

DELEGATURA WE WROCŁAWIU

Nr ewid.: 8/2008/P07165/LWR

Informacja
o wynikach kontroli
funkcjonowania opieki psychiatrycznej,
ze szczególnym uwzględnieniem
opieki stacjonarnej

W r o c ł a w m a r z e c 2 0 0 8 r .

Spis treści:

	<u>Strona</u>
1. WPROWADZENIE	1
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	3
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	3
2.2. Synteza wyników kontroli	4
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	9
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	10
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	10
3.1.1. Charakterystyka stanu prawnego	10
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne	14
3.2. Istotne ustalenia kontroli	15
3.2.1. Działania organów administracji w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia psychicznego	15
3.2.1.1. Formy i zakres zapewnienia opieki zdrowotnej osobom z zaburzeniami psychicznymi	15
3.2.1.2. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym	20
3.2.1.3. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	21
3.2.2. Sprawowanie opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi	24
3.2.2.1. Organizacja zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej	24
3.2.2.2. Dostępność do świadczeń zdrowotnych	25
3.2.2.3. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych	28
3.2.3. Przestrzeganie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi	31
3.2.4. Sytuacja finansowo-ekonomiczna psychiatrycznej opieki zdrowotnej	35
3.2.5. Sprawowanie nadzoru i kontroli oraz załatwianie skarg i wniosków	37
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	39
4.1. Przygotowanie kontroli	39
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	40
5. ZAŁĄCZNIKI	43

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

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

Dyrektor Delegatury NIK we Wrocławiu:

Andrzej Janusz MYRTA

Zatwierdzam:
Jacek Kościelniak

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia marca 2008 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-prefiks-22-825 44 81
www.nik.gov.pl

Oznaczenie skrótów

1. WPZP – Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego
2. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
3. ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej
4. OZP – Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
5. Pzp – Prawo zamówień publicznych
6. WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
7. UE – Unia Europejska
8. NPZ – Narodowy Program Zdrowia

1. WPROWADZENIE

1.1. Temat kontroli P/07/165 - „Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej”.

1.2. Ogólne tło badanej problematyki oraz uzasadnienie podjęcia kontroli Kontrola planowa koordynowana, podjęta z inicjatywy własnej NIK w związku z sugestią Komisji Zdrowia Sejmu RP. Podjęcie przez NIK kontroli funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej wynikało z potrzeby ustalenia skuteczności dotychczasowych działań władz publicznych w zakresie zapewnienia właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałania ich izolacji, jak też konieczności dostosowania polityki państwa oraz ustawodawstwa do przyjętej w krajach Unii Europejskiej strategii zdrowia psychicznego określonej w obowiązujących dokumentach unijnych.¹

1.3. Cel kontroli Celem kontroli była ocena prawidłowości funkcjonowania i dostępności opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowanej w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej szpitalnej oraz opieki ambulatoryjnej. Celem kontroli była też ocena działań podejmowanych na rzecz określenia kierunków zmian w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, sposobu ich realizacji i finansowania, a także ocena realizacji programów zdrowotnych dotyczących opieki psychiatrycznej oraz promocji zdrowia psychicznego.

1.4. Główne zagadnienia objęte tematyką kontroli Kontrola ukierunkowana została m.in. na zbadanie takich zagadnień, jak:

- działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,

¹ „Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy” przyjęta w styczniu 2005 r. na Europejskiej Konferencji Ochrony Zdrowia Psychicznego w Helsinkach oraz Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. „Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” Bruksela 2005 r.

- zapewnienie opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych, warunków realizacji tych świadczeń oraz przestrzegania praw pacjenta,
- działalność rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego,
- finansowanie świadczeń w opiece psychiatrycznej,
- sprawowanie nadzoru i kontroli nad zakładami psychiatrycznymi.

**1.5. Okres objęty
badaniami
kontrolnymi**

Kontrolą objęto lata 2005 – 2007 (I półrocze)

**1.6. Czas przeprowadzenia kontroli
oraz kontrolowane
jednostki**

Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 5 czerwca do 31 października 2007 r. Skontrolowano ogółem 34 jednostki, w tym Ministerstwo Zdrowia i Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności oraz 8 urzędów marszałkowskich i 24 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których organami założycielskimi są jednostki samorządu terytorialnego – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności². W kontroli, koordynowanej przez Delegaturę NIK we Wrocławiu, uczestniczyło 8 delegatur NIK (Białystok, Bydgoszcz, Łódź, Katowice, Kraków, Olsztyn, Poznań i Wrocław) oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Wykaz jednostek skontrolowanych przez uczestniczące w kontroli jednostki organizacyjne NIK stanowi załącznik nr 1 do informacji.

² art. 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701), zwanej dalej „ustawą o NIK”.

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli nie został dotychczas stworzony system kompleksowej opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Nie podjęto też działań na rzecz integracji i przywrócenia do funkcjonowania w społeczeństwie ludzi chorych psychicznie, mając na uwadze dostosowanie rozwiązań dotyczących opieki psychiatrycznej do przyjętych w krajach Unii Europejskiej. Kolejni Ministrowie właściwi do spraw zdrowia nie wywiązywali się przez 12 lat z ustawowego obowiązku określenia w drodze rozporządzenia docelowej sieci zakładów opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem ich dostępności i sposobu finansowania. Brak tych rozwiązań rzutował bezpośrednio na sytuację pacjentów wymagających leczenia i opieki, jak też miał wpływ na ograniczone działania samorządów województw na rzecz tworzenia i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami wynikającymi z liczby i struktury społecznej ludności województwa. Minister Zdrowia nie analizował i nie wykorzystywał informacji wojewodów o realizowanych na terenie poszczególnych województw programach zdrowotnych oraz nie wykazywał wystarczającego zainteresowania promocją zdrowia psychicznego, a także nie przeprowadzał i nie zlecał kontroli w zakresie lecznictwa psychiatrycznego.

Pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości i zaniedbań, Najwyższa Izba Kontroli ocenia funkcjonowanie szpitali psychiatrycznych oraz poradni zdrowia psychicznego. Nie stwierdzono rażących naruszeń w zakresie świadczenia usług zdrowotnych. Nieprawidłowości dotyczyły natomiast stanu technicznego obiektów, niespełnienia wymogów w zakresie warunków fachowych i sanitarnych pomieszczeń, braku właściwego zabezpieczenia obiektów pod względem pożarowym. Występowały także uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej wskazujące na niepełne respektowanie procedur postępowania przy przyjmowaniu, leczeniu i wypisywaniu pacjenta ze szpitala psychiatrycznego oraz niepełne przestrzeganie jego praw. Wykazane nieprawidłowości wynikały zarówno z uwarunkowań w jakich psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonowały (m.in. niewystarczający poziom finansowania), jak też były wynikiem zaniedbań w realizacji obowiązków przez pracowników.

Pozytywnie, z nieprawidłowościami ocenić należy także działalność samorządów województw, które były organami tworzącymi dla skontrolowanych podmiotów. Udzielały one – w miarę możliwości - pomocy finansowej podległym placówkom. Nie podejmowały jednak wystarczających działań kontrolno-nadzorczych, a także w zakresie promocji zdrowia psychicznego i realizacji programów zdrowotnych.

2.2. Synteza wyników kontroli

- 2.2.1. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak skutecznych działań ze strony Ministra Zdrowia na rzecz określenia sieci psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich dostępności i sposobu finansowania, do których zobligowany był zapisami art. 6 ust. 2 i art. 55 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Termin te przesunięto kolejną nowelizacją ustawy ozp na 31 grudnia 2008 r. Brak stosownego rozporządzenia w tym zakresie, mimo upływu 12 lat od wejścia w życie ww. ustawy, wstrzymanie prac nad projektem rozporządzenia przez Ministra Zdrowia, a następnie próba zastąpienia go projektem ustawy o sieci szpitali, który w swoim założeniu zakładał uregulowanie tego problemu dopiero w 2010 r.³, spowodował dalszą zwłokę w określeniu docelowych wskaźników dostępności świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, zarówno w odniesieniu do opieki szpitalnej, jak też ambulatoryjnej, a zwłaszcza opieki środowiskowej. (str. 15 -16)
- 2.2.2. W ocenie NIK dotychczasowe działania urzędów marszałkowskich na rzecz tworzenia zakładów opieki psychiatrycznej dostosowanych do potrzeb mieszkańców województw były nieskuteczne. Spośród ośmiu skontrolowanych urzędów marszałkowskich tylko w dwóch, tj. w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego i Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego zostały opracowane pełne, wielokierunkowe, wieloletnie programy odnoszące się do opieki psychiatrycznej, przyjęte przez Sejmik Województwa. Realizacja założeń programowych samorządu województwa podlaskiego – przede wszystkim z braku środków – przebiegała jednak nieterminowo, gdyż z zaplanowanych 14 zadań zrealizowano zaledwie 5. (str. 17- 18)
- 2.2.3. Połowa ze skontrolowanych 8 urzędów marszałkowskich nie podejmowała żadnych działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego, co należy ocenić negatywnie. Niewłaściwe prowadzenie promocji zdrowia psychicznego wynikało z niedostatku środków finansowych na ten cel. Minister Zdrowia nie zapewnił warunków do funkcyjono-

³ uzasadnienie do projektu ustawy o sieci szpitali – druk sejmowy nr 2029

wania Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, skutkiem czego było nierealizowanie przez nią w latach 2005-2007 (półrocze) zadań m.in. w zakresie opracowywania projektów krajowych programów promocji zdrowia psychicznego i okresowych ocen wykonania zadań przez właściwe organy i instytucje. W 2005 r. nie odbyło się żadne posiedzenie Rady. (str. 20 - 21)

2.2.4. W 11 z 24 skontrolowanych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitale i przychodnie) statuty i regulaminy nie były aktualizowane, a stanowiska i komórki organizacyjne w nich podane nie odpowiadały funkcjonującym w rzeczywistości - niektóre nie funkcjonowały lub nie były wymienione. Regulaminy porządkowe nie określały w pełni przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych i współdziałania w tym zakresie poszczególnych komórek organizacyjnych. W 5 jednostkach nieterminowo (lub w ogóle), nie zgłaszano zmian organizacyjnych do rejestrów – prowadzonych przez wojewodów – zakładów opieki zdrowotnej⁴. W ocenie NIK były to działania nierzetelne, wynikające m.in. z zaniedbań obowiązków pracowniczych. (str. 24)

2.2.5. Ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych wystąpiły w 7 spośród 16 skontrolowanych szpitali psychiatrycznych, co należy ocenić negatywnie. Dotyczyło to przede wszystkim przyjęć na oddziały: leczenia dziennego, dzieci i młodzieży, psychiatrii sądowej, a także przyjęć do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Ograniczenia te związane były z brakiem oddziałów dla dzieci i młodzieży bądź niewielką liczbą miejsc na tych oddziałach, a także brakiem możliwości zatrudnienia wymaganych specjalistów w zakresie psychiatrii dla dzieci i młodzieży oraz psychologów klinicznych. W skrajnym przypadku okres oczekiwania pacjenta na przyjęcie wynosił 330 dni. W 4 szpitalach miały miejsce odmowy przyjęć pacjentów na leczenie z braku miejsc. Stan ten wynikał z braku rezerw, w związku z wysokim stopniem wykorzystania łóżek szpitalnych (od 82,0% do 109,3%), jak też był skutkiem ograniczenia miejsc w związku z długim okresem pobytu w tych placówkach pacjentów przewlekle chorych (powyżej 1 roku). Wiązało się to z kolei z niedoborem miejsc w odpowiednich domach pomocy społecznej lub innych placówkach „nieszpitalnych”. Problem dostępności do świadczeń zdrowotnych dotyczył też 5 z 8 skontrolowanych przychodni zdrowia psychicznego i wynikał z braków kadrowych. (str. 25 - 28)

⁴ naruszało to art. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)

2.2.6. W niewłaściwych warunkach odbywała się realizacja świadczeń zdrowotnych. Żaden z 16 skontrolowanych szpitali nie spełniał wymogów dla tego typu placówek określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁵, co należy ocenić negatywnie. Przyczyną tego stanu były zaniedbania w gospodarce remontowej, często – jak podawano – z braku dostatecznych środków finansowych na ten cel. Programy dostosowawcze miało wprowadzić 15 placówek, ale ich realizacja przewidziana była do końca 2012 r. Termin ten był kolejnym od 20 lat terminem dostosowania pomieszczeń szpitali do wymogów ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia określającym warunki, jakim mają odpowiadać pomieszczenia zakładów opieki zdrowotnej, gdyż pierwsze rozporządzenie w tej sprawie zostało wydane 21 września 1992 r. (Dz. U. z 1992 r. Nr 74, poz. 366 ze zm.).

- *najczęściej nie były zachowane normatywy powierzchni na 1 łóżko (6 m²) oraz odstępów między łózkami i dostępu do łóżka z trzech stron. (str. 29)*
- *w 8 szpitalach nie zachowano też należytych warunków sanitarnych. Dotyczyło to sal chorych, korytarzy oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Występowały ubytki tynków i farb, plamy po zaciekach, miejscowe zawilgocenia i zagrzybienia ścian. (str. 29)*
- *w 11 szpitalach nie przestrzegano przepisów przeciwpożarowych. W ocenie NIK stanowi to zaniedbanie szczególnie niebezpieczne dla pacjentów i świadczy o nierzetelnym wywiązywaniu się osób odpowiedzialnych (zwłaszcza kierownictw szpitali) z ciężących na nich obowiązków. Zaniedbania te dotyczyły m.in. niesprawnego oświetlenia awaryjnego, niespełnienia odporności ogniowej, nieoznakowania dróg ewakuacyjnych, a także niedostatecznego wyposażenia w sprzęt gaśniczy. (str. 30 - 31)*
- *w 4 szpitalach nie zapewniono odpowiedniego stanu technicznego budynków i ich elementów. W 6 szpitalach nie przestrzegano rocznych i pięcioletnich kontroli stanu technicznego obiektów budowlanych, natomiast w 8 szpitalach nie dopełniono z kolei obowiązku prowadzenia książek obiektu budowlanego. Były to działania nielegalne i nierzetelne, skutkujące odpowiedzialnością karną.⁶ (str. 30)*

2.2.7. W ocenie NIK rozpoczęła się poprawa przestrzegania praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu ze stanem wynikającym z poprzednich kontroli NIK przedstawionych w „Informacji o wynikach kontroli realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” NIK październik 1997 r. nr 212/97 oraz „Informacji o wynikach kontroli sprawdzającej po kontroli przeprowadzonej w 1997 r. w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w szpitalach psychiatrycznych z terenu Dolnego Śląska” NIK Delegatura we Wrocławiu marzec 2002 r. nr 9/2002 . Niemniej

⁵ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 116, poz. 985, ze zm.) - obowiązujące w okresie od 1 lipca 2005 r. do 9 grudnia 2006 r., uchylone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 213, poz.1568), obowiązującym od 9 grudnia 2006 r.

ze względu na zaniedbania w wykonywaniu obowiązków przez personel medyczny oraz brak stosownego nadzoru i kontroli ze strony ordynatorów i dyrektorów szpitali, w dalszym ciągu występowały naruszenia praw pacjentów - co należy ocenić negatywnie. Na nieprzestrzeganie praw pacjenta zwracali uwagę także konsultanci wojewódzcy i sędziowie – wizytatorzy.

