



LPO.430.5.2023

Nr ewid. 11/2024/P/23/077/LPO

Informacja o wynikach kontroli

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ

DELEGATURA W POZNANIU

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

p.o. Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu
Karolina Wirszyc-Sitkowska

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, czerwiec 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJEĆ	4
1. WPROWADZENIE	7
2. OCENA OGÓLNA	9
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	12
4. WNIOSKI	25
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	27
5.1. Przygotowanie i wdrożenie reformy opieki psychiatrycznej.....	27
5.1.1. Minister Zdrowia	27
5.1.2. Narodowy Fundusz Zdrowia	37
5.2. Pozostała działalność w zakresie opieki psychiatrycznej	51
5.2.1. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.....	51
5.2.2. Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym	59
5.2.3. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	71
6. ZAŁĄCZNIKI	74
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	74
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	86
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	95
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	97

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

Agencja, AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Centrum	Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
dostępność świadczeń	to osiągalność świadczeń i dogodność (łatwość) korzystania z nich; osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona i finansowana (zakres i formy realizowanych zadań, stan zatrudnienia i kwalifikacje specjalistów); dogodność jest natomiast wyznaczona przez wiele czynników związanych z organizacją świadczonych usług (np. godziny, w których udzielane są świadczenia, wysiłek związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty, czas oczekiwania na wizytę) – definicja przyjęta na potrzeby kontroli
EZOP II	kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, którego wyniki opublikowano w 2021 r. Głównym wykonawcą badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
NFZ, Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
nowy model opieki psychiatrycznej	opieka psychiatryczna realizowana przez podmioty wykonujące świadczenia w warunkach określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPOZP 2017–2022	rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 458) – wygasło z końcem 31.12.2022 r.
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
oddział dzienny	oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci, w którym realizowane są świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży – zgodnie z załącznikami nr 4 i 8 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Pełnomocnik	Pełnomocnik do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży z dnia 28 października 2019 r. (Dz. Urz. M.Z. z 2019 r. poz. 91)
promocja zdrowia	to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej
PZP albo poradnia	poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
rejestr działalności leczniczej	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony na podstawie art. 106 ustawy o działalności leczniczej
rodzice	rodzice oraz opiekunowie prawni

rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 402)
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie działania Rzecznika	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 2242)
rozporządzenie w sprawie gromadzenia informacji	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896, ze zm. – obow. do 4.09.2023 r.)
rozporządzenie w sprawie OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie przymusu bezpośredniego	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 731)
rozporządzenie w sprawie systemów teleinformatycznych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1404, ze zm.)
specjalista z dziedziny psychiatrii	osoby niezbędne do zapewnienia kompleksowej opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży, tj. lekarz specjalista z dziedziny psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeuta, psycholog, psycholog kliniczny, terapeuta środowiskowy, terapeuta zajęciowy, pielęgniarki
stary model opieki psychiatrycznej	opieka psychiatryczna realizowana przez podmioty wykonujące świadczenia w warunkach określonych w załącznikach nr 1, 4 i 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
szpital albo szpital psychiatryczny	oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinika psychiatryczna, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową – niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje (art. 3 pkt 2 ustawy o zdrowiu psychicznym)

ustawa covidowa	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 340)
ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.)
ustawa o finansach publicznych	ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. z 2023 r., poz. 1270, ze zm.)
ustawa o konsultantach	ustawa z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j. t. Dz. U. z 2024 r. poz. 69)
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 623)
ustawa o prawach pacjenta	ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.)
ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)
ustawa o zdrowiu psychicznym	ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.)
ustawa o zdrowiu publicznym	ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm.)
Zespół	organ pomocniczy Ministra Zdrowia, jego zadania zostały określone w § 3 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. MZ poz. 6, ze zm.)

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy wdrażane rozwiązania zapewniają właściwą opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy zapewniono warunki formalno-prawne i organizacyjne dla właściwej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży?

Czy ambulatoryjna opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży oraz prowadzona w oddziałach dziennych jest dostępna stosownie do potrzeb i kompleksowa, zgodnie z założeniami reformy? Czy opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży udzielana w trybie stacjonarnym jest dostępna, odpowiednia do potrzeb i kompleksowa?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia
12 podmiotów leczniczych udzielających świadczenia zdrowotne opieki psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub stacjonarnym.

Ponadto w ramach kontroli I/22/005 *System opieki psychiatrycznej i psychologicznej nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim*:
Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego,
Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
3 podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne opieki psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub stacjonarnym.

Jednostki objęte badaniem

kwestionariuszowym
32 szpitale, w których funkcjonowały oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży,
22 uczelnie kształcące lekarzy

Okres objęty kontrolą 2020–2023 (do 31 sierpnia)

W Polsce ciągle wzrasta liczba podejmowanych prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Według danych WHO, 90 % samobójstw dokonują osoby w nastroju lub stanie depresyjnym, a zapobieganie samobójstwom należy do najważniejszych celów działania Światowej Organizacji Zdrowia. Wśród nastolatków samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów¹. Szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach, zaburzeniami psychicznymi zagrożone jest 9 % społeczeństwa. Według badania EZOP II, którego wyniki zostały opublikowane w 2021 r., w Polsce jest około 970 tys. dzieci i młodzieży, które cierpią na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Dotyczy to ponad 420 tys. dzieci do szóstego roku życia oraz ponad 500 tys. dzieci i młodzieży w wieku od siedmiu do 17 lat². Oznacza to, że wg różnych źródeł w naszym kraju jest od ponad 630 tys. do niemal 1 mln dzieci i nastolatków, którym trzeba zapewnić pomoc zarówno lekarzy psychiatrów, jak i psychologów, psychoterapeutów oraz innych specjalistów. Dlatego niezbędna jest profilaktyka w tym zakresie i rozwój opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

W okresie objętym kontrolą kierunek działań w opiece psychiatrycznej w Polsce (także nad dziećmi i młodzieżą) określał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, który wygasł z końcem 2022 r. Działania te miały doprowadzić do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Miały także zmienić nastawienie społeczne do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz spowodować zrozumienie ich problemów, tolerancję i życzliwość, a także przeciwdziałać dyskryminacji takich osób. Założeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego było upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Kolejną edycję Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030³, Rada Ministrów przyjęła dopiero 30 października 2023 r.

W ramach realizacji NPOZP 2017–2022, w Ministerstwie Zdrowia przyjęto, że kluczem do poprawy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest poprawa dostępu do pomocy pozaszpitalnej przy niezwiększaniu bazy łóżek szpitalnych. Wzrost dostępności do opieki ambulatoryjnej i dziennej miał się przyczynić do wcześniejszego objęcia opieką pacjentów oraz do zmniejszenia potrzeby leczenia szpitalnego i skrócenia jego czasu. W ramach przebudowy systemu organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży zaplanowano zorganizowanie opieki bliżej pacjenta, na poziomie lokalnym, co powinno zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną (szpitalną)⁴. Wymagało to zmian legislacyjnych i dostosowania wszystkich rozwiązań do nowej organizacji systemu. Z powodu niewydolności poprzedniego systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, Minister rozpoczął wdrażanie w sierpniu 2019 r. nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży⁵. Składa się on z trzech poziomów referencyjnych⁶. Pierwszy stanowią ośrodki/zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, w których opieką nad niepełnoletnimi zajmują się

¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2022 r., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

² Ponad 200 tys. dzieci w wieku od siedmiu do 11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12–17 lat.

³ Dz. U. z 2023 r. poz. 2480.

⁴ Nowy model opieki psychiatrycznej wpisuje się w ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, Europejska Grupa Ekspertów, 2012, str. 10, 28.

⁵ Został on wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1640) zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 ze zm.), dalej: również rozporządzenie w sprawie świadczeń.

⁶ Podmioty lecznicze funkcjonujące w ramach I, II i III poziomu referencyjnego określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

psychologowie, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi. W ośrodkach pierwszego poziomu referencyjnego nie ma lekarzy, a pomocy udziela się pacjentom, którzy nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej ani farmakoterapii. W tych ośrodkach specjaliści reagują na pojawiające się problemy, które można rozwiązać w ramach terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej. W ośrodkach II poziomu referencyjnego, czyli centrach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, organizowane są poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne. W II poziomie referencyjnym pomoc znajdują pacjenci, którzy wymagają diagnozy lekarskiej i ewentualnie farmakoterapii. W przypadku pacjentów, którzy będą potrzebowali intensywniejszej pomocy stworzono możliwość terapii na oddziale dziennym. Najwyższy, III poziom referencyjności, to ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej, czyli oddziały stacjonarne w szpitalach, w których jednocześnie funkcjonuje poradnia zdrowia psychicznego w ramach II poziomu referencyjnego.

2. OCENA OGÓLNA

Nie zapewniono właściwej opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży

Wdrażane przez Ministra Zdrowia, od ponad czterech lat, nowe rozwiązania w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w dalszym ciągu nie zapewniły właściwej opieki. Wprawdzie zwiększyła się dostępność do pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej poprzez rozwój ośrodków I poziomu referencyjnego, jednak dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej w ramach II poziomu referencyjnego był niewystarczający i nierówny w poszczególnych rejonach kraju. Wynikało to w znacznym stopniu z braku lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży. Wprowadzenie nowego modelu opieki psychiatrycznej nie zostało poprzedzone opracowaniem całościowej koncepcji reformy i uzyskaniem kluczowych danych dotyczących niezbędnych zasobów, a do zakończenia kontroli NIK nie dokonano ewaluacji reformy. W dalszym ciągu młodzież hospitalizowano na oddziałach dla dorosłych, a kolejka oczekujących wzrastała. Minister przeprowadził istotną dla powodzenia reformy kampanię społeczną mającą na celu m.in. zmianę postrzegania zaburzeń psychicznych, jednak nie zmierzył realnego wpływu tej kampanii na postawy społeczne. Współpraca Ministra z innymi ministrami była znikoma.

W latach 2020–2023 (I kwartał), liczba świadczeń psychiatrycznych udzielanych dzieciom i młodzieży zwiększyła się z 1,8 mln (w 2020 r.) do 3,8 mln (w 2022 r.). W I kwartale 2023 r. wyniosła 1 mln. Mimo takiego wzrostu, nadal nie zaspokajało to potrzeb opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Rosły kolejki oczekujących i wydłużał się czas oczekiwania na wizytę i leczenie szpitalne. Odsetek osób (dzieci i młodzieży) przyjmowanych na oddziały szpitalne w trybie nagłym stale przekraczał 70 %⁷. Wzrastała również liczba prób samobójczych. Na koniec 2023 r., w stosunku do 2020 r., wzrosła o 150 % i wynosiła 2139. Oznacza to, że każdego dnia na obszarze kraju niemal 6 młodych osób usiłowało odebrać sobie życie i prawie co drugi dzień jedna próba kończyła się zgonem⁸.

Minister, jako odpowiedzialny za koordynację działań wynikających z NPOZP 2017–2022, dotyczących rozwoju opieki środowiskowej i wdrożenia nowego systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, nie współpracował w wystarczającym stopniu z innymi ministrami. Nie określono instytucjonalnych zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty⁹ oraz nie usunięto barier, które negatywnie wpływają na dobro pacjenta.

Pomimo upływu czterech lat od rozpoczęcia wdrażania reformy, nadal nie zapewniono dzieciom i młodzieży równego dostępu do niezbędnych świadczeń opieki psychiatrycznej w poszczególnych rejonach kraju. W trzech województwach w ogóle nie było dostępne leczenie w ramach oddziałów dziennych¹⁰. Aż 42 % poradni zdrowia psychicznego II poziomu zlokalizowano w miastach wojewódzkich, w których zamieszkuje jedynie 14 % populacji dzieci i młodzieży. Również placówki I poziomu referencyjnego nie były równomiernie rozmieszczone na terenie całego kraju. Opieką w ramach I poziomu referencyjnego było objęte w zależności od województwa od 1,1 do 3,5 % populacji dzieci i młodzieży.

Reforma polegała głównie na utworzeniu rozwiązania organizacyjnego w postaci I poziomu referencyjnego, w którym świadczeń udzielają psychologowie, psychoterapeuci i terapeuci zajęciowi. Nie zapewniono jednocześnie adekwatnego rozwoju ośrodków II i III poziomu referencyjnego opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, co w znacznym stopniu wiązało

⁷ Na koniec 2022 r.

⁸ W latach 2019–2020 liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem wyniosła odpowiednio: 98, 107, 127, 156, 145.

⁹ O czym mowa w rozdziale 2 pkt III załącznika do NPOZP 2017–2022.

¹⁰ Na 31 marca 2023 r.

się z brakiem lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży. Pomimo tego, że już w 2012 r. ta dziedzina medycyny została zakwalifikowana do dziedzin priorytetowych, to jednak do czasu zakończenia kontroli NIK nie udało się zapewnić adekwatnych do potrzeb zasobów kadrowych, a nawet nie zwymiarowano braków w tym zakresie¹¹. Wprawdzie w latach 2020–2022 wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 100 tys. pacjentów¹² wzrósł z 6,7¹³ do 7,8, to jednak nadal nie osiągnięto jego zalecanej wartości, tj. 10. W latach 2020–2022 wzrastała liczba miejsc rezydenckich i osób zakwalifikowanych na specjalizacje w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ale w poszczególnych naborach nawet 85 % miejsc rezydenckich nie zostało obsadzonych.

Wprowadzenia nowego modelu opieki psychiatrycznej nie poprzedzono opracowaniem całościowej koncepcji reformy opieki psychiatrycznej, określającej niezbędne zasoby, oczekiwane i zwymiarowane efekty oraz harmonogram działań. Autorzy projektu rozporządzenia wdrażającego nowy model opieki psychiatrycznej nie dysponowali kluczowymi danymi dotyczącymi niezbędnych zasobów (zarówno osobowych, jak i w zakresie infrastruktury). Nie określono również realnych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. Minister nie znał też zasobów kadry niemedycznej, tj. psychologów i psychoterapeutów. Nie zaplanował także liczby kadry zarówno medycznej, jak i niemedycznej, niezbędnej dla funkcjonowania systemu. Jako skalę potrzeb zdrowotnych przyjęto dane dotyczące dotychczas udzielonych świadczeń, tj. w ramach systemu uznanego już za niewydolny i konieczny do zmiany. Spowodowało to, w przypadku 27 % podmiotów skontrolowanych przez NIK, ograniczenie dostępności do świadczeń w stosunku do określonej w umowie zawartej z NFZ. Natomiast w przypadku 33 % podmiotów brakowało specjalistów. Co istotne, w 60 % szpitali funkcjonujących w nowym modelu opieki psychiatrycznej, skontrolowanych przez NIK, braki w zatrudnieniu występowały bezpośrednio po zawarciu umowy na funkcjonowanie w nowym modelu opieki, o czym NFZ był informowany.

Pomimo tego, że dostępność do pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej zwiększyła się, to jednak nie osiągnięto założonego efektu reformy, w postaci spadku liczby hospitalizacji. Liczba ta wzrastała, co przy ograniczonej liczbie łóżek szpitalnych prowadziło do tego, że młodych pacjentów w dalszym ciągu hospitalizowano na oddziałach dla dorosłych. Wskaźnik obłożenia szpitalnych łóżek psychiatrycznych corocznie przekraczał 100 %.

Po półtorarocznym okresie funkcjonowania *Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023*¹⁴, Minister rozdysonował jedynie 17,9 %¹⁵ środków na poprawę efektywności leczenia pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla tej grupy pacjentów¹⁶. Wynikało to z długotrwałego przygotowania organizacyjnego Ministerstwa do oceny wniosków o dofinansowanie. Biorąc pod uwagę inflację, która corocznie uszczuplała realną wartość pieniądza, każde opóźnienie w rozdysonowaniu środków dodatkowo znacząco zwiększało ryzyko nieosiągnięcia zakładanych celów Programu.

¹¹ Pomimo rozpoczęcia w sierpniu 2017 r. prac nad modelem popytowym dla lekarzy wszystkich specjalności oraz diagnostów.

¹² Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr jest wskaźnik liczby psychiatrów na 100 tys. mieszkańców. Według rekomendacji WHO na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży.

¹³ Wyliczone na 100 tys. dzieci i młodzieży na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Naczelnej Izby Lekarskiej. Uwzględniono liczbę populacji w wieku od 0–17 lat oraz wszystkich wykonujących zawód lekarzy ze specjalnością psychiatria dzieci i młodzieży.

¹⁴ Wskaźnikiem realizacji Programu była liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych objętych wsparciem w Programie. Przewidywana wartość wskaźnika na 2023 r. wynosiła 30 podmiotów.

¹⁵ Tj. 14,3 mln zł z 80 mln zł przeznaczonych na ten cel. Kwota Programu została później zwiększona do 90 mln zł.

¹⁶ Według stanu na 31 sierpnia 2023 r.

Nie zapewniono odpowiedniego upowszechnienia informacji o miejscach, w których dzieci i młodzież mogą uzyskać pomoc. Akcje informujące o reformie i mające służyć wzrostowi świadomości zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest niezbędna dla poprawy opieki, przeprowadzono dopiero po prawie trzech latach od rozpoczęcia wdrażania reformy. W przypadku kampanii „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje. Część 2”, pomimo, że na jej realizację wydano 1,1 mln zł, nie zbadano jej wpływu na zmianę postaw i stanu wiedzy społeczeństwa. Standardy opieki psychiatrycznej, które miały wesprzeć reformę, opracowano w sposób niegospodarny i nierzetelny, dopiero po trzech latach od wprowadzenia w życie nowych rozwiązań.

Zmiany w przepisach dotyczących opieki psychiatrycznej nie obejmowały zagadnień dotychczas nieuregulowanych, a te powodowały problemy w podmiotach leczniczych. Nie określono na przykład zakresu uprawnień pracowników szpitali dotyczących przeszukania rzeczy osobistych pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Brakowało również regulacji prawnych dotyczących monitoringu w oddziałach psychiatrycznych w przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pacjenta w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji.

W każdym szpitalu poddanym kontroli stosowano przymus bezpośredni wobec pacjentów (dzieci i młodzieży) z naruszeniem przepisów regulujących tę ingerencję w sferę wolności człowieka oraz zasad jej dokumentowania. Stwierdzone nieprawidłowości polegały np. na: braku przeprowadzenia badania przed przedłużeniem przymusu bezpośredniego na kolejne okresy, zleceniu przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarzy nieposiadających stosownych uprawnień do takiej oceny i decyzji, czy też na niezapewnieniu intymności pacjentowi poddanemu czterokończynowemu przymusowi bezpośredniemu na korytarzu oddziału.

Pobyt dzieci w szpitalach przedłużał się w związku z trwającymi procedurami wyjaśniania przez sądy ich sytuacji prawnej i objęcia dalszą opieką przez instytucje opieki społecznej. Ciągłe nieuzasadnione przebywanie w Szpitalu miało negatywny wpływ na stan psychiczny pacjenta. Wyjaśnianie sytuacji prawnej pacjentów z sądami i instytucjami opieki społecznej obciążało głównie personel medyczny oddziałów szpitalnych, choć dotyczyło dzieci, które nie wymagały już hospitalizacji.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Nierzetelne przygotowanie reformy	<p>Podstawą wdrażanej reformy były nowe zasady organizacji leczenia/udzielania świadczeń, realizowane w ramach trzech poziomów referencyjnych, określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁷. Przed wprowadzeniem rozporządzenia Minister Zdrowia nie opracował formalnie całościowej koncepcji reformy. Nie określił niezbędnych zasobów, oczekiwanych i zwymiarowanych efektów oraz harmonogramu działań. Przy opracowywaniu rozporządzenia wdrażającego nowy model opieki psychiatrycznej nie znano kluczowych danych dotyczących niezbędnych zasobów zarówno infrastrukturalnych, jak i osobowych. Minister nie dysponował danymi w zakresie istniejących zasobów kadry niemedycejskiej, takich jak psychologowie, psychologowie kliniczni, terapeuci środowiskowi, czy psychoterapeuci. Nie oszacował także, czy dostępna na rynku kadra umożliwi podmiotom leczniczym sprostanie określonym warunkom¹⁸, albo kiedy będzie to możliwe. Na etapie opracowania reformy Minister nie dysponował także aktualnymi badaniami epidemiologicznymi, dotyczącymi zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które są praktycznym narzędziem do oceny potrzeb w opiece zdrowotnej¹⁹. W efekcie wykorzystywano dane statystyczne, dotyczące liczby udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obrazujące jedynie możliwości dotychczasowego niewydolnego systemu opieki. [str. 27–30]</p>
Nieudokumentowana praca ekspertów	<p>Minister powołał Zespół ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży²⁰ oraz Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży²¹. Jednak w okresie działalności Zespołu i Pełnomocnika nie podjęto żadnej wyrażonej w sposób formalny decyzji²². Nie sporządzono też innych dokumentów odzwierciedlających wydawane opinie, rekomendacje czy oceny. Wszystkie analizy i uzgodnienia dotyczące kształtu przyszłego systemu były nieformalne, omawiane tylko ustnie. [str. 28–29]</p>
Braki kadrowe	<p>Problemy z zatrudnieniem wymaganego personelu i jego dostępnością występowały w czterech (31 %) spośród 13 skontrolowanych podmiotów udzielających świadczeń ambulatoryjnych, w jednym spośród sześciu, które przyjmowały pacjentów w trybie dziennym i w czterech (57 %) spośród siedmiu, funkcjonujących w trybie stacjonarnym (szpitale). Miało to wpływ na dostępność do leczenia (zakontraktowanych przez NFZ świadczeń). W okresie objętym kontrolą, trzy szpitale²³ (60 %) funkcjonujące w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, bezpośrednio po zawarciu umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w ramach III poziomu referencyjnego, informowały Fundusz o niespełnianiu warunków dotyczących personelu. NFZ, na podstawie § 36 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyznaczał termin na dostosowanie się do wymagań umów i tym samym pośrednio wyrażał czasową „zgodę” na mniejszą liczbę personelu udzielającego świadczeń w danej placówce. Niespełnianie warunków zawartych umów co do liczby personelu następowało niemal bezpośrednio po przekształceniu się podmiotów w nowy model opieki psychiatrycznej. [str. 53–55, 61–63]</p>

¹⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, wprowadzonych zmianą do tego rozporządzenia Dz. U. z Załącznik 8 dodany rozporządzeniem z dnia 14.08.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1640), które wchodzi w życie 30.08.2019 r.

¹⁸ W rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁹ Por. Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Roman Topór-Mądry, Aleksandra Gilis-Januszewska, Jolanta Kurkiewicz, Andrzej Pająk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” Kraków 2002.

²⁰ Powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie powołania zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z dnia 20 lutego 2018 r. (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 6).

²¹ Powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży z dnia 28 października 2019 r. (Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 91).

²² Zgodnie z § 5 ust. 2, Zespół podejmuje decyzje w formie uchwał, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Zespołu.

²³ Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku (dalej: UDSK w Białymstoku), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdroje w Szczecinie (dalej: SPZOZ Zdroje w Szczecinie), Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. w Poznaniu (dalej: CM HCP w Poznaniu).

