



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie**

Szczecin, dnia października 2011 r.

**Pan
Janusz Olszewski
Dyrektor
Regionalnego Szpitala
w Kołobrzegu**

P/11/093
LSZ-4101-16-01/2011

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*¹, (dalej *ustawa o NIK*), Najwyższa Izba Kontroli² skontrolowała Regionalny Szpital w Kołobrzegu³ w zakresie przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym w latach 2009- 2011 (I półrocze).

W związku z ustaleniami przedstawionymi w protokole kontroli, podpisanym w dniu 6.09.2011 r., Delegatura NIK w Szczecinie, stosownie do art. 60 ust. 1 *ustawy o NIK*, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w kontrolowanym zakresie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. Zgodnie z danymi w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej⁴, prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego⁵ oraz zapisami statutu Szpitala, w badanym okresie świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień miały być udzielane w oddziale psychiatrycznym (z pododdziałem leczenia uzależnień w zakresie psychiatrii i toksykologii klinicznej), oddziale dziennym psychiatrycznym, izbie przyjęć psychiatrycznej oraz w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym (w zakresie długoterminowej dziennej opieki pielęgnacyjnej). W wyniku kontroli natomiast stwierdzono, że w oddziale psychiatrycznym (z pododdziałem leczenia uzależnień) świadczone były tylko usługi z zakresu psychiatrii, a oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny w ogóle nie został utworzony.

¹ Dz.U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701ze zm.

² Delegatura w Szczecinie.

³ Dalej *Szpital*.

⁴ Dalej rejestr

⁵ Dalej *Wojewoda*.

W myśl art. 11 ust. 2 pkt 4 oraz art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶, Szpital zobowiązany był zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zmiany stanu faktycznego i prawnego, powstałe po wpisie do rejestru i dotyczące danych zawartych w rejestrze, w terminie 14 dni od ich dokonania. W sprawie tej Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *nie wykonywał świadczeń z zakresu toksykologii klinicznej oraz z zakresu oddziału psychiatryczno rehabilitacyjnego, gdyż nie posiadał zawartego kontraktu, na taki zakres świadczeń. Wykreślenie z rejestru Wojewody oddziału dziennego psychiatryczno rehabilitacyjnego spowoduje, że z chwilą pojawienia się oferty ze strony NFZ, Szpital nie będzie mógł z niej skorzystać.*

W latach 2009 - 2011 (I półrocze) oddział psychiatryczny dysponował 50 łózkami rzeczywistymi. Liczba ta nie zmieniała się i była zgodna z danymi wykazanymi w rejestrze. Nie zmieniał się też stan zatrudnienia lekarzy psychiatrów (9 lekarzy, w tym 7 z II stopniem specjalizacji) oraz pozostałych pracowników (5 psychologów i 5 terapeutów zajęciowych). W strukturze zatrudnienia nastąpił wzrost liczby instruktorów terapii uzależnień do 2 osób (od 31.12.2010 r.). Według stanu na koniec 2009 i 2010 r. zatrudnienie średniego personelu medycznego (26 osób, w tym 16 pielęgniarek) nie uległo zmianie.

W umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, zawartej z Oddziałem NFZ w Szczecinie oraz aneksach nr 1 i 2 do umowy na 2011 r. dla oddziału psychiatrycznego dziennego ustalono, że świadczenia będą udzielane przez: 4 terapeutów zajęciowych (po 37h55' w tygodniu), 2 psychologów klinicznych (jeden 37h55' i drugi 3x18h w tygodniu), 1 psychologa oraz 4 lekarzy psychiatrów (dwóch po 37h55', jeden 40h i jeden 7 godzin w tygodniu). Tymczasem na oddziale nie pracowali (ujęci w zał. nr 2 do umowy harmonogram - zasoby): terapeuta zajęciowy, 3 lekarzy psychiatrów (w wymiarze tygodniowym 37h55', 40 godzin i 7 godzin) oraz psycholog kliniczny. Drugi psycholog kliniczny, który powinien pracować 3x w tygodniu, świadczył usługi 1x. Ponadto w oddziale psychiatrycznym nie świadczyli usług (ujęci w zał. nr 2 do umowy): lekarz psychiatra w wymiarze tygodniowym 37h55', 2 psycholodzy w wymiarze jw. oraz terapeuta zajęciowy, który został ujęty w pełnym tygodniowym wymiarze godzin w oddziale dziennym i oddziale psychiatrycznym. Pracują natomiast, nieujęci w zał. nr 2 do umowy: instruktor terapii uzależnień, psycholog oraz 3 lekarzy psychiatrów. Było to niezgodne z § 9 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷ stanowiącym, iż świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy.