- *przy przyjmowaniu do szpitali pacjentów za ich zgodą nie dokumentowano udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych. Adnotacji w tym zakresie brakowało w 368 z 492 ogółem zbadanych dokumentacjach medycznych pacjentów (74,8%), w dokumentacji nie było również adnotacji o poinformowaniu pacjenta o skutkach ubocznych przyjmowanych leków w 201 z 209 zbadanych przypadków (w 7 kontrolowanych szpitalach). Jak wyjaśniono przekazywano te informacje pacjentowi ustnie. Ponadto nie dokumentowano faktu powiadamiania pacjenta, którego wypisanie ze szpitala nastąpiło na własne żądanie o możliwych następstwach zaprzestania leczenia (w 18 z 38 zbadanych przypadkach) w 5 szpitalach. (str. 31 - 32)*
- *w 9 szpitalach przy przyjmowaniu i leczeniu pacjentów bez ich zgody nie przestrzegano obowiązku poinformowania ich o przyczynach przymusowego przyjęcia do szpitala (w 43 przypadkach, tj. 10,2% z badanej próby). Ponadto w 11 szpitalach nie zapoznawano pacjentów z planowanym postępowaniem leczniczym, a także wystąpiły przypadki niezatwierdzenia przyjęcia pacjenta przez ordynatora w ciągu 48 godzin oraz opóźnienia w zawiadomieniu sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta w ciągu 72 godz. Nie odnotowywano w dokumentacji medycznej faktu wysłuchania pacjenta przez sędziego oraz nie dołączono postanowień sądu dotyczących przyjęcia pacjenta bez jego zgody, a przy wypisywaniu takiego pacjenta nie zachowywano obowiązku zawiadomienia sądu opiekuńczego o wypisie. (str. 32 – 34)*
- *nieprawidłowości w dokumentowaniu stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów dotyczyły zwłaszcza nieprzestrzegania obowiązku uprzedzenia pacjenta o zamiarze zastosowania wobec niego środka przymusu bezpośredniego, które wystąpiły w 13 z 16 skontrolowanych szpitali w 224 z 338 zbadanych przypadkach. Ponadto stwierdzono niedokonywanie wymaganych wpisów w dokumentacji odnośnie czasu trwania unieruchomienia, czasu uwolnienia pacjenta, nazwiska lekarza zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego i jego przedłużenia na kolejny okres, a także niezawiadamiania dyrektora szpitala o każdym przypadku zastosowaniu przymusu wobec pacjenta. (str. 34 - 35)*

2.2.8. W ocenie NIK ustanowienie od stycznia 2006 r. Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, funkcjonujących w strukturze Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, było jak najbardziej słuszne i pożądane. Spełniają oni ważną rolę w zakresie ochrony praw pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych. Niezadawalająca była jednak ich liczba w stosunku do ilości szpitali. Obejmowali oni swoim działaniem tylko 26,6% placówek lecznictwa psychiatrycznego. W kontrolowanych 16 szpitalach działało tylko 7 rzeczników. Rozpatrzyli oni 3.338 spraw zgłoszonych przez pacjentów. Działania tych rzeczników przyczyniły się do poprawy warunków bytowych pacjentów oraz zapewniły dostępność do zajęć terapeutycznych i spacerów. (str. 21 - 23)

⁶ naruszało to przepisy art. 62, art. 64 i art. 93 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (j.t. Dz.U.

- 2.2.9. Sytuacja ekonomiczna skontrolowanych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej w okresie 2005-2007 (I półrocze) była zróżnicowana, z tendencją do jej nieznacznej poprawy. W badanym okresie stratę na działalności ponosiła blisko połowa ze skontrolowanych 16 szpitali, a wielkość tej straty wynosiła od 241 tys. zł (Szpital w Toruniu) do 2.054 tys. zł (Szpital w Bolesławcu). Umowy z NFZ pokrywały od 60% do 80% kosztów zrealizowanych świadczeń zdrowotnych. NIK nie wnosi w zasadzie uwag do sposobu wykorzystania pozyskanych środków finansowych. Niemniej w 3 skontrolowanych szpitalach (18,8%) wystąpiły przypadki wydatkowania środków publicznych z naruszeniem przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych.⁷ Działania takie – w ocenie NIK – stwarzały sytuacje, które potencjalnie należałoby uznać jako korupcjogenną dowolność postępowania. (str. 35 - 37)
- 2.2.10. Negatywnie należy ocenić sprawowanie przez Ministra Zdrowia nadzoru i kontroli nad psychiatrycznymi zakładami opieki zdrowotnej. Minister w badanym okresie nie przeprowadził żadnej kontroli zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, ani też takich kontroli nie zlecał innym organom. Natomiast w 5 z 8 skontrolowanych urzędów marszałkowskich, kontrolami nie objęto wszystkich jednostek z wymaganą częstotliwością (kontrole okresowe co najmniej raz w roku)⁸. Pozytywnie natomiast należy sposób rejestrowania i załatwiania skarg pacjentów 15 szpitali psychiatrycznych, na 16 skontrolowanych. W jednym szpitalu oraz w 2 poradniach (na 8 skontrolowanych) nie prowadzono ewidencji skarg i wniosków zgłaszanych przez pacjentów oraz nie opracowano systemu ich ewidencjonowania. Niejasne były też reguły postępowania przy ich rozpatrywaniu, co potencjalnie sprzyjało tworzeniu korupcjogennego mechanizmu dowolności postępowania. (str. 37 – 39)
- 2.2.11. Ustalone w toku badań kontrolnych rezultaty finansowe kontroli obejmowały nieprawidłowości w wymiarze finansowym w wysokości 1.943,7 tys. zł, w tym wydatkowane z naruszeniem przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych (1.612 tys. zł), uzyskane z naruszeniem prawa 56,5 tys. zł (pobieranie nienależnych opłat i niewłaściwe rozliczenie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych), uszczuplenia środków publicznych 7,3 tys. zł oraz inne nieprawidłowości w wymiarze finansowym 267,9 tys. zł. W związku z ujawnionymi nieprawidłowościami NIK skierowała 2 za-

z 2006 r. Nr 156, poz. 1118 ze zm.)

⁷ ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655),

wiadomienia do organów ścigania i 2 o naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
(str. 42)

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, jak dotychczas w Polsce nie przywiązuje się należytej wagi do opieki nad chorymi psychicznie, zważywszy na fakt, że pacjent z takimi zaburzeniami ma ograniczone możliwości samodzielnego dochodzenia przysługujących mu uprawnień w zakresie opieki zdrowotnej. Uwzględniając przedstawione w niniejszej informacji wyniki kontroli oraz podjęte przez kierowników kontrolowanych jednostek działania celem wykonania wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych, Najwyższa Izba Kontroli wnosi pod adresem:

- **Ministra Zdrowia o:**

1. Dokonywanie okresowych ocen funkcjonowania opieki psychiatrycznej, zarówno pod względem jej dostosowania do modelu docelowego, jak też oceny jakości świadczeń i skuteczności stosowanych metod leczniczych oraz oceny sprawowania opieki nad pacjentem chorym psychiatrycznie po opuszczeniu szpitala.
2. Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii, w tym psychiatrów dla dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych w celu poprawy dostępności do świadczeń psychiatrycznych, zwłaszcza dzieci i młodzieży.
3. Rozważenie możliwości wprowadzenia systemu ciągłej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w odniesieniu do pacjentów psychotycznych o szczególnie ciężkim, nawracającym przebiegu choroby.
4. Rozważenie wniesienia inicjatywy legislacyjnej w kierunku określenia sposobu, zasad współpracy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z kierownikami szpitali, organami tworzącymi, wojewodami oraz sędziami wizytatorami sądów rodzinnych w zakresie przestrzegania praw pacjentów dla skutecznego rozwiązywania zgłaszanych problemów związanych z pobytem pacjentów w szpitalu psychiatrycznym.

- **samorządów województw o:**

1. Uwzględnienie w działaniach samorządu województwa spraw związanych z zapewnieniem opieki psychiatrycznej mieszkańcom województwa m.in. poprzez:

⁸ naruszało to przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.11.1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi zoz i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz.U. Nr 94,

- zintensyfikowanie działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- udzielanie pomocy i finansowego wsparcia jednostkom psychiatrycznej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych,
- opracowanie programów zdrowotnych dotyczących opieki psychiatrycznej i dokonywanie okresowych ocen ich realizacji.

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1. Charakterystyka stanu prawnego i uwarunkowań ekonomiczno – organizacyjnych

3.1.1. Charakterystyka stanu prawnego

1. Podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę ochrony zdrowia psychicznego jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ozp.⁹ Zgodnie z art.1 ust.1 ustawy o ozp ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane, a polega (art. 2) w szczególności na:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Ustawa o ozp wskazuje m.in., że działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego należy podejmować zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego (art. 4).

2. Sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym określa rozporządzenie Rady Ministrów z 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie pro-

poz. 1097)

⁹ ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz.535 ze zm.)

mości zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym¹⁰. Przy Ministrze Zdrowia, działa jako organ opiniodawczo-doradczy w sprawach z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego (§ 3 ww. rozporządzenia).

3. Zgodnie z art. 5 ustawy o ozp opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej. Pomoc ambulatoryjna realizowana jest w ramach poradni zdrowia psychicznego. Ośrodki psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej obejmują m.in. oddziały dzienne, hostele, zespoły leczenia środowiskowego. Oddziały psychiatryczne w szpitalach obejmują m.in. oddziały psychiatryczne ogólne, psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, rehabilitacji psychicznej, oddziały psychiatrii sądowej.

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

4. Udzielanie finansowanych ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej następuje w oparciu o umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez świadczeniodawców z Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 132 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)¹¹, zwanej dalej ustawą o świadczeniach.

5. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonym ustawą.¹² Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej – obejmujące w szczególności: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie

¹⁰ Dz.U. Nr 112, poz. 537

¹¹ Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.

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

warunków sprzyjających zdrowiu, 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej – zostały określone w art. 6 ustawy o świadczeniach.

Zadania własne samorządu województwa w powyższym zakresie określone w art. 9 ww. ustawy obejmują m.in. opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia określonych w art. 11 ustawy o świadczeniach należy m.in. ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, a także opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych i nadzór nad ich realizacją.

6. Do psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej mają zastosowanie uregulowania zawarte w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹³ oraz przepisach wykonawczych do tej ustawy. Zgodnie z art.12 zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru, który dla zoz mających siedzibę na terenie województwa prowadzi wojewoda. Podstawą wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania określone w art. 9-11 ustawy o zoz. Zmiany stanu faktycznego i prawnego powstałe po wpisie do rejestru i dotyczące danych zawartych w tym rejestrze zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest zgłosić organowi prowadzącemu rejestr w ciągu 14 dni od dokonania zmiany, przy czym zakres udzielanych świadczeń może się zmienić po uprzednim wpisie tej zmiany do rejestru.

Wymagania jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia, w tym aktualnym z dnia 10 listopada 2006 r., obowiązującym od 9 grudnia 2006 r.¹⁴

7. Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany (art.18 ust.1 i 2 ustawy o zoz) do prowadzenia dokumentacji osób korzystających ze świadczeń szpitala i zapewnienia ochrony danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r., które utraciło moc z dniem 31 maja 2006 r., aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej

¹³ patrz przypis nr 4

¹⁴ patrz przypis nr 5

w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁵, weszło w życie 28 grudnia 2006 r.

Organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej określa regulamin porządkowy (art. 18a ust.1), ustalany przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej i zatwierdzany przez radę społeczną działającą przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej (art. 46 pkt 4 ustawy o zoz). Postanowienia regulaminu porządkowego nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych (art. 18a ust. 2 ustawy o zoz).

8. Od stycznia 2006 r. ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10b ustawy o ozp), a szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r.¹⁶ Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Praw Pacjenta utworzonego przez Ministra Zdrowia w formie jednostki budżetowej i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura (art. 10d ustawy o ozp). Zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10b ust.2) obejmują m.in. pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Zgodnie z § 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów. Prawa pacjentów unormowane zostały ponadto m.in. w ustawie o zoz¹⁷, ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁸, ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁹, ustawie o świadczeniach zdrowotnych²⁰.

9. Elementem istotnym opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest rehabilitacja psychiatryczna, jako system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym w miarę samo-

¹⁵ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji w zoz, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 88, poz. 966), które utraciło moc z dniem 31 maja 2006 r. zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz.1819 ze zm.)

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

¹⁷ art. 9, art.19, art.20 i 21 ustawy z przypisu nr 4

¹⁸ art. 31 ust.1, art.36 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz.1943),

¹⁹ art. 20 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.)

²⁰ art.15 ustawy z przypisu nr 11

dzielną egzystencję i integrację społeczną. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym (art. 15 ustawy o ozp). Organizowanie zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzanie uczestników tych zajęć, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r.²¹. Dla organizacji zajęć rehabilitacyjnych, kierownik szpitala psychiatrycznego tworzy zespół rehabilitacyjny (§ 2 ust. 1). W oddziałach całodobowych i dziennych tworzy się pracownie terapii zajęciowej (§ 4 tego rozporządzenia).

10. Samodzielne publiczne zoz stosownie do art. 4 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych²² należą do sektora finansów publicznych i przy udzielaniu zamówień publicznych stosownie do art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych mają do nich zastosowanie²³ przepisy tej ustawy wraz z przepisami wykonawczymi.

11. Przy utrzymywaniu obiektów i budowli szpitalnych zastosowanie mają przepisy ustawy Prawo budowlane²⁴. Odnoszą się one w szczególności do utrzymywania ich w należytym stanie technicznym (art. 61) oraz przeprowadzania rocznych i okresowych kontroli stanu technicznego (art. 62).

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Komisję Europejską zły stan zdrowia psychicznego dotyka aż 27% mieszkańców Europy. Wiąże to się z ponoszeniem ogromnych kosztów około 3 – 4% PKB Unii Europejskiej.

Znaczenie zdrowia psychicznego ludności, konieczność przygotowania programu reform, a także nadanie stosownej rangi działaniom w tym zakresie znalazło odzwierciedlenie m.in. w przyjęciu przez reprezentantów ministerstw zdrowia 53 krajów europejskich regionu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w obecności przedstawicieli Komisji Europejskiej i Rady Europy „Deklaracji o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy” w styczniu 2005 r. oraz w zapisach ogłoszonej przez Komisję Europejską w październiku 2005 r. „Zielonej Księżdy” w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej (UE).²⁵ Dokumenty powyższe uwzględniają najważ-

²¹ rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz.U. Nr 127, poz. 614)

²² Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

²³ patrz przypis nr 7

²⁴ patrz przypis nr 6

²⁵ patrz przypis nr 1

niejsze zadania związane z reformowaniem polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach UE, w tym:

- wspieranie zdrowia psychicznego wszystkich ludzi oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych psychicznie oraz ich rodzin,
- poprawę jakości ich życia poprzez integrację społeczną i ochronę ich praw i godności,
- opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego uwzględniających promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
- zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
- opracowanie zasad systemu informacji, współpracy w zakresie badań naukowych i upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego między krajami Unii Europejskiej.

W Polsce liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych na koniec 2005 r. wynosiła 1.600 tys. osób²⁶. Według danych Wojewodów na 30 czerwca 2007 r. w rejestrach zakładów opieki zdrowotnej wykazywano w zakresie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej 2.472 jednostki, a stacjonarna opieka psychiatryczna obejmowała 132 podmioty z ilością 20,9 tys. łóżek. Największa liczba miejsc występowała w województwie śląskim 2,8 tys., a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim - 0,7 tys.

Na realizację świadczeń zdrowotnych opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień ze środków publicznych (w ramach umów zawartych z NFZ) wydatkowano w 2005 r. – 1.081,2 mln zł, tj. 3,2% ogólnej kwoty świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ, a w 2006 r. 1.169,8 mln zł, tj. 3,2%. Plan na 2007 r. zakładał, że wydatki na ten cel wyniosą 1.430,3 mln zł, tj. 3,4% ogólnych kosztów świadczeń zdrowotnych.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Działania organów administracji w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia psychicznego

3.2.1.1 Formy i zakres zapewnienia opieki zdrowotnej osobom z zaburzeniami psychicznymi

Rozwiązania wprowadzone ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (obowiązującą od 21 stycznia 1995 r.) określały formy sprawowania opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, a w delegacji zawartej w art. 6 ust.2 i art. 55 zobowią-

²⁶ źródło – Instytut Psychiatrii i Neurologii (brak danych za 2006 r. – w trakcie opracowywania)

zywały Ministra Zdrowia do opracowania docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w ciągu 10 lat od wejścia w życie (art.55 ust.3). Nowelizacja tej ustawy przeprowadzona w 2005 r. – określiła termin realizacji sieci do 31 grudnia 2008 r.

