leczonych chłopców w Poradni w 2017 r., w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawiała się następująco: do 5 lat - 101; od 6 do 9 lat - 249; od 10 do 12 lat - 191; od 13 do 15 lat - 146; od 16 do 18 lat - 111 i powyżej 18 lat - sześciu chłopców. W 2018 r. przedstawiały się odpowiednio: 95; 244; 197; 169; 92 i trzech chłopców oraz w I kwartale 2019 r. odpowiednio: 21; 107; 104; 93; 55 i zero.

²⁸ Liczby leczonych dziewcząt w 2017 r., w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawiała się następująco: do 5 lat - 33; od 6 do 9 lat - 85; od 10 do 12 lat - 95; od 13 do 15 lat - 159; od 16 do 18 lat - 240 i osiem powyżej 18 lat. W 2018 r. przedstawiały się odpowiednio: 32; 78; 89; 162; 183 i pięć oraz w I kwartale 2019 r. odpowiednio: sześć; 29; 35; 88; 72 i jedna.

²⁹ Jedynie w 2018 r. w grupie wiekowej chłopców od 16 do 18 lat zarejestrowano mniej pacjentów (leczono ich 92).

Kierownik wyjaśniła, że pojedynczy pacjenci byli leczeni w Poradni po 18 roku życia z uwagi na wskazania do zachowania ciągłości leczenia (co umożliwiają warunki kontraktu z OOW NFZ). Zazwyczaj dotyczyło to pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia psychotyczne, zaburzenia jedzenia), którym towarzyszy ogromny lęk przed zmianą lekarza prowadzącego, mogący prowadzić do dekompensacji stanu psychicznego pacjenta. Kontynuacja leczenia służyła adaptacji pacjenta do czekającej go zmiany i motywowała do kontynuowania leczenia w Poradni dla dorosłych. Zazwyczaj przedłużenie leczenia trwało do końca roku szkolnego lub kalendarzowego.

(akta kontroli str. 446-446a, 449)

Nie wszyscy pacjenci zgłaszający się po raz pierwszy do Poradni, w trakcie diagnozowania ambulatoryjnego byli kierowani do Oddziału. Skierowanie miało miejsce w przypadku cięższych zaburzeń psychicznych pacjentów „pierwszorazowych”. Dyrektor wyjaśnił, że: do Szpitala kierowani są pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi czy zaburzeniami nastroju z dużym nasileniem objawów lub odmawiający współpracy w procesie leczenia, z zachowaniami zagrażającymi zdrowiu pacjenta i innych osób, zagrażającymi własnemu życiu, osoby z zaburzeniami odżywiania z niską masą ciała lub brakiem współpracy w procesie leczenia. Kierowane mogą być dzieci z innymi schorzeniami z powodu nasilenia objawów lub trudności w doborze farmakoterapii w warunkach ambulatoryjnych. W 2017 r. z Poradni skierowano do Oddziału 76 pacjentów, w 2018 r. - 73, a w I kwartale 2019 r. - 15, w tym, odpowiednio 18, 16 i 6 pacjentów leczonych po raz pierwszy.

Dyrektor wyjaśnił też, że tok postępowania w procesie diagnozowania i leczenia osób małoletnich był uzależniony od wstępnego rozpoznania. Ww. proces obejmuje: 1) zebranie wywiadu dotyczącego obecnej choroby, wywiadu rozwojowego, chorobowego, rodzinnego; 2) ocenę stanu somatycznego; 3) ocenę stanu psychicznego; 4) zalecenia dotyczące badań dodatkowych (EEG, badania psychologiczne, badania laboratoryjne); 5) wdrożenie leczenia farmakologicznego (w zależności od jednostki chorobowej); 6) skierowanie na psychoterapię w poradni (indywidualna terapia psychologiczna, systemowa terapia rodzinna, terapia biofeedback) lub psychoedukację; 7) skierowanie na psychoterapię poza Poradnię ze wskazaniem miejsc, gdzie można realizować wymienione świadczenia.