Różnice w dostępności do leczenia w poszczególnych województwach

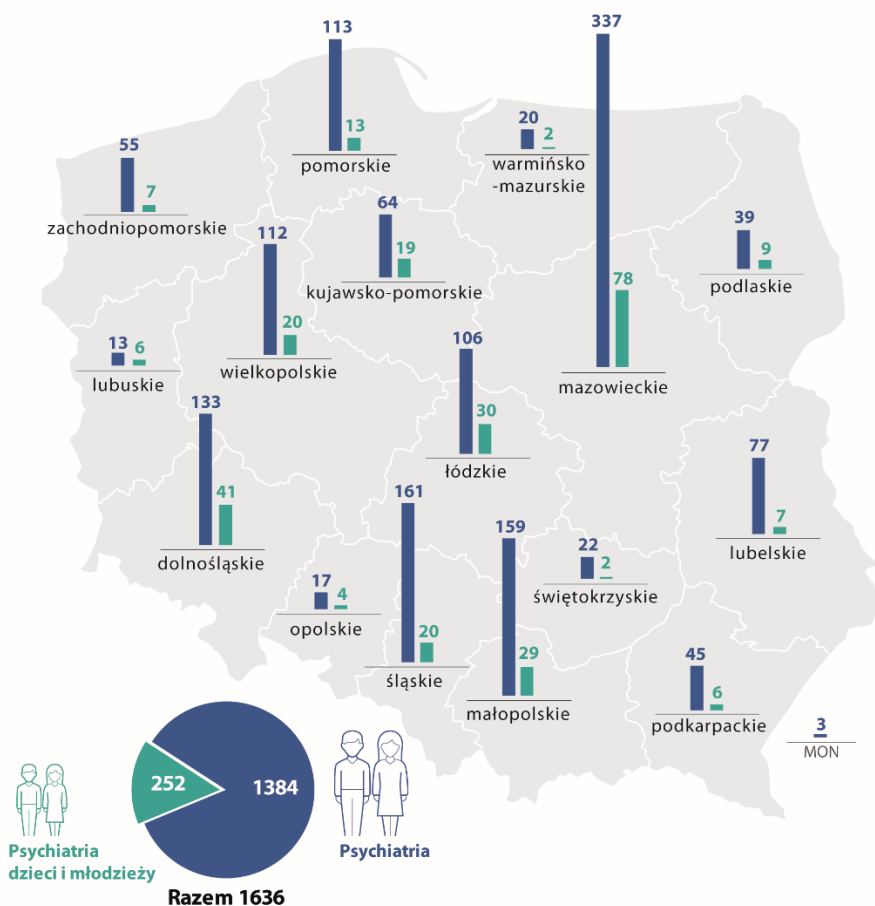
Kryteria dostępności do świadczeń określał NFZ. W różnych dokumentach zakładano różną liczbę ośrodków I poziomu referencyjnego – od 300 do ponad 700. W Centrali NFZ określono wskaźnik tzw. „wyjściowy” objęcia opieką 2 % populacji dzieci i młodzieży w danym województwie. Pomiędzy poszczególnymi OW NFZ występowały jednak różnice dotyczące odsetka populacji dotychczas objętej opieką²⁴. Z tego powodu ostatecznie ustalono dla jednego ośrodka, jako poziom bazowy zabezpieczenia świadczeń dla tej grupy pacjentów, wskaźnik od 2 do 4 % dzieci i młodzieży w poszczególnych regionach, co oznaczało objęcie opieką 12 500 dzieci i młodzieży w tych regionach. Wytyczne Centrali NFZ nie były jednak jednolicie wdrażane na terenie kraju. W efekcie OW NFZ zakontraktowały świadczenia z podmiotami I poziomu referencyjnego dla odrocznie 1,1 % do 3,5 % populacji dzieci i młodzieży. Na koniec I kwartału 2023 r. funkcjonowało 371 ośrodków/zespołów I poziomu referencyjnego²⁵ (wg stanu na 7 grudnia 2023 r. było ich już 448). [str. 27, 39–41]

Problematyczne uzupełnianie brakującej kadry

Zatrudnienie wykształconej kadry w publicznej służbie zdrowia miało się przełożyć na wzrost liczby podmiotów II poziomu referencyjnego, jednak, z różnych powodów, nadal brakuje kadry lekarskiej. W latach 2020–2022 wzrastała liczba miejsc rezydenckich i lekarzy zakwalifikowanych na specjalizacje w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, natomiast w poszczególnych naborach nadal nawet 85 % miejsc rezydenckich nie było obsadzonych²⁶. [str. 33–36]

Infografika nr 1

Liczba osób w trakcie specjalizacji w poszczególnych latach – tryb rezydencki i pozarezydencki



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministra Zdrowia, wg stanu na 31 marca 2023 r.

²⁴ Maksymalnie 3,2 % w kujawsko-pomorskim.

²⁵ Na 1 stycznia 2023 r. w Polsce istniały 314 powiaty i 66 miast na prawach powiatu.

²⁶ Średnio rocznie 34 %: w 2020 r. w naborze wiosennym 62 %, w naborze jesiennym 17 %, w 2021 r. w naborze wiosennym 57 %, w naborze jesiennym 25 %, w 2022 r. w naborze wiosennym 85 %, w naborze jesiennym 5 %.

W 2012 r. psychiatria dzieci i młodzieży została zakwalifikowana do priorytetowych dziedzin medycyny. W sierpniu 2017 r. rozpoczęto prace nad modelem popytowym dla lekarzy wszystkich specjalności, ale do zakończenia czynności kontrolnych nie zostały zakończone. Wprawdzie w latach 2020–2022 wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów przypadających na 100 tys. mieszkańców²⁷ wzrósł z 6,7²⁸ do 7,8, to jednak nadal nie osiągnięto jego zalecanej wartości, tj. 10.

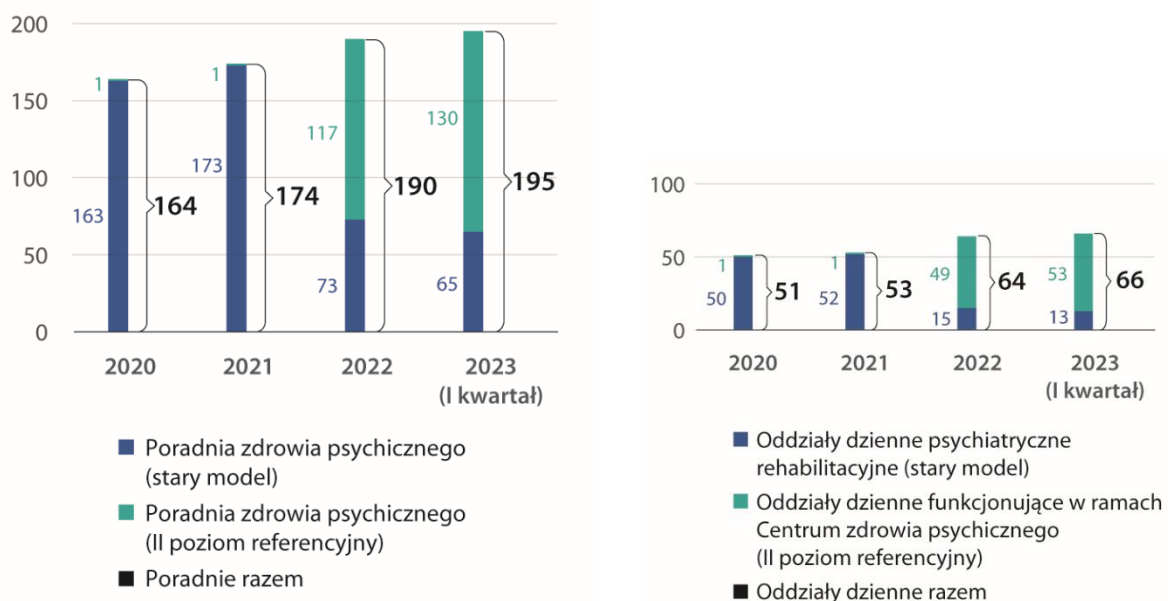
[str. 32–33]

Niewystarczająca baza leczenia ambulatoryjnego i w trybie dziennym

Pomimo wdrażania zmian, nie zapewniono osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej, bliskiej miejsca ich zamieszkania, opieki zdrowotnej. Liczba ośrodków/zespołów I poziomu referencyjnego rośnie, ale niewystarczająca była liczba podmiotów funkcjonujących w ramach pozostałych poziomów (II i III poziom referencyjny – poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne i oddziały stacjonarne). [str. 41–43, 47–49]

Infografika nr 2

Liczba miejsc udzielania świadczeń (poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne psychiatryczne (bez oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym))



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

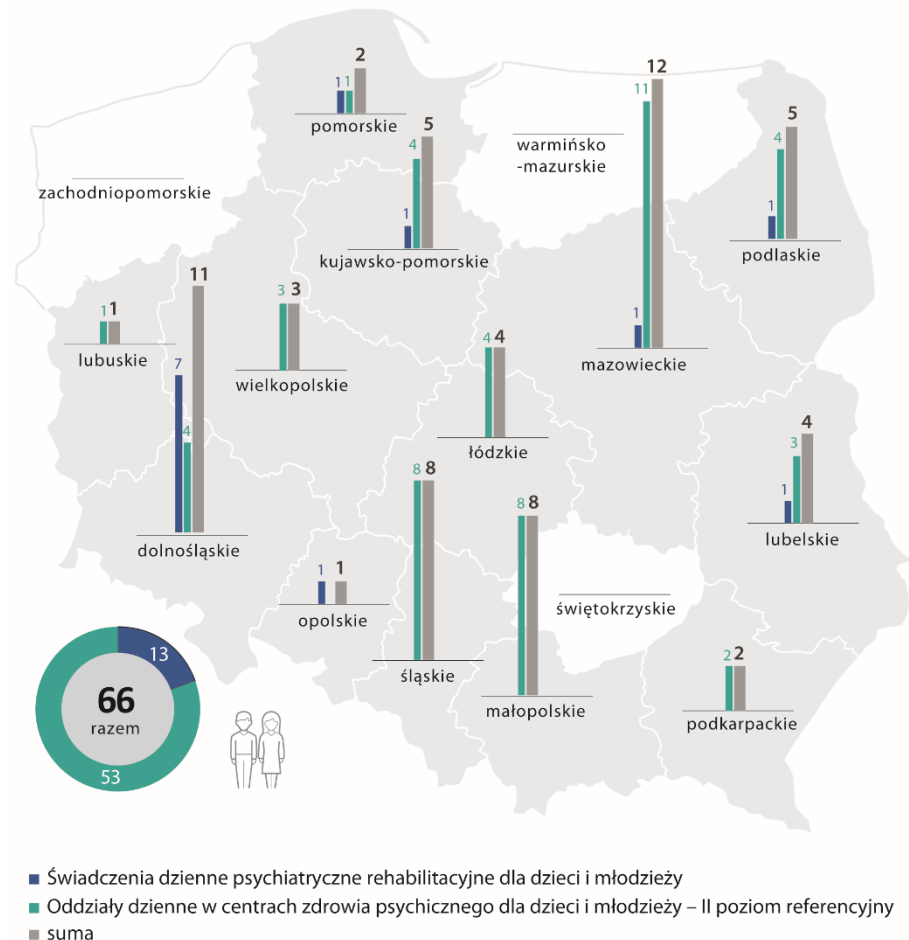
Rozmieszczenie oddziałów dziennych w Polsce w poszczególnych województwach było bardzo nierównomierne. W oddziałach dziennych, terapię prowadzi się codziennie, a pacjenci wracają po zajęciach do domów. Zatem z natury tych świadczeń istotne jest, aby oddziały takie, nie były zbyt oddalone od miejsca zamieszkania pacjenta. Tymczasem na koniec marca 2023 r. w trzech województwach nie funkcjonował żaden oddział dzienny (ani w nowym, ani w starym modelu opieki). [str. 42–44, 49–50]

²⁷ Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr jest wskaźnik liczby psychiatrów na 100 tys. mieszkańców. Według rekomendacji WHO na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży.

²⁸ Wyliczone na 100 tys. dzieci i młodzieży na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Naczelnej Izby Lekarskiej. Uwzględniono liczbę populacji w wieku od 0–17 lat oraz wszystkich wykonujących zawód lekarzy ze specjalnością psychiatria dzieci i młodzieży.

Infografika nr 3

Rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń – oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (bez oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

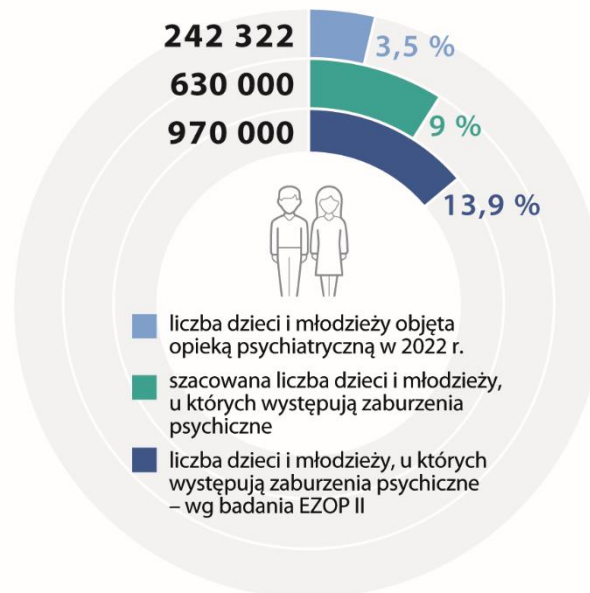
Wzrastająca liczba pacjentów

W latach objętych kontrolą, reforma spowodowała, że więcej niepełnoletnich pacjentów objęto opieką psychiatryczną, choć nadal było to niewystarczające i miały miejsce sytuacje, że niepełnoletni korzystali ze szpitalnej opieki psychiatrycznej w oddziałach dla dorosłych. Łącznie w ramach całego systemu opieki psychiatrycznej liczba pacjentów w wieku od 0 do 17 lat, którym udzielono świadczeń opieki psychiatrycznej wzrosła ze 144 340 w roku 2020 do 242 322 na koniec 2022 r. (wzrost o 68 %). Pomimo tak dużego wzrostu liczby pacjentów, w 2022 r. opieką objęto zaledwie 3,5 % populacji dzieci i młodzieży, gdy według szacunków 9 % młodych osób wymagało opieki, a według badania EZOP II było to nawet około 14 % (stanowi to około 970 tys. dzieci i młodzieży w wieku od 0–17 lat)²⁹. [str. 31–32, 39–40, 44–49]

²⁹ Raport AOTMiT WT.541.3.2019, WT.5403.14.2021, WT.5403.39.2021, Badanie epidemiologiczne EZOP II opublikowane w 2021 r.

Infografika nr 4

Liczba pacjentów objęta opieką psychiatryczną w 2022 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, EZOP II, wg stanu na 31 marca 2023 r.

Niewystarczająca baza do leczenia szpitalnego

Liczba zakontraktowanych przez NFZ miejsc na oddziałach stacjonarnych³⁰ w latach 2020–2022 wzrosła o 180 (z 864 do 1044). Średnie obłożenie łóżek w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w latach 2019–2022 wynosiło 110 %. Zwiększone zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży wiązało się z koniecznością przyjęcia pacjenta na oddział nawet przy braku wolnych łóżek i z koniecznością ułożenia go na korytarzu³¹. W takich sytuacjach liczba pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym przewyższała liczbę łóżek zakontraktowanych z NFZ. Z powodu braku miejsc w oddziałach także odmawiano pacjentom przyjęcia do szpitala. Natomiast liczba łóżek była wyznacznikiem do ustalenia wymaganej obsady kadrowej dla oddziału. [str. 30–31, 49–49, 65–66]

Młodzież leczona z dorosłymi pacjentami na oddziałach dla dorosłych

W związku z niewystarczającym zapleczem opieki stacjonarnej dla dzieci i młodzieży i ciągle niedostateczną liczbą poradni II poziomu referencyjnego dopuszczano diagnozowanie młodzieży na izbie przyjęć oraz tymczasowe przyjmowanie młodzieży na oddział psychiatryczny dla dorosłych³². W latach 2020–2023 (I kwartał) 1039³³ niepełnoletnich pacjentów hospitalizowano w oddziałach dla pacjentów dorosłych. Część z tych osób hospitalizowano na oddziale dla dorosłych więcej niż jeden raz. Najwięcej przypadków hospitalizacji młodzieży na oddziałach dla dorosłych miało miejsce w województwie pomorskim (w poszczególnych latach od 33 % do 45 % młodzieży hospitalizowanej w oddziałach dla dorosłych w Polsce) i wielkopolskim (corocznie ok. 20 % młodzieży hospitalizowanej w oddziałach dla dorosłych w Polsce). W szpitalu w Poznaniu³⁴ brak dostępności miejsc na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży powodował, że regularnie hospitalizowano niepełnoletnich pacjentów na oddziałach dla dorosłych. Stanowiło to 11 % hospitalizacji dzieci i młodzieży w oddziałach psychiatrycznych w tym szpitalu. [str. 30–31, 48–50, 64–66]

³⁰ Kod zakresu świadczeń: 04.4701.001.02, 04.9903.40.03.

³¹ W stanach zagrożenia życia.

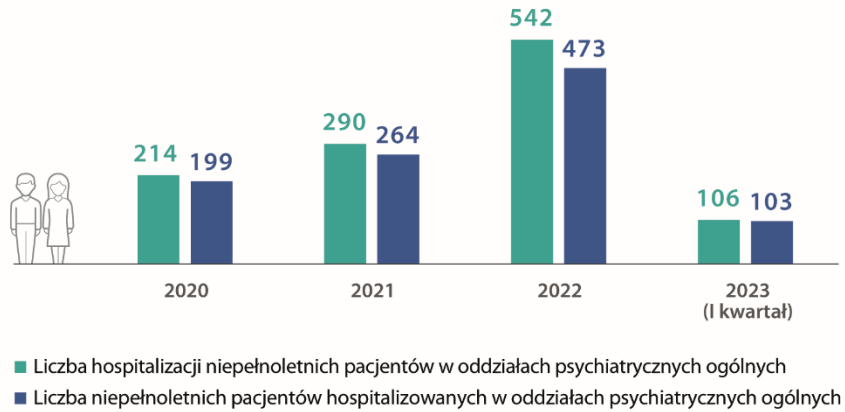
³² W stanach nagłych, szczególnie zagrożenia życia, do czasu zwolnienia się miejsca na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży.

³³ Suma liczb pacjentów z poszczególnych województw.

³⁴ Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu.

Infografika nr 5

Hospitalizacje młodzieży z dorosłymi pacjentami



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

Brak korelacji wprowadzanych rozwiązań

W drugim roku wdrażania reformy (2021 r.) liczba pacjentów, którym udzielono wsparcia w nowo utworzonych podmiotach I poziomu referencyjnego wzrosła ponad czterokrotnie, a w kolejnym roku (2022 r.) niemal półtorakrotnie³⁵, co odzwierciedlało dotychczas niezaspokojone zapotrzebowanie na pomoc psychiatryczną. W pozostałych podmiotach, występujących w reformowanym systemie, w latach 2020–2022, liczba pacjentów również wzrastała³⁶. W poradniach psychiatrycznych³⁷ wzrosła o 17% ze 107 061 osób do 125 124³⁸, a w oddziałach stacjonarnych na koniec 2022 r. liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 14 710 osób³⁹, czyli wzrosła o 81% w stosunku do roku 2020. [str. 31, 43–46]

Projektując nowy model opieki psychiatrycznej Minister nie przewidział, że uruchomienie w nowym systemie I poziomu referencyjnego⁴⁰, czyli podmiotów funkcjonujących bez lekarza psychiatry dla dzieci i młodzieży, spowoduje wyłonienie się większej grupy pacjentów wymagających opieki lekarskiej. W rezultacie rozwój I poziomu referencyjnego nie korelował z możliwościami udzielania pomocy w ramach pozostałych poziomów referencyjnych, tj. w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych i w oddziałach stacjonarnych. W raporcie za 2021 r. Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wskazała na takie skutki nowego rozwiązania. Jako możliwą przyczynę wzrostu zapotrzebowania na świadczenia w poradniach zdrowia psychicznego i oddziałach stacjonarnych Konsultant wskazywała nie tylko pogorszenie stanu zdrowia populacji, ale także większą dostępność do świadczeń na I poziomie referencyjnym „bez jednoczesnego zaplecza na II poziomie”. [str. 31, 42–48]

³⁵ Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny liczba pacjentów wzrosła z 26 503 w 2020 r. do 121 060 w 2021 r. i 164 296 w 2022 r.

³⁶ W przypadku gdy pacjent korzystał z więcej niż jednej formy leczenia – pacjent został policzony w każdej z grup.

³⁷ Tylko w zakresie świadczeń realizowanych w poradni 1701 w zakresach: 04.1701.001.02, 04.9902.300.02 oraz 04.9902.400.03.

³⁸ W roku 2022 47% pacjentom udzielono świadczenia w ramach nowego modelu udzielania świadczeń (II poziom), a na koniec I kwartału 2023 r. odsetek ten wzrósł do 71%. Wzrost odsetka pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach nowego modelu opieki wynikał z przekształcania się kolejnych poradni zdrowia psychicznego w centra zdrowia psychicznego, a w konsekwencji, ze wzrostu liczby podmiotów funkcjonujących w ramach nowego modelu

³⁹ Z tego: 8334 w zakresie: 04.4701.001.02 oraz 6376 w zakresie: 04.9903.400.03. W latach 2020–2023 (I kwartał) liczba pacjentów oddziałów stacjonarnych wynosiła odpowiednio: 8120, 10 487, 14 710 i 5890 osób.

⁴⁰ Ośrodki I poziomu referencyjnego to ośrodki albo zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, w podmiotach tych nie jest wymagane udzielanie świadczeń przez lekarza psychiatrę lub lekarza psychiatrię dzieci i młodzieży.

Brak rzetelnej współpracy międzyresortowej

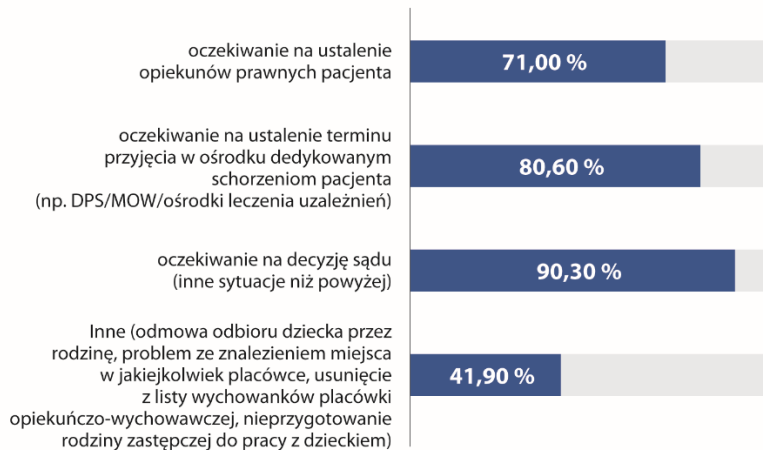
Minister Zdrowia w niewystarczającym stopniu współpracował z innymi ministrami (w tym z ministrem właściwym w sprawach oświaty i wychowania) w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Jedyny udokumentowany efekt współpracy dotyczył opracowania wraz z Ministrem Edukacji i Nauki wzoru porozumienia pomiędzy placówkami oświaty a placówkami udzielającymi świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego. Nie określono natomiast instytucjonalnych zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności z młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi⁴¹, które umożliwiłyby wymianę informacji o poszczególnych pacjentach pomiędzy psychologiem I poziomu referencyjnego a placówką oświatową, bez uprzedniego uzyskania zgody rodziców. Brak opracowania tych zasad nie służył sprawowaniu opieki środowiskowej, czyli współpracy ze szkołami i ośrodkami pomocy społecznej oraz lokalnymi organizacjami obywatelskimi w ramach codziennego działania. [str. 29–30]

Przedłużanie pobytu dzieci i młodzieży w oddziałach psychiatrycznych

W 30 podmiotach leczniczych, spośród 31 ankietowanych⁴², pobyt dzieci w szpitalu był przedłużany w stosunku do potrzeb wynikających z procesu leczenia, co wynikało z konieczności wyjaśnienia ich sytuacji prawnej. Aż w 90,3 % przypadków było to związane z oczekiwaniem na decyzję sądu, w 80,6 % z oczekiwaniem na ustalenie terminu przyjęcia w ośrodku, do którego pacjent miał być przeniesiony (DPS⁴³/MOW⁴⁴/ośrodki leczenia uzależnień), a w 71 % z procesem ustalenia opiekunów prawnych dziecka. Przyczyny te często występowały jednocześnie. W 53,3 % podmiotów, konieczność ustalenia sytuacji prawnej pacjenta wpłynęła na przedłużenie jego pobytu na oddziale o ponad trzy miesiące, a w 30 % – od miesiąca do trzech. Jednocześnie w skontrolowanych szpitalach stwierdzono niewielką aktywność zatrudnionych tam pracowników socjalnych związaną z pacjentami oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Infografika nr 6

Przyczyny wydłużenia hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodów innych niż medyczne



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badania ankietowego (przyczyny podane przez szpitale kumulowały się – występowały łącznie).

[str. 63–65]

⁴¹ O czym mowa w rozdziale 2 pkt III załącznika do NPOZP 2017–2022.

⁴² W celu pozyskania informacji dotyczących problemów, z którymi spotyka się personel szpitali przy wypisie pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, Delegatura NIK w Poznaniu wystosowała, korzystając z uprawnień wynikających z art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 32 szpitali prowadzących takie oddziały. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były realizowane przez Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie było prowadzone w dniach od 7 do 28 sierpnia 2023 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 31 szpitali (tj. 96,9 % jednostek objętych badaniem).

⁴³ Dom pomocy społecznej.