W ocenie NIK działania Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie były nieefektywne i nieskuteczne. Pomimo upływu 12 lat od wejścia w życie ustawy ozp, kolejni ministrowie właściwi do spraw zdrowia nie wywiązali się z ww. obowiązku ustalenia w drodze rozporządzenia docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich dostępności i sposobu finansowania. Wprawdzie w badanym okresie projekt rozporządzenia w sprawie sieci został opracowany, nie uzyskał jednak ostatecznej akceptacji kierownictwa Ministerstwa Zdrowia dla nadania dalszego biegu legislacyjnemu, m.in. ze względu na krótki termin i wysokie koszty realizacji docelowej sieci zakładów psychiatrycznych.

Ostatecznie prace nad projektem zostały wstrzymane, a w maju 2006 r. projekt rozporządzenia w sprawie sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej został przekazany celem włączenia do prac prowadzonych nad siecią szpitali. Projekt ustawy o sieci szpitali – przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w czerwcu 2007 r. - został skierowany do Sejmu RP w dniu 23 lipca 2007 r.

W ocenie NIK skutkiem powyższych działań była dalsza zwłoka w określeniu docelowych wskaźników dostępności świadczeń w opiece psychiatrycznej, zarówno w odniesieniu do łóżek szpitalnych w psychiatrii, jak też w opiece ambulatoryjnej i środowiskowej.

Instytut Psychiatrii i Neurologii – jednostka badawczo-rozwojowa, do której zadań statutowych należy m.in. opracowywanie analiz, ocen, ekspertyz i opinii dotyczących stanu i rozwoju opieki psychiatrycznej i neurologicznej oraz przystosowywanie ich wniosków do wdrażania w praktyce – opracowywał i przedstawiał Ministerstwu Zdrowia proponowane rozwiązania odnoszące się zarówno do modelu przekształceń w opiece psychiatrycznej, jak też konkretne wskaźniki pozwalające na zapewnienie dostępności do różnorodnych form tej opieki. Tradycyjny model opieki psychiatrycznej funkcjonujący w Polsce obejmuje szpitale psychiatryczne i poradnie. Przekształcenia systemowe – zgodne z założeniami ustawy ozp oraz wytycznymi WHO – dotyczą wprowadzenia opieki według modelu środowiskowego, w którym leczenie i opieka odbywa się głównie w środowisku pacjenta w formie opieki pozaszpitalnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, hostele, mieszkania chronione itp.), przy ograniczeniu do niezbędnego minimum pobytów w szpitalach psychiatrycznych.

Według opracowywanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii założeń i proponowanych rozwiązań zmiany w funkcjonowaniu opieki psychiatrycznej winny obejmować m.in.:

- Według stanu na koniec 2006 r. minimalny wskaźnik w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych wynosił 4,8 łóżek na 10 tys. mieszkańców, przy czym nadmiar łóżek w liczbach bezwzględnych występował w 11 województwach (największy w woj. śląskim, mazowieckim i lubelskim), a niedobór w 5-ciu (największy w woj. małopolskim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim),
- W relacji do optymalnej ilości placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kraju, niedobory w systemie opieki psychiatrycznej dotyczą 1.500 łóżek szpitalnych na oddziałach psychiatrycznych, 1.400 łóżek na oddziałach dla osób uzależnionych, 7.000 na oddziałach opieki dziennej, 2.000 na oddziałach opiekuńczo-leczniczych, 1.500 miejsc w hostelach oraz 400 zespołów leczenia środowiskowego i 200 poradni.
- Potrzeby dotyczą utworzenia nowych całodobowych oddziałów psychiatrycznych (ok. 50 oddziałów 30-łóżkowych w szpitalach ogólnych w miastach i powiatach z niedoborem bazy łóżkowej), nowych oddziałów całodobowych dla uzależnionych (ok. 35 oddziałów 40-łóżkowych), nowych oddziałów dziennych (ok. 350-400 o liczbie miejsc 15-20), docelowo ok. 400 zespołów leczenia środowiskowego w każdym powiecie i po kilka w dużych miastach oraz 200 poradni, ok. 100 hosteli 15-miejscowych, utworzenie oddziałów opiekuńczo-leczniczych na bazie oddziałów psychiatrycznych w dużych szpitalach ok. 50 o liczbie 40 łóżek.

Powyższe założenia zostały zawarte w kolejnych wersjach projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowywanych w Instytucie. Projekt nowelizacji ustawy ozp, uwzględniający stworzenie podstawy prawnej do opracowania i wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w drodze rozporządzenia Rady Ministrów, został przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 9 października 2007 r. i skierowany do Sejmu RP w dniu 7 listopada 2007 r.

W okresie objętym kontrolą Instytut Psychiatrii i Neurologii nie prowadził monitoringu w placówkach lecznictwa psychiatrycznego w zakresie jakości świadczeń. Ostatnie badania dotyczące oceny poziomu postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w oparciu o analizę dokumentacji szpitalnej zebranej w trakcie wizytacji w jednostkach zostały zrealizowane w latach 1998-2001. Propozycja przeprowadzenia przez Instytut zadania badawczego pt. „Ocena funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce” nie została przyjęta do realizacji przez Ministerstwo Zdrowia, skutkiem powyższego oraz braku środków własnych Instytutu na kontynuację zadania było zaprzestanie prowadzenia kompleksowej analizy porównawczej odnoszącej się, zarówno do oceny poziomu diagnostyki, stosowanych terapii, jak też dostępności lecznictwa psychiatrycznego. W ocenie NIK należy ocenić to negatywnie.

Potrzeby w zakresie opieki psychiatrycznej w skontrolowanych ośmiu urzędach marszałkowskich zostały określone w dokumentach o różnym stopniu szczegółowości m.in. w strategii w zakresie ochrony zdrowia bądź w programach polityki zdrowotnej i zawierały głównie dane dotyczące liczby oddziałów i łóżek psychiatrycznych i liczby placówek w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, bez uwzględnienia potrzeb w zakresie opieki środowi-

skowej bądź sformułowania tych potrzeb w formie ogólnikowych zapisów, co należy ocenić negatywnie.

- *W województwie wielkopolskim w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego” przyjętej przez Sejmik w 2001 r. i wieloletnim programie rozwoju zawarte zostały zapisy typu „dostosowanie struktury bazy łóżkowej do potrzeb i możliwości województwa (utworzenie 5-7 nowych oddziałów psychiatrycznych na 200-250 łóżek), rozwijanie psychiatrycznej opieki pośredniej, rozgęszczenie łóżek w dużych szpitalach o profilu psychiatrycznym, zwiększenie dostępności do poradni zdrowia psychicznego, intensyfikacja szkoleń lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania oraz leczenia stanów depresyjno-lękowych”, przy czym podkreślić należy, że dokumenty te nie określały terminów realizacji tych przedsięwzięć.*
- *W województwie łódzkim w „Programie polityki zdrowotnej na lata 2001-2005” uwzględniono restrukturyzację stacjonarnej opieki psychiatrycznej poprzez zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych do 425 łóżek oraz rozwój specjalistycznego psychiatrycznego leczenia środowiskowego obejmującego diagnostykę i terapię udzielaną pacjentom w ich środowisku. W kolejnym „Programie polityki zdrowotnej na lata 2006-2013” wskazano na niewystarczającą dostępność do łóżek opieki psychiatrycznej wskazując niedobory łóżek w leczeniu dzieci i młodzieży, leczeniu uzależnień, miejsc w oddziałach dziennych dla dorosłych i dla dzieci i młodzieży oraz w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej. Jako przyczyny niezrealizowania założeń programu z lat 2001-2005 wskazano m.in. brak możliwości prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej ze względu na znaczną liczbę organów założycielskich placówek ochrony zdrowia (samorządy wojewódzki, powiatowe, gminne, Uniwersytet Medyczny, 2 ministerstwa).*

Jako przyczyny niezaspokojenia potrzeb mieszkańców województwa w zakresie opieki psychiatrycznej wskazywano w urzędach marszałkowskich: brak określenia przez Ministra Zdrowia docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich dostępności i sposobu finansowania, tj. przepisu jednoznacznie ustalającego obowiązujące wyznaczniki stanowiące podstawę do przekształcania bądź tworzenia jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Tylko w dwóch, tj. Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego i Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego zostały opracowane w zasadzie pełne wielokierunkowe wieloletnie programy odnoszące się do opieki psychiatrycznej, przyjęte przez Sejmik Województwa.

Z 14 zadań zaplanowanych do realizacji w okresie do 2007 r. samorządy terytorialne i placówki ochrony zdrowia, działające na obszarze województwa podlaskiego zrealizowały zaledwie 5. Nie zrealizowane zadania dotyczyły m.in. nie utworzenia zespołów leczenia środowiskowego na terenie 3 powiatów, dziennego oddziału psychiatrycznego dla młodzieży w Szpitalu Psychiatrycznym w Suwałkach, zakładu opiekuńczo-leczniczego dla osób cierpiących na przewlekłą chorobę alkoholową, poradni dla osób z problemami alkoholowymi i przychodni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia na terenie 2 powiatów, utworzenia 2 hosteli dla osób psychicznie chorych. Przyczynami były m.in. niskie finansowanie świadczeń, bądź nie kontraktowanie niektórych świadczeń np. hosteli przez Oddział NFZ, a

także brak wykwalifikowanego personelu m.in. specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologów z certyfikatem z zakresu psychoterapii i osób z przygotowaniem do rehabilitacji psychiatrycznej.

W województwie małopolskim opracowane zostały m.in. „Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005” oraz „Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2004-2008”. W wyniku ich realizacji uruchomiono oddziały psychiatryczne w Chrzanowie i Nowym Sączu, 4 nowe środowiskowe domy samopomocy, wzrosła liczba miejsc w domach pomocy społecznej, mieszkaniach chronionych i na warsztatach zajęciowych. Według ocen zawartych w opracowaniach, opieka psychiatryczna w Małopolsce znajdowała się w fazie etapu pośredniego pomiędzy modelem opartym na izolacji pacjenta w dużych stacjonarnych ośrodkach, a nowoczesnym modelem opieki środowiskowej.

Minister Zdrowia na realizację programów zdrowotnych w opiece psychiatrycznej pn. „Psychiatryczna opieka zdrowotna w 2005 r.” oraz „Psychiatryczna opieka zdrowotna na lata 2006-2008 ” wydatkował odpowiednio 5.707,8 tys. zł w 2005 r., w 2006 r. 6.986,5 tys. zł , a w 2007 r. zawarte zostały umowy na kwotę 9.000 tys. zł. Programy te obejmowały sfinansowanie kosztów związanych z adaptacją oddziałów w zakładach psychiatrycznych do warunków wykonywania środka zabezpieczającego o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz adaptacji oddziałów psychiatrycznych dla nieletnich do warunków wykonywania środka leczniczego o wzmocnionym zabezpieczeniu. Programy te dotyczyły osób chorych psychicznie skierowanych na specjalistyczne leczenie psychiatryczne na podstawie prawomocnego orzeczenia sądowego. Założenia ww. programów uwzględniały zwiększenie liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych o maksymalnym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla dorosłych sprawców czynów zabronionych oraz na oddziałach dla nieletnich. Do I półrocza 2007 r. dostosowano łącznie 809 łóżek dla dorosłych sprawców (potrzeby obejmują jeszcze ok. 400 łóżek), a dla nieletnich 40 łóżek przy potrzebach 270 łóżek.

Minister Zdrowia nie analizował i nie wykorzystywał kwartalnych informacji od wojewodów o realizowanych na terenie poszczególnych województw programach zdrowotnych, w tym dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej przesyłanych na podstawie art.10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dane przesyłane przez wojewodów nie zawierały pełnej informacji na temat realizacji programów zdrowotnych na terenie poszczególnych województw m.in. brak informacji o programach realizowanych przez NFZ. Ponadto brak jednolitej formy ich sporządzenia ograniczał możliwość zestawiania i porównywania tych danych w odniesieniu do ilości podmiotów finansują-

cych programy zdrowotne realizowane w latach 2005-2007 (I półrocze) jak też udziału programów dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ogólnej liczbie realizowanych na terenie kraju. Stan taki był skutkiem braku uregulowań prawnych określających formę sporządzania informacji o programach zdrowotnych przesyłanych przez wojewodów.²⁷

3.2.1.2. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania dla zdrowotnej polityki publicznej Polski na lata 1996-2005 zostały sformułowane w Narodowym Programie Zdrowia²⁸, którego celem strategicznym miała być poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności. „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych” zostały uwzględnione jako 7 cel operacyjny tego programu. Założenia NPZ w zakresie poprawy kondycji psychospołecznej ludności uwzględniały do 2005 r. m.in. zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza: depresyjnych, nerwicowych, psychosomatycznych. Sprawozdania z realizacji celu 7 tego programu różniły się między sobą liczbą i jakością podawanych informacji. Ponadto podawano niekompletne dane dotyczące podejmowanych działań (np.: bez określenia adresata, ich zasięgu, instytucji uczestniczących, a także efektów), przypisywano te same działania do różnych celów, występowała różnorodność formy prezentowania raportów, co utrudniało porównywanie materiału. Oczekiwania przyjęte w założeniach NPZ dla celu 7 na lata 1996-2005 nie zostały zaspokojone - częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych wzrosła, podobnie wzrosły wskaźniki zapadalności i rozpowszechniania zaburzeń psychicznych, niemniej problem poprawy kondycji psychospołecznej ludności Polski nie zyskał odpowiedniego zainteresowania u realizatorów NPZ, tj. w starostwach powiatowych, zakładach opieki zdrowotnej i gminach. Kolejny NPZ na lata 2007-2015, (rok 2006 nie był objęty NPZ) przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 r. z 15 maja 2007 r. ponownie uwzględnił zagadnienia odnoszące się do opieki psychiatrycznej i ochrony zdrowia psychicznego w celu strategicznym nr 4 zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.

Sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym – określiła Rada Ministrów w rozporządzeniu z 20

²⁷ z dniem 29 września 2007 r. zmieniono art.10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135 ze zm.), dodając w ust.3 delegację dla Ministra właściwego ds. zdrowia do określenia sposobu i terminu przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.

²⁸ Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005 – przyjęty jako dokument rządowy przez Radę Ministrów 3 września 1996 r.,

sierpnia 1996 r.²⁹. Jako organ opiniodawczo –doradczy w sprawach z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym utworzona została Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego działająca przy Ministrze Zdrowia.

W latach 2005-2007 (I półrocze) nie były realizowane zadania Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego w zakresie m.in. opracowywania projektów krajowych programów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, przygotowywania okresowych ocen wykonania zadań w tym zakresie przez właściwe organy i instytucje oraz inicjowania działalności badawczo-wdrożeniowej w zakresie promocji zdrowia psychicznego, co należy ocenić negatywnie.

Stan taki stanowił konsekwencję niezapewnienia przez Ministra Zdrowia warunków do działania Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, co wynikało z faktu zaprzestania finansowania jej działalności, w wyniku czego w 2005 r. nie odbyło się żadne posiedzenie członków Rady, nie były sporządzane coroczne sprawozdania z jej działalności, a ponadto pomimo upływu 4-letniej kadencji w 2005 r. nie został powołany nowy skład tej Rady. Dopiero we wrześniu 2006 r. Minister Zdrowia powołał ponownie Radę, która w okresie do I półrocza 2007 r. odbyła 2 posiedzenia, na których zajmowała się głównie omawianiem projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, w 4 z 8 kontrolowanych samorządach wojewódzkich były realizowane głównie poprzez dofinansowanie projektów podejmowanych przez organizacje, stowarzyszenia instytucji pożytku publicznego ukierunkowane na organizowanie zajęć m.in. terapeutycznych dla określonej grupy osób chorych i ich rodzin, (schizofrenia, autyzm, dzieci z nadpobudliwością ruchową) oraz przez zakłady opieki zdrowotnej. Dofinansowanie to wynosiło od 27,4 tys. zł (województwo dolnośląskie) do 79,4 tys. zł (województwo warmińsko-mazurskie). Ponadto 4 urzędy marszałkowskie (województwo łódzkie, śląskie, wielkopolskie i podlaskie) podejmowały wprawdzie działania w zakresie promocji zdrowia, ale nie dotyczyły promocji zdrowia psychicznego, co należy ocenić negatywnie.