⁶ Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. - zwanej dalej *ustawą o zoz.*

⁷ Dz.U. Nr 81, poz. 484.

2. Szpital nie przestrzegał przepisów § 8 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania*⁸, a od 1.01.2011 r. § 12 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w tej samej sprawie*⁹, w myśl których sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną składającą się m.in. z księgi (listy) oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz księgi odmów przyjęcia i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć. W wyniku kontroli stwierdzono, że w Szpitalu (izbie przyjęć ogólnej, w tym dla pacjentów przyjmowanych do oddziału psychiatrycznego) nie prowadzono list oczekujących na udzielanie świadczenia zdrowotnego. Uniemożliwiało to ustalenie, czy świadczenia udzielane były według kolejności zgłoszeń, stosownie do art. 20 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*¹⁰.

W oddziale psychiatrycznym prowadzone były comiesięczne listy osób oczekujących, zawierające informacje określone w art. 20 ust. 2 cyt. ustawy. We wszystkich listach wstawiono „0”, co miało potwierdzać brak oczekujących. W 2009 r. do oddziału psychiatrycznego przyjętych zostało 826 pacjentów, w 2010 r. - 802 pacjentów, a w I półroczu 2011 r. - 437.

W latach 2009 - 2010 nie prowadzono księgi odmów przyjęcia do Szpitala i porad ambulatoryjnych, którą w formie papierowej założono dopiero w 2011 r. W okresie I półrocza 2011 r. odnotowano 99 przypadków odmowy przyjęcia do Szpitala, w tym 1 przypadek odmowy przyjęcia na oddział psychiatryczny z braku wskazań do hospitalizacji całodobowej. Na dalsze leczenie do szpitali psychiatrycznych w badanym okresie skierowanych zostało odpowiednio w latach 10, 12 i 15 pacjentów. W latach 2009-2010 obłożenie 1 nominalnego łóżka na oddziale psychiatrycznym wynosiło 102%, przy przeciętnym wykorzystaniu łóżka wynoszącym 372,8 i 373,8 osobodni, a przeciętny pobyt chorego wynosił w tym czasie od 21 do 23 dni.

W badanym okresie oddział psychiatryczny udzielał świadczeń ponad limit określony w umowach z NFZ. W 2009 r. nadwykonanie wyniosło 127 tys. zł i zostało sfinansowane na podstawie ugody z Funduszem.

3. Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że mimo stwierdzonych uchybień w oddziale psychiatrycznym Szpitala przestrzegano praw pacjentów określonych w Rozdziale 3 *Postępowanie lecznicze ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*¹¹, zarówno przy przyjmowaniu, jak i wypisywaniu ze Szpitala.

⁸ Dz.U. z 2006 r. Nr 247, poz. 1819 ze zm., obowiązujące do 31 grudnia 2010 r.

⁹ Dz.U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697, zwane dalej *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. o zakresie dokumentacji medycznej*.

¹⁰ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹¹ Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.- zwanej dalej *uoozp*.

W kontrolowanym okresie na oddziale psychiatrycznym przebywało 29 osób, które zostały przyjęte bez zgody (1,4% z 2.065 osób przyjętych na oddział). Badanie dokumentacji 6 z 18 pacjentów przyjętych w trybie nagłym (art. 23 *uoozp*) wykazało, że decyzje o przyjęciu na oddział były opiniowane przez lekarza przyjmującego (art. 23 ust. 2 *uoozp*). Zatwierdzenie przyjęcia pacjenta na oddział przez ordynatora nie było odnotowywane w dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 5 *uoozp*). O przyjęciu pacjenta na oddział oraz jego wypisie Szpital zawiadamiał sąd w ustawowym terminie i na wymaganych przepisami drukach. W dokumentacji wszystkich 4 pacjentów przyjętych w trybie przymusowej obserwacji (art. 24 *uoozp*) oraz 4 pacjentów z 6 pacjentów przebywających na oddziale w trybie wnioskowanym (art. 29 *uoozp*) nie stwierdzono nieprawidłowości. Pobyt pacjenta na oddziale w trybie przymusowej obserwacji nie przekraczał ustawowego terminu 10 dni (art. 24 ust. 2 *uoozp*), a przyjęcia w trybie wnioskowanym odbywały się na podstawie orzeczenia sądu. Na 29 przymusowo umieszczonych osób w oddziale psychiatrycznym, Szpital otrzymał z sądu opiekuńczego w ustawowym terminie 17 orzeczeń, z tego 10 akceptujących decyzje lekarza oraz 7 umarzających postępowanie w związku wyrażoną zgodą (art. 26 ust. 1 *uoozp*).