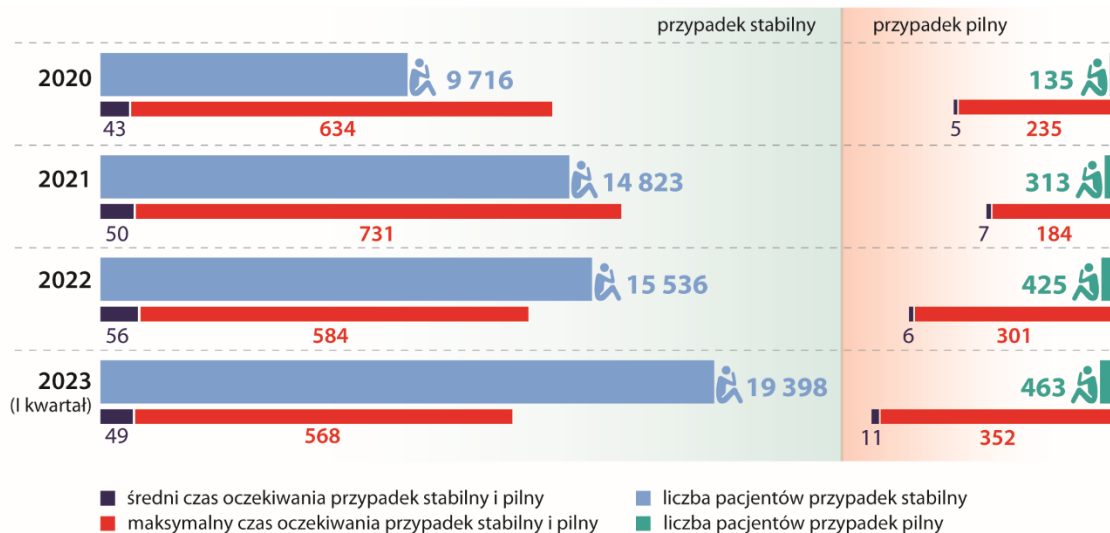
⁴⁴ Miejski ośrodek wychowawczy.

Wydłużające się kolejki oczekujących

Kolejki oczekujących świadczyły o niewystarczającej dostępności do świadczeń, w stosunku do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dotyczyło to zarówno czasu oczekiwania, jak i liczby osób oczekujących na leczenie (udzielenie świadczenia). I tak, w poradni zdrowia psychicznego, średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w grudniu w latach 2020–2022 i w marcu 2023 r. wyniósł od 43 do 56 dni, a maksymalny czas oczekiwania wyniósł już odpowiednio 634, 731, 584 i 568 dni. Dla przypadków pilnych było to średnio: 5, 7, 6 i 11 dni, a maksymalnie: 235, 184, 301 i 352 dni. W wymienionych okresach wzrastała liczba osób oczekujących na objęcie leczeniem. W marcu 2023 r. liczba tych osób wzrosła o 10 010 w stosunku do stanu na koniec 2020 r.⁴⁵, czyli o ponad 100 %.

Infografika nr 7

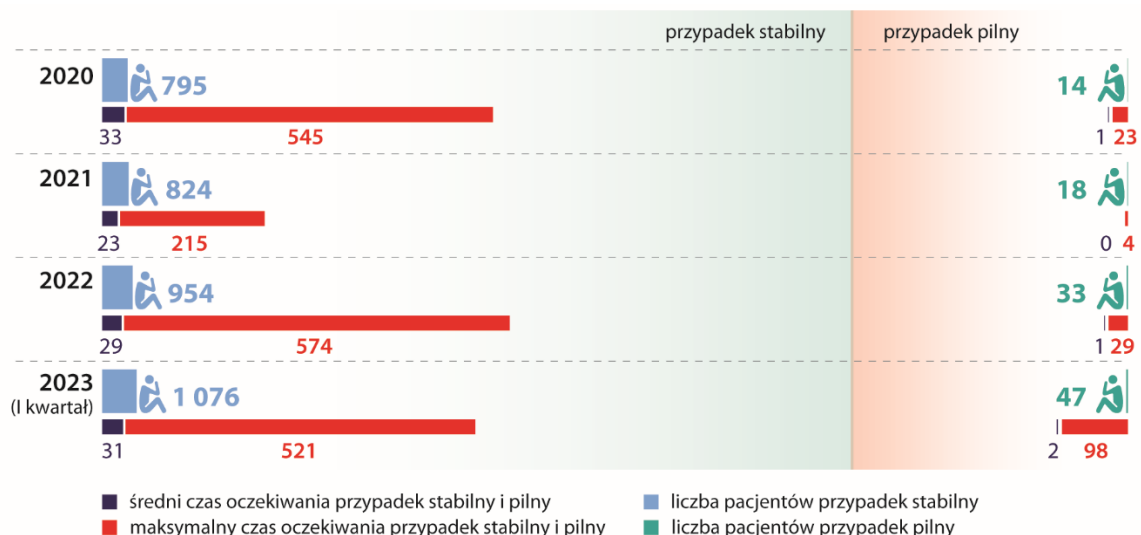
Czas oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

Infografika nr 8

Czas oczekiwania do psychiatrycznego oddziału dziennego dla dzieci i młodzieży (bez oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym)



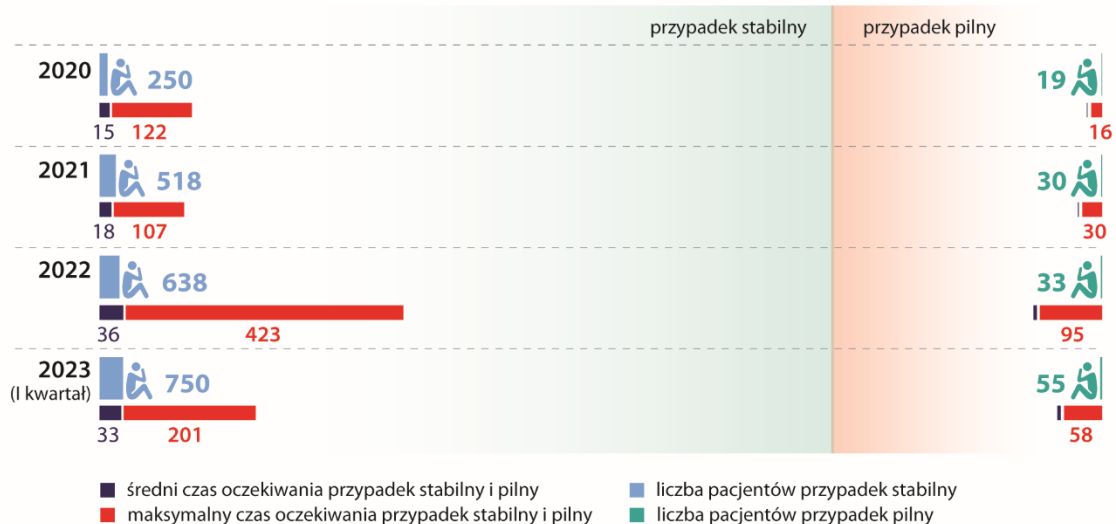
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

⁴⁵ W grudniu 2020–2022 r. i marcu 2023 r. liczba osób oczekujących do poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wynosiła odpowiednio 9851, 15 136, 15 961 i 19 861 osób.

W latach 2020–2023 wydłużyły się także kolejki oczekujących do oddziałów stacjonarnych. Średni i maksymalny czas oczekiwania na leczenie w szpitalu, w grudniu, w latach 2020–2022, i w marcu 2023 r. wyniósł odpowiednio: 15, 18, 36 i 33 dni (maksymalny czas oczekiwania wyniósł odpowiednio: 122, 107, 423 i 201 dni) dla przypadków stabilnych. Dla przypadków pilnych było to średnio: 1, 1, 5 i 5 dni (maksymalnie: 16, 30, 95 i 58 dni). We wskazanych latach, liczba osób oczekujących na przyjęcie do szpitala wzrosła niemal trzykrotnie, tj. z 269 do 805. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziale stacjonarnym wyrażona jako odsetek osób leczonych również corocznie wzrastała, a w latach 2020–2023 zwiększyła się z 3,3 % do 13,7 %.

Infografika nr 9

Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału psychiatrycznego dla dzieci



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

[str. 48, 66–68]

Dane dotyczące czasu oczekiwania, którymi dysponował NFZ mogą nie odzwierciedlać ich realnych wartości. W pięciu podmiotach leczniczych⁴⁶, spośród 15 skontrolowanych, ustalono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia list oczekujących (także prowadzonych w postaci papierowej), jak również sprawozdawania danych do NFZ. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w 38 % skontrolowanych podmiotów prowadzących poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i 29 % podmiotów prowadzących oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. [str. 32, 55–56, 66–68]

Nieprzeprowadzenie oceny wdrożonych rozwiązań

NFZ zdefiniował w ramach priorytetu w obszarze świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2019–2023 cel polegający na „Zwiększeniu dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji”. Monitoring realizacji tego celu nie uwzględniał jednak danych dotyczących hospitalizacji. [str. 41–42]

Minister nie zaplanował docelowych efektów i oczekiwanych rezultatów, które powinny być punktem odniesienia w ocenie stopnia osiągnięcia celów, dla których reforma była wprowadzana. Do zakończenia kontroli NIK w Ministerstwie Zdrowia nie dokonano ewaluacji reformy, a nawet nie określono, wg jakich kryteriów zostanie ona przeprowadzona. Ustalono natomiast, że ewaluacja na pewno nie będzie dotyczyć aspektów jakościowych. [str. 31–33]

⁴⁶ Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie (dalej: Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie), UDSK w Białymstoku, Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Sensimed” Sp. z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu, Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Sp. z o.o. (dalej: Regionalne Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Białogardzie).

Zmiany rozporządzenia bez oceny efektów nowego modelu

Pomimo nieprzeprowadzenia ewaluacji lub innych udokumentowanych ocen efektów wprowadzonych rozwiązań, Minister zmieniał pierwotne wymagania dla podmiotów poszczególnych poziomów referencyjnych, określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Konieczność wprowadzenia zmiany spowodowana była nierzetelnym przygotowaniem reformy, a zwłaszcza brakiem analizy możliwości istniejących zasobów systemu i ich optymalnego wykorzystania. [str. 30–31]

Zmiany polegały na rezygnacji z obowiązku prowadzenia oddziału dziennego w ramach III poziomu referencyjnego (w szpitalach)⁴⁷. Po dwóch latach od wdrożenia reformy wprowadzono do nowego modelu dwie nowe formy organizacyjne dla podmiotów udzielających świadczeń (w I i II poziomie referencyjnym). Zmiana w ramach II poziomu referencyjnego polegała na rezygnacji z konieczności prowadzenia oddziału dziennego w centrum. Zrezygnowano z obowiązku udzielenia świadczenia w ciągu siedmiu dni roboczych od zgłoszenia się pacjenta do ośrodków I i II poziomu referencyjnego. Równolegle do zmian wprowadzanych przez Ministerstwo, Narodowy Fundusz Zdrowia wdrażał zmiany w zasadach finansowania, rozliczania i sprawozdawania świadczeń. Ustalone zasady rozliczeń były nieprzejrzyste nawet dla pracowników oddziałów NFZ i wymagały wydawania przez Centralę NFZ dodatkowych wyjaśnień dla OW NFZ. W konsekwencji, podmioty lecznicze, które decydowały się przystąpić do umów z NFZ i udzielać świadczeń w ramach nowego modelu opieki, musiały funkcjonować w środowisku stale „doprecyzowywanych” przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ regulacji. [str. 30–31]

Opóźniona kampania informacyjna

Według założeń reformy, każdy z poziomów referencyjnych to odrębne struktury organizacyjne, do których obowiązują odrębne kolejki oczekujących. Ministerstwo podkreślało, że rodzicom pozostawiono swobodę wyboru miejsca udzielenia świadczenia. Nie mieli oni jednak informacji, gdzie są takie miejsca i gdzie mogą się udać. Dopiero po prawie trzech latach po wprowadzeniu nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży⁴⁸, tj. w 2021 r. i 2022 r., przeprowadzono kampanię pt. „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” część 1 i część 2, która miała promować reformę i upowszechnić wiedzę jak korzystać z systemu nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz jak rozpoznawać wczesne objawy potencjalnych zaburzeń lub choroby. Działanie, choć niezbędne, podjęte było z wyraźnym opóźnieniem w stosunku do początku wdrażania reformy. W latach 2020–2023 (I kwartał) liczba pacjentów hospitalizowanych wzrastała, a odsetek pacjentów przyjmowanych w stanach nagłych w zasadzie nie zmieniał się i stale przewyższał 70 %. [str. 37]

Brak oceny efektów kampanii informacyjnej

Choć na sfinansowanie kampanii pt. „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” część 2 Minister wydał 1,1 mln zł, to nie zweryfikował efektów jej przeprowadzenia, a w konsekwencji nie ocenił, czy działanie to było skuteczne i wystarczające. Celem Kampanii było upowszechnienie wiedzy o możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu oraz promocja higieny życia psychicznego dzieci i młodzieży. Co niezwykle istotne, celem było także przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji dzieci i młodzieży doświadczającej zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin. Jedyną formą oceny realizacji przedsięwzięcia był zasięg kampanii, zatem w Ministerstwie nie zbadano efektu przeprowadzonej kampanii, czyli jej wpływu na postawy społeczne. [str. 37]

Nierzetelne i niegospodarne działania mające na celu wsparcie reformy

Standardy organizacyjne i merytoryczne I, II i III poziomu referencyjnego w ramach projektu *Wsparcie procesu wdrażania reformy* nie zostały zaopiniowane przez towarzystwa naukowe, przede wszystkim przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne, a także przez wskazanego w Ministerstwie eksperta – Pełnomocnika. Pomimo opracowania Standardów niezgodnie z umową o ich sporządzenie, Minister odebrał zamówienie (wartość dla tej części umowy wynosiła 535 000 zł),

⁴⁷ Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych, Dz. U. z 2020 r. poz. 1641.

⁴⁸ Tj. wejścia w życie załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

co stanowiło działanie niegospodarne i naruszało art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴⁹. Minister uznał bowiem, że zaproszenie do udziału w konsultacjach projektu, a w przypadku Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zgłoszenie uwag w jego trakcie (a więc w stosunku do roboczej, zmienianej później w różnych aspektach wersji dokumentu), jest równoważne z zaopiniowaniem Standardów. Treść Standardów została zamieszczona na stronie internetowej Ministerstwa⁵⁰ i przekazana do podmiotów leczniczych. [str. 32–33]

Przeciągające się procedury dofinansowywania podmiotów leczniczych

Minister przeprowadził dwa postępowania dotyczące dofinansowania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. *Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023* był realizowany przewlekłe⁵¹. Od utworzenia *Programu* Minister przez ponad półtora roku rozdysponował jedynie 17,9 %⁵² środków będących w jego gestii, przeznaczonych na dofinansowanie infrastruktury szpitali (podmiotów udzielających świadczeń stacjonarnych)⁵³. Panująca inflacja powodowała, że realna wartość dofinansowania tak naprawdę zmalała, co zwiększało ryzyko braku możliwości sfinansowania inwestycji, bowiem ich koszty zostały wycenione i zawarte we wnioskach złożonych jeszcze w 2022 r. [str. 36]

Niekorzystanie z rozwiązań wpływających na zwiększenie dostępności leczenia

W poradniach zdrowia psychicznego wskazywano na utrudnienia wynikające z niestawiania się pacjentów na zaplanowane wizyty. NIK stwierdziła jednocześnie, że w 10 poradniach zdrowia psychicznego (77 %), spośród 13 skontrolowanych, nie uruchomiono obowiązkowej elektronicznej rejestracji na wizyty. W konsekwencji nie umożliwiano monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz nie potwierdzano terminu (nie powiadamiano o terminie) udzielenia świadczenia, o czym mowa w art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizacja tego obowiązku przez podmioty lecznicze powinna zmniejszyć problem niestawiania się pacjentów na umówiony termin wizyty i umożliwić większej liczbie pacjentów na dostęp do lekarza. [str. 56–58]

Nieprzestrzeganie praw pacjentów

W okresie objętym kontrolą, w każdym skontrolowanym szpitalu stosowano przymus bezpośredni wobec pacjentów (dzieci i młodzieży). Wobec niektórych pacjentów przymus bezpośredni stosowano wielokrotnie⁵⁴. We wszystkich skontrolowanych szpitalach naruszano przy tym przepisy dotyczące stosowania lub dokumentowania tej formy ograniczenia wolności osobistej. Przymus bezpośredni stanowi naruszenie dóbr osobistych człowieka i może być stosowany tylko w granicach kompetencji danej osoby oraz na podstawie i zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na braku przeprowadzenia badania lekarskiego przed przedłużeniem przymusu bezpośredniego na kolejne okresy, co było niezgodne z art. 18a ust. 8 ustawy o zdrowiu psychicznym, uzależniającym przedłużenie unieruchomienia od uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania danego pacjenta przez lekarza (w trzech podmiotach⁵⁵ – 43 %, spośród siedmiu skontrolowanych), zleceniu przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarzy, którzy nie byli do tego uprawnieni (w dwóch szpitalach⁵⁶ – 29 %, spośród siedmiu

⁴⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm. dalej: ufp.

⁵⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp: 6 września 2023 r.

⁵¹ Wskaźnikiem realizacji Programu była liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych objętych wsparciem w Programie. Przewidywana wartość wskaźnika na 2023 r. wynosiła 30 podmiotów. Wartość projektu to 80 mln zł.

⁵² Tj. 14,3 mln zł z 80 mln zł przeznaczonych na ten cel.

⁵³ Do 7 listopada 2023 r. nie zostały podpisane dodatkowe umowy.

⁵⁴ Np. w przypadku Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu jeden pacjent był unieruchomiony bez przerw przez 63 dni (przymus przedłużony 235 razy), a licząc dodatkowe cztery przymusowe unieruchomienia tego pacjenta, był on unieruchamiany 98,6 % czasu hospitalizacji.

⁵⁵ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (dalej: SPSK nr 1 w Lublinie), Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu, UDSK w Białymstoku

⁵⁶ SPSK Nr 1 w Lublinie, CM HCP w Poznaniu.

skontrolowanych), niestosowaniu parawanów w celu zapewnienia intymności pacjentowi poddanemu czterokończynowemu przymusowi bezpośredniemu na korytarzu oddziału (jeden przypadek), prowadzeniu i wypełnianiu kart zastosowania przymusu bezpośredniego niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (w pięciu szpitalach – 71%, spośród siedmiu skontrolowanych). Stwierdzono również nieprawidłowości dotyczące dokonywania i przechowywania zapisu monitoringu w salach przeznaczonych do izolacji, który to zapis miał służyć wzmocnieniu bezpieczeństwa pacjentów (dwa szpitale⁵⁷). [str. 67–70]

**Problemy
wynikające z braku
lub niewystarczających
regulacji prawnych
– monitoring**

W podmiotach leczniczych zidentyfikowano również problemy wynikające z braku odpowiednich uregulowań prawnych dotyczących monitoringu w oddziałach psychiatrycznych i przeszukań pacjentów tych oddziałów. Zgodnie z art. 18e ust. 2 i 6 ustawy o zdrowiu psychicznym, pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. W jednym szpitalu⁵⁸, w przypadku wykorzystywania sali do izolacji i zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, zapis monitoringu włączano wyłącznie w celu zarejestrowania samego momentu unieruchamiania pacjenta⁵⁹. Było to uzasadniane tym, że obowiązek monitorowania stosowania przymusu bezpośredniego dotyczy wyłącznie przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Brak regulacji dotyczącej obowiązku monitorowania w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia powodował, że w przypadku pacjenta umieszczonego w pojedynkę w sali do izolacji, u którego zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, wykluczano możliwość kontroli wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego stosowanego w warunkach zbliżonych do izolacji (a nawet dotkliwszych, bo połączonych z unieruchomieniem). W ustawie o zdrowiu psychicznym nie sprecyzowano obowiązku stosowania monitoringu i czasu jego trwania w odniesieniu do przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia. Sytuacja ta negatywnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów poddanych w tych warunkach takiej formie przymusu. [str. 69–70]

**Problemy
wynikające z braku
lub niewystarczających
regulacji prawnych
– przeszukania**

Przepisy ustawy o zdrowiu psychicznym nie odnoszą się do kwestii przeszukania pacjentów oddziałów psychiatrycznych i tym samym, nie dają uprawnień dyrektorom szpitali do tworzenia w tym zakresie regulacji wewnętrznych, a także nie dają uprawnień osobom zatrudnionym w szpitalu do podejmowania takich czynności. W skontrolowanych szpitalach dokonywano przeszukania rzeczy osobistych należących do pacjentów. W jednym szpitalu⁶⁰ przeszukaniu podlegały nie tylko rzeczy pacjenta, ale także sami pacjenci. Byli oni przeszukiwani przy użyciu wykrywacza metalu, a następnie w łazience, po rozebraniu się byli przeszukiwani przez dwóch pracowników tej samej płci co pacjent. Usuwane były też kolczyki z uszu, nosa, języka oraz innych części ciała. W placówkach konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa, ale nie może to naruszać godności pacjentów i nie może ich poniżać. Nie można stosować takich metod, zwłaszcza, gdy nie mają umocowania prawnego oraz uzasadnienia, co wynika z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶¹ Wewnętrzne przepisy, dotyczące przeprowadzania kontroli osobistych w oddziale, muszą mieć podstawy prawne. W przeciwnym razie stanowią naruszenie konstytucyjnych praw i wolności człowieka, a także art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie z dnia 4 listopada 1950 r.⁶² Powyższe uzasadnia wniosek NIK o zainicjowanie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie tych zagadnień w przepisach prawa. [str. 70–71]

⁵⁷ UDSK w Białymstoku, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie.

⁵⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu, dalej: Wojewódzki Szpital w Opolu.

⁵⁹ Wszyscy pacjenci poddani unieruchomieniu znajdowali się pojedynczo w separacie.

⁶⁰ UDSK w Białymstoku.

⁶¹ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

⁶² Dz. U. z 1993 r. poz. 61, poz. 284, ze zm.

Problemy wynikające z braku lub niewystarczających regulacji prawnych dla dokumentacji psychologów

W trakcie kontroli stwierdzono, że w poradniach zdrowia psychicznego pacjenci przedstawiali dokumentację dotyczącą dotychczas uzyskanej diagnozy i efektów podjętych terapii pochodzącą znacznie częściej z poradni psychologiczno-pedagogicznych niż z innych podmiotów. Mogło to wynikać z faktu, że poza ściśle określonymi przypadkami⁶³ nie ma regulacji prawnych dotyczących sposobu prowadzenia przez psychologów i psychoterapeutów dokumentacji wykonywanych przez nich świadczeń, także w podmiotach komercyjnych. Ma to w ocenie NIK wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i uzasadnia wniosek NIK o prawne uregulowanie tego zagadnienia. [str. 57–58]

⁶³ W tym związanymi właśnie z realizacją świadczeń w poradniach psychologiczno-pedagogicznych a także m.in. ze służbą medycyny pracy, czy ubieganiem się o uprawnienia do kierowania pojazdami (ew. ich aktualizacją).

4. WNIOSKI

- Prezes Rady Ministrów** Zintensyfikowanie działań, które doprowadzą do:
- określenia zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej i jednostek systemu oświaty, przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności do opracowania instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, pomocy społecznej i sądownictwa, w tym zasad wymiany informacji o pacjencie;
 - wypracowania zasad sprawnego ustalania sytuacji prawnej hospitalizowanych dzieci i młodzieży w sposób zapobiegający przedłużaniu ich hospitalizacji ze względów innych niż wskazania medyczne.
- Minister Zdrowia** Najwyższa Izba Kontroli uznaje za zasadne podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań:
- określenie oczekiwanych i zwymiarowanych efektów wdrażanej reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, a także harmonogramu dalszych działań i niezbędnych zasobów, w tym kadrowych, w sposób uwzględniający wyniki rzetelnie przeprowadzonej ewaluacji dotychczasowych jej rezultatów;
 - intensyfikację współdziałania z innymi organami i podmiotami w celu określenia zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz doprowadzenie do opracowania instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty;
 - kontynuowanie działań na rzecz promocji higieny życia psychicznego z wykorzystaniem rzetelnej oceny efektywności kampanii społecznych mających na celu upowszechnienie wiedzy o możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu oraz wzrost świadomości zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, pod kątem ich realnego wpływu na postawy społeczne.
- Wnioski de lege ferenda** Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie niżej wymienionych aspektów opieki psychiatrycznej:
- w ustawie o zdrowiu psychicznym:
 - zakresu uprawnień pracowników szpitali prowadzących przeszukania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych i sposobu ich realizacji w celu zagwarantowania przestrzegania praw pacjentów do intymności i nietykalności osobistej oraz bezpieczeństwa na oddziałach;
 - prowadzenia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych w przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ujednolicenia praktyki w tym zakresie;
 - w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodach psychologa i samorządzie zawodowym psychologów⁶⁴:
 - sposobu dokumentowania procesu terapeutycznego, prowadzonego przez psychoterapeutów, także na rynku komercyjnym, oraz zakresu odpowiedzialności psychologów i psychoterapeutów, m.in. w celu zabezpieczenia prawa pacjentów do dokumentacji dotyczącej diagnozy i procesu terapeutycznego oraz jego efektów.

⁶⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1026.