3.2.1.3 Działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Ochrona praw pacjentów szpitali psychiatrycznych od stycznia 2006 r. należała do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, będących pracownikami Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. W ocenie NIK niezadowolająca była liczba zatrudnio-

²⁹ patrz przypis nr 10

nych rzeczników w odniesieniu do liczby zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W 2006 r. funkcję tą pełniło bowiem tylko 20 osób na terenie 37 zakładów, obejmując swoim działaniem tylko 26,6% placówek lecznictwa psychiatrycznego w kraju, a w I półroczu 2007 r. ich liczba spadła do 19. Niedobór w tym względzie tłumaczono niedostatkiem środków finansowych w budżecie Biura Praw Pacjenta.

Spośród 16 skontrolowanych szpitali psychiatrycznych, rzecznicy funkcjonowali tylko w 7. We wszystkich tych przypadkach zapewnione zostały warunki do pełnienia przez nich funkcji, a informacje o możliwości korzystania z pomocy rzecznika oraz dniach, godzinach i miejscu przyjęć pacjentów, została umieszczona w izbach przyjęć i na oddziałach szpitalnych.

Zróznicowana była skala zgłaszanych przez pacjentów spraw w formie skarg, wniosków i pytań. Obejmowała ona przykładowo 135 spraw zarejestrowanych w I półroczu 2007 r. przez rzecznika w Szpitalu w Toruniu (rzecznik funkcjonuje od 8 stycznia 2007 r.) i 1.383 spraw w okresie od 2006 r. do I półrocza 2007 r. zarejestrowanych w Szpitalu w Krakowie.

- *W Szpitalu w Krakowie – w okresie 2006 r. – I półrocze 2007 r. do Rzecznika skierowano ogółem 1.383 skarg, wniosków i pytań, z czego zasadne w ocenie Rzecznika były 552 (39,9%) sprawy zgłoszone ustnie oraz 27 z 47 interwencji pisemnych. Zgłaszane przez pacjentów sprawy dotyczyły braku dostępu do informacji o swoich prawach, nierespektowania żądania lub wniosku pacjenta o wypisanie ze Szpitala oraz braku organizacji wolnego czasu i ciągłości zajęć terapeutycznych, niezapewnienia odpowiednich pomieszczeń i urządzeń sanitarnych oraz odpowiednich warunków w budynkach Szpitala, nie informowania pacjenta o stanie jego zdrowia, ograniczeń w kontaktach telefonicznych i korespondencyjnych z rodziną i innymi osobami.*
- *W Szpitalu w Lubiążu – pacjenci zgłosili Rzecznikowi ogółem 641 spraw, w tym 318 skarg pisemnych i ustnych, z czego w ocenie Rzecznika 159 (50%) zasadnych, znaczna ich część dotyczyła warunków pobytu, m.in. niedogrzanania pomieszczeń w okresie zimowym, braków ciepłej wody, zagęszczenia sal, a także wykonywania bez zgody pacjenta niezbędnych czynności leczniczych, braku informacji o stosowanym leczeniu, zastosowanych środków przymusu bezpośredniego, wypisu ze szpitala, udzielenia zgody na okresowy pobyt poza szpitalem, organizacji wolnego czasu, niewłaściwego sposobu zwracania się do pacjentów.*

Z własnej inicjatywy rzecznicy praw pacjenta dokonywali oceny przestrzegania praw pacjentów w odniesieniu do przyjmowanych bez ich zgody, wobec których zastosowano przymus bezpośredni oraz przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego. Wyniki tych ocen były zróżnicowane.

- *W Szpitalu w Świeciu - z 15 zbadanych przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w 4 wystąpiły uchybienia dotyczące niewłaściwego założenie uchwytów unieruchamiających pacjenta (powodujących ból przy próbach wyrwania się z nich), związania pacjentki bez uprzedniego zlecenia lekarskiego.*

- *W Szpitalu w Krakowie stwierdzono stosowanie niedozwolonych form zabezpieczania pacjentów w trakcie wykonywania przymusu bezpośredniego, zamykanie pacjentów w odosobnieniu na klucz w wielołożkowej sali, która nie spełnia wymogów izolatki, przymusowe kąpiele przeprowadzane w obecności Grupy Interwencyjnej, zastosowanie nieadekwatnej w stosunku do zachowania pacjenta formy przymusu bezpośredniego (np. unieruchomienie z powodu pobudzenia psychoruchowego), brak należytej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem unieruchomionym, nie uprzedzanie pacjentów o konieczności zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, brak opieki lekarskiej w trakcie stosowania zabezpieczenia (podpisywanie „in blanco” kart przebiegu przymusu przez lekarzy dyżurnych Izby Przyjęć).*

Najwięcej uwag w zakresie naruszeń praw pacjentów zgłosili rzecznicy praw pacjenta wykonujący obowiązki w Szpitalu w Krakowie i Szpitalu w Lubiążu, którzy podejmowali również interwencje w organie tworzącym Szpitali, Biurze Praw Pacjenta, u konsultantów wojewódzkich i w sądach.

- *W Szpitalu w Lubiążu - rzecznik podejmował interwencje szczególnie w sprawach pacjentów internowanych hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrycznym Sądowym o wzmocnionym zabezpieczeniu. Dotyczyły one m.in. ograniczeń w korzystaniu ze spacerów, w dostępie do zajęć terapeutycznych, możliwości dokonywania zakupów, w dysponowaniu własnymi środkami pieniężnymi przez tych pacjentów, a także przypadków pobierania dodatkowych opłat od pacjentów na cele wspólne. Powyższe problemy zostały w większości skutecznie wyeliminowane m.in. poprzez wprowadzenie stosownych zmian w regulaminie porządkowym oddziału, w tym usunięcie zapisów ograniczających pacjentom kwotę wypłaty własnych środków pieniężnych, wprowadzenie zakazu pobierania opłat przez personel bądź pacjentów na cele wspólne oraz przeszkolenie personelu w tym zakresie.*
- *W Szpitalu w Krakowie – rzecznik interweniował m.in. w zakresie ograniczania swobód pacjentom, braku możliwości korzystania z zajęć poza budynkiem oddziału, ograniczeń w dostępie do zajęć terapeutycznych, w sprawach niewłaściwych warunków bytowych (brak łazienek, popękane ściany sal chorych z pleśnią i wilgocią), stosowania przymusu bezpośredniego niezgodnie z obowiązującymi przepisami, w przypadkach naruszania godności pacjenta i prawa do intymności w trakcie udzielania świadczeń – część z przedmiotowych spraw została skutecznie rozwiązana.*

W ocenie NIK, mimo że zasadne jest zachowanie pełnej niezależności rzecznika od dyrekcji szpitala, to wskazane byłoby ustalenie formy informowania przez rzecznika dyrekcji szpitali o ocenie przestrzegania praw pacjenta, dokonywanej w sprawozdaniach do Biura Praw Pacjenta, gdyż z reguły występowała odmiennosc poglądów, co do skali stwierdzonych nieprawidłowości zawartych w ocenach rzecznika i dyrekcji. Celowe byłoby również określenie optymalnych i konstruktywnych zasad i form wzajemnej współpracy pomiędzy rzecznikami i dyrekcją szpitali dla zapewnienia pełnej realizacji sygnalizowanych problemów związanych z przestrzeganiem praw pacjenta.

3.2.2. Sprawowanie opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi przez zakłady psychiatryczne

3.2.2.1 Organizacja zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W 11 zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej (45,8%) spośród 24 skontrolowanych (16 szpitali i 8 przychodni zdrowia psychicznego), wystąpiły różnego rodzaju nieprawidłowości w zakresie ich organizacji, co uznać należy za działanie nierzetelne.

W 8 z 24 skontrolowanych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej regulaminy porządkowe określające stan organizacji i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych nie uwzględniały w pełni wymogów art.18 ust. 1a ustawy o zoz. Dotyczyło to m.in. wymogów w zakresie określenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacji i zadań komórek organizacyjnych, warunków współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania (*Szpital w Suwałkach, Szpital w Świeciu, Szpital w Lubiążu, WPZP w Bydgoszczy*). Ustalona w tych regulaminach organizacja zakładu była niekiedy niezgodna ze stanem faktycznym (*Szpital w Lublińcu, Szpital w Toruniu, Szpital w Świeciu, Szpital w Bolesławcu*). W *Przychodni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Szczytnie* w ogóle brak było regulaminu porządkowego. W 3 innych szpitalach regulaminy porządkowe, spełniające wymogi art. 18a ust.1a ustawy o zoz, wprowadzono dopiero w 2007 r.

W 5 zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej istniejąca organizacja odbiegała od określonej w statutach.

- *W Szpitalu w Bolesławcu statut uwzględniał m.in. funkcjonowanie 4 oddziałów (Oddział Psychiatryczny dla Chorych na Gruźlicę, Oddział Leczenia Depresji, Oddział Detoksykacji Narkotykowej oraz Oddział Leczenia Nerwic), mimo że żaden z nich nie działał faktycznie co najmniej od 2001 r.*
- *W Szpitalu w Toruniu w regulaminie porządkowym i statucie figurował Oddział Psychiatryczny Dzienny, który nie funkcjonował od 2003 r.*

Obowiązku zgłaszania, w wymaganym 14-dniowym terminie, zmian organizacyjnych, do rejestrów zakładów opieki zdrowotnej (prowadzonych przez wojewodów), nie dopełniło 5 skontrolowanych jednostek. Wynikało to z zaniedbań obowiązków pracowniczych.

- *Z obowiązku złożenia w terminie do 30 czerwca 2005 r. wniosku o wpis zmian w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej wprowadzonych rozporządzeniem lub dotychczas nieobjętych wpisem do rejestru, w ogóle nie wywiązał się Szpital w Bolesławcu, Szpital w Lubiążu złożył taki wniosek z 56-dniowym opóźnieniem, Szpital w Łodzi z opóźnieniem 43-dniowym, Szpital w Węgorzewie z opóźnieniem 11-dniowym.*

3.2.2.2. Dostępność do świadczeń zdrowotnych

Skontrolowane szpitale dysponowały w 2005 r. łącznie 7.327 łózkami, w 2006 r. – 7.292, a w I półroczu 2007 r. – 7.211. W 2006 r., w porównaniu do 2005 r., odnotowano zmniejszenie liczby łóżek o 35 (0,5%), zaś w I półroczu 2007 r. nastąpił kolejny spadek ich liczby o 81 (1,1%). W kontrolowanym okresie w 8 szpitalach stan bazy łóżkowej pozostawał bez zmian, w 5 liczba łóżek zwiększyła się ogółem o 27 (od 2 do 10), a w 3 nastąpiło zmniejszenie liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych, w tym: w Szpitalu w Świeciu zlikwidowano 83 łóżka, w Szpitalu w Krakowie – 10 łóżek, a w Szpitalu w Gnieźnie – 50.

Stopień wykorzystania psychiatrycznych łóżek szpitalnych wynosił w kontrolowanym okresie od 82,0% (Szpital w Świeciu) do 109,3% (Szpital w Łomży). Tak wysoki wskaźnik obłożenia łóżek (liczony jako procentowy iloraz liczby osobodni, liczby łóżek i liczby dni w danym okresie) świadczył o zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia zdrowotne, przy ograniczonej liczbie miejsc. Stwierdzone przypadki wykorzystania łóżek szpitalnych w wielkości ponad 100% spowodowane były m.in. dostawianiem dodatkowych łóżek, szczególnie przy sezonowym nasileniu liczby przyjmowanych pacjentów. Łączna liczba leczonych pacjentów nie ulegała jednak znaczącemu wzrostowi, ponieważ w 2005 r. wynosiła 84.833 pacjentów, zaś w 2006 r. – 84.903. Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu psychiatrycznym wynosił od 18 dni (Szpital w Łomży) do 42 dni (Szpital w Lubiążu). Szczegółowe wielkości w tym zakresie w skontrolowanych szpitalach przedstawia załącznik nr 5 do informacji.

Z wykorzystaniem łóżek szpitalnych wiąże się bezpośrednio stopień zaspokojenia potrzeb ludności na psychiatryczne świadczenia zdrowotne. W skontrolowanych szpitalach w różnym stopniu realizowano zakontraktowane świadczenia zdrowotne. W latach 2005 – 2007 (I półrocze) 11 szpitali (na 16 skontrolowanych), zrealizowało świadczenia zdrowotne ponad limit określony w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, w 1 zakładzie świadczenia zrealizowano poniżej wartości kontraktu, a w 4 wartość wykonanych świadczeń była równa z wartością kontraktu.

W skontrolowanych szpitalach przyjęcia pacjentów na oddziały ogólnopsychiatryczne odbywały się na ogół na bieżąco. Niemniej w 7 skontrolowanych szpitalach – z powodu braku miejsc – wystąpiły ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych na oddziałach dziennych, oddziałach dla dzieci i młodzieży oraz oddziałach psychiatrii sądowej, a także działających przy szpitalach w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

- *W Szpitalu w Gnieźnie okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału dziennego wynosił w skrajnym przypadku 330 dni, w Szpitalu w Łodzi na Oddział dla Dzieci – 30 dni, w Szpitalu w Krakowie na Oddział Psychiatrii Sądowej – 210 dni, w Szpitalu w Lublińcu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego – 162 dni.*

W 4 szpitalach odnotowano odmowy przyjęć pacjentów do szpitali z braku miejsc, co także należy ocenić negatywnie z punktu widzenia dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie zamieszkania chorego. Ogółem w badanym okresie takich odmów było 188, najczęściej w Szpitalu w Lubiążu – 60 i w Szpitalu w Świeciu – 56. W tych przypadkach pacjenci wymagający hospitalizacji zostali skierowani do innych szpitali psychiatrycznych.

Ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych wynikały po części także z długiego okresu (powyżej 1 roku) przebywania pacjentów w tych placówkach. Zjawisko to jest dość powszechne, gdyż dotyczyło aż 13 z 16 skontrolowanych szpitali. Główną grupę pacjentów przebywających dłużej jak 1 rok stanowili pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samodzielnej egzystencji, a także pacjenci skierowani na obserwację nakazaną przez sądy. Liczba takich pacjentów wynosiła od 2 (w Szpitalu w Toruniu) do 243 (w Szpitalu w Rybniku). Ogółem w badanym okresie w szpitalach przebywało wg stanu na koniec 2005 r. – 938, 2006 r. – 918 i 2007 (I półrocze) – 809 takich pacjentów.

Podjęmowane działania w zakresie umieszczenia ich w odpowiednich domach lub zakładach opiekuńczo-leczniczych były mało skuteczne. Okres oczekiwania pacjentów na umieszczenie w odpowiednich, nie szpitalnych, ośrodkach wynosił nawet 6 lat. Spowodowane to było zbyt małą liczbą takich ośrodków lub niepodjęciem rozbudowy już istniejących z uwagi na szczupłość środków finansowych.

- *W województwie wielkopolskim średni okres oczekiwania na łóżko na oddziale opieki długoterminowej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Poznaniu (dostępne jedynie 74 łóżka) wynosi od 4 do 6 lat, w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Śremie – 1 rok (przy 216 łóżkach). Kwota 100 tys. zł na wstępne prace związane z rozbudową ZOL w Poznaniu okazała się niewystarczająca dla osiągnięcia przyrostu łóżek i skrócenia czasu oczekiwania.*
- *W Szpitalu w Suwałkach czas oczekiwania pacjentów na umieszczenie w domach pomocy społecznej wynosił od 45 do 664 dni, natomiast w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dochodził do 713 dni.*

Problemy w dostępności do świadczeń zdrowotnych występowały też w przychodniach zdrowia psychicznego. Przypadki takie występowały w 5 (na 8 skontrolowanych) przychodniach, co należy ocenić negatywnie.