W latach 2009 - 2011 (I półrocze) na oddziale psychiatrycznym przebywało 50 osób przyjętych z poważnymi wątpliwościami, co do zdolności wyrażenia zgody na przyjęcie (art. 22 ust. 2 *uoozp*) oraz 13 osób niezdolnych do wyrażenia zgody całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnionych (art. 22 ust. 5 *uoozp*). W żadnej z objętych kontrolą 6 dokumentacji medycznych pacjentów przebywających na oddziale w 2010 r. (30% ogółu) nie stwierdzono orzeczeń sądu opiekuńczego oraz pisemnych opinii lekarzy. Postępowanie takie naruszało przepisy art. 22 ust. 2 *uoozp* oraz art. 22a *uoozp*, stanowiące, że przyjęcie do szpitala osoby niezdolnej do wyrażenia zgody następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby, a w przypadku przyjęcia bez wcześniejszej zgody sądu opiekuńczego, lekarz przyjmujący, o ile to możliwe zasięga pisemnej opinii innego lekarza psychiatry lub pisemnej opinii psychologa.

W 4 przypadkach skierowania do Szpitala nie zostały wydane na wzorze druku określonym w *rozporządzeniu z dnia 23 listopada 1995 r. MZiOS regulującego szczegółowy sposób działania szpitala w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego*¹². Badanie dokumentacji medycznej 15 pacjentów, którzy wyrazili zgodę na przyjęcie do Szpitala wykazało również, że skierowania do Szpitala nie były wypisywane na obowiązujących wzorach. W przypadku wszystkich 13 pacjentów, którzy zostali przyjęci na oddział psychiatryczny w kontrolowanym okresie, jako osoby ubezwłasnowolnione częściowo lub całkowicie, Szpital nie powiadomił sądu. Naruszało to przepisy art. 22 ust. 6 *uoozp*, w myśl których, o każdorazowym przyjęciu oso-

¹² Dz.U. Nr 150 poz. 736., zwanego dalej *rozporządzeniem MZiOS z dnia 23 listopada 1995 r.*

by z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach przewidzianych w art. 22 ust. 5 *uoozp*, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala.

Uwagi kontroli dotyczą także prowadzonej w oddziale psychiatrycznym dokumentacji stosowania przymusu bezpośredniego w procesie leczniczym, wymaganej *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*¹³. Analiza losowo wybranych 15 dokumentacji pacjentów, wobec których zastosowany został przymus bezpośredni polegający na unieruchomieniu wykazała, że w żadnej z badanych spraw nie było zawiadomień potwierdzających, że o zastosowanym przymusie powiadomiony był dyrektor Szpitala. Stanowiło to naruszenie § 12 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego* wskazującego, iż lekarz zakładu opieki zdrowotnej, który zastosował przymus bezpośredni, powiadamia o tym kierownika tego zakładu na wzorze zawiadomienia stanowiącym zał. nr 2 do rozporządzenia. W 7 sprawach na 15 badanych, nie przestrzegano czasu trwania zastosowania przymusu bezpośredniego, określonego w § 9 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego*, tj. unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne. W 5 przypadkach czas przymusu bezpośredniego, bez potwierdzenia o jego przedłużeniu, wynosił w cyklu ciągłym od 14h45' do 24h.

Wszyscy pracownicy Oddziału posiadali przeszkolenie z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego. Szpital organizował również wewnętrzne szkolenia z tego zakresu.