- Podmioty lecznicze** Wnioski Najwyższej Izby Kontroli kierowane do świadczeniodawców w wyniku kontroli jednostkowych dotyczyły w szczególności:
- przestrzegania zasad stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w sposób zapewniający przestrzeganie praw pacjenta,
 - zapewnienia prowadzenia kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym prowadzenia rejestru oczekujących w postaci elektronicznej i umożliwienia umawiania wizyt drogą elektroniczną oraz powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia,
 - zatrudniania personelu w wymaganym wymiarze.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Przygotowanie i wdrożenie reformy opieki psychiatrycznej

Nie stworzono należytych warunków formalno-prawnych i organizacyjnych niezbędnych do wdrożenia nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Przygotowaniem i wdrożeniem zmian w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży zajmował się Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. W kompetencjach tego ostatniego podmiotu było wdrażanie reformy, według zasad określonych przez Ministra Zdrowia.

5.1.1. Minister Zdrowia

Brak dopracowania całościowej koncepcji reformy

Minister nie dopracował całościowej koncepcji reformy opieki psychiatrycznej, nie określił niezbędnych zasobów, oczekiwanych, zwymiarowanych efektów i harmonogramu działań. W Ministerstwie nie było dokumentacji dotyczącej założeń i ustaleń wprowadzanej reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, np. opisu celów reformy, oczekiwanych efektów, czy zasobów niezbędnych do jej wdrożenia. Dotyczyło to m.in. tak istotnej kwestii jak liczebność podmiotów leczniczych niezbędnych do zrealizowania reformy. Z dokumentacji uzyskanej w toku kontroli wynikało, że założenia co do zakładanej liczby podmiotów mających funkcjonować na poszczególnych poziomach referencyjnych zmieniały się. I tak np.:

- w dokumencie dostępnym na stronie Rządowego Centrum Legislacji pt. Ocena Skutków Regulacji do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (numer w wykazie prac Ministra Zdrowia MZ822, datowanym na lipiec 2019 r.) wykazano 500 ośrodków I poziomu referencyjnego⁶⁵,
- w uzyskanym od Wojewody Mazowieckiego raporcie Mazowieckiego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii Dzieci i młodzieży za rok 2020 wskazano, że – „jak wynika z założeń reformy” – jeden Ośrodek Środowiskowej Opieki dla Dzieci i Młodzieży powinien obejmować 12,5 tys. niepełnoletnich,
- we wniosku Ministerstwa Zdrowia z 2021 r. o dofinansowanie projektu PO WER *Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży* podano, że zgodnie z założeniami, docelowo na terenie Polski ma działać 300 ośrodków I poziomu referencyjnego, 100 podmiotów II poziomu referencyjnego oraz co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego w każdym województwie,
- w mapie potrzeb i w Krajowym Planie Transformacji (2021 r.) wskazano, że zakłada się utworzenie ośrodków leczenia na trzech poziomach referencyjności, z dostępem do opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego w każdym powiecie lub grupie powiatów.

Nieokreślenie potrzeb zdrowotnych

Jedyną dokumentacją przedłożoną w toku kontroli NIK, określającą informacje dotyczące projektowanej reformy, były kolejne projekty zmian rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Minister opracował projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych wprowadzający nowy model opieki psychiatrycznej, nie dysponując na tym etapie aktualnymi badaniami epidemiologicznymi, dotyczącymi zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Badania takie są praktycznym narzędziem do oceny potrzeb w opiece

⁶⁵ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12322656> – dostęp na dzień 26 lipca 2023 r.

zdrowotnej⁶⁶. Pozwalają oszacować zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie, którego dotyczą. A to z kolei pozwala zaplanować sposób organizacji sektora, który zapewni potrzebującym dostęp do świadczeń i pełne zabezpieczenie ich potrzeb. Dobre oszacowanie potrzeb pozwala na dokonanie zmian funkcjonowania sektora – natychmiastowe lub odłożone w czasie.

W Ministerstwie, szacunki skali potrzeb zdrowotnych oparto na danych pochodzących z NFZ, GUS i na opiniach członków *Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*. Skali potrzeb nie określono na podstawie całościowych i aktualnych informacji o występowaniu zaburzeń psychicznych, terytorialnym rozkładzie zapotrzebowania na opiekę, lecz w oparciu o dane historyczne, obrazujące możliwości systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży sprzed reformy, który to system uznano za nieefektywny.

Nieokreślenie zasobów systemu

Minister, przed wprowadzeniem zmian w opiece psychiatrycznej, nie dysponował także szacunkami dotyczącymi wielkości kadr niezbędnych dla zapewnienia opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży⁶⁷. Według wyjaśnień, w Ministerstwie trwały intensywne prace nad modelem popytowym i podażowym dotyczącym lekarzy oraz pozostałej kadry medycznej, który pozwoli dokładnie określić zapotrzebowanie na kadrę medyczną we wszystkich obszarach. Działania te w ocenie NIK były jednak spóźnione.

Wsparcie merytoryczne prac nad przygotowaniem reformy

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 20 lutego 2018 r., powołał *Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*⁶⁸. Zgodnie z pierwotnym brzmieniem § 3 tego zarządzenia, do zadań Zespołu należało przygotowanie rekomendacji dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i leczeniu uzależnień, a decyzje podjęte przez Zespół miały być dokumentowane w drodze uchwał. Od 3 marca 2022 r. do zadań Zespołu należało również: monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, opartego o trzy poziomy referencyjne; przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu; identyfikacja potrzeb dotyczących współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny, a także analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 28 października 2019 r., ustanowił Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży⁶⁹. Powołana Pani Profesor była również członkiem Zespołu, a od 3 marca 2022 r. został Zastępcą Przewodniczącego Zespołu. Do zadań Pełnomocnika, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 tego zarządzenia, należało inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu reformę i rozwój opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w Rzeczypospolitej Polskiej z wyłączeniem leczenia uzależnień. Zgodnie z § 4 pkt 1 i 2 powołanego zarządzenia, Pełnomocnik przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje w zakresie analiz, ocen i wniosków związanych z realizacją m.in. zadań określonych w § 3 ust. 1 pkt 1 zarządzenia oraz propozycje w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych rekomendowanych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Brak dokumentacji dotyczącej prowadzenia prac analitycznych i wsparcia działań Ministra

Minister decydował o nowych rozwiązaniach opierając się głównie na opiniach członków *Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży* oraz *Pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży*. Nie wyegzekwował jednak od Zespołu wyrażania stanowisk w formie uchwał i wydawania na piśmie rekomendacji oraz informacji dotyczących analiz, ocen, wniosków

⁶⁶ Por. Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Roman Topór-Mądry, Aleksandra Gilis-Januszewska, Jolanta Kurkiewicz, Andrzej Pająk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” Kraków 2002.

⁶⁷ Określonej w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

⁶⁸ Dz. Urz. MZ. z 2018 r. poz. 6.

⁶⁹ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 91.

i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań⁷⁰. W Ministerstwie nie dysponowano również pisemnymi rekomendacjami *Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży* dotyczącymi rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych. Od 21 lutego 2018 r., tj. od dnia wejścia w życie zarządzenia w sprawie powołania Zespołu, do kwietnia 2023 r. Zespół odbył 15 posiedzeń. Przez okres ponad pięciu lat, do kwietnia 2023 r. Zespół nie podjął żadnych uchwał, zaś jego przewodniczący nie zlecał sporządzenia ekspertyz, analiz i opinii. Posiedzenia nie były protokołowane ani dokumentowane w inny sposób. Ustalenia z Pełnomocnikiem dotyczące kształtu opieki psychiatrycznej w Polsce odbywały się w głównej mierze – jak wskazywano – „telefonicznie”.

Zarzucone plany reformy – bez uzasadnienia

W Ministerstwie, na etapie przygotowywania reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zakładano objęcie nią także poradni psychologiczno-pedagogicznych⁷¹ poprzez nowe zdefiniowanie ich roli w systemie oświaty oraz stopniową zmianę systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Zakładano, że podstawą planowanego modelu opieki psychiatrycznej powinny być poradnie psychologiczno-pedagogiczne, które w razie potrzeby będą zasięgać pomocy specjalistów. Tego planu jednak nie zrealizowano. W związku z brakiem dokumentowania procesu analiz i podejmowania decyzji, nie było możliwe ustalenie przyczyn takiego wyboru, a następnie rezygnacji z planu przekształcenia poradni psychologiczno-pedagogicznych⁷² w placówki funkcjonujące w ramach I poziomu referencyjnego.

Niewystarczająca współpraca międzyresortowa na etapie planowania reformy

Pomimo, że celem reformy była deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej, rozumianej jako przenoszenie ciężaru opieki nad pacjentem z oddziałów całodobowych do bardziej otwartych form sprawowania oddziaływań terapeutycznych, Minister w niewystarczającym stopniu współpracował z innymi szefami resortów (w tym z ministrem właściwym w sprawach oświaty i wychowania) w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Jedyny udokumentowany efekt współpracy dotyczył opracowania wraz z Ministrem Edukacji i Nauki wzoru porozumienia pomiędzy placówkami oświaty a placówkami udzielającymi świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego. Tymczasem zadaniem Ministra Edukacji i Nauki było przygotowanie, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, instytucjonalnych zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności z młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi (Rozdział 2 pkt III załącznika do NPOZP 2017–2022). W trakcie kontroli Minister wyjaśniał, że współpraca Ministerstwa Zdrowia z innymi ministerstwami oraz instytucjami była i jest realizowana w ramach prac Zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jak jednak wcześniej wskazano, przebiegu prac tego organu nie dokumentowano.

Spóźnione współdziałanie z przedstawicielami resortu oświaty

Dopiero w marcu 2023 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Konsultanta Krajowego do spraw psychiatrii dzieci i młodzieży (a także wybranych konsultantów wojewódzkich) oraz przedstawicieli Instytutu Neurologii i Psychiatrii w Warszawie, którego celem było wypracowanie modelu współpracy pomiędzy systemem oświaty a działaniami Ministra Zdrowia w obszarze psychiatrii dziecięcej. W trakcie spotkania zwrócono uwagę, że: dynamika przyjęć pacjentów w leczeniu ambulatoryjnym oraz zamkniętym związana jest z okresem roku szkolnego. Dzieci z trudnościami psychicznymi⁷³ mają problem z funkcjonowaniem

⁷⁰ Również w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

⁷¹ Pismo Dyrektora Biura Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia z 25 stycznia 2019 r., IK: 1565239.

⁷² Niebędących podmiotami leczniczymi, w których pracownicy są zatrudniani na podstawie Karty Nauczyciela Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, ze zm.).

⁷³ Z zaburzeniami neurorozwojowymi – zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, specyficznymi zaburzeniami umiejętności szkolnych, zaburzeniami nastroju – epizodami depresji, chorobą afektywną dwubiegunową, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami psychotycznymi.

w szkole i często (nawet 2–3 lata) pozostają pacjentami psychiatrycznych oddziałów dziennych. W opinii rodziców i opiekującego się nimi personelu (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów) jest to jedyny sposób, by młodzież ta ukończyła szkołę, ponieważ w macierzystych szkołach nie otrzymują stosownego wsparcia i opieki, nie są respektowane wskazane im zalecenia specjalistów, nie otrzymują wsparcia pedagogiczno-psychologicznego. Szkoła nie współpracuje z ich opiekunami. Bariery dla współpracy międzyresortowej miał być sposób postrzegania dzieci i młodzieży przez poszczególne resorty. Dla resortu edukacji byli to uczniowie, a dla resortu zdrowia – pacjenci. Nie umiano wypracować płaszczyzny wsparcia dla młodego człowieka potrzebującego pomocy w środowisku, w którym na co dzień funkcjonuje.

Nie podejmowano natomiast w ogóle współpracy z pozostałymi resortami. W konsekwencji Minister nie opracował rozwiązań prawnych i organizacyjnych, których potrzebę sam przewidział w projekcie NPOZP 2017–2022. Należy tu mieć na uwadze, że zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym⁷⁴, minister właściwy do spraw zdrowia współdziała z organami władzy publicznej. Ponadto pkt 4 załącznika do NPOZP 2017–2022 zobowiązywał Ministra do kierowania realizacją Programu i koordynowania wykonania zadań, o których mowa w § 1 rozporządzenia wprowadzającego ten Program.

**Dostosowywanie
wdrożonej reformy
do możliwości
systemu**

W okresie objętym kontrolą rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych było czterokrotnie nowelizowane rozporządzeniami z dnia 16 marca 2020 r.⁷⁵, 16 września 2020 r.⁷⁶ 2 grudnia 2020 r.⁷⁷ i 15 marca 2023 r.⁷⁸. Pomimo nieprzeprowadzenia ewaluacji lub innych udokumentowanych ocen efektów wprowadzonych rozwiązań, Minister zmieniał pierwotne wymagania dotyczące podmiotów funkcjonujących w poszczególnych poziomach referencyjnych, określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (stopniowo część z nich ograniczając). Zmiany polegały m.in. na rezygnacji z obowiązku prowadzenia oddziału dziennego w ramach III poziomu referencyjnego (w szpitalach)⁷⁹. Po dwóch latach od wdrożenia reformy wprowadzono do nowego modelu dwie nowe formy podmiotów udzielających świadczeń (w I i II poziomie referencyjnym). W ramach I poziomu referencyjnego wprowadzono zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, dla którego obniżono wymiar czasu pracy specjalistów w stosunku do wymagań dla istniejącego już ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Natomiast zmiana w II poziomie referencyjnym polegała na rezygnacji z konieczności prowadzenia oddziału dziennego w centrum, przy wprowadzeniu dodatkowej formy organizacyjnej, tj. centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia, w którym funkcjonuje jedynie poradnia zdrowia psychicznego. Określono również wskazania do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10⁸⁰. Zmieniono wymagania dotyczące personelu ośrodków III poziomu referencyjnego. Zrezygnowano z obowiązku udzielenia świadczenia w ciągu 7 dni roboczych od zgłoszenia się pacjenta do ośrodków I i II poziomu referencyjnego. Wprowadzono również wymiar czasu, który musiał być przeznaczony na udzielenie danego świadczenia⁸¹. W Ministerstwie nie znajdowały się żadne dokumenty, z których wynikałaby konieczność wprowadzenia kolejnych zmian, ani analizy dotyczące

⁷⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm.

⁷⁵ Dz. U. poz. 456.

⁷⁶ Dz. U. poz. 1641.

⁷⁷ Dz. U. poz. 2155.

⁷⁸ Dz. U. poz. 510.

⁷⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1641.

⁸⁰ W związku z tym część dotychczasowych pacjentów podmiotu leczniczego nie mogłaby kontynuować leczenia u dotychczasowego świadczeniodawcy. Minister wprowadził więc przepis, dopuszczający kontynuację leczenia dla pacjentów, którzy rozpoczęli terapię w oparciu o wskazania inne niż określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia maksymalnie rok od rozpoczęcia tej terapii. Dotyczyło to świadczeń takich jak: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii grupowej oraz sesja psychoterapii rodzinnej.

⁸¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2400, Dz. U. z 2022 r. poz. 2184.

<p>Niewystarczająca liczba podmiotów funkcjonujących w ramach nowego systemu opieki</p>	<p>ich zasadności i wpływu na jakość oraz dostępność udzielanych świadczeń. Przedstawiciel Ministerstwa tłumaczył wprowadzane zmiany treścią opinii ekspertów i wniosków samych świadczeniodawców. Takiej argumentacji nie potwierdzała jednak żadna dokumentacja. Ponadto zmiany te wprowadzano, mimo że nie przeprowadzono ewaluacji dotychczas wdrożonych rozwiązań.</p> <p>Według stanu na koniec kwietnia 2023 r. liczba podmiotów I poziomu referencyjnego wynosiła 384, II poziomu referencyjnego – 132 (w tym 79 Poradni Zdrowia Psychicznego i 53 Poradni Zdrowia Psychicznego z Oddziałem Dziennym), a także istniały 32 ośrodki III poziomu referencyjnego. W trzech województwach (świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim) nie funkcjonował dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci, a w pozostałych ich rozmieszczenie było nierównomierne.</p> <p>W Ministerstwie, pomimo świadomości występowania niedoboru placówek II poziomu referencyjnego, nie określono ich oczekiwanej liczby w systemie opieki. Do czasu powstania odpowiadającej potrzebom liczby poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz oddziałów dziennych dopuszczono do funkcjonowania podmioty II poziomu bez oddziałów dziennych (o czym mowa powyżej) oraz przyjęto założenie, że przez „pewien czas” (nieokreślony) pacjenci będą korzystać z porad lekarzy psychiatrów w izbach przyjęć. Do decyzji rodzica pozostawiono „wybór”, czy konsultacja z lekarzem odbędzie się w poradni zdrowia psychicznego, czy w izbie przyjęć. W Ministerstwie nie określono horyzontu czasu, w którym przewidziano zakończenie procesu wdrażania nowego modelu opieki psychiatrycznej i przekształcenia placówek starego systemu.</p>
<p>Wydłużające się kolejki oczekujących</p>	<p>W latach 2020–2023 (I kwartał) liczba dzieci oczekujących na świadczenie znacznie wzrosła. I tak, w poradniach zdrowia psychicznego wzrosła ze 135 do 463 osób w przypadkach pilnych i z 9176 do 19 398 osób w przypadkach stabilnych. Średni czas oczekiwania na świadczenie wzrósł z 5 do 11 dni dla przypadków pilnych i z 23 do 49 dni w przypadkach stabilnych. W oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży liczba osób oczekujących dla przypadków pilnych wzrosła z 19 do 55, a stabilnych z 250 do 750. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział wzrósł z jednego do pięciu dni dla przypadków pilnych i z 15 do 33 dni w przypadkach stabilnych. Według stanu na 31 grudnia lat 2020–2022 liczba dzieci hospitalizowanych w całodobowych oddziałach psychiatrycznych dziecięcych wzrosła z 8120 do 14 710, a na oddziałach dla dorosłych ze 199 do 473.</p>
<p>Brak ewaluacji wdrożonych rozwiązań</p>	<p>Ocenę wdrażania nowych rozwiązań zaplanowano w ramach projektu <i>Wsparcie procesu wdrażania reformy</i>. Realizację tego zadania, zaplanowaną pierwotnie w okresie od listopada 2020 r. do końca czerwca 2023 r., przedłużono do końca 2023 r. Jego wykonanie powierzono partnerowi Projektu – Uniwersytetowi Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie⁸². Zgodnie z harmonogramem, opracowanie końcowego raportu ewaluacyjnego miało nastąpić do końca realizacji projektu. We wniosku o dofinansowanie projektu <i>Wsparcie procesu wdrażania reformy</i> poza raportem końcowym zaplanowano także trzy raporty okresowe oraz jeden metodologiczny, do przeprowadzenia w ramach zadania obejmującego monitoring i ocenę procesu wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. We wniosku o refundację tego Projektu podano, że powstał jeden z czterech przewidzianych raportów okresowych – za okres od 1 grudnia 2022 r. do 28 lutego 2023 r. W toku kontroli, pomimo stosownego żądania, raportu tego nie przedłożono kontrolerom NIK. Przedstawiciel Ministerstwa nie wyjaśnił także zasadności opracowywania pozostałych raportów okresowych na końcowym etapie realizacji projektu.</p>
<p>Sygnaly od Konsultanta Krajowego dotyczące wad reformy</p>	<p>Minister nie zlecał badań dotyczących wpływu epidemii COVID-19 na potrzeby opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w rocznych raportach przedkładanych Ministrowi za lata 2020–2022 wskazywał na brak aktualnych danych epidemiologicznych dotyczących Polski (raport z 2020 r.), na negatywny wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, na brak lekarzy ze specjalizacją</p>

⁸² Umowa o Partnerstwie z 8 kwietnia 2021 r.

z psychiatrii dzieci i młodzieży, znaczny odsetek lekarzy w wieku emerytalnym, odpływ wykwalifikowanych lekarzy do sektora prywatnego, brak pielęgniarek, problemy z dostępnością świadczeń zdrowotnych – długi czas oczekiwania na wizytę z powodu braku sieci poradni zdrowia psychicznego, niewystarczającą liczbę oddziałów dziennych, niewystarczającą liczbę miejsc w oddziałach całodobowych, brak całodobowej opieki psychiatrycznej w niektórych rejonach kraju, wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw. W raporcie za 2021 r. Konsultant wskazała, że w stosunku do roku poprzedniego wyraźnie wzrosła liczba ośrodków I poziomu referencyjnego, poprawiło się ich rozmieszczenie oraz dostępność. Jednocześnie wzrosła liczba osobodni we wszystkich oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w niektórych rejonach nawet o 300 %. Jako możliwą przyczynę tego stanu, Konsultant wskazała pogorszenie stanu zdrowia oraz większą dostępność do świadczeń na I poziomie referencyjnym bez dostatecznego zaplecza na II poziomie. W kolejnym raporcie – z 2022 r. – Konsultant wskazała na zauważalny brak płynności w przekazywaniu pacjentów z I do II poziomu wynikający, jej zdaniem, z długiego czasu oczekiwania na wizytę/leczenie szpitalne oraz braku specjalistów⁸³. Konsultant wskazała także na trudności dotyczące współpracy placówek medycznych poszczególnych poziomów referencyjnych z placówkami oświaty (szkołami przedszkolami, przychodniami psychologiczno-pedagogicznymi) oraz z wymiarem sprawiedliwości i opieką społeczną, co wynikało przede wszystkim z braku skoordynowania systemu, który powinien łączyć poszczególne działania właściwe dla każdego z resortów⁸⁴.

Spóźnione wsparcie wdrażania reformy

W ramach projektu *Wsparcie procesu wdrażania reformy* na zlecenie Ministerstwa opracowane zostały Standardy organizacyjne i merytoryczne I, II i III poziomu referencyjnego⁸⁵. Przedmiotem umowy było opracowanie, publikacja standardów (obejmująca redakcję treści, składu graficznego, druku i dystrybucji) oraz przygotowanie założeń i programów szkoleń dotyczących aspektów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych, a także prezentacji i materiałów szkoleniowych. W umowie, wykonawca zobowiązał się do opracowania standardów dla I poziomu referencyjnego w terminie trzech miesięcy od dnia jej zawarcia, dla II i III poziomu referencyjnego w terminie czterech miesięcy od dnia zawarcia umowy oraz do publikacji standardów do 31 marca 2023 r., a także do przygotowania założeń i programów szkoleń, w ciągu miesiąca od daty zaakceptowania poszczególnych Standardów przez Zamawiającego. Minister zaakceptował Standardy 9 grudnia 2022 r. Wysokość wydatków z tytułu ich opracowania wyniosła 535 tys. zł, publikacji 71,8 tys. zł, a przygotowania założeń i programów szkoleń – 55 tys. zł.

Wbrew postanowieniom umowy o sporządzenie Standardów⁸⁶ z 9 lutego 2022 r., wypracowanych standardów nie zaopiniowały towarzystwa naukowe, przede wszystkim Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Nie opiniował ich także ekspert – Pełnomocnik, wskazany przez Ministra. Pomimo opracowania Standardów niezgodnie z umową, zamówienie zostało odebrane (wartość dla tej części umowy wynosiła 535 000 zł), co było działaniem niegospodarnym i naruszało art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸⁷. Treść Standardów zamieszczono na stronie internetowej Ministerstwa⁸⁸ i przekazano do podmiotów leczniczych, choć na dzień zakończenia kontroli NIK Minister nie podjął decyzji o sposobie wdrożenia dokumentu do stosowania.

W Ministerstwie nie naliczono również kary umownej z tytułu zwłoki w opracowaniu Standardów w wysokości 53 605,80 zł, co było niezgodne z umową o ich sporządzenie. Wykonawca przedstawił zamawiającemu zamówione opracowania z opóźnieniem wynoszącym w odniesieniu do Standardów dla

⁸³ Informacja uzyskana w trybie art. 29 ust. 2 pkt 1 lit. f ustawy o NIK.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Dalej: Standardy.

⁸⁶ Nr ADR.250.254.2021 – część I.

⁸⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm. dalej: ufp.

⁸⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp: 6 września 2023 r.

**Brak oszacowania
potrzeb kadrowych
związanych z nowym
systemem**

I poziomu referencyjnego 56 dni oraz dla II i III poziomu referencyjnego 25 dni. Należy podkreślić, że odstąpienie od nałożenia kary umownej narusza art. 42 ust. 5 ufp, zgodnie z którym jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny oraz do terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do ich wykonania.