- *W Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Bydgoszczy czas oczekiwania pacjentów wynosił od 28 do 43 dni. Przyczyną tego były braki kadrowe związane z niedoborem na rynku pracy specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży oraz psychologów klinicznych z II stopniem specjalizacji, względnie posiadających certyfikat psychoterapeuty. Z podobnych też przyczyn długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie porady stwierdzono w Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego. Średni czas oczekiwania na udzielenie porady psychologa wynosił od 150 do 180 dni w 2005 r. oraz od 75 do 90 dni w 2006 r. Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału dziennego wzrósł natomiast z 30 – 50 dni w 2005 r. do 77 – 103 dni w I półroczu 2007 r., mimo że wartość wykonanych świadczeń przekraczała o 23,2 tys. zł kwotę zakontraktowaną na I półrocze 2007 r. w umowie zawartej z NFZ. Ponadto w latach 2006 –*

2007 Ośrodek zaprzestał prowadzenia terapii grupowej na skutek trudności z pozyskaniem odpowiednich specjalistów.

Niedostatki kadrowe wystąpiły również w 6 szpitalach na 16 skontrolowanych. Miały one wpływ nie tylko na poziom referencyjności szpitala, a także na ograniczony dostęp pacjentów do zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

- *W Szpitalu w Lublińcu, w 2007 r. z 15 oddziałów 8 utraciło II poziom referencyjności, na co wpływ miała niewystarczająca liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów. W 4 z 6 oddziałów wystąpiły niedobory kadrowe, w porównaniu z wymogami ustalonymi przez NFZ dla oddziałów posiadających II stopień referencyjności. Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów w tych oddziałach był niższy o 0,25 do 1,25 etatu.*
- *W Szpitalu w Kościanie nie zostały spełnione ustalone przez Szpital normy minimalnego zatrudnienia pielęgniarek, gdyż zatrudnionych było (na dzień 27 czerwca 2007 r.) 117 pielęgniarek przy normie 137,4 etaty (niedobór 21,4). Podobnie było w Szpitalu w Bolesławcu, gdzie stan zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach psychiatrycznych wynosił 74 osoby przy normie 88 etatów (niedobór 14 pielęgniarek).*

Występujące w szpitalach braki w zatrudnieniu, zwłaszcza terapeutów powodowały ograniczenia w wykonywaniu określonych zajęć terapeutycznych z pacjentami. Na fakt ten zwracali uwagę rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, w związku ze skargami pacjentów. Miało to miejsce w Szpitalu w Krakowie i Lubiążu. W 3 szpitalach (w Lubiążu, Rybniku i w Bolesławcu) nie powołano zespołów rehabilitacyjnych, których zadaniem miało być m.in. dokonywanie okresowej oceny skuteczności prowadzonych zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych, natomiast w 2 szpitalach (w Suwałkach i Olsztynie) stosowne zespoły utworzono dopiero w 2007 r.

W 3 szpitalach (w Lubiążu, Rybniku i Suwałkach) nie prowadzono dokumentacji odzwierciedlającej rodzaj i termin przeprowadzenia zajęć oraz liczbę pacjentów uczestniczących. W Szpitalu w Łomży terapeuci zajęciowi nie opracowali indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych, a w Szpitalu w Krakowie nie odnotowywano w dokumentacji udziału pacjenta w zajęciach.

Z ustaleń kontroli wynika, że praktycznie nie funkcjonował system zapewniający ciągłość opieki nad pacjentami chorymi psychicznie, szczególnie o przewlekłym lub ryzykownym przebiegu choroby, których stan zdrowia wymaga systematycznej farmakologii, psychoterapii lub socjoterapii. Po wypisaniu ze szpitala w karcie informacyjnej uwzględniano w takich przypadkach wskazania do zapewnienia czynnej opieki ambulatoryjnej, niemniej - ze względu na brak uregulowań zasad współpracy między szpitalami psychiatrycznymi i poradniami zdrowia psychicznego - tylko sporadycznie (za zgodą pacjenta) następowała wymiana informacji między tymi jednostkami odnośnie leczenia danego pacjenta. Również działania poradni zdrowia psychicznego w przypadkach pacjentów, którzy wymagają leczenia szpital-

nego, sprowadzały się do wypisania skierowania do szpitala, bez zapewnienia informacji czy pacjent rzeczywiście zgłosił się na to leczenie. Podobnie było w przypadku kierowania do oddziałów dziennych bądź ośrodków terapii. Z reguły poradnie zapewniały pacjentom udzielenie porady lekarza psychiatry bądź psychologa. Nie we wszystkich prowadzono psychoterapię indywidualną i grupową, a działania na rzecz rehabilitacji osób, które utraciły samodzielność w podstawowym funkcjonowaniu społecznym czy zawodowym poprzez trening umiejętności społecznych i programy rehabilitacji ograniczały się do ewentualnego poinformowania pacjenta o placówkach prowadzących tego rodzaju działalność.

Tylko nieliczne szpitale podejmowały próby zapewnienia kontynuacji opieki nad pacjentem wypisanym ze szpitala, m.in. w Szpitalu w Krakowie, gdzie stosuje się zasadę uzgadniania z pacjentem przy wypisie adresu placówki ambulatoryjnej, w której będzie kontynuował leczenie, a w przypadkach szczególnie trudnych gdy wcześniej pacjent nie korzystał z opieki psychiatrycznej, bądź nie nawiązał dobrego kontaktu terapeutycznego z lekarzem psychiatrą w poradni, proponuje się kontynuację leczenia w poradni szpitala (ambulatorium przyoddziałowe).

Współpraca szpitali psychiatrycznych z jednostkami opieki społecznej realizowana była głównie przez kontakty pracowników socjalnych szpitala z ośrodkami pomocy społecznej w przypadkach załatwiania spraw pacjentów szpitali związanych z pozyskaniem zasiłków stałych i celowych, bądź przy poszukiwaniu miejsc do dalszego pobytu pacjentów. W ocenie dyrektorów szpitali ośrodki pomocy społecznej niechętnie współpracują ze szpitalami psychiatrycznymi, gdyż większość z nich nie jest przygotowana do świadczenia usług specjalistycznych w środowisku chorego w formie i zakresie proponowanym przez szpital, m.in. ze względu na ograniczone możliwości kadrowe i finansowe.

W opinii dyrektorów psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej najbardziej optymalną formą opieki dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w tym zwłaszcza chorych psychicznie, stanowi opieka środowiskowa, realizowana przez pracowników medycznych i pracowników socjalnych z odpowiednim przygotowaniem, pod warunkiem jej upowszechnienia i zapewnienia środków finansowych na jej realizację.

3.2.2.3. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych

Nieprawidłowości wystąpiły w zakresie zapewnienia pacjentom psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej właściwych warunków sanitarno-technicznych, co ocenić należy negatywnie. We wszystkich 16 skontrolowanych szpitalach psychiatrycznych stwierdzono występowanie odstępstw od szczegółowych wymagań określonych w rozporządzeniu Mini-

stra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.³⁰ Programy dostosowawcze do wymagań wspomnianego rozporządzenia Ministra Zdrowia opracowało 15 skontrolowanych szpitali. Realizacja założeń programowych przewidziana jest na koniec 2012 r. Spośród odrębnie określonych wymagań dotyczących szpitali psychiatrycznych, najczęściej nie były one spełnione w zakresie: bezpiecznego oszklenia okien w salach, umieszczenia wypustów instalacji elektrycznej na zewnątrz pokoi łóżkowych, otwierania drzwi do sal chorych na zewnątrz, wydzielonych odcinków obserwacyjno- diagnostycznych oraz jednoosobowych separatek (bądź izolatek) o powierzchni co najmniej 12 m², z własnym pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. Powszeczne odstępstwa od warunków określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczyło: przekroczenia limitu łóżek w salach (pokoje 7-10 osobowe, przy wymogu nie więcej niż 5 pacjentów), niezachowania normatywnych powierzchni na 1 łóżko, tj. 6 m² oraz odstępów między łózkami i dostępu do łóżka z trzech stron, odpowiedniej szerokości drzwi do sal, a także braku odrębnych pomieszczeń sanitarno-higienicznych dla kobiet i mężczyzn, zbyt małej liczby urządzeń sanitarnych oraz nie dostosowania tych pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych.

- *W Szpitalu w Węgorzewie przy 238 łózkach szpitalnych, średnia powierzchnia przypadająca na pacjenta w poszczególnych pokojach łóżkowych, wynosiła od 4,97 do 5,74m², a łączne przegęszczenie dotyczyło 62 pacjentów.*
- *W Szpitalu w Lubiążu zaniżenie norm powierzchni przypadającej na jednego pacjenta dotyczyło 11 z 78 pokoi łóżkowych, a do 71 łóżek (26,8%) z 265 brakowało dostępu z trzech stron i wymaganych odstępów między łózkami. Przy zastosowaniu norm dotyczących wymaganej powierzchni i odstępów między łózkami ogólna liczba łóżek rzeczywistych na oddziałach obniżyłaby się o 21.*

Wystąpiły przypadki umieszczania pacjentów na korytarzach (*Szpital w Kościanie*), a także w salach odwiedzin i w jadalni (*Szpital w Gnieźnie*). Niewłaściwe było wyposażenie sal chorych w rozkładane fotele zamiast w łóżka lub tapczany, zniszczone odrapane meble – łóżka i stoliki przyłóżkowe, brak osłon na żarówkach.

W 8 szpitalach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny sal chorych, korytarzy oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i kuchennych. Stan ten wynikał najczęściej z zaniedbań w gospodarce remontowej, wskutek angażowania niedostatecznych środków finansowych na ten cel.

- *W Szpitalu w Suwałkach niewłaściwy był stan sanitarny: łazienek, sali dziennego pobytu, świetlicy, pomieszczeń palarni, sali terapii, sal pacjentów w Pododdziale I i Pododdziale II (popękane płytki na ścianach, ubytki farby i tynku, plamy po zaciekach, zniszczona stolarka drzwiowa).*

³⁰ patrz przypis nr 5

W 4 szpitalach niewłaściwy był stan techniczny budynków lub jego elementów. Dotyczyło to głównie obiektów wzniesionych na początku XX w., które od wielu lat nie były poddawane gruntownym remontom.

- *W Szpitalu w Gnieźnie niewłaściwy był stan elewacji budynków 9 oddziałów. W budynku Oddziału Nr 24 zawilgocenia ścian zewnętrznych, odpadający tynk, przeciekający dach oraz skorodowane ryny i rury spustowe, spowodowały powstanie zacieków i zawilgoceń w dwóch salach chorych tego Oddziału.*
- *W Szpitalu w Krakowie, na 17 obiektów, w których leczono psychiatrycznie, aż 16 wybudowanych zostało w okresie I wojny światowej i wpisane do rejestru zabytków. Cztery obiekty były w złym stanie technicznym, a 6 w miernym. Obiekty te wymagały remontu kapitalnego lub bieżącego. W przypadku 3 obiektów konieczne było wykonanie ekspertyzy konstrukcyjnej w zakresie dopuszczenia obiektów do dalszego użytkowania. Należy zaznaczyć, że w Szpitalu z powodu szczupłości środków finansowych prowadzone były tylko niektóre remonty bieżące, które nie zapewniały właściwej rewaloryzacji, podniesienia standardu usług medycznych.*

Na 16 skontrolowanych szpitali, w 6 nie przeprowadzano w ogóle (bądź czyniono to w ograniczonym zakresie), co najmniej raz w roku, kontroli polegającej na sprawdzeniu stanu technicznego użytkowanych obiektów oraz co najmniej raz na 5 lat, kontroli stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektu budowlanego, estetyki obiektu i jego otoczenia, a także badania instalacji elektrycznej i piorunochronnej. Nie wypełniono tym samym obowiązków określonych w art. 62 ust. 1 pkt 1 i 2 Prawa budowlanego. Natomiast w 8 szpitalach książki obiektów budowlanych nie były prowadzone na bieżąco, a w odniesieniu do niektórych budynków w ogóle ich nie założono. Naruszony został w tym przypadku art. 64 Prawa budowlanego. Przyczyną tego stanu były zaniedbania pracowników, którym przypisano wykonywanie obowiązków w tym zakresie. Były to więc działania nielegalne i nierzetelne.

- *Szpital w Lublińcu dla 7 z 25 posiadanych (w okresie objętym kontrolą), budynków oraz dla budowli (sieci ciepłowniczej, wodnej, gazowej i kanalizacyjnej) nie prowadził książek obiektu budowlanego. Natomiast w 18 prowadzonych książkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku planów sytuacyjnych obiektu, określających m.in. usytuowanie miejsc przyłączenia do sieci uzbrojenia terenu lub urządzeń przeznaczonych do odcięcia czynnika dostarczanego za pomocą tych sieci. Ponadto nie przeprowadzano w pełnym wymaganym zakresie oraz terminowo okresowych przeglądów stanu technicznego użytkowanych obiektów.*
- *Szpital w Suwałkach nie dokonywał w ogóle okresowych przeglądów elementów budynku i instalacji oraz 5-letnich przeglądów w zakresie sprawności technicznej i wartości użytkowej całego obiektu, jego estetyki i otoczenia. Nie prowadził także książek obiektu budowlanego.*

W 11 szpitalach nie były przestrzegane przepisy przeciwpożarowe³¹, co należy ocenić szczególnie negatywnie. Najczęściej dotyczyło to m.in. niewłaściwego oznakowania dróg ewakuacyjnych, niesprawnego oświetlenia awaryjnego, niespełniania wymogów obowiązującej klasy odporności ogniowej (np. brak drzwi o wymaganej odporności ogniowej), braku

³¹ Rozporządzenie MSWiA z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych, terenów (Dz. U Nr 121, poz.1138) – uchylone z dniem 19 maja 2006 r. i zastąpione rozporządzeniem MSWiA z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. Nr 80, poz. 563)

urządzeń oddymiających pomieszczenia klatek schodowych. Nie było hydrantów wewnętrznych oraz przeciwpożarowych wyłączników prądu lub były źle oznakowane. Ponadto instrukcje przeciwpożarowe nie były wywieszane w widocznych miejscach. Niepełne było też wyposażenie w sprzęt gaśniczy. Przyczyną wykazanych nieprawidłowości były zaniedbania obowiązków przez pracowników skontrolowanych jednostek. Były to więc działania nielegalne i nierzetelne.

- *W Szpitalu w Łodzi w większości pawilonów szpitalnych nie zainstalowano oświetlenia awaryjnego i ewakuacyjnego, urządzeń oddymiających lub zabezpieczających przed zadymianiem, hydrantów wewnętrznych i przeciwpożarowych wyłączników prądu, a podręczny sprzęt przeciwpożarowy nie spełniał wymagań norm. W 5 pawilonach drewniane elementy konstrukcji dachu powodowały, że budynków tych nie można było zaliczyć do klasy odporności ogniowej obowiązującej dla budynków szpitalnych. Ponadto nie prowadzono badań sprawności technicznej instalacji hydrantów wewnętrznych. Nie zadbano też o należytą drożność dróg ewakuacyjnych – w pawilonie nr 1 jedno z wyjść ewakuacyjnych zastawione było meblami, a w pawilonie nr 9 materacami z pianki poliuretanowej.*
- *W Szpitalu w Toruniu nieprawidłowości w zakresie ppoż. dotyczyły niedostatecznego zapewnienia oświetlenia ewakuacyjnego, niezabezpieczonych środkami ogniochronnymi drewnianych konstrukcji nośnych dachów, braku oddymiania klatek schodowych, braku drzwi o wymaganej odporności ogniowej.*

3.2.3. Przestrzeganie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

W badanych latach 2005-2007 (I półrocze) nastąpiła poprawa w zakresie przestrzegania praw pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych w porównaniu ze stanem jaki wykazały dwie poprzednie kontrole NIK – ogólnokrajowa przeprowadzona w 1997 r. i regionalna przeprowadzona w 2001 r. na terenie Dolnego Śląska.³² Wnioski pokontrolne z tych kontroli zostały zrealizowane, dotyczyły one m.in. poprawy dokumentowania okoliczności przyjęcia i pobytu pacjenta w szpitalu. Niemniej niniejsza kontrola wykazała występowanie nadal nieprawidłowości w zakresie przestrzegania praw pacjentów, zwłaszcza w odniesieniu do warunków w jakich udzielane były świadczenia zdrowotne. Popelniano także błędy przy przyjmowaniu, pobycie i wypisywaniu pacjentów, co należy ocenić negatywnie.