(akta kontroli str. 301-303, 446-446b)

W Poradni prowadzony był system czynnej opieki nad pacjentami z przewlekłym bądź ryzykownym przebiegiem choroby. Jak wyjaśnił Dyrektor, polega on na tym, że pacjenci ci są prowadzeni przez jednego lekarza, tego samego, który prowadził ich w leczeniu szpitalnym. Pacjenci ci przyjmowani są dodatkowo, w każdej sytuacji pogorszenia, bez konieczności oczekiwania na wolne miejsce. W przypadku wypisania pacjenta z oddziału z niepełną remisją umawiamy się na częstsze wizyty np. raz na dwa tygodnie. Pacjenci z rozpoznaniem chorób psychicznych (zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne) i pacjenci z zaburzeniami odżywiania mają zapewnione stałe leczenie i terapię w ramach tutejszej Poradni. W Poradni prowadzona była profilaktyka nawrotów oraz zajęcia terapeutyczne u osób ze schizofrenią. Dyrektor wyjaśnił, że zajęcia prowadzone są przez psychologa i obejmują wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny. Może odbywać się raz w tygodniu lub rzadziej w zależności od zapotrzebowania rodziny. Są to: (1) Psychoedukacja i udzielanie porad wychowawczych dotyczących wiedzy na temat rozwoju dziecka, właściwych postaw wychowawczych rodziców, adekwatnych oddziaływań behawioralnych (...). (2) Psychoedukacja prowadzona przez lekarzy psychiatrów w ramach wizyt, zawierająca informacje na temat prawidłowego rozwoju dziecka, higieny nauki szkolnej, właściwego odżywiania, działania środków

psychoaktywnych i ryzyka rozwoju uzależnień. (3) Zalecenia i zaświadczenia wystawiane przez lekarzy psychiatrów do szkół odnośnie adekwatnego postępowania z dziećmi wymagającymi specjalnych potrzeb edukacyjnych.

W Poradni nie funkcjonowały zespoły opieki środowiskowej, gdyż jak wyjaśnił Dyrektor wynikało to ze zbyt małej ilości psychiatrów dzieci i młodzieży. Ponadto zaznaczył, że OOW NFZ nie ogłaszał konkursu na ten zakres świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 292, 302- 303)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej 55 pacjentów³⁰, leczonych w latach 2017 i 2018 oraz w I kwartale 2019 r. wykazało, że poza wyjątkami opisanymi w dalszej części wystąpienia, była ona prowadzona zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³¹. Jak ustalono:

- wpisy w historii zdrowia i choroby dokonywane były w porządku chronologicznym i były autoryzowane osoby przeprowadzające badania (§ 4 ust. 1 i 2);
- w dokumentacji umieszczano m.in. skierowanie na wykonanie badań, wyniki przeprowadzonych badań, oraz wpisy dotyczące oceny wyników przeprowadzonych badań (§ 6 ust. 4), a także wprowadzano zapisy potwierdzające dokonanie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego (§ 10 ust. 1 pkt 5);
- w trakcie diagnozowania pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy do Poradni, lekarze wykonywali badania diagnostyczne poprzez przeprowadzenie wywiadu, rozmowę z pacjentem i jego obserwację oraz zapoznanie się z dostarczonymi wynikami innych badań, a w przypadkach tego wymagających kierowali pacjenta na dodatkowe badania; przeprowadzone rozpoznanie umożliwiało zdiagnozowanie problemu zdrowotnego;
- dokumentacja zawierała informacje o skierowaniu pacjentów do Szpitala (§ 2 ust. 4) oraz informacje o pobycie w Szpitalu i jego efektach; w dwóch przypadkach, w wyniku procesu diagnozowania pacjentów, którzy pierwszy raz zgłosili się do Poradni (spośród 25), osoby te zostały skierowane na Oddział.

(akta kontroli str. 478-495)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Kontrolowana jednostka nie spełniała następujących wymagań określonych w § 11 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów: w Poradni nie zamieszczono informacji na temat osób kierujących jej pracą, imion i nazwisk lekarzy udzielających świadczeń oraz nie podano godzin udzielania świadczeń przez psychologów.