W Ministerstwie nie oszacowano niezbędnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży pozwalającej zaspokoić potrzeby nowego systemu opieki psychiatrycznej tej grupy pacjentów. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. osób z tej grupy⁸⁹, według stanu na koniec 2021 r. wyniósł 6,8⁹⁰. Według danych uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej w latach 2020–2022 wskaźnik ten wzrósł z 6,7 do 7,8⁹¹. W Ministerstwie nie dysponowano danymi dotyczącymi personelu innego niż kadra medyczna, zatem Minister nie miał informacji dotyczącej liczby psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych. Minister nie przeanalizował i nie określił w jakim czasie można będzie zapewnić w nowym systemie wystarczające zasoby kadrowe do obsługi wszystkich potrzebujących. Brak sformułowanych jasno celów dotyczących zapewnienia kadr może uniemożliwić skuteczną koordynację niezbędnych w tym zakresie działań a przez to negatywnie wpłynąć na rezultat reformy. Ocena efektów działań podjętych przez Ministra będzie możliwa najwcześniej za kilka lat, dlatego konieczne jest ustalenie mierników niezbędnych do oceny, czy są one skuteczne, zwłaszcza że psychiatrię dzieci i młodzieży zaliczono do priorytetowych dziedzin medycyny już w 2012 r.

**Dotychczasowy
stan kadr**

W latach 2020–2021 liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wzrosła o siedem osób (z 468 do 475), jednocześnie o trzy osoby zmniejszyła się liczba lekarzy tej specjalności, którzy udzielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych (z 414 do 411). Na koniec roku 2021 liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w wieku powyżej 60 roku życia wynosiła 22,3 % ogółu (106 osób), w wieku od 50 do 59 lat – 26,3 % (125 osób), w wieku od 40 do 49 lat – 35,2 % (167 osób), w wieku od 30 do 39 lat 16,2 % (77 osób). Do zakończenia czynności kontrolnych NIK, w Ministerstwie nie było takich danych za lata 2022 i 2023 (I połowa).

**Nieobsadzone
specjalizacje**

Liczba lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w latach 2020–2023 (I kwartał) wzrosła. Według stanu na dzień 31 grudnia roku 2020, 2021, 2022 i na dzień 31 marca 2023 r. odpowiednio: 210, 236, 271 i 293 lekarzy było w trakcie specjalizacji, w tym: 143, 168, 199 i 218 w trybie rezydenckim zaś 67, 68, 72 i 75 w trybie pozarezydenckim. We wskazanych wyżej latach najwięcej lekarzy odbywało staż w województwie mazowieckim (odpowiednio: 56, 58, 70 i 78), a najmniej w województwach: świętokrzyskim (od jednej do trzech osób) i warmińsko-mazurskim (po dwie osoby w każdym roku). Liczba miejsc na szkolenia specjalizacyjne wzrosła i wynosiła odpowiednio: 287, 301, 351 i 361, z tego 26,8 %, 24,3 %, 28,2 % i 25,2 % miejsc pozostawało nieobsadzonych. Według danych na koniec I kwartału 2023 r., w każdym województwie funkcjonowała przynajmniej jedna placówka z akredytacją uprawniającą do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

W latach 2020–2022 liczba miejsc rezydenckich i osób zakwalifikowanych na specjalizację w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży kształtowała się następująco:

- w 2020 r. w naborze wiosennym na 21 miejsc, zakwalifikowano osiem osób, w naborze jesiennym na 35 miejsc⁹², zakwalifikowano 29 osób⁹³,
- w 2021 r. w naborze wiosennym na 35⁹⁴ miejsc, zakwalifikowano 15 osób⁹⁵, w naborze jesiennym na 57⁹⁶ miejsc, zakwalifikowano 43 osoby⁹⁷,
- w 2022 r. w naborze wiosennym na 28 miejsc, zakwalifikowano cztery osoby, w naborze jesiennym na 57 miejsc, zakwalifikowano 54 osoby.

⁸⁹ W wieku od 0 do 17 lat.

⁹⁰ Według rekomendacji WHO na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży. Według danych uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej, wskaźnik ten wyniósł 7,1.

⁹¹ W Ministerstwie nie dysponowano danymi za rok 2022–2023.

⁹² Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁹³ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

⁹⁴ Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁹⁵ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

⁹⁶ Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁹⁷ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

Nieoszacowane koszty szkoleń kadry

W latach 2021–2023 (I kwartał)⁹⁸ wydatki z tytułu wynagrodzeń lekarzy rezydentów specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wyniosły odpowiednio: 13,8 mln zł, 18,3 mln zł, 3,9 mln zł (w przeliczeniu na jednego rezydenta było to odpowiednio 81,1 tys. zł, 96,1 tys. zł, 22,2 tys. zł). Jednocześnie w ocenie Ministerstwa kwota wydatków na szkolenia jest nie do oszacowania.

Nierówna dostępność lekarzy

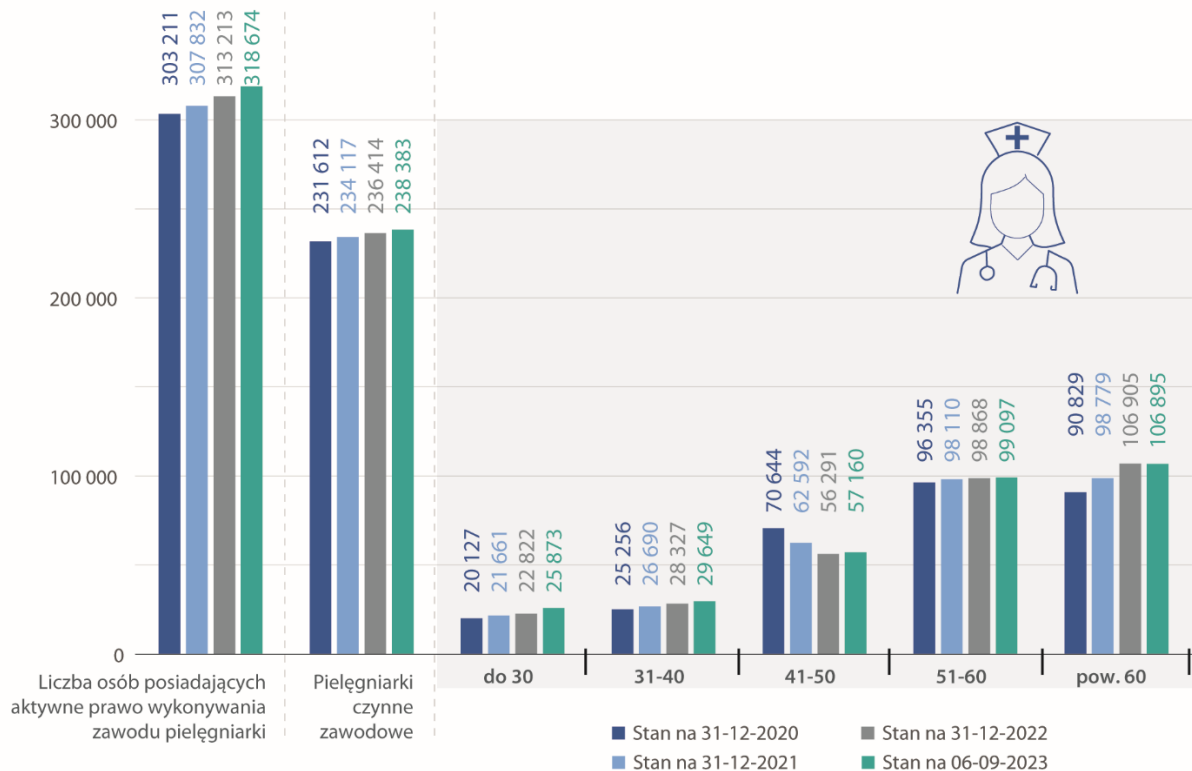
Rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju było nierównomierne. Według stanu na koniec 2021 r. najczęściej psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 100 tys. osób z tej grupy było w województwach łódzkim i mazowieckim (odpowiednio 13,8 i 13), a najmniej – w opolskim i podkarpackim (odpowiednio 3,8 i 3,3).

Biorąc pod uwagę lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży udzielających świadczeń finansowanych przez NFZ, najczęściej psychiatrów przypadających na 100 tys. młodych pacjentów, według stanu na koniec 2021 r. było w województwach dolnośląskim i mazowieckim (odpowiednio 9,4; 9), a najmniej w podkarpackim, podlaskim i lubelskim (odpowiednio 2,5; 3,3 i 3,8). Zgodnie z raportami Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży za lata 2020–2022, w Polsce brakowało około 200 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży⁹⁹.

Dostępność pielęgniarek

Liczba pielęgniarek czynnych zawodowo, według stanu na koniec lat 2020–2023¹⁰⁰ wynosiła odpowiednio: 231 612, 234 117, 236 414 i 238 383, z tego w latach 2020–2021 83 % i 82 % pielęgniarek pracowało w ramach publicznej służby zdrowia. W tych latach 32 % pielęgniarek osiągnęło przedział wieku od 50 do 59 lat, a w wieku ponad 60 lat było od 30 do 34 % pielęgniarek. Liczba pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną według stanu na koniec lat 2020–2022 i 6 września 2023 r. wzrosła z 1,2 % do 1,7 % tj. o 1308 osób¹⁰¹.

Infografika nr 10
Liczba pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 6 września 2023 r.

⁹⁸ Za 2020 r. w Ministerstwie nie było danych w tym zakresie.

⁹⁹ Według minimalnych norm WHO na 10 psychiatrów przypada 100 tys. dzieci.

¹⁰⁰ Stan na 6 września 2023 r.

¹⁰¹ Dane pozyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Działania na rzecz zwiększenia liczby lekarzy	<p>Minister dla zwiększenia liczby lekarzy specjalistów psychiatrii wprowadził kredyt na studia medyczne dla studentów kierunku lekarskiego prowadzonego w języku polskim na zasadach odpłatności¹⁰². Procedurę przyjmowania wniosków uruchomiono w lipcu 2022 r., w roku akademickim 2022/2023. Kwota kredytu wyniosła 20 tys. zł na semestr. Według danych uzyskanych z Ministerstwa, umowy o kredyt na studia medyczne według stanu na 13 kwietnia 2023 r. zawarło 1770 studentów kierunku lekarskiego.</p> <p>W założeniach ma się to przyczynić do ograniczenia zjawiska emigracji lekarzy wykształconych na polskich uczelniach w ramach studiów płatnych, a także do wzrostu liczby lekarzy specjalistów, zwłaszcza w dziedzinach medycyny, uznanych za priorytetowe, jak np. psychiatria dzieci i młodzieży.</p>
Efekty uznania psychiatrii za dziedzinę priorytetową	<p>W 2012 r. psychiatrię dzieci i młodzieży zaliczono do dziedzin priorytetowych, co wiąże się z przyznawaniem większej liczby rezydenckich miejsc szkoleniowych w stosunku do pozostałych dziedzin. Szkolenie w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży wiąże się również corocznie z przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom szkolącym się w trybie specjalizacji rezydenckiej¹⁰³. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać zasadnicze miesięczne wynagrodzenie wyższe o 600 zł – w dziedzinie niepriorytetowej i o 700 zł w dziedzinie priorytetowej. Aby otrzymać takie wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych łącznie dwóch lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego¹⁰⁴.</p> <p>Dodatkowo wprowadzono rozwiązania umożliwiające lekarzom ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji. Szkolenia specjalizacyjne na podstawie skróconego programu specjalizacji mogą odbywać lekarze ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży począwszy od postępowania kwalifikacyjnego wiosną 2023 r.</p>
Więcej nauczania psychiatrii w innych dziedzinach medycznych	<p>W Ministerstwie podjęto prace mające na celu opracowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego¹⁰⁵ dotyczące m.in. zdobycia umiejętności w zakresie psychiatrii¹⁰⁶. W ramach Praktycznego Nauczania Klinicznego wprowadzono na szóstym roku studiów lekarskich dodatkowe zajęcia poszerzające praktyczną wiedzę dotyczącą badania psychiatrycznego pacjenta i oceny jego stanu psychicznego. Opracowano nowe programy specjalizacji w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci</p>

¹⁰² Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 2232.

¹⁰³ Regulacje w tym zakresie zawierają przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

¹⁰⁴ Rozwiązanie to zostało wprowadzone przepisem art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

¹⁰⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 755, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie standardów.

¹⁰⁶ A także uzupełnienia efektów kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w celu implementacji rekomendacji wypracowanych w ramach Zespołu powołanego zarządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MNiSW poz. 45) zmienionego zarządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 grudnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MEiN poz. 17) oraz wprowadzenia zmian niezbędnych do zwiększenia liczby godzin praktycznych kształcenia począwszy od 4. roku studiów na kierunku lekarskim i 3. roku studiów na kierunku lekarsko dentystrycznym – z uwzględnieniem wymagań zawartych w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.).

i młodzieży; obowiązujące lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne zapoczątkowane postępowaniem kwalifikacyjnym wiosną 2023 r. Na przestrzeni lat 2017–2022 wprowadzono nowe specjalizacje w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży i psychoterapii uzależnień.

Opieka środowiskowa z pominięciem POZ

W Ministerstwie nie określono zadań podstawowej opieki zdrowotnej w ramach środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomimo że takie zadanie przewidziano w NPOZP 2017–2022¹⁰⁷.

Brak oceny potrzeb infrastrukturalnych

W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie przeprowadzono dwa postępowania dotyczące przyjmowania wniosków o dofinansowanie od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Nastąpiło to w związku z *Programem wsparcia psychiatrii dziecięcej w ramach przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2* (kwota 60 mln zł pochodząca z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) oraz *Programem wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023* (kwota 80 mln zł). W Ministerstwie nie przeprowadzono analiz i badań dotyczących zasobów (infrastruktury) podmiotów niezbędnych do funkcjonowania nowego modelu systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w latach 2020–2023. Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie wyjaśnił, że wiedza o niedoborach jest powszechna.

Na skutek długotrwałego przygotowania organizacyjnego w Ministerstwie do naboru wniosków o dofinansowanie, opóźniła się realizacja *Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023*, realizowanego na podstawie Uchwały nr 190/2021 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023”. W konsekwencji, pomimo zabezpieczenia środków finansowych na ten cel, nie realizowano założeń *Programu*, tj. poprawy efektywności leczenia pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Do listopada 2023 r. wykorzystano jedynie 17,9 % środków *Programu*, a jego realizację przedłużono do końca 2024 r.

Promocja zdrowia psychicznego

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025¹⁰⁸, Cel operacyjny nr 3 – Promocja zdrowia psychicznego, w Ministerstwie realizowano zadania polegające m.in. na przeprowadzeniu: kampanii telewizyjnej, radiowej, kinowej oraz outdoorowej; szkoleń, webinarów, konferencji; badań ankietowych; na prowadzeniu telefonicznych i internetowych Centrów Wsparcia, spotkań; opracowaniu podręczników, broszur, programów profilaktycznych.

Brak oceny efektów kampanii społeczno-informacyjnej

W ramach projektu *Wsparcie wdrażania reformy*, w Ministerstwie zawarto umowę¹⁰⁹, której przedmiotem było opracowanie założeń i realizacja internetowej kampanii społeczno-informacyjnej o zasięgu ogólnopolskim, dotyczącej możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz promocji higieny życia psychicznego dzieci i młodzieży¹¹⁰, pn. *Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje, część 2*. Celem kampanii miało być przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji dzieci i młodzieży doświadczających zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin.

Celem kampanii informacyjnych/społecznych jest zmienianie zastanej rzeczywistości społecznej poprzez zmianę myślenia i zachowania wobec określonego problemu społecznego, co wiąże się z koniecznością określenia celów i przewidywanych rezultatów, pozwalających na ocenę faktycznej skuteczności oraz efektywności takiej kampanii społecznej. Finansowanie kampanii ze środków publicznych wiąże się z koniecznością dokonywania wydatków z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu

¹⁰⁷ Cel główny nr 1, zadanie nr 6. Zadanie to zostało powielone na kolejne lata w projekcie NPOZP 2023–2030.

¹⁰⁸ Wprowadzonego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz. U. z 2021 r. poz. 642.

¹⁰⁹ Nr ADR.250.199.2022, z 10 października 2022 r. podpisana w imieniu Ministra przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego.

¹¹⁰ Dalej: Kampania.

założonych celów. A zatem, brak przeprowadzenia oceny społecznego oddziaływania (efektywności) projektu sfinansowanego ze środków publicznych jest niezgodny z zasadami określonymi w art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp.

W kampanii *Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje* nie zaplanowano i w konsekwencji nie przeprowadzono ewaluacji dotyczącej efektywności finansowej wykorzystywanych kanałów i instrumentów komunikacyjnych dotarcia do grup docelowych, by w następnych kampaniach można było opracować celowe działania, ukierunkowane na zmianę postaw lub zachowań społeczeństwa (adresatów przekazu). Brak takiej ewaluacji uniemożliwił dokonanie oceny społecznej opłacalności projektu, wskazującej na ile poniesione wydatki przyczyniły się do uzyskania zakładanych rezultatów.

W Ministerstwie realizowano również kampanie edukacyjno-informacyjne:

- „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” część 1, mającą na celu zwiększenie świadomości Polaków dotyczącej negatywnych skutków zdrowotnych wywołanych przez pandemię COVID-19, także w obszarze zdrowia psychicznego, realizowaną w okresie od listopada 2021 r. do stycznia 2022 r.¹¹¹,
- „Zobacz człowieka”, mającą na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz autostygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych, której realizację zaplanowano na lata 2021–2024¹¹².

**Spóźnione
opracowanie NPOZP
na lata 2023–2030**

Minister opracował projekt NPOZP na lata 2023–2030 w terminie uniemożliwiającym jego wprowadzenie z początkiem okresu, na który przypadało jego obowiązywanie. Opracowany w Ministerstwie dokument Oceny Skutków Regulacji nosi datę 5 stycznia 2023 r.¹¹³, czyli w okresie, w którym już powinien obowiązywać.

5.1.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

**Opóźnione
wdrożenie reformy**

Nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży zakładał, jak wynikało z rozporządzenia MZ¹¹⁴, które go wprowadzało, że do 14 grudnia 2019 r. świadczeniodawcy podpiszą umowy na realizację świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego. Prezes NFZ jednak dopiero 16 stycznia 2020 r. wydał zarządzenie¹¹⁵ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień¹¹⁶. Uniemożliwiło to podpisanie przez świadczeniodawców umów na realizację świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego i przekazanie ich dyrektorom właściwych OW NFZ w terminie wynikającym z rozporządzenia wdrażającego nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, czyli do 14 grudnia 2019 r.¹¹⁷

¹¹¹ Budżet ok. 2 mln zł brutto powiększone o koszty emisji spotów telewizyjnych.

¹¹² Wysokość przyznanego finansowania 14,4 mln zł w podziale na lata: 2022 – 4,5 mln zł powiększone o 1,5 mln zł w ramach środków niewygasających z 2021 r., 2023 – 4,5 mln zł, 2024 – 3,9 mln zł.

¹¹³ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306/katalog/12944032#12944032> [dostęp: 4 września 2023 r.].

¹¹⁴ Jak przewidywał przepis § 3 ust. 2 oraz ust. 3 rozporządzenia zmieniającego z 14 sierpnia 2019 r., zgodnie z którym: świadczeniodawca spełniający wymagania (określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285: dalej: rozporządzenie psychiatryczne), w brzmieniu nadanym rozporządzeniem zmieniającym z 14 sierpnia 2019 r., niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. do 14 grudnia 2019 r., podpisuje je i przekazuje dyrektorowi właściwego OW NFZ. W przypadku niepodpisania zmiany umowy świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane na dotychczasowych zasadach.

Nr 7/2020/DSOZ.

¹¹⁵ Oraz opublikowane na stronie <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/>.

¹¹⁷ Jak przewidywał przepis § 3 ust. 2 oraz ust. 3 rozporządzenia zmieniającego z 14 sierpnia 2019 r., zgodnie z którym: świadczeniodawca spełniający wymagania (określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285: dalej: rozporządzenie psychiatryczne), w brzmieniu nadanym rozporządzeniem zmieniającym z 14 sierpnia 2019 r., niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. do 14 grudnia 2019 r., podpisuje je i przekazuje dyrektorowi właściwego OW NFZ. W przypadku niepodpisania zmiany umowy świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane na dotychczasowych zasadach.

Do opóźnienia przyczyniło się niezgłoszenie przez Prezesa NFZ uwag do opublikowanego przez AOTMiT Raportu WT.541.3.2019 w sprawie ustalenia taryfy świadczeń (na podstawie art. 31lb ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁸). Przedmiotowy Raport został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT 2 września 2019 r., natomiast uwagi zgłoszono dopiero do Obwieszczenia opublikowanego w październiku 2019 r., które w opinii Funduszu, nie było spójne z Raportem. W zgłoszonych uwagach wskazano, że określone w Obwieszczeniu odpłatności za świadczenia w postaci miesięcznej stawki kapitałowej za pacjenta objętego opieką w I poziomie referencyjnym było niczym innym jak określeniem jednostki rozliczeniowej, podczas gdy ustawodawca nie określił kapitałowej stawki miesięcznej jako jednostki rozliczeniowej możliwej do stosowania.

Tymczasem zarówno w Raporcie nr WT.541.3.2019¹¹⁹, opublikowanym we wrześniu 2019 r., jak i w Obwieszczeniu opublikowanym w październiku 2019 r. jako sposób rozliczenia wskazano właśnie miesięczną stawkę kapitałową dla I poziomu referencyjnego. Wobec tego uwagi zgłoszone w listopadzie 2019 r. dotyczyły także Raportu ogłoszonego 2 września 2019 r. nr WT.541.3.2019 i można je było zgłosić wcześniej, a nie dopiero w listopadzie 2019 r. Gdyby w NFZ wcześniej podjęto takie działania, to mogłyby zostać dotrzymane terminy wskazane w rozporządzeniu zmieniającym z 14 sierpnia 2019 r. Ocena taka jest tym bardziej zasadna, że dwa dni po wniesieniu przez Prezesa NFZ uwag do Obwieszczenia z października 2019 r., Rada ds. Taryfikacji wydała opinię o zasadności zmiany obwieszczenia w związku z uwagami NFZ¹²⁰.

Rozpoczęcie funkcjonowania nowego modelu

Fundusz, w zakresie swoich kompetencji, podejmował działania w oparciu o rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych i Raport AOTMiT. W raporcie nr WT541.3.2019 wskazano trzy etapy wdrażania nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży¹²¹, gdzie trzecim etapem planowanym na wrzesień 2023 r. było rozpoczęcie funkcjonowania tego modelu w całym kraju¹²². Z kolei w przepisach rozporządzenia psychiatrycznego, poza terminami dotyczącymi propozycji zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma uregulowań zobowiązujących NFZ do zawarcia umów na takie świadczenia w konkretnym terminie. W dalszym ciągu w rozporządzeniu figurowały świadczenia gwarantowane zdefiniowane wg „starego modelu” i nie zaplanowano terminu rozpoczęcia stosowania leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży według „nowego modelu”. Nie wszyscy świadczeniodawcy przyjęli propozycje zmiany umów o realizację świadczeń, wobec czego Dyrektorzy OW NFZ, by zabezpieczyć dostęp do tych świadczeń, cyklicznie ponawiali proces ogłaszania postępowań o zawarcie umów na zakresy stanowiące poszczególne poziomy referencyjne.

Cele NFZ w ramach wdrożenia reformy

W Strategii NFZ na lata 2019–2023 zdefiniowano pięć celów¹²³ dotyczących pacjenta¹²⁴ wraz z miernikami strategicznymi¹²⁵. Przewidziano również półroczny okres monitorowania poziomu realizacji mierników przewidzianych

¹¹⁸ Wydanie ww. zarządzenia przez Prezesa NFZ wymagało uwzględnienia taryf opublikowanych przez AOTMiT.

¹¹⁹ Tabela 28 Projekty taryf na str. 95 Raportu.

¹²⁰ Opinia Rady ds. Taryfikacji nr 2/2019 z 28 listopada 2019 r.

¹²¹ Analogiczny ramowy harmonogram, znajdował się w prezentacji z 25 stycznia 2019 r. dostępnej na stronach www. Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/attachment/e14105e5-5655-4781-a02f-8bf9b6719c9e> [odsłona 23 maja 2023 r].

¹²² Natomiast w etapie I oraz etapie II wskazano m.in. zwiększanie poziomu finansowania systemu.

¹²³ Określonych w załączniku nr 2 do Strategii. W Strategii nie zdefiniowano specyficznych mierników dla opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży Dla obszaru *Psychiatria* w ramach celu nr 2.2. zdefiniowano jeden miernik, tj.: Wskaźnik efektywności leczenia, zdefiniowany jako: stosunek przyrostu liczby wypłaconych rent z powodu rozpoznania chorób psychicznych, do przyrostu środków na psychiatrię.

¹²⁴ W tym cztery cele w ramach celu głównego, tj. celu nr 2. *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*, tj.: 2.1 Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie, 2.2 Zwiększenie oferty opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług telemedycznych, 2.3. Poprawa jakości świadczonych usług, 2.4 Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych.