Zachowanie wymogów przy pobycie pacjentów w szpitalu za ich zgodą.

Przestrzeganie praw pacjenta przy przyjmowaniu ich do szpitala przeprowadzono na próbie 492 historii choroby pacjentów, wylosowanych spośród wszystkich 141.393 pacjentów

³² Informacja o wynikach kontroli o realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” NIK październik 1997 r. nr 212/97 oraz „Informacja o wynikach kontroli sprawdzającej po kontroli przeprowadzonej w 1997 r. w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w szpitalach psychiatrycznych z terenu Dolnego Śląska” NIK Delegatura we Wrocławiu marzec 2002 r. nr 9/2002.

leczonych we wszystkich 16 skontrolowanych szpitalach. (badania dokumentacji dokonali biegli lekarze powołani przez NIK).³³

Kontrola wykazała, że w 15 przypadkach (3% badanej próby) pacjenci zostali przyjęci na podstawie skierowania, którego ważność upłynęła, a wpisy w nich były niekompletne odnośnie danych pacjenta, nieczytelny opis stanu pacjenta i rozpoznania, co należy ocenić jako działania nierzetelne.

- *W Szpitalu w Świeciu w 2 przypadkach z 30 zbadanych pod opisem stanu zdrowia i zasadności przyjęcia brak było pieczętki lekarza wykonującego badanie, w 2 kolejnych wynik badania i ocena zdrowia była nieczytelna, a w 18, tj. 60% badanych, lekarz nie odnotował stwierdzenia wskazań do przyjęcia. W Szpitalu w Krakowie w 4 z 30 zbadanych dokumentacji nie odnotowano stwierdzenia, że leczenie w szpitalu jest wskazane lub konieczne.*

Przyjęcie pacjentów do szpitala nastąpiło po uprzednim wyrażeniu pisemnej zgody. Jednak w 2 przypadkach w Szpitalu w Toruniu i 1 w Szpitalu w Świeciu pacjenci – w ocenie biegłego – nie byli zdolni do wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie do szpitala ze względu na zaburzenia świadomości i głębokie otępienie.

W 12 szpitalach w 368 przypadkach, (tj. 74,8% zbadanych prób) w historii choroby nie było adnotacji o tym, że pacjent został poinformowany przez lekarza o stanie zdrowia, sposobie leczenia, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz wynikach leczenia. W 7 szpitalach w 201 z 209 zbadanych dokumentacji (96,1%) w historii choroby nie było adnotacji o tym, że pacjent został poinformowany o skutkach ubocznych przyjmowanych leków oraz o prawidłowych i typowych reakcjach na leki.

W 13 szpitalach, łącznie w 38 przypadkach, wypisanie pacjenta nastąpiło na własne żądanie, w tym w 5 szpitalach (Olsztyn, Warta, Łódź, Kraków, Andrychów) w 18 przypadkach stwierdzono brak adnotacji w dokumentacji medycznej o poinformowaniu pacjenta przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu, co należy ocenić jako działania nierzetelne.

Przestrzeganie praw pacjentów przyjętych do szpitala bez zgody.

Skontrolowane jednostki nie przestrzegały również praw pacjentów przyjętych do szpitala bez ich zgody, tj. w trybie nagłym³⁴, w trybie przymusowej obserwacji³⁵ i

³³ W Szpitalu w Kościanie i Gnieźnie badania te przeprowadził zespół lekarzy powołany przez dyrektorów szpitali w trakcie kontroli NIK.

³⁴ art. 23 ustawy ozp - dotyczy osoby chorej psychicznie, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

³⁵ art. 24 ustawy ozp - dotyczy osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości czy jest ona chora psychicznie.

w trybie wnioskowym³⁶. Dotyczyło to przede wszystkim braku informacji o przyczynach przyjęcia pacjenta, niezawiadomienia kierownika szpitala o fakcie przyjęcia takiego pacjenta w ciągu 48 godz. i sądu opiekuńczego w ciągu 72 godz., a także zapoznania pacjenta o planowanym postępowaniu leczniczym. W ocenie NIK działania takie należy uznać za nierzetelne i nielegalne.

Badania w tym zakresie przeprowadzono na próbie 421 dokumentacji medycznej, wylosowanych spośród 13.874 pacjentów skontrolowanych szpitali. Stanowiło to 3% przyjętych pacjentów bez ich zgody.

W 9 szpitalach w 43 przypadkach (10,2% badanej próby) w dokumentacji medycznej nie odnotowano faktu poinformowania pacjenta o przyczynach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (od 1 w Szpitalu w Suwałkach do 13 w Szpitalu w Węgorzewie).

W 11 szpitalach w 195 przypadkach (tj. 45,6% badanej próby) w dokumentacji historii choroby nie odnotowano faktu zapoznania pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym, tj. sposobem postępowania i powodami jego zastosowania, bądź adnotacji o niewykonalności tego obowiązku ze względu na stan pacjenta. Najwięcej takich przypadków wystąpiło w Szpitalu w Lubiążu – 30 i w Szpitalu w Andrychowie – 30.

W 5 (na 16) szpitalach stwierdzono przypadki nieprzestrzegania art. 23 ust. 4 ustawy o zp w zakresie zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), przyjęcia pacjenta bez zgody w ciągu 48 godzin i zawiadomienia przez kierownika szpitala o powyższym sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od przyjęcia pacjenta. Działania te należy ocenić jako nierzetelne i nielegalne.

- *W Szpitalu w Krakowie w 6 przypadkach z 30 badanych nie odnotowano zatwierdzenia przyjęcia bez zgody przez ordynatora lub innego lekarza, w 1 przypadku zawiadomienie do sądu wystawiono po upływie 72 godzin od przyjęcia do Szpitala, we wszystkich przypadkach nie odnotowano zatwierdzenia przyjęcia bez zgody przez kierownika Szpitala.*
- *W Szpitalu w Lublińcu w 3 z 30 przypadków przekroczony został 48-godzinny termin zatwierdzenia przyjęcia przez kierownika szpitala, w 2 w dokumentacjach brak było wpisów dotyczących zatwierdzenia, a w 1 brak powiadomienia sądu o przyjęciu pacjenta bez zgody.*

W 6 szpitalach w dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych bez zgody nie zawsze odnotowywano fakt wysłuchania pacjenta przez sędziego sądu opiekuńczego oraz brakowało postanowień sądu w przedmiocie przyjęcia pacjenta do szpitala.

³⁶ art. 29 ustawy o zp - dotyczy osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

- *W Szpitalu w Andrychowie w 28 przypadkach (na 30) brak było adnotacji o wysłuchaniu pacjenta przez sędziego w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia oraz adnotacji, czy sędzia sądu opiekuńczego wszczął postępowanie w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby przyjętej bez jej zgody, w 10 przypadkach brak było postanowienia sądu w przedmiocie przyjęcia pacjenta do szpitala oraz adnotacji o tym fakcie.*
- *W Szpitalu w Toruniu w 9 z 19 badanych przypadków postanowienia sądu zostały przekazane z przekroczeniem 14-dniowego terminu, pomimo właściwego zawiadomienia przez szpital, a w 4 brak było postanowień sądu o umieszczeniu pacjenta bez jego zgody w szpitalu.*

W 5 szpitalach (na 16 skontrolowanych) nieprawidłowości wystąpiły też przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala. Nie zawsze były stosowane przepisy art. 35 ust.1 i 3 ustawy o zp odnośnie postanowienia przez ordynatora o wypisaniu pacjenta ze szpitala, w przypadkach gdy ustaną przyczyny przyjęcia i pobytu osoby w szpitalu bez jej zgody oraz obowiązku zawiadomienia o wypisie sądu opiekuńczego.

- *W Szpitalu w Krakowie na 29 przypadków wypisania pacjenta przyjętego bez zgody, w 13 przypadkach nie zamieszczono adnotacji z uzasadnieniem okoliczności ustąpienia przestank do leczenia, w 5 przypadkach w historii choroby nie odnotowano zawiadomienia sądu opiekuńczego o wypisaniu pacjenta ze szpitala.*

Przestrzeżenie procedur związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku.

W skontrolowanych szpitalach stwierdzono naruszenia obowiązujących zasad postępowania w przypadkach stosowania wobec pacjentów przymusu bezpośredniego w formie przytrzymania, przymusowego zastosowania leków, unieruchomienia, izolacji. W szczególności dotyczyło to nieprzestrzegania obowiązku uprzedzenia pacjenta o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego, nieodnotowywania w dokumentacji medycznej każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego. Ponadto uchybienia dotyczyły niewłaściwego dokumentowania zlecenia zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego, kontrolowania stanu fizycznego osoby unieruchomionej przez pielęgniarkę dyżurną oraz powiadamiania dyrektora o zastosowaniu przymusu wobec pacjenta. W ocenie NIK były to działania nierzetelne, a przyczyną tego stanu było niewłaściwe wywiązywanie się z obowiązków pracowniczych. Spośród zbadanych 338 przypadków (w 16 skontrolowanych szpitalach) stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, w 224 (w 13 szpitalach), tj. 66,2%, w dokumentacji medycznej nie potwierdzono faktu uprzedzenia pacjenta o zamiarze zastosowania przymusu i rodzaju zastosowanego środka. Nieprawidłowości związane z brakiem kompletnych wpisów w kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji - w tym: rodzaju i przyczyny zastosowania przymusu, daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia stosowania przymusu, łącznego czasu jego trwania, wpisów z obserwacji pielęgniarskich, podpisów pielęgniarki i lekarza, potwierdzenia zlecenia przedłużenia przymusu - wystąpiły w 9 szpitalach.

- *W Szpitalu w Lublińcu – na 20 zbadanych przypadków w 17 karty nie zawierały wszystkich wymaganych wpisów m.in. brak opisu powodu zastosowania przymusu lub niepełny opis, nie określenie rodzaju przymusu, wpisów daty i godziny przedłużenia i zakończenia stosowania przymusu, adnotacji o stosowaniu przymusu w historii choroby.*
- *W Węgorzewie – na 26 zbadanych spraw w 15 czas unieruchomienia pacjenta przekraczał dopuszczalne normy i brak było adnotacji lekarza o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, w 4 przypadkach adnotacje pielęgniarki z obserwacji pacjenta unieruchomionego nie były dokonywane z wymaganą częstotliwością co 15 minut.*

W 4 szpitalach wystąpiły też przypadki niezawiadomiania dyrektora Szpitala o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec pacjenta oraz nie odnotowywania w dokumentacji dokonania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego:

- *W Szpitalu w Świeciu na 10 przypadków unieruchomienia pacjenta na czas dłuższy niż 4 godziny, w 2 przypadkach nie zawiadamiano o tym dyrektora Szpitala, a w 2 kolejnych nie zawiadamiano go każdorazowo, natomiast w Szpitalu w Łodzi brak powiadomienia pisemnego dyrektora o zastosowaniu przymusu stwierdzono w 20 zbadanych przypadkach.*

3.2.4. Sytuacja finansowo-ekonomiczna psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Wyniki kontroli wskazują na zróżnicowaną w latach 2005 – 2006 sytuację ekonomiczną psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej, z tendencją do jej nieznacznej poprawy. W odniesieniu do wszystkich skontrolowanych 16 zakładów odnotowano zarówno wzrost wartości przychodów, jak i wzrost kosztów, jednakże wartość przychodów była wyższa niż kosztów o 1,3% w 2005 r. i o 2,9% w 2006 r. Także dynamika wzrostu przychodów (8,8%) była wyższa niż dynamika wzrostu kosztów (wzrost o 6,9%). Przychody z Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiły średnio 83% w strukturze przychodów ogółem i wykazywały również tendencję wzrostową – wzrost o 7,1%. Natomiast utrzymujący się wysoki poziom należności w skontrolowanych zakładach, spowodowany był nieterminowym przekazywaniem środków finansowych przez Ministerstwo Zdrowia i poszczególne wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2005 r. na 16 skontrolowanych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej, 6 zakładów (33,3%) odnotowało stratę na działalności. Najwyższa strata wystąpiła w Szpitalu w Bolesławcu (2.054 tys. zł). W 2006 r. 7 zakładów odnotowało straty w wysokości od 148 tys. zł (Szpital w Suwałkach, w 2005 r. zysk 0,2 tys. zł), do 1.834 tys. zł (Szpital w Rybniku, w 2005 r. zysk w kwocie 3.048 tys. zł). Pogorszenie sytuacji ekonomiczno-finansowej tych zakładów spowodowane było w głównej mierze wzrostem kosztów wynagrodzeń, które wynosiły w strukturze kosztów od 67% do 78%. Natomiast w I półroczu 2007 r. stratę odnotowało także 7 zakładów, tj. od 23 tys. zł (Szpital w Suwałkach) do 860 tys. zł (Szpital w Ryb-

niku) i 874 tys. zł (Szpital w Świeciu). Na 16 skontrolowanych szpitali spadek przychodów ogółem odnotowano jedynie w 2 szpitalach, tj. w Łodzi (o 3,3%) oraz w Węgorzewie (o 4,7%). Jednakże w szpitalach tych, w odniesieniu do przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia, stwierdzono ich wzrost odpowiednio o 3,4% (Szpital w Łodzi) i 2,9% (Szpital w Węgorzewie). Równocześnie Szpitale w Łodzi i Węgorzewie odnotowały także spadek poziomu kosztów odpowiednio o 2,2% oraz o 1,2%. Poziom kosztów uległ obniżeniu o 2,3% także w Szpitalu w Lubiążu. W badanym okresie z wyjątkiem 4 szpitali (w Warcie, Kościanie, Gnieźnie i Andrychowie), które posiadały stabilną sytuację finansową, pozostałe 12 szpitali realizowało programy restrukturyzacyjne, jak też korzystało z pomocy publicznej w zakresie oddłużenia.

Szczegółowe dane ekonomiczno-finansowe skontrolowanych szpitali w latach 2005-2007 (I półrocze) przedstawiono w załączniku nr 6 do informacji.

Wpływ na zwiększenie poziomu kosztów w skontrolowanych placówkach oraz ich zróżnicowane wyniki finansowe, miały także kontrakty na realizację świadczeń zdrowotnych podpisywane z Narodowym Funduszem Zdrowia, bowiem ich wartość nie zabezpieczała pełnego pokrycia faktycznych kosztów ponoszonych przez szpitale. Według szacunków wszystkich skontrolowanych jednostek umowy z NFZ pokrywały od 60% do 80% kosztów zrealizowanych świadczeń zdrowotnych.

- *W Szpitalu w Lubiążu udział środków finansowych pozyskanych z umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ stanowił w badanym okresie od 50,9% do 73,2% przychodów Szpitala i nie pokrywał kosztów związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych. Ustalona przez NFZ wartość 1 osobodnia dla oddziałów psychiatrycznych ogólnych kształtowała się w latach 2006 – 2007 na poziomie 78,00 zł i 84,00 zł, podczas gdy średni koszt osobodnia na tych oddziałach w Szpitalu wynosił odpowiednio 109,71 zł i 131,17 zł. Dla oddziału psychiatrycznego sądowego o wzmocnionym zabezpieczeniu relacje te kształtowały się w latach 2006 i 2007 odpowiednio: stawka NFZ 97,50 zł i 105,00 zł za osobodzień, przy kosztach Szpitala wyliczonych na 125,11 zł i 145,50 zł. Powyższe relacje miały wpływ na kształtowanie się strat na sprzedaży usług Szpitala w kwotach: 1.549,7 tys. zł w 2005 r., 2.414,5 tys. zł w 2006 r. oraz 973,7 tys. zł w I półroczu 2007 r.*
- *W Szpitalu w Krakowie udział środków finansowych pozyskanych z umów z NFZ stanowił ponad 88% przychodów Szpitala i nie pokrywał kosztów związanych z finansowaniem ww. świadczeń zdrowotnych. Ustalona przez NFZ w latach 2006 – 2007 wartość 1 punktu dla oddziałów psychiatrycznych wynosiła 8 zł, podczas gdy rzeczywiste średnie koszty jednostkowe Szpitala na tych oddziałach wynosiły od 9,74 do 9,87 zł. Jednym ze skutków niedofinansowania Szpitala były znaczne zobowiązania wymagalne (w 2005 r. – 12.323 tys. zł, w 2006 r. 12.128 tys. zł), które wynikały z niezapłaconych dostaw towarów i usług.*

W zakresie prawidłowości wykonywania wydatków i stosowania przepisów o zamówieniach publicznych stwierdzono, że w 3 szpitalach (w Bolesławcu, Węgorzewie i Gnieźnie), spośród 16 skontrolowanych, wystąpiły przypadki wydatkowania środków publicznych

z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³⁷ (Pzp). Nieprawidłowości odnoszące się do zamówień o łącznej wartości 1.638 tys. zł, polegały, m.in. na nieskładaniu wymaganych oświadczeń przez członków komisji, nieokreśleniu kryteriów oceny ofert, zastosowania niewłaściwego trybu wyboru oferty. Działania takie w ocenie NIK uznać należy za korupcyjną dowolność postępowania.