(akta kontroli str. 287-288e)

Jak wyjaśniła Kierownik, *powodem nieumieszczenia przy gabinetach informacji o lekarzach psychiatrach były informacje uzyskane podczas szkolenia RODO. Nieumieszczenie ww. informacji było efektem obawy o stygmatyzację pacjentów, którzy udają się do psychiatry. Informacje na temat godzin przyjmowania i dostępności danego lekarza lub psychologa zainteresowane osoby uzyskują każdorazowo w rejestracji.* Dyrektor stwierdził, że z zasady w miejscach publicznych

³⁰ Badaniem objęto dokumentację: - 30 pacjentów, leczonych w latach 2017 i 2018 oraz w pierwszym kwartale 2019 r. - po 10 dokumentacji z każdego okresu; a także 25 pacjentów, którzy zgłosili się do Poradni po raz pierwszy w latach 2017 i 2018 – po 10 dokumentacji oraz w pierwszym kwartale 2019 r. - pięć dokumentacji.

³¹Dz.U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

nie umieszczamy imion i nazwisk osób zatrudnionych w psychiatrii (lekarzy, psychiatrów) ze względu na możliwość różnych działań pacjentów w okresie zaostrzenia choroby. Musimy chronić prywatność tych pracowników.

(akta kontroli str. 304, 414, 456)

2. Szpital nie zapewnił dostępności do świadczeń udzielanych w Poradni zgodnie z harmonogramem pracy wynikającym z umów zawartych z OOW NFZ, co naruszało § 6 ust 4 załącznika do Zarządzenia Nr 84/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia³².

(akta kontroli str. 496-506)

Zgodnie z aneksami do umowy z OOW NFZ, w 2017 r. czas pracy Poradni miał wynosić od 1 stycznia do 30 czerwca 26 godzin, a od 1 lipca do 31 grudnia, 32 godziny³³. W 2018 r. oraz w I kwartale 2019 r. czas pracy Poradni miał wynosić 32 godziny³⁴.

(akta kontroli str. 91-286, 300)

Rzeczywisty tygodniowy czas pracy Poradni wynosił w 2017 r. 28 godzin, a w 2018 r. i I półroczu 2019 r. 31 godzin.

(akta kontroli str. 347, 287-288e)

Dodatkowo Szpital nierzetelnie przedstawiał tygodniowy czas pracy Poradni w sprawozdaniach MZ-15 za lata 2017 i 2018, w których wskazano, że łączny czas pracy Poradni wynosił odpowiednio: 28 i 33 godziny tygodniowo.

(akta kontroli str. 371-413)

Dyrektor wyjaśnił, że dostępność Poradni to poniedziałki, wtorki, czwartki. od 9:00 do 14:30, środy: 08:00 do 14:30 oraz piątki: 09:00 do 18:00. Jest to czas obowiązujący w momencie podpisywania aneksu. Zdarzają się sytuacje, że w ciągu tygodnia, miesiąca, roku harmonogram czasu pracy poszczególnych pracowników zgłoszonych w Poradni ewoluuje i zmienia się w zależności od sytuacji. Niejednokrotnie zdarza się, że występuje nagła potrzeba przyjęcia pacjenta przez lekarza, bądź dostosowanie godziny spotkania pacjenta z psychologiem tak, aby proces leczenia nie kolidował z zajęciami szkolnymi lub pozaszkolnymi pacjenta. Godziny pracy są godzinami umownymi i dostosowanymi do procedur NFZ, który przewiduje określony czas na diagnozę, konsultację, itd. Zaznaczyć należy, że każda wizyta wymaga oprócz czasu poświęconego pacjentowi, również czasu przeznaczony na przygotowanie dokumentów, na podstawie których NFZ sfinansuje udzielone świadczenia.

W odniesieniu do sprawozdań MZ-15, Dyrektor wyjaśnił, że w MZ-15 za 2017 r. poprzednia Kierownik Ruchu Chorych i Statystyki Medycznej popełniła błąd wskazując liczbę godzin pracy poradni jako 28 w tygodniu. Natomiast Dyrektor nie odniósł się w swoich wyjaśnieniach do faktu wykazania w sprawozdaniu za 2018 r. czasu pracy Poradni w wymiarze 33 godzin.

(akta kontroli str. 456)

3. Badanie wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej 55 pacjentów Poradni, leczonych w latach 2017 i 2018 oraz w I kwartale 2019 r. wykazało niezgodności z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji

³² Załącznik do zarządzenia Nr 84/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”.