¹²⁵ w załączniku nr 3. Dla celu nr 2.1. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie był to średni czas oczekiwania dla wskazanych świadczeń

dla poszczególnych celów. Ze Strategii wynikało¹²⁶, że pojęcie jakości odnosi się zarówno do jakości klinicznej leczenia, jak i do jakości obsługi. W dokumencie zastrzeżono, że głównym obszarem zainteresowania NFZ będzie jakość procesu organizacji udzielania świadczeń i ocena jakości w kategoriach dostępności do świadczeń, efektywności organizacyjnej świadczeniodawców oraz bezpieczeństwa pacjentów.

Planowanie modelu według danych dotyczących dotychczasowej dostępności

NFZ miał realizować cel nr 2 Strategii (Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży) poprzez poprawę dostępności do świadczeń i kontraktowanie świadczeń w ośrodkach I poziomu referencyjnego¹²⁷. W pierwszej kolejności każdy OW NFZ miał podpisać tyle umów o udzielanie świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego ile wynikało z liczby niepełnoletnich będących w opiece psychiatrycznej w danym województwie, czyli średnio od 2 do 4 %¹²⁸. Przy planowaniu parametrów dostępności dla świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wykorzystano dotychczasową liczbę pacjentów korzystających z pomocy psychiatrycznej. Odsetek populacji dzieci i młodzieży leczonych w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w poszczególnych województwach wynosił od 1,24 % do 1,78 %. Na tej podstawie w Centrali Funduszu uznano, że wskazany w Raporcie AOTMiT nr WT.5403.39.2021 odsetek dzieci i młodzieży wykazującej zaburzenia psychiczne, nie wynikał z faktycznych potrzeb zdrowotnych ustalonych na podstawie zbieranych przez NFZ danych dotyczących poziomu leczenia niepełnoletnich w zakresie opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży. Wobec tego, bazą wyjściową do planu zakupu świadczeń w ramach nowego systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży było zapewnienie dostępu do tych świadczeń dla ok. 2% populacji niepełnoletnich, przy założeniu, że przy planowaniu ogłoszeń na postępowania konkursowe dotyczące ośrodków I poziomu referencji należy uwzględnić najmniejszą jednostkę terytorialną i administracyjną kraju (lub grupę jednostek). NFZ przyjął, że co prawda objęcie stosowną opieką 9% populacji jest stanem pożądanym i wskaźnikiem zbliżonym do wskaźników w wielu krajach, ale kryterium na poziomie 2 % populacji, w ocenie NFZ odzwierciedlało ogólnopolskie potrzeby.

Planowanie zakupów

W kwestionowanej przez NFZ informacji zawartej w Raporcie AOTMiT WT.5403.39.2021¹²⁹ wskazano, że: pomocy w związku z problemami ze zdrowiem psychicznym wymaga 20 % dzieci i młodzieży natomiast stałej opieki psychiatrycznej 6 %. Wskazano także, że różny był odsetek pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym powiecie, a w większości powiatów województwa był niski¹³⁰. Może to świadczyć o ograniczonym dostępie do takich świadczeń dla dzieci i młodzieży na ich terenie. Przykładowo w województwie wielkopolskim, w niektórych powiatach, w podmiotach I stopnia referencji, osobami korzystającymi z leczenia w 50 % byli mieszkańcy powiatu, w którym mieściła się siedziba danego podmiotu. W Centrali NFZ nie monitorowano i nie analizowano migracji pacjentów pomiędzy ośrodkami I poziomu referencyjnego. Miały tego dokonywać OW NFZ, by uwzględnić tę kwestię w planowaniu zakupu świadczeń (także w planowaniu postępowań konkursowych) i aby zwiększyć dostępność do tych świadczeń i zapewnić je na terenie tzw. „białych plam”. W Centrali NFZ monitorowano natomiast poziom zabezpieczenia i dostępności do świadczeń na obszarach poszczególnych OW NFZ, np. poprzez określenie poziomu objęcia opieką populacji dzieci i młodzieży przez ośrodki I poziomu, II i III poziomu.

¹²⁶ Pkt VIII.47, str. 19, Cel 2 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

¹²⁷ Tj. Tworzenie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży.

¹²⁸ Dążono do zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń dla już leczonych w opiece psychiatrycznej populacji.

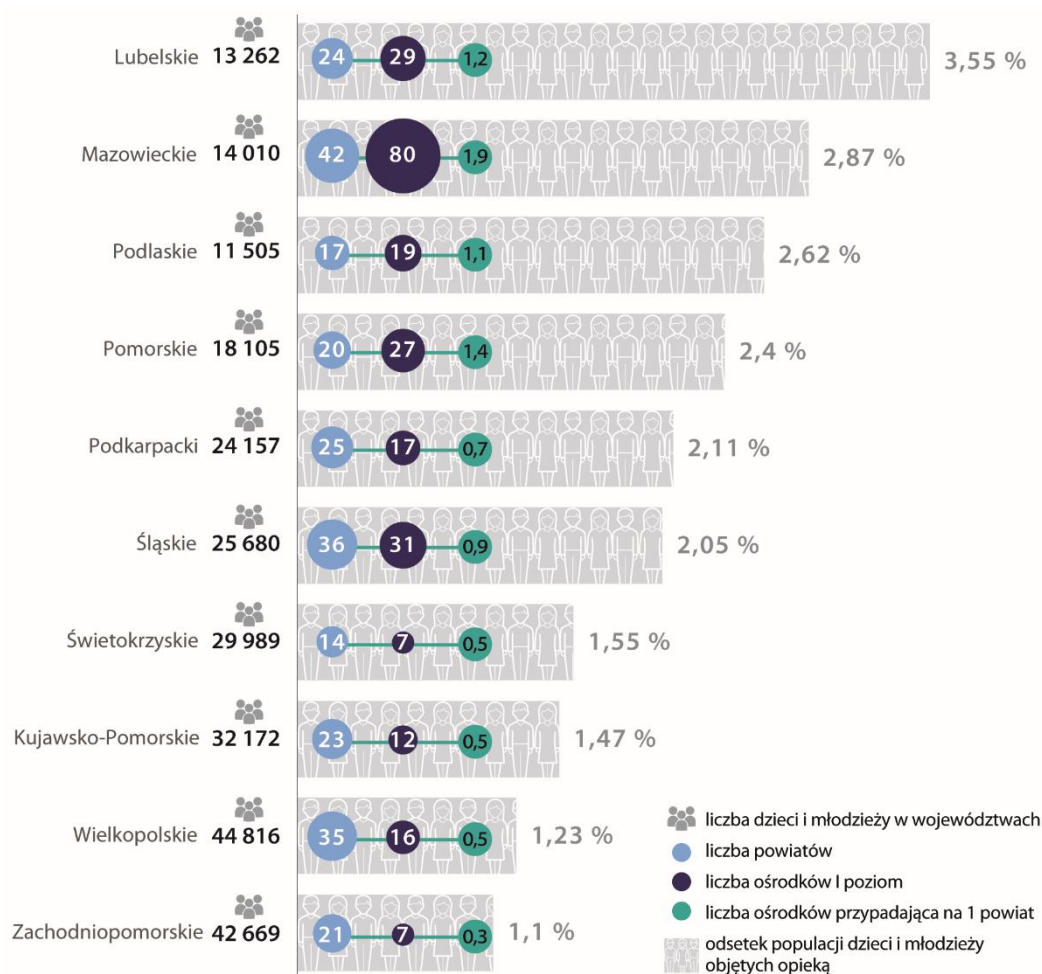
¹²⁹ Powziętej z prezentacji konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, dotyczącej odsetka populacji, u której występują zaburzenia psychiczne.

¹³⁰ W tym dla dużej części z nich 0 %.

Analiza danych, na koniec 2022 r., dotyczących liczby ośrodków I poziomu, referencji i procentowej wielkości populacji dzieci i młodzieży objętej opieką oraz liczby populacji dzieci i młodzieży w województwie wykazała, że w przypadku województw, w których liczba ośrodków była zbliżona do liczby powiatów, opieką obejmowano minimalny założony odsetek populacji młodych pacjentów. Przy mniejszej liczbie ośrodków I poziomu referencyjnego, w stosunku do liczby powiatów, mniejszy był procent populacji niepełnoletnich objętej opieką.

Drugim wskaźnikiem, służącym NFZ do ustalenia liczby ośrodków, które należy zabezpieczyć, by objąć opieką obecną populację dzieci i młodzieży był wskaźnik: jeden ośrodek na 12 500 osób niepełnoletnich. W tym przypadku NFZ korzystał z założeń wskazanych w Raporcie nr WT.5403.39.2021. Zasadniczo oba kryteria (2 % populacji i 12 500 dzieci i młodzieży) korelowały ze sobą. W województwach, w których co najmniej jeden ośrodek I stopnia referencji przypadał na powiat, wówczas jeden ośrodek obejmował opieką średnio od 11 505 do 18 105 dzieci i młodzieży.

Infografika nr 11
Dostępność świadczeń I poziomu referencyjnego



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

W raporcie AOTMiT dokonano analizy dla założonych trzech wariantów docelowej liczby ośrodków – I poziomu referencyjnego¹³¹, tj.: 380 ośrodków (w każdym powiecie będzie funkcjonował przynajmniej jeden)¹³²; 585¹³³

¹³¹ Wpływu, wprowadzenia w życie proponowanej wyceny dla świadczeń udzielanych przez Ośrodki/Zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, na budżet płatnika publicznego.

¹³² Wg stanu na 1 stycznia 2021 r. podział administracyjny Polski obejmował 314 powiatów i 66 miast na prawach powiatu.

¹³³ Z danych GUS za 2020 rok wynikało, że w Polsce było 7 307 098 osób w wieku poniżej 19. roku życia.

ośrodków (jeden na 12 500 osób niepełnoletnich¹³⁴); 733 (rekomendacja RPO¹³⁵ oraz Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego¹³⁶).

Priorytety NFZ

W ramach definiowania priorytetów ogólnopolskich, Prezes NFZ zdefiniował priorytet dla rodzaju świadczeń: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie: Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży¹³⁷. Jego celem było „Zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji”, przy czym w uwagach podano, że liczba osób korzystających z poradni i oddziałów dziennych wzrośnie o 20 % przy jednoczesnym spadku hospitalizacji o 10 %. W czerwcu 2023 r. Centrala NFZ przekazała Dyrektorom OW NFZ aktualizację wskaźników ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, w której w rubryce: Docelowa wartość wskaźnika wskazano: brak wartości.

Częściowy pomiar realizacji celu

Wartość wskaźnika (dotyczącego celu „Zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji”) monitorowanego przez NFZ wynosiła 95 % (za 2020 r.), 96 % (za 2021 r.) i 97 % (za 2022 r.). W związku z satysfakcjonującym NFZ wynikiem, nie korygowano i nie identyfikowano obszarów ryzyka związanego z realizacją celu priorytetu i co za tym idzie nie poddawano ich analizie. Nie osiągnięto jednak założonego spadku hospitalizacji, ponieważ coroczne wzrastała ich liczba.

W NFZ uznawano, że: *ewentualne zmniejszenie liczby hospitalizacji – na rzecz proporcjonalnie większego wzrostu liczby świadczeń ambulatoryjnych i dziennych było celem kierunkowym. Został on jednak zweryfikowany rosnącymi potrzebami zdrowotnymi we wszystkich sektorach opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Jednocześnie w NFZ dostrzegano, że wzrastająca liczba hospitalizacji „wydawała się” odpowiadać realnym potrzebom.*

Kody zakresów służące obliczeniu miernika (dotyczącego celu „Zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji”) oraz jego oczekiwana wartość w poszczególnych latach okresu 2020–2023 zmieniały się. Niezależnie od sposobu pomiaru miernika, nie odnosił się on wprost do wdrożenia przyjętych założeń reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, tj.: docelowego wzrostu dostępności do świadczeń poprzez funkcjonowanie podmiotów I poziomu referencyjnego w każdej najniższej jednostce podziału administracyjnego kraju lub zabezpieczającej 12 500 osób populacji i wzrostu dostępności do świadczeń poprzez funkcjonowanie podmiotów II poziomu referencyjnego, adekwatnie do liczby podmiotów I poziomu referencyjnego. W ocenie NFZ, powodem braku takiej oceny miały być ustawowe kompetencje Funduszu, polegające na finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, a *nie zapewnieniu odpowiedniej do potrzeb liczby łóżek szpitalnych.*

Problemy z tworzeniem placówek II poziomu referencyjnego

Od 2022 r. OW NFZ kontraktowały świadczenia w Centrach – II poziomu referencyjnego¹³⁸, które powstawały na bazie poradni zdrowia psychicznego¹³⁹ lub dziennych oddziałów dla dzieci i młodzieży¹⁴⁰. OW NFZ przedstawiły świadczeniodawcom propozycje zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące postanowienia dotyczące wymagań co do personelu, zakresu udzielanych świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, pozostałych wymagań oraz sposobu i poziomu ich finansowania. Ze względu na brak potencjału do realizacji umowy wg nowych kryteriów, w szczególności wobec braku specjalistycznego personelu uprawnionego do realizacji świadczeń – lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży, nie wszyscy świadczeniodawcy

¹³⁴ Wg prezentacji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży *Stan psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie mazowieckim* (dalej: Prezentacja).

¹³⁵ Rzecznika Praw Obywatelskich.

¹³⁶ Z 16 października 2020 r. 12 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-rekomendacje-dla-wyjscia-z-zapasci-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego> [data dostępu: 18.10.2021 r.].

¹³⁷ Priorytet pierwotnie określony został dla lat 2020–2021, następnie przedłużony do 2023 r.

¹³⁸ Kod zakresu 04.9902.300.02 lub 04.9902.400.03.

¹³⁹ Kod zakresu 04.1701.001.021.

¹⁴⁰ Kod zakresu 04.2703.001.02 z poradnią zdrowia psychicznego kod zakresu 04.1701.001.021.

zdecydowali się na zawarcie umów według nowych zasad. Ci, którzy ich nie zawarli, udzielali świadczeń na dotychczasowych zasadach. Tym świadczeniodawcom OW NFZ przedstawiał kolejne propozycje zmiany umów.

Świadczeniodawcy zgłaszali OW NFZ, że tworzenie nowej bazy lokalowej oraz zatrudnienie wymaganego personelu dla oddziału dziennego wymaga poniesienia dodatkowych nakładów finansowych, natomiast dotychczasowy poziom finansowania nie pokrywa rzeczywistych kosztów realizacji i może narazić ich na kolejne straty.

Trudności w tworzeniu II poziomu referencyjnego obrazuje np. sytuacja mająca miejsce w województwie wielkopolskim, gdzie na dzień 26 lipca 2023 r. funkcjonowały trzy centra II poziomu referencyjnego¹⁴¹, które powstały w wyniku przekształcenia się podmiotów „starego” modelu. Zgodnie z wytycznymi określonymi w Raporcie nr WT.5403.14.2021, w woj. wielkopolskim docelowo winno działać 10 takich podmiotów. W 2022 r. OW ogłosił konkursy w tym zakresie¹⁴². Oddział Funduszu spodziewał się zainteresowania kontraktowaniem takich świadczeń¹⁴³. Jednak na ogłoszone konkursy wpłynęła tylko jedna oferta¹⁴⁴, która została odrzucona z powodu niespełnienia wymaganych warunków (brak lekarza psychiatry). W 2023 roku Wielkopolski Oddział Funduszu ponownie ogłosił postępowania konkursowe w tym zakresie na obszarach czterech subregionów. Dwa z tych postępowań zostały unieważnione z powodu braku ofert¹⁴⁵. Natomiast na dwa pozostałe wpłynęło po jednej¹⁴⁶ ofercie¹⁴⁷.

Liczba konkursów na II poziom w Polsce w tym zakresie była znikoma i wynosiła w latach 2020–2023 (I kwartał) łącznie 22, w tym 3 zostały rozstrzygnięte.

Infografika nr 12

Dostępność I poziomu referencyjnego

Liczba świadczeniodawców, którym przekazano propozycję zmiany warunków umowy w oparciu o warunki szczegółowe określone dla podmiotów na II poziomie referencyjnym i liczba przekształconych podmiotów



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

Brak oczekiwanych efektów reformy

W NFZ, na potrzeby Ministerstwa Zdrowia, AOTMiT oraz własne, dokonano analiz dotyczących dostępności miejsc udzielania świadczeń oraz liczby miejsc opieki dziennej i liczby łóżek opieki stacjonarnej. Nie prowadzono jednak ewaluacji świadczeń realizowanych w placówkach II i III poziomu referencyjnego, co miało być spowodowane krótkim czasem obowiązywania umów w tym zakresie oraz okresem przejściowym udzielania pacjentom świadczeń w celu zachowania ich ciągłości.

¹⁴¹ Znajdują się one w Gnieźnie, Lesznie i Poznaniu.

¹⁴² W subregionach: pільskim, kaliskim, konińskim, poznańskim.

¹⁴³ Przede wszystkim ze strony świadczeniodawców, którzy dotychczas realizowali umowy tylko w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, ze względu na możliwość zwiększenia kompleksowości oferowanych w tych podmiotach usług medycznych dla dzieci i młodzieży.

¹⁴⁴ Na obszar subregionu poznańskiego.

¹⁴⁵ Na subregion kaliski i koniński.

¹⁴⁶ Na subregion pільski i poznański.

¹⁴⁷ Na dzień kontroli NIK, tj. 26 lipca 2023 r. postępowania te nie zostały jeszcze rozstrzygnięte.

Z korespondencji z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, przekazanej przez cztery OW NFZ wynikało, że w ich opinii, wdrożenie reformy nie przynosi oczekiwanych efektów. Konsultanci wojewódzcy zalecali m.in.: zwiększenie dostępności świadczeń stacjonarnych w związku ze stałym przepełnieniem oddziałów, zwiększenie liczebności oddziałów dziennych oraz rozwijanie sieci poradni psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Informowano również o zagrożeniu związanym z likwidacją placówek działających w trybie ambulatoryjnym oraz niedoszacowaniem stawek za świadczenia medyczne przy istniejącej inflacji, a także zaznaczano, że wprowadzenie sztywnych limitów czasowych pracy lekarza w poradni ma negatywny wpływ na dostępność do świadczeń psychiatrycznych. Szacowano, że około 40 % dotychczas leczonych dzieci nie znajdzie miejsca w poradniach, zaś dostęp dzieci „pierwszorazowych” będzie niemal kompletnie zablokowany. Wprowadzenie reformy i uruchomienie poradni w ramach I poziomu referencyjnego ani nie zmniejszyło zapotrzebowania na świadczenia w poradniach, ani nie obniżyło liczby pacjentów w oddziałach psychiatrii dziecięcej. Wiąże się to najprawdopodobniej z ogromnymi niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi tej grupy pacjentów, które trudno wręcz oszacować, skomplikowanym systemem rozliczania świadczeń¹⁴⁸, brakiem możliwości rozliczania nadwykonań wypracowanych przez personel podstawowy, możliwością wykazania tylko niektórych jednostek chorobowych wg ICD 10 w ramach drugiego poziomu referencyjnego przez psychologa oraz brakiem jasnych regulacji prawnych dotyczących zasad współpracy placówek pierwszego i drugiego poziomu referencyjnego.

Finansowanie świadczeń

Wartość środków zaplanowanych na sfinansowanie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży¹⁴⁹, w latach 2020, 2021, 2022 oraz 2023¹⁵⁰ systematycznie wzrastała i wyniosła odpowiednio: 339 264,8 tys. zł, 438 919,9 tys. zł; 703 607,2 tys. zł, 1 046 443,4 tys. zł.

Do oszacowania potrzeb finansowych niezbędnych do wdrożenia trzystopniowego systemu reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, NFZ posłużył się metodyką przyjętą w raporcie Nr WT.541.3.2019 AOTMiT. Na tej podstawie plany zakupu przedmiotowych zakresów w latach: 2020, 2021, 2022, 2023, oszacowano odpowiednio na: 142 523,5 tys. zł¹⁵¹, 341 541,3 tys. zł¹⁵², 391 934,7 tys. zł¹⁵³ i 835 766,8 tys. zł¹⁵⁴.

W 2020 r., po uzyskaniu zgody Ministra Zdrowia, zwiększono planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 242,6 tys. zł. Środki pochodziły z funduszu zapasowego NFZ¹⁵⁵. Wynikało to z konieczności pilnego uruchomienia przez OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikającej z wdrożenia od 1 kwietnia 2020 r. nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

¹⁴⁸ Np. konieczność każdorazowego informowania NFZ o zastępstwach personelu podstawowego, konieczność zmiany harmonogramów.

¹⁴⁹ Wartość roczna planu.

¹⁵⁰ Wg stanu na 31 marca.

¹⁵¹ Z tego: 119 714 026 zł – Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (dalej: 04.9901.400.03), 11 153 679 zł – Centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny (dalej: 04.9902.400.03), 11 655 830 zł – Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (dalej: 04.9903.400.03).

¹⁵² Z tego: 197 459 893 zł (04.9901.400.03); 85 526 338 zł (04.9902.400.03); 58 555 024 (04.9903.400.03).

¹⁵³ Z tego: 121 790 290 zł (04.9901.400.03); 127 269 162 zł – Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (rozliczenie produktu) (dalej: 04.9901.401.02); 20 875 241 zł – Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny (dalej: 04.9902.300.02); 51 357 68 zł (04.9902.400.03); 70 642 281 zł (04.9903.400.03).

¹⁵⁴ Z tego: 326 334 zł – zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – i poziom referencyjny (dalej: 04.9901.300.03); 514 323 zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – i poziom referencyjny (rozliczenie produktu) (dalej: 04.9901.301.02); 141 702 953 zł (04.9901.400.03); 216 711 868 (04.9901.401.02); 70 695 893 zł (04.9902.300.02); 164 182 337 zł (04.9902.400.03); 241 633 141 zł (04.9903.400.03).

¹⁵⁵ Tj. środków, o których mowa w art. 24b ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2019 (Dz. U. poz. 2435, ze zm.).

W latach 2020–2023 (I kwartał) corocznie wartość rozliczonych świadczeń była mniejsza niż wartość umów.

Wykonanie zakontraktowanych świadczeń, ich koszty oraz liczba pacjentów w latach 2020, 2021, 2022, 2023 (I kwartał) przedstawiały się następująco:

- w zakresie: Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży¹⁵⁶, w kolejnych latach 2020–2023 (I kwartał) każdy OW NFZ podpisał umowy, rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło łącznie odpowiednio: 57 343,6 tys. zł, 62 768,1 tys. zł, 51 572,0 tys. zł, 7699,2 tys. zł; liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła: 106 552 os., 113 361 os., 101 142 os. i 22 816 os.;
- w zakresie: Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży¹⁵⁷ w kolejnych latach 2020–2022 12 OW NFZ podpisało umowy w tym zakresie (bez: lubuskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego oraz zachodniopomorskiego), natomiast w 2023 r. siedem OW NFZ podpisało umowy (bez: lubuskiego, łódzkiego, małopolskiego, podkarpackiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego oraz zachodniopomorskiego); w kolejnych latach 2020–2022 rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło odpowiednio: 2 020 809 (71,9 %), 2 650 911 (87,2 %), 1 909 943 (88,7 %) i 252 664 (87,1 %) na łączną kwotę odpowiednio: 21 571,3 tys. zł; 28 629,5 tys. zł, 22 179,6 tys. zł i 3452,2 tys. zł; liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła odpowiednio: 3431 os., 3722 os., 2990 os. i 564 os.

W kolejnych latach 2020–2023 (I kwartał), we wszystkich województwach obowiązywały umowy obejmujące zakres: ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny¹⁵⁸. Łączna kwota zakontraktowanych świadczeń wyniosła odpowiednio: 28 318 tys. zł, 129 845 tys. zł, 246 534 tys. zł i 68 361,6 tys. zł.

W roku 2020 oraz 2021 na terenie żadnego województwa nie obowiązywały umowy dla II poziomu referencyjnego. Natomiast w roku 2022 oraz 2023 (I kwartał) umowy w zakresie: centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny¹⁵⁹ podpisał niemal każdy OW NFZ (poza podlaskim). Rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło, odpowiednio: 1 422 735 (77,2 % zakontraktowanych) oraz 865 650 (70,9 % zakontraktowanych), na łączną kwotę, odpowiednio: 18 610,2 tys. zł i 11 333,0 tys. zł; liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła odpowiednio: 31 901 os. i 26 987 os.