- *W Szpitalu w Węgorzewie spośród 29 zamówień publicznych, o łącznej wartości brutto 3.912,5 tys. zł, 13 zamówień o łącznej wartości 1.050,2 tys. zł (26,8%) zostało udzielonych z naruszeniem art. 17 ust. 2 ustawy Pzp, który zobowiązuje osoby wykonujące czynności w postępowaniu zamówienia publicznego do złożenia oświadczeń o braku lub istnieniu okoliczności powodujących konieczność ich wyłączenia z postępowania, w ogłoszeniach o 3 zamówieniach nie podano kryteriów oceny oferty, a także terminu związania ofertą co było niezgodne z art. 41 ww. ustawy, zaś w przetargu nieograniczonym na dostawę i montaż stolarki okiennej PVC o wartości 255,6 tys. zł, błędnie obliczono równowartość zamówienia w euro (58,1 tys. zamiast 60,2 tys.), w wyniku czego postępowanie przeprowadzono z zastosowaniem przepisów obowiązujących dla postępowań o wartości poniżej 60 tys. euro, a ogłoszenie o zamówieniu nie zostało przekazane do opublikowania w Biuletynie Zamówień Publicznych, co było niezgodne z art. 95 ust. 1 ustawy Pzp, a ponadto umowę z wykonawcą podpisano przed upływem 7 dni od zawiadomienia o wyborze oferty, tj. z naruszeniem art. 94 ust. 1 tej ustawy.*
- *W Szpitalu w Bolesławcu w 3 badanych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego stwierdzono naruszenie art. 94 ust. 1 ustawy Pzp przy udzieleniu zamówienia na dostawę leków na kwotę 68,8 tys. zł poprzez podpisanie umowy z dostawcami przed przekazaniem zawiadomienia o wyborze oferty. Przeprowadzenie postępowania o udzielenie w 2007 r. zamówienia na roboty remontowe w budynku nr 7 o wartości 199 tys. zł dokonano w trybie negocjacji bez ogłoszenia, pomimo braku spełnienia przesłanek do zastosowania tego trybu określonych art. 62 Pzp, a w szczególności nieistnienia przyczyn leżących po stronie zamawiającego, uzasadniających pilną potrzebę udzielenia zamówienia.*

3.2.5. Sprawowanie nadzoru i kontroli oraz załatwianie skarg i wniosków

Zgodnie z postanowieniami art. 65 ustawy o zoz, Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, przysługuje prawo przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład. Minister Zdrowia może także w wyniku kontroli wydawać zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości oraz wydawać decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Kontrola wykazała jednak, że Minister Zdrowia, pomimo ustawowych kompetencji kontrolnych, nie przeprowadził żadnej kontroli zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, ani też takich kontroli nie zlecał innym organom, co należy ocenić negatywnie. Brak działań kontrolnych w stosunku do tych zakładów Ministerstwo uzasadniało tym, iż zdecydowana większość spraw i skarg dotyczy osób z zaburzeniami psychiatrycznymi i w związku z tym są

³⁷ patrz przypis nr 7

to przeważnie skargi i wnioski niezasadne i nie ma potrzeby wdrażania czynności kontrolnych.

Znacznie lepiej – aczkolwiek jeszcze w niepełnym zakresie – sprawowany był nadzór i kontrola zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez organy założycielskie, tj. urzędy marszałkowskie. W badanym okresie skontrolowane urzędy marszałkowskie przeprowadziły 73 takie kontrole, m.in. w zakresie prowadzonej gospodarki finansowej szpitala za kolejne kwartały i lata, realizacji zadań statutowych, dostępności pacjentów do udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz zagadnień związanych z zamówieniami publicznymi. Ponadto urzędy marszałkowskie, jako organy założycielskie, sprawowały nadzór i kontrolę także poprzez analizę kwartalnych sprawozdań finansowych składanych w urzędach przez psychiatryczne zoz. Niemniej stwierdzono, że kontrolami nie objęto wszystkich jednostek z wymaganą częstotliwością.

- *Podlaski Urząd Marszałkowski w ogóle nie przeprowadził kontroli w Szpitalu w Suwałkach, Warmińsko-Mazurski Urząd Marszałkowski w Szpitalu w Węgorzewie przeprowadził tylko 1 kontrolę, podobnie jak Dolnośląski Urząd Marszałkowski – w Szpitalu w Bolesławcu, Śląski Urząd Marszałkowski – w Szpitalu w Rybniku oraz Wielkopolski Urząd Marszałkowski – w Szpitalu w Gnieźnie.*

Kierownicy skontrolowanych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej w większości w sposób właściwy zorganizowali system funkcjonowania kontroli wewnętrznej w swoich jednostkach. Stwierdzono bowiem, że w 13 skontrolowanych zakładach zorganizowano instytucjonalną kontrolę wewnętrzną, powołano wyodrębnione komórki kontroli wewnętrznej, sporządzono stosowne regulaminy kontroli wewnętrznej. W pozostałych 3 skontrolowanych zakładach nie zorganizowano instytucjonalnej kontroli wewnętrznej, ograniczając się jedynie do sporadycznych kontroli funkcjonalnych, które uregulowane były w zarządzeniach wewnętrznych dyrektorów zakładów.

- *W Szpitalu w Bolesławcu, jedynie główna księgowia Szpitala była odpowiedzialna za dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych. W Szpitalu brak było zarządzeń w sprawie kontroli finansowej i kontroli wewnętrznej, nie istniało stanowisko ds. kontroli wewnętrznej.*
- *W Szpitalu w Olsztynie w strukturze organizacyjnej nie wyodrębniono stanowiska (działu) kontroli wewnętrznej. Przyjęte w zakresie kontroli wewnętrznej rozwiązania sprowadzały się jedynie do zapisów odnoszących się w sposób ogólny do obowiązujących ustaw w dokumentach organizacyjnych szpitala (statut, regulaminy).*

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do sposobu i terminowości załatwiania skarg dotyczących ochrony zdrowia psychicznego. Do kontrolowanych jednostek (Ministerstwo Zdrowia, szpitale i poradnie zdrowia psychicznego) wpłynęło 734 skargi. Dotyczyły one przede wszystkim niewłaściwej, wg skarżących, pracy lekarzy i pozostałego personelu me-

dycznego, odmowy przyjęcia chorego do szpitala, braku dostępu do informacji o swoich sprawach, nieudzielania informacji o stanie zdrowia chorego, złych warunków bytowych pacjentów. Ministerstwo pozytywnie załatwiło 374 skargi z 418 rozpatrywanych, tj. 75,5% szpitala 83 skargi, tj. 26,8%, a przychodnie 3 z 7 zgłoszonych.

Nieprawidłowości związane z załatwianiem skarg wystąpiły tylko w 1 szpitalu oraz w 2 poradniach. W Szpitalu w Olsztynie i Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego w Katowicach, nie prowadzono wyodrębnionej ewidencji zgłoszonych skarg i wniosków.

- *W Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wrocław – Stare Miasto nie prowadzono ewidencji i pisemnych skarg wpływających do Poradni, jak też ich rozpatrzenia i załatwiania. Wszystkie złożone skargi pisemne złożone do kierownika Przychodnie zostały włączone do dokumentacji medycznej pacjentów bez podania informacji odnośnie ich zakresu i sposobu załatwienia. Przyjęty sposób postępowania nie zapewniał przejrzystości i rzetelności przy rozpatrywaniu złożonych skarg i w ocenie NIK stanowił korupcyjną dowolność postępowania.*

4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI

4.1. Przygotowanie kontroli

Najwyższa Izba Kontroli dotychczas nie prowadziła kontroli, w zaproponowanym programem, zakresie przedmiotowym. Kontrole dotyczące opieki psychiatrycznej, tj. przeprowadzona w 1997 r. ogólnokrajowa oraz w 2001 r. na terenie Dolnego Śląska – sprawdzająca³⁸, obejmowały realizację ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w szpitalach psychiatrycznych. Zakres tematyczny tych kontroli obejmował stopień przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi oraz pacjentów przymusowo umieszczanych w tych szpitalach.

Założenia przyjęte przy opracowaniu programu kontroli uwzględniały ocenę skuteczności dotychczasowych działań władz publicznych w zakresie zapewnienie właściwej jakości i poziomu świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Cele i tematykę kontroli określono w oparciu o uregulowania zawarte w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i aktach wykonawczych do tej ustawy, ustawie o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, a także w oparciu o informacje pozyskane z innych źródeł (projekt „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia

³⁸ patrz przypis nr 32

Psychicznego”, publikacje prasowe o problemach psychiatrii, stenogramy z posiedzeń senackiej i sejmowej Komisji Zdrowia).

W informacji, oprócz ustaleń z kontroli wykorzystano także opracowania statystyczne Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz sprawozdania finansowe NFZ za 2005 r. i 2006 r. oraz informacje Ministerstwa Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 r. i 2006 r.

Badanie poszczególnych zagadnień, zwłaszcza w zakresie przestrzegania praw pacjenta przeprowadzono w oparciu o dobór próby prosty losowy, wylosowano 5% dokumentacji przy ogólnej liczbie przyjętych pacjentów do 300 i 3% przy ogólnej liczbie przyjętych pacjentów powyżej 300, natomiast w przypadku przyjęcia pacjentów bez zgody próba ta obejmowała 10% dokumentacji pacjentów. Kontroli poddano w zasadzie wszystkie szpitale psychiatryczne funkcjonujące na terenie Delegatur NIK uczestniczących w kontroli.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

W trakcie kontroli w 14 z 16 ogółem kontrolowanych szpitali psychiatrycznych zostali powołani biegli w dziedzinie psychiatrii w celu zbadania dokumentacji medycznej pacjentów i oceny prawidłowości i zgodności z prawem postępowania i przestrzegania praw pacjentów przy ich przyjmowaniu, leczeniu oraz wypisywaniu ze szpitala. W 13 kontrolach szpitali psychiatrycznych uczestniczyli przedstawiciele Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego, Państwowej Straży Pożarnej i Powiatowego Inspektora Sanitarnego. W 16 przypadkach zasięgnięto dodatkowych informacji w trybie art.29 pkt 1 lit. f ustawy o NIK. Protokoły kontroli z wszystkich 34 skontrolowanych jednostek zostały podpisane bez zastrzeżeń. W wyniku kontroli skierowano ogółem 38 wystąpień pokontrolnych zawierających oceny kontrolowanej działalności oraz ogółem 144 wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Zastrzeżenia do ocen, uwag i wniosków zgłosiło 4 adresatów, tj. Minister Zdrowia oraz Marszałkowie Województwa Łódzkiego i Dolnośląskiego oraz dyrektorzy Szpitali w Węgorzewie i w Kościanie. Zastrzeżenia rozpatrzone zostały w następujący sposób:

- Kolegium NIK uwzględniło w całości zastrzeżenie Ministerstwa Zdrowia, dotyczące tylko oceny podjętych przez Ministerstwo działań w celu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wdrażającej Program Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz wniosku w tym zakresie. Częściowo uwzględniono zastrzeżenie dotyczące skarg. Pozostałe zastrzeżenia oddalono.

- oddalono zastrzeżenia Marszałka Województwa Łódzkiego ze względu na przekroczenie terminu do złożenia zastrzeżeń,
- uwzględniono w całości 4 z 6 zgłoszonych zastrzeżeń odnośnie uwag i ocen dotyczących ograniczonego zainteresowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego psychiatryczną opieką zdrowotną w kontekście braku skutecznych działań interwencyjnych w Narodowym Funduszu Zdrowia w zakresie niedoszacowania stawek na świadczenia zdrowotne w leczeniu psychiatrycznym oraz oceny dotyczącej braku konstruktywnej współpracy z Wojewodą Dolnośląskim w zakresie wykorzystania bazy danych rejestrowych i statystycznych funkcjonujących placówek opieki psychiatrycznej,
- uwzględniono w całości zastrzeżenia do oceny zawartej w wystąpieniu skierowanym do dyrektora Szpitala w Węgorzewie dotyczącej nieprawidłowego księgowania przychodów ze sprzedaży świadczeń,
- nie uwzględniono 1 zastrzeżenia dyrektora Szpitala w Kościanie, w odniesieniu do braku i izolatek dla chorych. Uwzględniono 1 zastrzeżenia dotyczące omyłek pisarskich.

Wnioski pokontrolne przedstawione Ministrowi Zdrowia dotyczyły:

- *ustalenia docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej,*
- *zintensyfikowania działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności zapewnienia środków finansowych na działalność Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego,*
- *zwiększenia nakładów finansowych na działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego celem zapewnienia ustawowo zagwarantowanych praw pacjentów szpitali psychiatrycznych;*
- *zaplanowania na 2008 r. kontroli w zakresie lecznictwa psychiatrycznego.*

Wnioski pokontrolne przedstawione marszałkom województw dotyczyły m.in.:

- *podjęcia działań na rzecz określenia potrzeb województw w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opracowania programów zdrowotnych dotyczących tej opieki mających na celu zapewnienie równego dostępu do tych świadczeń oraz prowadzenie oceny efektów podejmowanych działań – w konsultacji z gminami i powiatami województwa,*
- *przeprowadzania w ramach nadzoru corocznych kontroli okresowych w zakładach opieki psychiatrycznej utworzonych przez samorząd województwa i egzekwowanie realizacji wydanych zaleceń pokontrolnych.*

Wnioski kierowane do dyrektorów szpitali psychiatrycznych i dyrektorów zakładów opieki psychiatrycznej, w strukturach których funkcjonowały kontrolowane poradnie zdrowia psychicznego dotyczyły głównie spraw organizacyjnych w tym m.in.:

- poprawy stanu i jakości prowadzenia dokumentacji medycznej zbiorczej (m.in. księgi odmów przyjęć) oraz dokumentacji indywidualnej pacjentów, w tym szczególnie w przypadkach stosowania przymusu bezpośredniego oraz w zakresie danych o udziale pacjenta w zajęciach terapeutycznych,
- przeszkolenia personelu medycznego w zakresie właściwego dokumentowania w historii choroby pacjenta konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o zamiarze jego zastosowania,
- poprawy stanu technicznego budynków oraz zapewnienia pełnej ochrony przeciwpożarowej obiektów.

Według przekazanych przez kierowników jednostek informacji, dotychczas wykonano 74 wnioski, a w stosunku do pozostałych, celem ich realizacji, podjęto stosowne działania.

W urzędach marszałkowskich

- podjęto działania na rzecz promocji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- opracowano plany okresowych kontroli (podległym im) psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej.

W szpitalach i poradniach psychiatrycznych m.in.:

- uporządkowano wiele spraw organizacyjnych, dotyczących np. regulaminów porządkowych i prowadzenie dokumentacji medycznej,
- przeszkolono personel w zakresie przestrzegania praw pacjentów, szczególnie przy stosowaniu przymusu bezpośredniego,
- przeprowadzono kontrolę stanu technicznego użytkowanych budynków, zaprowadzono książki obiektów budowlanych oraz przystąpiono do najpilniejszych prac remontowych. Poprawiono stan p.poż. (oznaczono drogi ewakuacji i uzupełniono wyposażenie gaśnicze),
- zwiększono zatrudnienie instruktorów terapii zajęciowej.