4. Pomimo przeprowadzonego na przełomie 2008/2009 remontu oddziału psychiatrycznego, nie zostały spełnione wymogi określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*¹⁴, tj. osobnego działu przyjęć, składającego się z poczekalni, boksu rejestracji, gabinetu badań lekarskich, łazienki oraz co najmniej jednego gabinetu przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym, zagrażających bezpośrednio sobie lub innym. Nadmierne zagęszczenie pokoi pacjentów i ustawienie łóżek w pokojach nie pozwalało na dostęp do łóżek z trzech stron (w tym dwóch dłuższych) i zachowania odstępu od ściany zewnętrznej oraz swobodnego wyprowadzenia każdego łóżka, bez konieczności przesunięcia innych. W razie potrzeby jednoosobową separatkę pozyskiwano poprzez przeorganizowanie na ten cel jednej z sal 3-łóżkowych. Wszystkie drzwi wejściowe do sal chorych otwierały się do wewnątrz. W cyt. rozporządzeniu określony został termin 31 grudnia 2016 r. na dostosowanie zakładu opieki zdrowotnej do wymogów.

¹³ Dz. U. Nr 103, poz. 514, zwanego dalej *rozporządzeniem w sprawie przymusu bezpośredniego*.

¹⁴ Dz. U. Nr 31, poz. 158 - do 25 lutego 2011 r. obowiązywało rozporządzenie z dnia 10 listopada 2006 r. w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).

5. W Oddziale zapewniony był dostęp do informacji niezbędnych dla pacjentów i ich rodzin (opiekunów), szczególnie w zakresie praw pacjenta, w tym możliwości składania skarg i wniosków w Szpitalu i do Rzecznika Praw Pacjenta, a także o organizacji pracy Szpitala i Oddziału, w tym terminach odwiedzin. Oddział był wyposażony w ogólnodostępny aparat telefoniczny. Pacjenci oddziału psychiatrycznego mieli zapewniony dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie innych specjalności w ramach konsultacji lekarzy zatrudnionych w oddziałach Szpitala.

NIK nie zgłasza uwag do stosowanych w oddziale psychiatrycznym zasad zabezpieczenia i udostępniania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, zdeponowanych przez pacjentów.

6. Szpital posiadał dokumentację określającą stan techniczny użytkowanych budynków i budowli. Zgodnie z art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*¹⁵, zostały założone i na bieżąco były prowadzone książki obiektów budowlanych, w których udzielano świadczeń zdrowotnych. Obiekty poddawano kontrolom, o których mowa w art. 62 ust. 1 pkt 2 cyt. ustawy, przez osoby posiadające uprawnienia. Przeprowadzone w latach 2009 - 2011 (I półrocze) kontrole stanu higieniczno-sanitarnego obiektów Szpitala nie stwierdziły uchybień. Natomiast kontrola przestrzegania rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów¹⁶ dokonana na przełomie 2010/2011 r. w 26 przypadkach stwierdziła naruszenie przepisów przeciwpożarowych, a w 6 - uchybienia powodujące zagrożenie życia ludzi przebywających w Szpitalu.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. *Przestrzeganie 14-dniowego terminu zgłaszania organowi rejestrowemu zmian zakresu prowadzonej działalności.*
2. *Przestrzeganie warunków umowy zawartej z NFZ na świadczenie usług psychiatrycznych wykazanych w harmonogramie - zasoby, załączniku do umowy.*
3. *Zapewnienie rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, wymaganej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. o zakresie dokumentacji medycznej.*
4. *Odnutowywanie w dokumentacji medycznej faktu zatwierdzenia przez ordynatora przyjęcia pacjenta na oddział bez jego zgody.*
5. *Rzetelne i przejrzyste prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów, którzy z przyczyn prawnych lub faktycznych nie byli zdolni do wyrażenia zgody na przyjęcie oraz informowanie sądu opiekuńczego o przyjęciu tych pacjentów na oddział.*

¹⁵ Dz.U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623, ze zm.

¹⁶ Dz.U. Nr 109, poz. 719, zwanego dalej rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r.

6. *Zgodne z obowiązującymi przepisami postępowanie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, w tym dokumentowania potrzeby wydłużania terminu unieruchomienia pacjenta.*
7. *Doprowadzenia do właściwego stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala, odpowiadającego wymogom rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r.*
8. *Podjęcie działań dla dostosowania oddziału psychiatrycznego do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.*

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, zwraca się do Pana Dyrektora o nadesłanie, w terminie miesięcznym od daty otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub o przyczynach niepodjęcia tych działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust.1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się - stosownie do art. 62 ust. 2 ustawy o NIK - od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie powyższych zastrzeżeń.