Z kolei centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny¹⁶⁰ funkcjonowało w latach 2020–2021 na terenie jednego województwa, tj. podkarpackiego. W latach 2022 oraz 2023 umowy w tym zakresie podpisało 12 OW NFZ (bez: opolskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego oraz zachodniopomorskiego). Rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło odpowiednio: 106 244 (95,2 %) oraz 129 864 (98,6 %), 3 047 529 (83,2 %), 1 738 008 (66,2 %), na łączną kwotę odpowiednio: 1099,5 tys. zł¹⁶¹, 1344,1 tys. zł¹⁶², 39 543,5 tys. zł¹⁶³ i 22 746,5 tys. zł¹⁶⁴, liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła odpowiednio: 1207 os., 1042 os., 28 068 os. i 23 101 os.

Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny¹⁶⁵ zaczęły funkcjonować od 2022 r. Umowy w tym zakresie podpisało wówczas 15 OW NFZ (bez: lubelskiego), natomiast w 2023 r.

¹⁵⁶ Kod zakresu: 04.1701.001.02.

¹⁵⁷ Kod zakresu: 04.2703.001.02.

¹⁵⁸ Kod zakresu: 04.9901.400.03 (wykazano wartość umów) i 04.9901.401.02.

¹⁵⁹ Kod zakresu: 04.9902.300.02.

¹⁶⁰ Kod zakresu: 04.9902.400.03.

¹⁶¹ Z tego: 325,7 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 773,9 tys. zł (oddział dzienny).

¹⁶² Z tego: 311,5 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 1032,6 tys. zł (oddział dzienny).

¹⁶³ Z tego: 13 496,3 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 26 047,2 tys. zł (oddział dzienny).

¹⁶⁴ Z tego: 4511,7 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 8790,7 tys. zł (oddział dzienny).

¹⁶⁵ Kod zakresu: 04.9903.400.03.

(I kwartał), ww. umowy zawarł każdy z OW NFZ. Rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło, odpowiednio: 7 495 596 (97,7 %), 4 523 626 (90,3 %), na łączną kwotę odpowiednio: 97 269 263 zł, 59 497,5 tys. zł; liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła odpowiednio: 6376 os, 5537 os.

Liczba świadczeń (osobodni opieki stacjonarnej) udzielonych w latach 2020–2023 (I kwartał) wynosiła odpowiednio: 264 913 (88,7 %); 344 559 (100,5 %); 404 779 (101,6 %) oraz 113 198 (108,5 %).

W latach objętych kontrolą występował stały wzrost liczby udzielonych świadczeń ambulatoryjnych i hospitalizowanych pacjentów.

Do zakresu działania NFZ należało również, w ramach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia¹⁶⁶, finansowanie zwiększonych kwot zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń¹⁶⁷. W kolejnych latach okresu 2021¹⁶⁸–2023 wartość zwiększonych kwot zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna, udzielanej osobom do ukończenia 18. roku życia, wzrastała i wynosiła odpowiednio¹⁶⁹: 22 953 250,90 zł, 55 148 100,09 zł i 15 998 348,22 zł. Wartość otrzymanej dotacji z Funduszu Medycznego wyniosła¹⁷⁰: 13 933 434,45 zł w 2021 r. oraz 23 041 515,75 zł w 2022 r.

Liczba pacjentów, którzy na: 31 grudnia lat 2020, 2021, 2022 r. oraz 31 marca 2023 r. korzystali ze świadczeń w ramach:

- I poziomu referencyjnego: wynosiła 26 503; 121 060; 164 296 oraz 91 107;
- II poziomu referencyjnego wynosiła: 1207; 1 042; 59 358 oraz 49 720;
- III poziomu referencyjnego wynosiła: 6281 oraz 5490¹⁷¹.

Skomplikowane zasady rozliczania świadczeń

Ustalony sposób rozliczania świadczeń był skomplikowany dla samych OW NFZ i wymagał wydawania dodatkowych wyjaśnień przez Centralę NFZ. Na przykład, Wielkopolski OW NFZ wskazał, że zmiany sposobu realizacji świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego (m.in. podział personelu na podstawowy i dodatkowy wraz z określeniem limitu godzin pracy), wprowadzone w zarządzeniu nr 29/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 10 marca 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień spowodowały trudności w rozliczeniu „nadwykonanych” świadczeń. Faktyczny sposób realizacji umów, odnotowany przez Oddział Funduszu (po analizie raportów statystycznych przekazanych przez świadczeniodawców), różnił się od założeń określonych w zarządzeniach w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. OW NFZ, w marcu 2023 r. zgłosił do Centrali NFZ wątpliwości co do możliwości poprawnego rozliczenia świadczeń wykonanych od 1 marca do 31 grudnia 2022 r. Centrala NFZ w maju 2023 r. udzieliła wyjaśnień, które zmusiły OW NFZ do wykonania dodatkowych analiz i przygotowywania ugód¹⁷², na podstawie których miały zostać sfinansowane „nadwykonane” świadczenia w ramach ośrodka I poziomu referencyjnego za okres od 1 marca do 31 grudnia 2022 roku, na łączną kwotę 69 250,61 zł¹⁷³.

W związku z wejściem w życie zarządzeń Prezesa NFZ nr 29/2022/DSOZ oraz nr 83/2022/DSOZ, wnioski o zapłatę nadwykonań mogły być składane po upływie danego kwartału kalendarzowego.

¹⁶⁶ Jak wynika z przepisów art. 97 ust. 3 pkt 2f ustawy o świadczeniach opieki.

¹⁶⁷ Zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy o świadczeniach opieki.

¹⁶⁸ NFZ nie przekazał danych za 2020 r.

¹⁶⁹ Wg stanu na dzień kontroli, tj.: 9 czerwca 2023 r.

¹⁷⁰ Wg stanu na dzień kontroli, tj.: 9 czerwca 2023 r.

¹⁷¹ III poziom referencyjny zaczął funkcjonować w 2022 r.

¹⁷² Zgodnie z Zarządzeniem nr 69/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania.

¹⁷³ Niezakończony na 19 lipca 2023 r.

**Cykliczne analizy
działalności
ośrodków
i zespołów I poziomu
referencyjnego**

Zasady rozliczania świadczeń mogły negatywnie wpływać na elastyczność świadczeniodawcy w wykorzystaniu jego potencjału dla realizacji planu leczenia pacjenta z uwagi na konieczność dostosowania się do administracyjnie ustalonych wymiarów czasu realizacji zadań przez personel.

Od marca 2022 r. w poradniach psychologicznych dla dzieci, w których realizowane były świadczenia zespołu – I poziomu referencyjnego oraz ośrodka – I poziomu referencyjnego nie dopuszczano realizowania świadczeń innych niż w powyższych zakresach¹⁷⁴. Wynikało to z hybrydowego sposobu finansowania świadczeń realizowanych przez zespół/ośrodek – I poziomu referencyjnego¹⁷⁵. Ten sposób finansowania polega na ryczałtowym, miesięcznym finansowaniu m.in. infrastruktury, czyli poradni psychologicznej dla dzieci¹⁷⁶. Celem tego ograniczenia było niedopuszczenie do podwójnego finansowania świadczeń oraz zabezpieczenie infrastruktury do ich realizacji w ramach zakresu zespół/ośrodek – I poziomu referencyjnego, które są opłacane niezależnie od liczby wykonanych świadczeń zdrowotnych.

NFZ dokonywał cyklicznych analiz podsumowujących działalność Ośrodków I poziomu referencyjnego. W 2022 r. NFZ przeprowadził analizę świadczeń wykonanych przez poradnie mające umowę dla zakresu *ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny*, której celem było sprawdzenie w jaki sposób świadczeniodawcy obejmują pacjentów opieką psychologiczną, psychoterapią oraz opieką środowiskową, czyli ustalenie tzw. „ścieżki pacjenta”. Analizę przeprowadzono na bazie sprawozdań dla poszczególnych, jednostkowych, gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Z analizy wynikało, że większość pacjentów objęto monoterapią (pojedynczym świadczeniem). Analiza wykazała, że tylko 13,5 % pacjentów otrzymało terapię kompleksową. Analizując różnorodność zastosowanych świadczeń w opiece nad pacjentem w Polsce – 412 świadczeń finansowanych miesięcznym ryczałtem, stwierdzono, że na 100 leczonych osób nie było ani jednej osoby, w leczeniu której wykorzystano wszystkie rodzaje jednostkowych świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach I poziomu referencyjnego¹⁷⁷. Wyniki analizy różnych świadczeń wykorzystanych w opiece nad pacjentem, finansowanych hybrydowo¹⁷⁸, w ramach kompleksowej opieki I poziomu referencyjnego wykazały, że żadna osoba w Polsce nie otrzymała w ramach I poziomu referencyjnego wszystkich rodzajów jednostkowych świadczeń gwarantowanych, czyli opieki kompleksowej, a nawet pięciu czy czterech rodzajów takich świadczeń. Jednym rodzajem świadczeń leczone były 74 osoby na 100, dwoma rodzajami – 22 osoby, a trzema – trzy.

**Kolejki oczekujących
miarą dostępności**

Z uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z 14 sierpnia 2019 r. wynikało, że wprowadzana zmiana ma uprościć i zwiększyć dostęp do podstawowych świadczeń psychiatrii dla dzieci i młodzieży oraz ma wprowadzić standardy wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. W Strategii NFZ wskazano natomiast, że pojęcie dostępności jest ściśle związane z rolą NFZ jako płatnika, która nakłada na Fundusz obowiązek zagwarantowania w ramach zasobów, którymi dysponuje, adekwatnej do potrzeb liczby usług. Skuteczność realizacji tego zadania miała być widoczna w skróceniu czasu oczekiwania na leczenie.

Tymczasem NFZ nie prowadził analiz dotyczących długości czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Uzasadnieniem miał być brak określenia dopuszczalnych progów dotyczących czasu oczekiwania na świadczenie. NFZ nie

¹⁷⁴ Zgodnie z kodem umowy, za wyjątkiem programu pilotażowego.

¹⁷⁵ Wprowadzony, z 11 marca 2022 r. przepisami zarządzenia nr 29/2022/DSOZ Prezesa NFZ.

¹⁷⁶ A także realizację konsyliów, sesji koordynacji czy superwizji oraz opłacaniu świadczeń udzielonych bezpośrednio świadczeniobiorcy.

¹⁷⁷ Jednym świadczeniem gwarantowanym leczonych było 59 osób na 100, dwoma rodzajami – 27 osób na 100, trzema rodzajami – 10 osób na 100, a czterema rodzajami – trzy osoby na 100. Pięć rodzajów świadczeń, podobnie jak w przypadku analizy leczenia sześcioma rodzajami świadczeń, na 100 leczonych osób nie otrzymała takiej opieki żadna osoba.

¹⁷⁸ Tj. ryczałtem miesięcznym oraz fee for service, w Polsce.

Problemy z adekwatnością pomiaru czasu oczekiwania

oceniał także tego zagadnienia w latach 2020–2021, w których obowiązywał wymóg udzielenia pierwszej porady lub wizyty w okresie do siedmiu dni roboczych od dnia zgłoszenia do świadczeniodawcy w Ośrodku – I poziom referencyjny¹⁷⁹.

W latach 2021–2023 Prezes NFZ trzykrotnie zgłaszał¹⁸⁰ Ministrowi potrzebę wprowadzenia zmiany do rozporządzenia¹⁸¹, dotyczącej gromadzenia informacji poprzez odrębne uregulowania harmonogramów przyjęć/list oczekujących dla świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Ponieważ złożone propozycje zmian reguł sprawozdawczych nie zostały uwzględnione, to nadal dotyczą one specjalności komórek sprawozdawczych i nie dają możliwości wyodrębnienia list oczekujących na świadczenia realizowane przez psychiatrę, psychologa i psychoterapeutę.

NFZ przekazywał dane sprawozdawcze do Ministra Zdrowia w podziale na rodzaje świadczeń. Z danych wynikało¹⁸², że w latach 2020, 2021, 2022, 2023 (I kwartał) liczba osób oczekujących na świadczenie sukcesywnie rosła lub utrzymywała się przez okres objęty kontrolą na zbliżonym poziomie. Dane dotyczące czasu oczekiwania na wizytę wykorzystywane były w NFZ do oszacowania potrzeb na świadczenia na etapie tworzenia planu.

Najdłuższy czas oczekiwania wystąpił np. w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci. Wśród przyczyn takiego stanu wskazano trwanie pandemii COVID-19¹⁸³ – z uwagi na częściowe zamknięcie lub przekształcenie wybranych szpitali w szpitale dla pacjentów chorujących na COVID-19¹⁸⁴. Wraz ze stabilizacją sytuacji epidemicznej w 2021 roku zwiększyła się natomiast zgłaszalność pacjentów do poradni specjalistycznych. Równocześnie podmioty, które w stanie epidemii zaangażowane były w leczenie pacjentów covidowych stopniowo wznawiały wykonywanie świadczeń. Wśród najczęstszych przyczyn ograniczonej dostępności do tych świadczeń – niezależnych od pandemii COVID-19 – wskazano np.: niewystarczającą liczbę lekarzy specjalistów psychiatrii dziecięcej na terenie kraju lub danego regionu oraz sytuacje, w których lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z NFZ, ponieważ na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani. NFZ nie analizował wpływu innych przyczyn na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na wizytę wzrastała liczba pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia.

Dostępność świadczeń stacjonarnych

Centrala NFZ wskazała Dyrektorom OW NFZ, że nie ma potrzeby tworzenia nowych oddziałów szpitalnych, ponieważ liczba podmiotów, które mogą przekształcić się w ośrodki III poziomu referencyjnego jest wystarczająca (za wyjątkiem województwa podlaskiego¹⁸⁵).

Należy wskazać, że nie znajdowało to odzwierciedlenia w danych dotyczących realizacji umów na stacjonarną opiekę psychiatryczną dzieci i młodzieży i opiniach konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ponadto stale wzrastała liczba dzieci i młodzieży przebywających w szpitalach.

¹⁷⁹ Określony w rozporządzeniu zmieniającym z 14 sierpnia 2019 r., z wyłączeniem sytuacji niezależnych od świadczeniodawcy.

¹⁸⁰ Pismami z 12 marca 2021 r. znak: DSOZ-SRL.401.32.2021, z 27 października 2022 znak: DSOZSOPS.401.333.2022 oraz 25 kwietnia 2023 r. znak: NFZ-BP.0203.41.2023.

¹⁸¹ W sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

¹⁸² Prezentowanych z dokładnością do VIII części kodu resortowego (specjalność komórki), zgodnymi ze słownikami dotyczącymi obowiązku sprawozdawczego, wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania z dnia 17 maja 2012 r. (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 173).

¹⁸³ Wskazano, że zwiększona liczba zachorowań personelu i przesunięcia do zadań na oddziałach covidowych wpływały na ograniczenie potencjału wykonawczego a ponadto występowały przesunięcia personelu medycznego do zadań na oddziałach covidowych.

¹⁸⁴ Przekształcenia łóżek szpitalnych w łóżka „covidowe”, zgodnie z zaleceniami NFZ, Ministerstwa Zdrowia a także decyzjami wojewodów.

¹⁸⁵ Na moment uzyskania informacji na obszarze województwa podlaskiego nie funkcjonował podmiot lecznicy mający umowę z NFZ na realizację ani świadczeń w zakresie Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży ani Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

**Brak rekomendacji
do zwiększenia
liczby łóżek
psychiatrycznych**

Nierekomendowanie przez Centralę NFZ zwiększania liczby łóżek dla dzieci w oddziałach psychiatrycznych miało wynikać z zapisów NPOZP¹⁸⁶, tj. z zasady deinstytucjonalizacji. Z dokonanej w Funduszu, w maju 2019 r., analizy¹⁸⁷ wynikało, że zdecydowana większość hospitalizowanych pacjentów nie skorzystała ze świadczeń ambulatoryjnych przed i po pobycie na oddziale psychiatrycznym dla dzieci. Z pisma przesłanego przez Centralę do OW NFZ w lipcu 2019 r.¹⁸⁸ wynikało, że ponad 60 % pacjentów zgłaszających się do szpitala psychiatrycznego w stanie nagłym, w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do szpitala nie korzystało z ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. OW NFZ miały zatem podjąć działania w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży na obszarze najniższych jednostek terytorialnych.

Podkarpacki OW NFZ, w związku z niewystarczającą jak na potrzeby województwa liczbą świadczeń/łóżek szpitalnych, zaproponował szpitalom, które prowadzą oddział psychiatryczny dla dorosłych, aby rozważyły możliwość diagnozowania młodzieży na izbie przyjęć, a w stanach nagłych, szczególnie zagrożenia życia, przyjmowały tymczasowo na takie oddziały młodzież 16–18-letnią, do czasu zwolnienia się miejsca na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży. Konsultant wojewódzki ds. psychiatrii dziecięcej zaopiniował negatywnie leczenie dzieci i dorosłych na tym samym oddziale psychiatrycznym, zaś oddziały psychiatryczne dla dorosłych odpowiedziały negatywnie na tę propozycję.

**Liczba miejsc
udzielania świadczeń**

Według danych NFZ¹⁸⁹, liczba miejsc udzielania świadczeń psychiatrycznych (na dzień 31 grudnia roku 2020, 2021, 2022 i 31 marca 2023 r.) wyniosła:

- w poradniach psychiatrycznych odpowiednio: 223, 234, 255 i 259, z tego najmniej w województwach warmińsko-mazurskim¹⁹⁰, kujawsko-pomorskim¹⁹¹, lubuskim¹⁹², zachodniopomorskim¹⁹³ i świętokrzyskim¹⁹⁴, a najwięcej w dolnośląskim¹⁹⁵ wielkopolskim¹⁹⁶, lubelskim¹⁹⁷, małopolskim¹⁹⁸ i mazowieckim¹⁹⁹;
- w oddziałach dziennych odpowiednio: 62, 63, 74, 76, przy czym w trzech województwach przez cały okres objęty kontrolą nie było ani jednego takiego oddziału (zachodniopomorskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie), w jednym województwie powstał jeden taki oddział w 2022 r. (lubuskie), a w jednym istniał jeden oddział przez cały okres objęty kontrolą (opolskie);
- w oddziałach stacjonarnych odpowiednio: 50, 52, 51, 50, przy czym na terenie województwa podlaskiego do drugiej połowy 2022 r. nie funkcjonował taki oddział.

¹⁸⁶ Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017–2022.

¹⁸⁷ Analiza sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży w kontekście finansowania świadczeń.

¹⁸⁸ Znak: DSOZ.401.1597.2019.2019.ELKI.

¹⁸⁹ W wyniku prowadzonej reformy od 01.07.2022r. oraz 01.01.2023r. podmiotom posiadającym kontrakt w zakresie: 04.1701.001.02 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, 04.2703.001.02 świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, 04.4701.001.02 świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży proponowane było przekształcenie w: 04.9902.400.03 środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, 04.9902.300.02 centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny, 04.9903.400.03 ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny w związku z tym zakresom, które tworzą II i III poziom, ale jeszcze nie uległy przekształceniom/zmianom w drodze postępowań konkursowych przypisano odpowiedni poziom, tj.: 04.1701.001.02 II poziom, 04.2703.001.02 II poziom, 04.4701.001.02 III poziom.

¹⁹⁰ pięć, pięć; pięć; pięć.

¹⁹¹ osiem, siedem, siedem; siedem.

¹⁹² pięć, siedem, siedem.

¹⁹³ Przez wszystkie lata po siedem.

¹⁹⁴ Przez wszystkie lata po osiem.

¹⁹⁵ 25, 24, 23; 24.

¹⁹⁶ 22, 20, 22; 22.

¹⁹⁷ 11, 14, 22; 22.

¹⁹⁸ 22, 22, 24, 26.

¹⁹⁹ 45, 50, 59, 57.

W latach 2020, 2021, 2022 oraz 2023 (do 31 marca) w każdym województwie funkcjonowały miejsca udzielania świadczeń na I poziomie referencyjnym, tj. ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (04.9901.400.03) w łącznej liczbie 172, 346, 348 oraz 371. Ponadto w 2023 r., w dwóch województwach, tj.: lubuskim oraz podkarpackim, funkcjonował Zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (04.9901.300.03).

W okresie objętym kontrolą²⁰⁰ do NFZ wpłynęło 39 skarg dotyczących opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Dotyczyły one np. trudności w ustaleniu terminów wizyt w przychodni zdrowia psychicznego, w tym braku terminów wizyt u psychiatry dziecięcego lub długich czasów oczekiwania na udzielenie świadczenia, niedostępności lekarza na oddziale psychiatrycznym oraz niewłaściwej jakości udzielanych świadczeń w podmiotach leczniczych i braku pomocy psychologicznej.

Zbyt mała liczba kontroli NFZ

W latach 2020–2023²⁰¹ NFZ²⁰² prowadził jedynie 11²⁰³ postępowań kontrolnych, w obszarze opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień dzieci i młodzieży, z tego: dwie zostały rozpoczęte w 2019 r. jedna w 2020 r.; cztery w 2021 r., trzy w 2022 r. oraz jedna w 2023 r. Nieprawidłowości stwierdzone w wyniku dziewięciu zakończonych kontroli były zróżnicowane i wzajemnie nieporównywalne. Wynikało to m.in. z częstych zmian zarówno rozporządzenia psychiatrycznego, jak i zarządzenia nr 7/2020/DSOZ a także ze skomplikowanego charakteru rozliczeń z NFZ. Tylko jedna ze wskazanych powyżej kontroli była skutkiem skargi matki pacjentki, która bezskutecznie usiłowała ustalić drogą mailową termin świadczenia dla córki. Problem dotyczył podmiotu mającego siedzibę w Łodzi. Ponadto NFZ przeprowadził 11 czynności sprawdzających.

W wyniku ww. kontroli i czynności sprawdzających stwierdzono łącznie 49 nieprawidłowości. Dotyczyły one głównie udzielania świadczeń niezgodnie z przepisami. Departament Kontroli NFZ nie miał informacji o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonych przez konsultantów²⁰⁴ w dziedzinie psychiatrii i psychoterapii.

W latach 2020–2023 (do 31 marca 2023) NFZ wykonał niewiele kontroli i czynności sprawdzających dotyczących opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Uzasadniał to rozbudowanymi, systemowymi mechanizmami weryfikowania rozliczeń²⁰⁵, które znacząco obniżały ryzyko wystąpienia nieprawidłowości. NIK podkreśla jednak, że nieprawidłowości stwierdzane w toku kontroli NFZ miały charakter niestatystyczny, trudniejszy do stwierdzenia w ramach kontroli prowadzonej poprzez systemy sprawozdawcze i rozliczeniowe. Wskazuje to na potrzebę zwiększenia liczby kontroli jednostkowych.

²⁰⁰ Tj. od 1 stycznia 2020 r. do 30 kwietnia 2023 r.

²⁰¹ Wg stanu na dzień kontroli, tj. 18 maja 2023 r.

²⁰² Z tego: trzy planowe oraz osiem doraźnych.

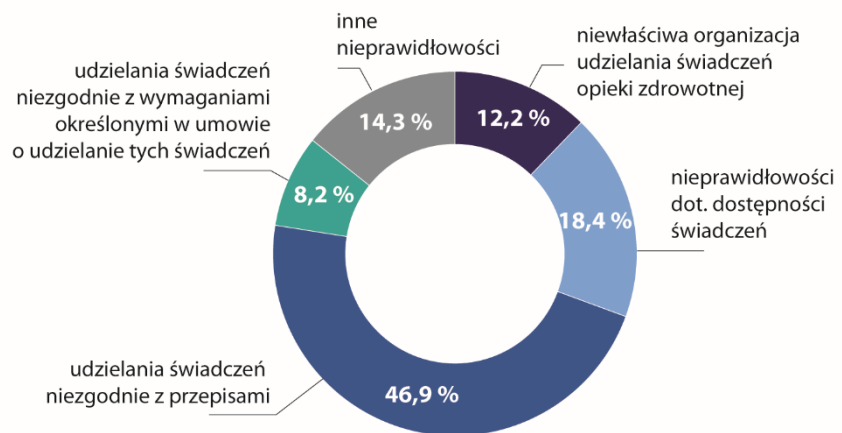
²⁰³ Z tego: jedno, na dzień kontroli, tj. 22 maja 2023 r., nie zostało zakończone w odniesieniu do dziewięciu zakończył się tryb odwoławczy i zostały opublikowane na podmiotowej BIP NFZ.

²⁰⁴ Którzy obowiązani byli do informowania oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, co wynikało z przepisów art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy ustawa z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 69).

²⁰⁵ Weryfikacje wsteczne wg 29 centralnych reguł weryfikacji przeprowadzane są cyklicznie nie rzadziej niż po zakończeniu każdego kolejnego kwartału, narastająco za okres od początku roku.

Infografika nr 13

Rodzaje nieprawidłowości stwierdzone przez NFZ w wyniku kontroli



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na 31 marca 2023 r.