Na stwierdzone finansowe rezultaty kontroli złożyły się kwoty:

- | | |
|---|-------------------|
| - wydatkowane z naruszeniem prawa | - 561,9 tys. zł, |
| - uzyskane z naruszeniem prawa | - 56,5 tys. zł, |
| - uszczuplenia środków publicznych | - 7,3 tys. zł |
| - inne nieprawidłowości w wymiarze finansowym | - 1.318,0 tys. zł |

W wyniku kontroli skierowano 1 zawiadomienie do Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Łodzi o podejrzeniu popełnienia wykroczenia określonego w art. 93 pkt 8 Prawa budowlanego, 2 zawiadomienia o naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz 1 do organów ścigania m.in. o podejrzeniu popełnienia przestępstwa dotyczącego niekorzystnego rozporządzenia mieniem znacznej wartości (art. 286 § 1 w związku z art. 294 § 1 kk). Ponadto za zaistniałe nieprawidłowości w stanie technicznym obiektów inne organa uczestniczące w kontroli nałożyły grzywny w postępowaniu mandatowym na kwotę 1.250 zł.

5. ZAŁĄCZNIKI

- Nr 1. Wykaz skontrolowanych podmiotów i oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły kontrolę.
- Nr 2. Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska odpowiedzialnych w badanym okresie za kontrolowaną działalność.
- Nr 3. Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.
- Nr 4. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.
- Nr 5. Wykorzystanie bazy szpitalnej w latach 2005-2007.
- Nr 6. Dane ekonomiczno-finansowe skontrolowanych szpitali.

WYKAZ

skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły kontrolę

1. Delegatura NIK we Wrocławiu – koordynator kontroli

- Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu
- Zakład Opieki Zdrowotnej Wrocław – Stare Miasto – Przychodnia Specjalistyczna Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień we Wrocławiu

2. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

- Ministerstwo Zdrowia w Warszawie
- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

3. Delegatura NIK w Białymstoku

- Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białym Stoku
- Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach
- Szpital Wojewódzki w Łomży
- Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Poradnia Zdrowia Psychicznego w Białymstoku

4. Delegatura NIK w Bydgoszczy

- Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu
- Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego im. prof. J. Hurynowicz w Toruniu
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr Józefa Bednarza w Świeciu
- Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy

5. Delegatura NIK w Katowicach

- Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego w Katowicach
- Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu
- Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
- Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych – Wojewódzka Poradnia Zdrowia Psychicznego w Katowicach

6. Delegatura NIK w Krakowie

- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie
- Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie
- Zespół Przychodni Specjalistycznych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Poradnia Zdrowia Psychicznego w Tarnowie

7. Delegatura NIK w Łodzi

- Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego w Łodzi
- Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie
- Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika – Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Piotrkowie Trybunalskim

8. Delegatura NIK w Olsztynie

- Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
- Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
- Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Szczytnie

9. Delegatura NIK w Poznaniu

- Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu
- Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego w Poznaniu

Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych w badanym okresie za kontrolowaną działalność

1. Ministerstwo Zdrowia w Warszawie

Minister Zdrowia – Zbigniew Religa od 31 października 2005 r. do 16 listopada 2007 r.

Minister Zdrowia – Marek Balicki od 15 lipca 2004 r. do 31 października 2005 r.

2. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Dyrektor Instytutu – Danuta Ryglewicz od 1 czerwca 2002 r.

Województwo dolnośląskie

3. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu

Marszałek Województwa Dolnośląskiego – Andrzej Łoś od 7 grudnia 2006 r.

Marszałek Województwa Dolnośląskiego – Paweł Wróblewski od 25 sierpnia 2004 r. do 7 grudnia 2006 r.

4. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu

Dyrektor Szpitala – Jacek Kacalak od 1 listopada 2003 r.

5. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu

Dyrektor Szpitala – Janusz Kalisz od 9 czerwca 2005 r.

Dyrektor Szpitala – Marian Zachar do 14 grudnia 2004 r.

6. Zakład Opieki Zdrowotnej Wrocław – Stare Miasto – Przychodnia Specjalistyczna Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień we Wrocławiu

Dyrektor ZOZ – Andrzej Kaniewski od 2 września 1996 r.

Województwo kujawsko-pomorskie

7. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Piotr Całbecki od 24 listopada 2006 r.

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Waldemar Achramowicz od 1 stycznia 1999 r. do 23 listopada 2006 r.

8. Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego im. prof. J. Hurynowicz w Toruniu

Dyrektor WOLP – Ewa Skonieczna od 3 lutego 2005 r.

Dyrektor WOLP – Mieczysław Janiszewski od 1 stycznia 2000 r. do 2 lutego 2005 r.

9. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Dr Józefa Bednarza w Świeciu

Dyrektor Szpitala – Dominika Skrok-Wolska od 1 lipca 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Jarosław Uziąłło od 2 grudnia 2005 r. do 30 czerwca 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Andrzej Goszczyński od 16 czerwca 2000 r. do 1 grudnia 2005 r.

10. Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy

Dyrektor WPZP – Bartosz Modrzejewski od 1 października 1998 r.

Województwo łódzkie

11. Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego w Łodzi

Marszałek Województwa Łódzkiego – Włodzimierz Fisiak od 29 listopada 2006 r.

Marszałek Województwa Łódzkiego – Stanisław Witaszczyk od 29 marca 2004 r. do 28 listopada 2006 r.

12. Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi

Dyrektor SPZOZ – Zbigniew Łucki od 22 października 1998 r.

13. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie

Dyrektor Szpitala – Krystyna Pietryska od 19 października 1999 r.

14. Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika – Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Piotrkowie Trybunalskim

Dyrektor Szpitala – Marek Konieczko od 1 grudnia 1999 r.

Kierownik Przychodni – Barbara Badek

Województwo małopolskie

15. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie

Marszałek Województwa Małopolskiego – Marek Nawara od 27 listopada 2006 r.

Marszałek Województwa Małopolskiego – Janusz Sepioł od 20 listopada 2002 r. do 26 listopada 2006 r.

16. Szpital specjalistyczny im. dr J. Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie

Dyrektor Szpitala – Anna Przewłocka od 10 października 2003 r.

17. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie

Dyrektor Szpitala – Marian Sołtysiewicz od 22 listopada 2002 r.

18. Zespół Przychodni Specjalistycznych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Poradnia Zdrowia Psychicznego w Tarnowie

Dyrektor ZPS – Artur Asztabski od 1 czerwca 2000 r.

Województwo podlaskie

19. Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku

Marszałek Województwa Podlaskiego – Dariusz Piontkowski od 29 maja 2007 r.

Marszałek Województwa Podlaskiego – Jarosław Schabieński od 22 lutego do 28 maja 2007 r.

Marszałek Województwa Podlaskiego – Janusz Kazimierz Krzyżewski od 30 listopada 2002 r. do 20 lutego 2007 r.

20. Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach

Dyrektor Szpitala – Robert Ejlak od 17 maja 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Wojciech Tomal od 1 stycznia 2006 r. do 14 maja 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Stanisław Wróblewski od 1 października 2005 r. do 31 grudnia 2006 r.

Dyrektor Szpitala – Leszek Sagadyn od 24 grudnia 2002 r. do 30 września 2005 r.

21. Szpital Wojewódzki w Łomży (Oddział Psychiatryczny)

Dyrektor Szpitala – Marian Jaszewski od 1 listopada 2001 r.

**22. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji –
Poradnia Zdrowia Psychicznego w Białymstoku**

Dyrektor ZOZ MSWiA – Janusz Krzysztof Rainko od 12 maja 1999 r.

Województwo śląskie

23. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego w Katowicach

Marszałek Województwa Śląskiego – Janusz Moszyński od 27 listopada 2006

Marszałek Województwa Śląskiego – Michał Czarski od listopada 2002 r. do 26 listopada 2006 r.

24. Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu

Dyrektor Szpitala – Tadeusz Rams od 1 lipca 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Marek Paluch od 1 czerwca 2007 r. do 30 czerwca 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Dariusz Kaczmarek od 29 lipca 2005 r. do 31 maja 2007 r.

Dyrektor Szpitala – Teresa Błachut od 15 grudnia 1998 r. do 28 lutego 2006 r.

25. Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

Dyrektor Szpitala – Bogusław Zagrodnik od 15 grudnia 2003 r.

**26. Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych – Wojewódzka Poradnia
Zdrowia Psychicznego w Katowicach**

Dyrektor ZWPS – Kajetan Gornig od 7 sierpnia 2007 r.

Dyrektor ZWPS – Joanna Brodowicz-Markowicz od 29 kwietnia 2003 r. do 6 sierpnia 2007 r.

Kierownik WPZP – Henryk Kochelt od 1 kwietnia 1978 r.

Województwo warmińsko-mazurskie

27. Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego – Jacek Protas od 29 listopada 2006 r.

Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego – Andrzej Ryński od 16 listopada 2002 r. do 29 listopada 2006 r.

28. Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie

Dyrektor Szpitala – Sławomir Ogórek od 1 sierpnia 2003 r.

29. Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie

Dyrektor Szpitala – Tadeusz Ciborski od 30 grudnia 2004 r.

30. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Szczytnie

Kierownik Przychodni – Maciej Plichtowski od 1 maja 2001 r.

Województwo wielkopolskie

31. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu

Marszałek Województwa Wielkopolskiego – Marek Woźniak od 10 października 2005 r.

32. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie

Dyrektor Szpitala – Marian Zalejski od 1 grudnia 1990 r.

33. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie

Dyrektor Szpitala – Barbara Trafarska od 1 grudnia 1998 r.

34. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego w Poznaniu

Dyrektor Ośrodka – Bożena Borowczak od 1 grudnia 1998 r.

WYKAZ

podstawowych aktów prawnych

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
2. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz.535 ze zm.),
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.),
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.),
5. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.),
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.),
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514),
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126),
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537),
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736),
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz.503),
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. Nr 127, poz. 614),

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2005 r. w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 145, poz.1220),
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194),
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781),
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.),
17. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz.128),
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366 ze zm.) – uchylone z dniem 1 lipca 2005 r., rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985, ze zm.) - obowiązujące w okresie od 1 lipca 2005 r. do 9 grudnia 2006 r., uchylone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz.1568), obowiązującym od 9 grudnia 2006 r.,
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 ze zm.), które utraciło moc z dniem 31 maja 2006 r., zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz.1819 ze zm.), które weszło w życie 28 grudnia 2006 r.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz.1097).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.).

22. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.),
23. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655),
24. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (j.t. Dz. U. z 2006 r. Nr 156, poz. 1118 ze zm.),
25. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.),
26. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz. U. Nr 120, poz. 1134),
27. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych, terenów (Dz. U. Nr 121, poz. 1138) – uchylone z dniem 19 maja 2006 r. i rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów i terenów (Dz. U. Nr 80, poz. 563).

Wykaz
organów, którym przekazano
Informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
10. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
11. Sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
12. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
13. Sejmowa Komisja Zdrowia
14. Sejmowa Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka
15. Senacka Komisja Zdrowia
16. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
17. Senacka Komisja Rodziny i Polityki Społecznej
18. Senacka Komisja Praw Człowieka i Praworządności
19. Kolegium NIK
20. Wojewodowie
21. Marszałkowie Województw

Dane ekonomiczno-finansowe skontrolowanych psychiatrycznych samodzielnych publicznych zoz w latach
2005-2007 (I półrocze)

w tys. zł

Nazwa sp zoz	2005									2006							2007 (I półrocze)							
	przychody	w tym z NFZ	procent - 3:2	należności	koszty	zobowiązania ogółem	w tym zobowiązania wymagalne	wynik netto	przychody	w tym z NFZ	procent - 12:11	należności	koszty	zobowiązania ogółem	w tym zobowiązania wymagalne	wynik netto	przychody	w tym z NFZ	procent - 20:19	należności	koszty	zobowiązania ogółem	w tym wymagalne	wynik netto
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Suwałki	8 732	7 221	82.7%	784	7 545	53	0	0.2	9 093	7 825	86.1%	818	8 989	39	0	-148	4 793	4 429	92.4%	805	4 813	169	0	-23
Łomża	54 707	50 640	92.6%	6 749	59 067	29 386	8 188	-6447	60 168	56 011	93.1%	7 707	64 430	25 539	5 126	3 456	30 256	28 207	93.2%	5 755	35 288	28 791	11 918	-4 655
Świecie	18 646	16 480	88.4%	2 173	19 125	8 554	2 551	-479	20 232	18 134	89.6%	2 642	20 129	6 940	1 810	103	10 815	9 896	91.5%	2 548	11 689	8 009	2 436	-874
Toruń	8 943	8 090	90.5%	1 981	9 133	2 127	940	-241	10 013	9 004	89.9%	2 262	9 986	2 563	856	3	5 588	4 961	88.8%	1 925	5 805	2 198	602	-83
Rybnik	30 816	26 057	84.6%	3 931	27 184	8 726	2 777	3 048	33 498	27 184	81.2%	3 883	32 104	10 723	1 701	-1 834	18 591	15 147	81.5%	3 565	17 310	10 168	2 431	-860
Lubliniec	21 454	18 229	85.0%	2 839	21 882	7 059	3 143	-430	23 305	19 060	81.8%	2 909	24 904	6 819	1 112	-1 605	14 385	10 605	73.7%	3 099	14 111	6 651	1 133	271
Kraków	36 271	31 845	87.8%	5 988	38 066	13 081	758	-1 795	38 686	33 842	87.5%	6 325	40 479	13 484	1 356	-1 793	22 982	19 787	86.1%	5 943	22 490	5 867	1 177	673
Andrychów	8 195	7 509	91.6%	852	7 987	1 022	0	56	9 183	8 382	91.3%	942	9 056	1 736	0	15	5 223	4 863	93.1%	966	5 218	1 555	0	7
Warta	14 508	11 578	79.8%	1 556	14 379	1 110	0	108	15 249	12 497	82.0%	1 578	15 098	1 121	0	126	8 563	7 171	83.7%	1 762	8 459	931	0	94
Łódź	33 925	27 055	79.7%	4 869	33 495	10 377	3 160	467	32 804	27 976	85.3%	6 636	32 751	10 074	2 441	56	19 160	15 949	83.2%	7 880	19 239	10 529	1 211	362
Węgorzewo	8 271	7 042	85.1%	887	8 243	790	0	28	7 877	7 252	92.1%	999	8 136	688	0	-259	4 483	4 109	91.7%	1 146	4 609	724	0	-126
Olsztyn	15 110	13 703	90.7%	1 697	15 061	1 828	0	41	15 601	14 103	90.4%	1 542	16 019	2 119	0	-431	8 472	7 966	94.0%	1 602	8 898	2 870	0	-402
Kościan	19 633	18 512	94.3%	2 307	19 298	2 498	0	332	21 425	20 317	94.8%	2 756	21 075	3 003	0	349	12 369	11 685	94.5%	2 298	12 055	3 414	0	314
Gniezno	34 892	30 552	87.6%	5 028	34 652	4 866	0	176	38 133	31 436	82.4%	4 890	36 805	5 838	0	1 266	20 282	18 255	90.0%	4 062	20 138	5 412	0	125
Lubiąż	16 447	8 009	48.7%	760	13 995	20 716	18 836	1 706	23 051	8 690	37.7%	1 020	13 666	9 861	6 062	-1 377	18 059	5 544	30.7%	1 515	7 497	2 526	1 438	5 618
Bolesławiec	12 712	10 218	80.4%	1 649	14 766	8 895	3 402	-2 054	15 675	13 521	86.3%	2 555	15 523	6 045	1 582	152	9 355	7 905	84.5%	2 470	9 066	6 428	593	289
Razem	343 262	292 740	85.3%	44 050	343 878	121 088	43 755	-	373 993	315 234	84.3%	49 464	369 150	106 592	22 046	-	213 376	176 479	82.7%	47 341	206 685	96 242	22 939	-

Uwaga: W latach 2005 - 2007 (I półrocze) z wyjątkiem 4 szpitali (w Warcie, Kościanie, Gnieźnie i Andrychowie), które posiadały stabilną sytuację finansową, pozostałe 12 szpitali realizowało programy restrukturyzacyjne, jak też korzystało z pomocy publicznej w zakresie odciążenia