³³ Aneks nr 35 do Umowy nr 08R/10065/04/PSY/2016 z 30 grudnia 2016 r.; Aneks nr 11 do Umowy nr 08R/10065/04/PSY/2017 z 8 czerwca 2017 r.

³⁴ Aneks nr 21 do Umowy nr 08R/10065/04/PSY/2017 z 16 października 2017 r.; Aneks nr 6 do Umowy nr 08R/10065/04/PSY/17/1 z 21 grudnia 2017 r.

medycznej lub obowiązującym w Poradni wzorem karty historii zdrowia i choroby. Jak ustalono:

- w 32 historiach zdrowia i choroby nie wpisano danych przedstawicieli ustawowych małoletnich pacjentów (§ 10 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁵);
- w dokumentacji medycznej 49 pacjentów brak było numeracji kolejnych stron tworzących historię zdrowia i choroby, pomimo wymogu wynikającego z § 5 ww. rozporządzenia. Dokumentację tworzyły luźno wpięte karty z wizyt, które były opatrzone m.in. datą wizyty i numerem strony danej karty. Karty z wizyt wraz z pozostałymi dokumentami (m.in. wyniki badań i skierowania), nie były ponumerowane w sposób umożliwiający ustalenie kompletności zgromadzonej dokumentacji.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na ograniczoną staranność dokonywania wpisów w dokumentacji 10 pacjentów. W trakcie kontroli stwierdzono, bowiem m.in. błędy literowe, zbędne wtrącenia, itp. Powyższe nie powodowało jednak braku możliwości odczytania treści tych zapisów.

(akta kontroli str. 478-495)

W powyższej sprawie Kierownik Poradni wyjaśniła:

- *opiekun faktyczny pacjenta wskazany jest wówczas, gdy opiekę nad dzieckiem sprawuje ktoś inny niż rodzice. Nie wskazała natomiast przyczyn nie wpisywania danych uzupełniający, a jedynie podała, że dane te są ustalane w czasie pierwszej wizyty,*
- *dokumentacja medyczna w wersji elektronicznej prowadzona jest w naszym Szpitalu od 2002 r. i jest automatycznie numerowana. Opis każdej wizyty ponumerowany przez system AMMS jest dołączany do historii zdrowia i choroby. Numerowane są karty poszczególnych wizyt, natomiast nie były numerowane poszczególne karty i inne dokumenty dołączane do historii zdrowia i choroby, tworzące dokumenty w wersji papierowej,*
- *nieczytelne pismo wynika z małej ilości czasu, dużej ilości pacjentów i szerokiego wywiadu. Lekarz pisze samodzielnie, w obecności dziecka i jego rodzica lub opiekuna mając świadomość, że pod drzwiami jest kolejka niecierpliwych pacjentów. Ta stresowa sytuacja powoduje, że nie zwraca on uwagi na stronę graficzną dokumentu, estetykę dokumentu, poprawność gramatyczną, ortograficzną, fleksyjną i stylistyczną dokumentu.*

Kierownik stwierdziła również, że podstawą do rozliczeń z OOW NFZ jest dokumentacja elektroniczna, a dokumentacja papierowa jest dokumentacją pomocniczą.

(akta kontroli str. 452-453)

1.3 Współpraca Poradni Zdrowia Psychicznego z innymi jednostkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz jednostkami pomocy społecznej

Opis stanu faktycznego

Poradnia stale współpracowała z pozostałymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala. Jak wyjaśnił Dyrektor *współpraca z innymi jednostkami, ośrodkami psychiatrycznej opieki przyszpitalnej, oddziałem dziennym, lekarzami POZ, jednostkami pomocy społecznej i poradniami psychologiczno-pedagogicznymi odbywa się w ramach*

³⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 1127, ze zm.

funkcjonowania Poradni, i efektu udzielonej porady. Wówczas wydawane jest stosowne zaświadczenie, skierowanie lub opinia. Innych form udokumentowanej współpracy nie prowadzimy.

Kierownik wyjaśniła, że Poradnia współpracuje z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej PCPR głównie w postaci pisania zaświadczeń dotyczących dzieci (wnioski na specjalistyczne usługi opiekuńcze, zalecenia dotyczące pomocy dzieciom w rodzinie, poświadczenie zaświadczenia o kontynuowaniu leczenia w tutejszej PZP). Współpraca z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej polegała na przepływie informacji o prowadzonym leczeniu poprzez wypisywanie stosownych zaleceń. Zaświadczenia te przekazywane były przez rodziców. Współpraca z Poradniami psychologiczno-pedagogicznymi jest najczęstsza, polega na wymianie wyników badań psychologicznych, wypełnianiu wniosków na różne formy kształcenia i sugestii dotyczących pomocy dziecku w szkole. Wymiana ta odbywa się poprzez przekazywanie zaświadczeń przez rodziców.

(akta kontroli str. 290, 294)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.4 Finansowanie świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Wartość zakontraktowanych świadczeń na działalność Poradni, finansowanych ze środków OOW NFZ w 2017 r. wyniosła 293 985 zł, w 2018 r. 299 817 zł, a w I kwartale 2019 r. 75 667,50 zł.

Wartość wykonanych świadczeń w 2017 r. wyniosła 295 581,42 zł i była wyższa od wartości zakontraktowanych świadczeń o 1 596,42 zł. W 2018 r. wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 277 675,58 zł i była niższa o 22 141,42 zł, podobnie jak w I kwartale 2019 r., w którym wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 71 646,98 zł i była niższa o 4 020,52 zł przewidzianych w umowie.

Koszty funkcjonowania wynosiły: w 2017 r. - 296 132,16 zł; w 2018 r. - 285 969,67 zł; a w I kwartale 2019 r. - 97 077,7 zł.

W okresie objętym kontrolą NIK cena jednostkowa (za punkt) oferowana Szpitalowi przez OOW NFZ za ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży wynosiła do 30 czerwca 2018 r. 9 zł, a następnie 9,50 zł.

(akta kontroli str. 95-286, 355-360, 361 454-455)

Dyrektor wyjaśnił, że w latach 2017-2019 (I kwartał) na szpital nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej w Poradni. Dodatkowo w ww. okresie: nie wystąpiły ograniczenia ze strony OOW NFZ dotyczące metod terapeutycznych dla pacjentów Poradni (...), ponieważ kontrakt nie jest tak szczegółowy. Ograniczenia realizacji świadczeń wynikają z niedoszacowanego do potrzeb planu zakupu świadczeń. W 2017 r. OOW NFZ zapłacił w całości za nadwykonania świadczeń w Poradni.

Brak realizacji świadczeń w kwotach przewidzianych w umowach na 2018 r. i I kwartał 2019 r. Dyrektor uzasadnił następująco: rozporządzenie „koszykowe” dla poszczególnych rodzajów świadczeń w Poradni Zdrowia Psychicznego przewiduje odpowiedni czas trwania porady. NFZ, co jakiś czas włącza tzw.: „weryfikator” i wyrzuca porady udzielone w czasie przekraczającym harmonogram czasu pracy poradni. Od września 2018 r. podjęto próbę dostosowania się do życzeń NFZ i zaczęto rejestrować pacjentów na określoną godzinę, uwzględniając średni czas trwania porady na 20 minut. Spowodowało to zmniejszenie średnio do 12 osób rejestrowanych na każdy dzień pracy poradni. Kolejną przyczyną niezrealizowania

kontraktu jest fakt, że pacjenci nie zgłaszają się na umówione wizyty, np.: w dniu dzisiejszym na ośmiu zarejestrowanych jedynie czterech potwierdziło wizytę i nie ma możliwości, aby dziś zaprosić innych pacjentów. W celu ograniczenia tego zjawiska od 1 lipca br., odstąpiono od rejestrowania pacjentów na godziny, rejestrowanych na dany dzień będzie dodatkowo 3-4 pacjentów więcej, podjęta będzie próba uruchomienia systemu sms-owego przypominającego pacjentom o terminie wizyty na dwa dni przed umówionym terminem.

(akta kontroli str. 363, 370, 507-516)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.5 Warunki lokalowe i stan techniczny Poradni Zdrowia Psychicznego

Opis stanu
faktycznego

Poradnia usytuowana została w budynku głównym Szpitala, w wydzielonym, południowym skrzydle, w sąsiedztwie oddziałów: Psychiatria A i B. Pacjenci korzystali dodatkowo z pracowni biofeedback, która umiejscowiona była w hallu Szpitala i nie sąsiadowała bezpośrednio z pozostałymi pomieszczeniami.

Poradnia obejmowała następujące wydzielone pomieszczenia:

- gabinet lekarski, w którym odbywały się wizyty;
- dwa gabinety psychologów przeznaczone do psychologicznej terapii indywidualnej;
- gabinet terapii rodzinnej (grupowej), który w razie potrzeby wykorzystywany był także w sesjach indywidualnych;
- pracownia terapii biofeedback;
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne.

Do pomieszczeń Poradni pacjenci mogli dostać się z obszernego hallu, zapewniającego dostęp do windy osobowej, umożliwiającej transport na wyższe kondygnacje budynku Szpitala. W hallu znajdowały się miejsca siedzące dla oczekujących pacjentów oraz miejsce zabaw dla dzieci. Wyposażenie pomieszczeń odpowiadało ich przeznaczeniu, były one utrzymane w porządku i czystości oraz spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁶. Organy inspekcji sanitarnej przeprowadziły w latach 2017-2019 (I półrocze) jedną kontrolę pomieszczeń Poradni. W trakcie tej kontroli (przeprowadzonej 14 czerwca 2018 r.) nie stwierdzono nieprawidłowości³⁷.

(akta kontroli str. 287-288)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.6 Nadzór i kontrola

Opis stanu
faktycznego

W latach 2017-2019 (I kwartał) w Szpitalu zostało przeprowadzonych ogółem 31 kontroli zewnętrznych. Jedyną kontrolą obejmującą m.in. Poradnię była ww. kontrola inspekcji sanitarnej. Pozostałe nie dotyczyły bezpośrednio działalności tej jednostki organizacyjnej Szpitala.

(akta kontroli str. 75-84, 348-352)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

³⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 595.

³⁷ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu. Protokół Kontrolny Nr HK.4050.5.2.2018.KS.

1.7 Skargi na udzielenie osobom małoletnim świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu prowadzono jeden rejestr skarg, dla wszystkich jednostek. W okresie objętym kontrolą NIK, do Dyrektora wpłynęła jedna skarga dotycząca działalności Poradni – (26 lipca 2018 r. za pośrednictwem OOW NFZ³⁸). Skarga ta dotyczyła sposobu organizacji świadczeń w Poradni, tj.: zbyt długiego czasu oczekiwania na wizytę, braku miejsca zabaw dla dzieci oraz lokalizacji Poradni w bezpośrednim sąsiedztwie oddziału psychiatrii dla dorosłych o wzmożonym nadzorze. Dyrektor odpowiedział na pismo w wymaganym terminie, uznając skargę w części za zasadną. W piśmie tym wyjaśnił przyczyny opóźnień w przyjmowaniu pacjentów, powody lokalizacji Poradni oraz zobowiązał się do zorganizowania miejsca zabaw dla dzieci. Zobowiązanie to zostało zrealizowane, a w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na wizytę wprowadzono system umawiania pacjentów na godziny.
(akta kontroli str.85-90, 300)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

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:

Uwaga

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Zapewnienie zgodności czasu pracy Poradni z wymaganiami wynikającymi z umów zawartych z OOW NFZ.
2. Podjęcie działań zapewniających rzetelną realizację obowiązków informacyjnych i sprawozdawczych.
3. Wzmożenie nadzoru nad prawidłowym prowadzeniem indywidualnych dokumentacji medycznych.

³⁸ Skarga datowana na 19 lipca 2018 r., data wpływu do Szpitala 26 lipca 2018 r. Odpowiedź na skargę Szpital przesłał do skarżącego 23 sierpnia 2018 r.

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, 30 sierpnia 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

Kontroler
Zbigniew Łupicki
Główny specjalista kontroli
państwowej



podpis



DYREKTOR
Delegatura w Opolu
podpis
Iwona Zyman