Długookresowe niespełnianie warunków umów

Wielkopolski OW NFZ kontynuował umowę z podmiotem zobowiązanym do udzielania świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego, który w poradni zdrowia psychicznego przez rok od jej uruchomienia w ogóle nie udzielał zakontraktowanych świadczeń. Od stycznia 2023 roku świadczeniodawca zwraca się co miesiąc do Oddziału Funduszu o wyrażenie zgody na zawieszenie działalności poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży do czasu zatrudnienia lekarza psychiatry. Oddział Funduszu, uznając wnioski i wyjaśnienia składane przez podmiot leczniczy oraz mając na względzie konieczność zapewnienia dostępu do stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży i w ramach oddziału dziennego wyrażał zgodę na czasowe zamknięcie poradni.

Poza wyżej opisaną sytuacją, dodatkowo w czterech województwach (podlaskim, zachodniopomorskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim) dyrektorzy NFZ wskazywali podmiotom leczniczym terminy usunięcia naruszeń dotyczących niezatrudniania personelu w wymiarze określonym umową lub wynikającym z rozporządzenia. W przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego działalność w województwie podlaskim łączny czas przewidziany na dostosowanie się do warunków umowy wynosił ponad 16 miesięcy²⁰⁶. OW NFZ wyjaśnił, że konieczne było zapewnienie dostępności do świadczeń psychiatrycznych przez największe (strategiczne) podmioty w województwach. Były to jedyne w województwie podmioty, które udzielały świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym. Okresy „dostosowawcze” miały być wyznaczane przy zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta.

Działania informacyjno-profilaktyczne

NFZ w latach 2020–2023 realizował promocję zdrowia i profilaktykę chorób psychicznych promując także opiekę psychiatryczną. W latach 2020 i 2021 były one zorientowane głównie na problemy wynikające z epidemii COVID-19.

W roku 2020 zorganizowano np. akcję „Wsparcie psychologiczne w czasie epidemii”, składającą się z 10 podcastów zrealizowanych przez NFZ we współpracy z psychoterapeutami, w których podpowiadali oni jak skutecznie radzić sobie ze stresem, lękiem i innymi problemami natury psychicznej związanymi z pandemią²⁰⁷.

NFZ promował także działalność całodobowego wsparcia psychologicznego w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta (bezpłatnej i całodobowej infolinii Narodowego Funduszu Zdrowia). Psychologowie dyżurujący pod telefonem całodobowej infolinii NFZ – Telefonicznej Informacji Pacjenta – służyli pomocą psychologiczną osobom w kryzysie związanym z zagrożeniem epidemicznym lub kwarantanną.

²⁰⁶ Od 11 lipca do 30 września 2022 r. – od 1 listopada do 31 grudnia 2022 r. – od 01 stycznia do 31 grudnia 2023 r.

²⁰⁷ Cykl był promowany m.in. na stronie internetowej NFZ, w mediach społecznościowych Funduszu oraz w mediach regionalnych. Koszt produkcji filmów wyniósł: 55 350,00 zł.

NFZ wskazał również, że przygotował i udostępnił na swojej stronie internetowej wykaz ośrodków ochrony zdrowia psychicznego (I poziom referencji), a także wspierał kampanię „Powiedz, co czujesz. Zdemaskuj emocje”, prowadzoną przez Ministra Zdrowia. W roku 2022, w NFZ prowadzono Pilotażowy program dla dzieci uzależnionych od nowych technologii cyfrowych, zorganizowano akcję informacyjną dotyczącą uruchomienia programu. Ponadto przygotowano serię 30 podcastów edukacyjnych „Lepiej wiedzieć profilaktycznie”, których celem było podniesienie wiedzy na temat roli profilaktyki zdrowotnej. Jeden z modułów poświęcony był emocjom. Na stronach internetowych NFZ i e-pacjent.gov.pl zamieszczano liczne poradniki, podcasty i filmy dotyczące rozpoznania u dzieci oznak depresji i uzależnień, a także ich rozwoju psychicznego.

5.2. Pozostała działalność w zakresie opieki psychiatrycznej

Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży zarówno ambulatoryjna, jak i prowadzona w oddziałach dziennych i stacjonarnych, wbrew założeniom reformy nie była wystarczająco dostępna i kompleksowa. Brakowało placówek II poziomu referencyjnego, a skala opieki w ramach tego poziomu nie odpowiadała rosnącym potrzebom.

5.2.1. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego

W czterech poradniach zdrowia psychicznego²⁰⁸, spośród 13 objętych kontrolą, stwierdzono niższą dostępność do świadczeń niż wynikało to z umowy z NFZ. Dotyczyło to 27 % podmiotów funkcjonujących w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej. Wszystkie cztery podmioty to poradnie funkcjonujące w strukturze podmiotów leczniczych, w których działały jednocześnie stacjonarne oddziały psychiatryczne.

Przykład

Szczególnie rażąco praktykę stwierdzono w **Centrum Medycznym HCP Sp. z o.o. w Poznaniu** (dalej: CM HCP w Poznaniu), w którym udzielano świadczeń w ramach III poziomu referencyjnego, gdzie w ogóle nie uruchomiono działalności poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, co miało bezpośredni wpływ na dostępność do świadczeń. Sytuacja taka trwała nieprzerwanie przez pół roku, od momentu podpisania umowy z NFZ. Prowadzenie poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży jest obligatoryjne dla podmiotów funkcjonujących w ramach III poziomu referencyjnego.

NFZ uzyskał informację o tym stanie rzeczy dopiero w trakcie kontroli NIK. Lekarz zadeklarowany w umowie z NFZ jako świadczący usługi w poradni psychiatrycznej dla dzieci nie miał świadomości zgłoszenia jego osoby do umowy, a w poradni nie udzielono ani jednego tego rodzaju świadczenia. Szpital wystąpił do NFZ o zawieszenie pracy poradni dla dzieci.

W trzech²⁰⁹ pozostałych, spośród skontrolowanych podmiotów, poradnie okresowo pracowały w mniejszym wymiarze czasowym lub w innych godzinach, niż przewidywała to umowa zawarta z NFZ.

Największe ograniczenia dotyczyły skracania godzin pracy poradni lub rezygnacji z pracy w poszczególne dni²¹⁰.

²⁰⁸ UDSK w Białymstoku, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, CM HCP w Poznaniu, SPSK Nr 1 w Lublinie.

²⁰⁹ UDSK w Białymstoku, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, SPSK Nr 1 w Lublinie.

²¹⁰ Kontroli poddano tygodnie – po jednym w marcu, w lipcu albo sierpniu i grudniu 2022 r. oraz marcu 2023 r.

Przykłady

W Poradni w **SPZOZ Zdroje w Szczecinie** zamiast wymaganej dostępności dwa razy w tygodniu do godziny 20:00 poradnia była czynna do godziny 18:00, a w pozostałe dni do 15:00²¹¹.

W **SPSK nr 1 w Lublinie** godziny pracy poradni były niezgodne z określonymi w umowie z NFZ.

W skontrolowanych podmiotach²¹² występowały przypadki, że w niektóre dni nie przyjmowano żadnych pacjentów. Przyczynami tej sytuacji miały być m.in. absencje personelu medycznego (dla których nie wyznaczono zastępstw). Tłumaczono to zasadą, że pacjentom nie zmienia się przypisanych lekarzy czy psychoterapeutów. Nie przyjmowano wówczas także nowych pacjentów, wyjaśniając, że leczenie psychiatryczne jest procesem i niezasadne jest odbycie jednorazowej wizyty, gdy nie ma możliwości umieszczenia pacjenta w harmonogramie leczenia.

W przypadku dziennych oddziałów psychiatrycznych nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy rzeczywistymi a zaplanowanymi godzinami ich funkcjonowania.

Brak personelu w poradniach

W podmiotach leczniczych stosowano różne formy zatrudnienia i wynagradzania personelu. W czterech²¹³ spośród 13 skontrolowanych, które prowadziły poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci, stwierdzono przynajmniej okresowo²¹⁴ niezgodny z umową z NFZ czas realizacji świadczeń przez lekarzy psychiatrów i innych specjalistów lub braki w zatrudnieniu, albo prowadzenie ewidencji czasu pracy w sposób uniemożliwiający weryfikację dochowania warunków określonych w umowie z Funduszem²¹⁵.

Przykład

W poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w **CM HCP w Poznaniu** w ogóle nie realizowano świadczeń medycznych w okresie od lipca do grudnia 2023 r., a w poradni nie tworzono nawet harmonogramu pracy specjalistów i nie rejestrowano żadnych pacjentów.

W pozostałych podmiotach, w których stwierdzono realizację przez poszczególnych specjalistów świadczeń w niewystarczającym wymiarze czasu niedobory dotyczyły lekarzy psychiatrów lub lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży (2 podmioty²¹⁶), psychoterapeutów (1 podmiot²¹⁷) i psychologa oraz psychologa klinicznego (dwa podmioty²¹⁸) w grudniu 2022 r. i marcu 2023 r.

Przykład

W przypadku Poradni prowadzonej w **Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie** stwierdzono, że zatrudniany był „psycholog kliniczny”, który nie spełniał wymagań dotyczących wykształcenia i doświadczenia. Wymogiem było zatrudnienie psychologa specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej albo psychologa z udokumentowanym co najmniej pięcioletnim doświadczeniem

²¹¹ W okresie od 1 lipca do 31 sierpnia 2022 r.

²¹² Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SENSIMED” Sp. z o.o. (6 dni na 20 objętych kontrolą), UDSK w Białymstoku.

²¹³ Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. w Poznaniu, SPSK Nr 1 w Lublinie.

²¹⁴ Badaniu poddano czas pracy personelu w miesiącach marzec i grudzień w latach 2020–2023 (w roku 2023 marzec).

²¹⁵ SPSK Nr 1 w Lublinie.

²¹⁶ SPZOZ Zdroje w Szczecinie (brak od 0,24 do 0,42 etatu, przy wymaganym jednym etacie), UDSK w Białymstoku (brak 0,12 etatu przy wymaganym 0,78).

²¹⁷ UDSK w Białymstoku (brak 0,2 etatu przy wymaganym 1,03 etatu).

²¹⁸ UDSK w Białymstoku (brak zatrudnienia przy wymaganym umową z NFZ 0,38 etatu), Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie – brak zatrudnienia osoby spełniającej wymagania dla psychologa klinicznego.

w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą. Zatrudniany psycholog (bez specjalizacji i niebędący w jej trakcie) nie miał pięcioletniego doświadczenia w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą. Za takie nieprawidłowo uznano wolontariat w szpitalach i pracę na stanowisku psychologa szkolnego i wychowawcy świetlicy.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (załącznik nr 8), udzielanie świadczeń stacjonarnych w ramach III poziomu referencyjnego jest możliwe tylko przy jednoczesnym udzielaniu przez podmiot leczniczy świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego, czyli co najmniej w formie poradni zdrowia psychicznego dla dzieci. Dane uzyskane podczas kontroli pokazują, że wymóg ten jest trudny do realizacji, gdyż w trzech spośród pięciu podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach III poziomu referencyjnego (60 %) nie realizowano umów zgodnie z wymaganiami dotyczącymi czasu poświęcanego realizacji świadczeń w poradniach. W trzech podmiotach²¹⁹, które rozpoczęły funkcjonowanie w ramach II poziomu referencyjnego, braki w zatrudnieniu w poradniach występowały bezpośrednio po przystąpieniu do „nowego modelu” opieki psychiatrycznej. Braki te występowały w podmiotach, które jednocześnie prowadziły oddziały stacjonarne w ramach III poziomu referencyjnego. NFZ, po uzyskaniu informacji o braku wymaganej umową kadry, wyznaczał Szpitalowi czas na zapewnienie odpowiedniego zatrudnienia wymaganego umową i rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych pod groźbą rozwiązania umów. Szpitale uznawały z kolei, że w początkowym okresie funkcjonowania w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej znajdują się w okresie „przejściowym”, w którym muszą zorganizować pracę zgodnie z wymaganiami. Jednak żadne przepisy nie wprowadziły takiego okresu „dostosowawczego”. Umowy z podmiotami leczniczymi były uzgadniane z ponad trzymiesięcznym wyprzedzeniem, a zawarcie umowy zobowiązywało szpitale do realizowania ich zgodnie z zawartymi postanowieniami już od pierwszego dnia ich obowiązywania. Jednocześnie w początkowym okresie żaden z podmiotów leczniczych prowadzących poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci nie był kontrolowany przez NFZ, a podmioty lecznicze same zgłaszały braki kadrowe do NFZ²²⁰.

Braki personelu w oddziałach dziennych

Brak wystarczającej kadry w dziennych oddziałach leczenia psychiatrycznego stwierdzono w jednym²²¹ spośród sześciu skontrolowanych szpitali prowadzących oddział dzienny. Braki dotyczyły lekarzy psychiatrów lub psychiatrów dzieci i młodzieży, psychoterapeutów i psychologów.

Przykład

W **CM HCP w Poznaniu** umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawarte z dwoma lekarzami, nie określały wymiaru zatrudnienia w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala. W przypadku umowy zawartej z Ordynatorem Oddziału Psychiatrycznego (jednocześnie pełniącą funkcję Ordynatora Oddziału Dziennego) określono wymiar świadczonych usług na minimum 16,5 godziny tygodniowo (3 razy w tygodniu po 5,5 godziny). Jednocześnie norma ta dotyczyła świadczeń udzielanych zarówno w Oddziale Psychiatrycznym jak i w Oddziale Dziennym, przy zgłoszonych do WOW NFZ 47,5 godzinach tygodniowo, tj. 28,5 godziny tygodniowo w Oddziale Psychiatrycznym i 19 godzin w Oddziale Dziennym. Faktycznie lekarz ten świadczył usługi w łącznym wymiarze 16,5 godzin tygodniowo (66 godzin miesięcznie) w obu oddziałach, czyli o 31 godzin mniej niż w zgłoszeniu do WOW NFZ.

W skontrolowanych podmiotach występowały trudności w ustaleniu faktycznego czasu realizacji świadczeń przez poszczególne grupy personelu. W dokumentacji nie zawsze wykazywano kompletne informacje. Sytuację tę tłumaczono koniecznością rotacji kadr zatrudnionych w podmiocie leczniczym

²¹⁹ UDSK w Białymstoku, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, CM HCP w Poznaniu.

²²⁰ Poza CM HCP w Poznaniu, do którego WOW NFZ w trakcie kontroli NIK skierował pismo o wyjaśnienie braku realizacji procedur przez okres pół roku.

²²¹ CM HCP w Poznaniu.

między różnymi komórkami organizacyjnymi, różnymi formami zatrudnienia, np. zadaniowymi formami wynagradzania oraz dynamiką zmian osobowych w harmonogramie pracy.

Tymczasem kontrolowane podmioty zobowiązały się w umowie z NFZ do zapewnienia personelu w określonym wymiarze czasu i godzinach, natomiast forma zatrudnienia i wybrany przez podmiot leczniczy sposób planowania pracy i jej rozliczenia powinny umożliwiać rzetelny nadzór nad realizacją świadczeń zarówno przez personel, jak i przez podmiot realizujący świadczenie na podstawie umowy z NFZ. Brak obecności kadr w ustalonym w umowie wymiarze wpływa bezpośrednio na dostępność świadczeń i ich jakość.

Nierzetelnie prowadzone listy oczekujących

W pięciu (spośród 13) podmiotach leczniczych²²², w których funkcjonowała poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i w dwóch²²³, spośród 6, w których prowadzono oddział dzienny stwierdzono, że nieprawidłowe były listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia lub dane sprawozdawane do NFZ, dotyczące czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Nieprawidłowości dotyczyły prowadzenia listy oczekujących w innej postaci niż elektroniczna (dwa podmioty²²⁴), prowadzenia częściowo harmonogramów przyjęć w plikach excel (jeden podmiot²²⁵), wykazywania w kolejce oczekujących pacjentów skreślonych z tej listy (jeden podmiot²²⁶), nieprzekazywania do oddziału NFZ danych sprawozdawczych, głównie danych dotyczących pierwszego wolnego terminu (cztery podmioty²²⁷), nieodnotowywania wszystkich wymaganych danych w liście oczekujących (jeden podmiot²²⁸).

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w poradniach zdrowia psychicznego w skontrolowanych podmiotach ustalony na podstawie danych przekazywanych do NFZ był bardzo zróżnicowany. Dla przypadków stabilnych wynosił od 0 do nawet 239 dni²²⁹. Tylko w trzech podmiotach²³⁰, tj. w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie, Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Suwałkach oraz w Regionalnym Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Białogardzie, czas oczekiwania raportowany do NFZ w badanych okresach wynosił 0 dni. Jednocześnie należy podkreślić, że w podmiotach tych stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia list oczekujących lub raportowania do NFZ informacji o czasie oczekiwania oraz o pierwszym wolnym terminie.

Przykłady

W **Regionalnym Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Białogardzie**, według danych raportowanych do NFZ, pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia (zarówno dla przypadków pilnych, jak i stabilnych) przypadał w dniu zgłoszenia się pacjenta, czyli od razu. Natomiast według prowadzonego w Poradni papierowego rejestru (w podmiocie nie prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczeń w postaci elektronicznej) pierwszy termin był dostępny dopiero za siedem miesięcy.

W poradni prowadzonej w **Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie** pacjenci chcący się umówić do psychologa lub psychoterapeuty wpisywani byli w rejestr prowadzony w pliku excel bez określania terminu wizyty, a według stanu na dzień 2 czerwca 2023 r. pierwszym możliwym terminem umówienia się do lekarza psychiatry był 4 sierpnia 2023 r. (czyli za 63 dni).

²²² Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, UDSK w Białymstoku, Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SENSIMED SP. z o.o., Regionalne Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Białogardzie.

²²³ Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, UDSK w Białymstoku.

²²⁴ Regionalne Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Białogardzie, Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach.

²²⁵ Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie.

²²⁶ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SENSIMED Sp. z o.o.

²²⁷ Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, Regionalne Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Białogardzie, UDSK w Białymstoku, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie.

²²⁸ UDSK w Białymstoku.

²²⁹ Badane na dzień: 31 marca, 30 września i 31 grudnia lata 2020–2023.

²³⁰ Poza jednym miesiącem w poradni w Szczecinie przy ul. Żołnierskiej 55.

W dwóch podmiotach, spośród 10 objętych badaniem przez okres trzech miesięcy, średni czas oczekiwania wynosił 0 dni. W pozostałych miesiącach objętych kontrolą czas ten wzrastał nawet do 116 dni.

Najbardziej odległe pierwsze wolne terminy były w poradniach zlokalizowanych w szpitalach, tj. w Szczecinie, Białymstoku i Opolu. W tych ośrodkach czas oczekiwania na wizytę w okresie objętym kontrolą sukcesywnie wydłużał się: w marcu 2020 r. było to 169, 32 i 0 dni, a w marcu 2023 r. – 360, 286 i 278 dni. We wszystkich skontrolowanych poradniach, które wykazywały większe niż zerowe wartości średniego czasu oczekiwania i pierwszych wolnych terminów wizyt, wartości te na przestrzeni lat 2020–2023 wzrastały.

Uniemożliwienie umawiania się drogą elektroniczną

Pomimo, że od 1 stycznia 2013 r. podmioty lecznicze były zobowiązane do umożliwienia umawiania się na wizyty drogą elektroniczną²³¹, tylko w trzech (23 %) podmiotach leczniczych spośród 13 skontrolowanych²³², można było monitorować swój status na liście oczekujących na wizytę oraz otrzymać powiadomienie o terminie wizyty²³³. Jeden z podmiotów deklarował, że jest w trakcie dostosowywania się do tego wymogu, a prace z tym związane powinny się zakończyć do 31 grudnia 2023 r. Z tym obowiązkiem powiązany jest obowiązek powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia.

W poradniach zdrowia psychicznego objętych kontrolą, w latach 2020–2023 leczono odpowiednio: 10 037, 10 474, 13 479 i 5479 (wg stanu na 31 marca 2023 r.²³⁴), czyli od 5 %²³⁵ do 7 %²³⁶ ogółu pacjentów objętych leczeniem psychiatrycznym w Polsce w poszczególnych latach. Około 30 % pacjentów było pacjentami pierwszorazowymi, przy czym najwyższy udział pacjentów pierwszorazowych wystąpił w 2023 r. (I kwartał).

Brak standaryzacji ścieżki pacjenta

W podmiotach, w których jednocześnie funkcjonował I poziom referencyjny, pacjentów zapisywano w pierwszej kolejności do psychologa w ramach I albo II poziomu referencyjnego, a czynnikiem decydującym była aktualna długość czasu oczekiwania na poradę do psychologa w ramach I i II poziomu referencyjnego. W jednym podmiocie zorganizowano punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny co, w ocenie NIK, jest pożądanym kierunkiem dalszych zmian w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

²³¹ Obowiązek został zawieszony na podst. art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095) w okresie epidemii COVID-19 dla podmiotów, które otrzymały polecenia i nałożono na nie obowiązki, o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. poz. 1493) w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. 1493) lub dyspozycji z art. 10d ust. 2 i art. 11h ust. 1–3, zobowiązującego podmioty lecznicze do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, które tym pacjentom udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku.

²³² Nieprawidłowość w tym zakresie stwierdzono w: Regionalnym Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Białogardzie, Specjalistycznym Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej SENSIMED Sp. z o.o., Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, SPSK Nr 1 w Lublinie, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MONADA w Koszalinie (dalej: NZOZ MONADA w Koszalinie– deklarowano uruchomienie do końca 2023 r., Centrum Medycznym MULTIMED Sp. z o.o. w Koninie, Soteria Anamija Sp. z o.o. w Opolu, Ośrodku Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i młodzieży EUREKA sj.

²³³ Na podst. art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²³⁴ Dane dotyczące Poradni Log-med. Dotyczą lat 2020–2022 (III kwartał).

²³⁵ 2022 r.

²³⁶ 2020 r.

Przykład

W **Szpitalu Wojewódzkim w Opolu** (dalej: Szpital Wojewódzki w Opolu), w poradni od grudnia 2022 r. działał Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny, będący alternatywą dla pacjenta potrzebującego szybkiego kontaktu ze specjalistami Szpitala (psychologiem, mediatorem, prawnikiem, pracownikiem socjalnym). Oferta Punktu Zgłoszeniowego była adresowana do osób, które nie ukończyły 18 roku życia i dla rodziców pacjentów Poradni/Oddziału potrzebujących wsparcia. Punkt był dostępny w dni robocze od godziny 7:00 do godziny 18:00. Dokonywano w nim wstępnej oceny psychologicznej, a następnie kierowano pacjenta, w zależności od potrzeb, do oceny lekarza w ramach Poradni, na Izbę Przyjęć, do innej instytucji lub psycholog umawiał się z pacjentem na kilka wizyt w ramach wsparcia psychologicznego. Za zgodą rodzica psycholog kontaktował się z innymi instytucjami zajmującymi się dzieckiem. Podjęte w Szpitalu działania można uznać za prawidłową praktykę, która przyczynia się do usprawnienia dostępu do pomocy dziecku.

Zarówno przed reformą, jak i po rozpoczęciu jej wdrażania, odsetek pacjentów, którym lekarz psychiatra udzielił porady w przychodni²³⁷ utrzymywał się na poziomie ok. 50 % porad ogółem. W I kwartale 2023 r. spadł natomiast udział porad udzielanych przez psychologa, z utrzymującego się w latach 2020–2021 na poziomie 29–27 % do 19 %.

W okresie objętym kontrolą postępowanie z pacjentem zgłaszającym się do poradni nie było ustandaryzowane. Brak opracowanej wówczas tzw. „ścieżki pacjenta” powodował, że w każdej poradni w inny sposób kierowano pacjenta, który przychodził tam po raz pierwszy.

Przykład

W **Specjalistycznym Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Suwałkach** pacjent najpierw kontaktował się z psychologiem, który po przeprowadzeniu wywiadu i obserwacji decydował o konieczności kontaktu z lekarzem psychiatrą.

Wybór specjalisty, z którym pacjent miał pierwszy kontakt w poradni wynikał głównie z preferencji rodzica i długości kolejki. Różne też były zasady korzystania ze świadczeń psychologów i ustalania diagnozy psychologicznej.

Uwagę kontrolerów NIK zwróciło, prócz braku standaryzacji postępowania z pacjentem, posługiwanie się wcześniej, często dawno ustalonymi psychologicznymi diagnozami pacjenta bez aktualnej oceny jego stanu psychicznego. Sytuacja pacjenta, dziecka i jego stan mogą się znacznie zmienić w czasie. Rodzice dostarczali dokumentację dotychczasowego przebiegu leczenia w różnych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Natomiast informacje dotyczące leczenia w innych poradniach zbierano przeprowadzając wywiad z rodzicami.

Przekształcenie podmiotów, dopasowujące je do nowego systemu opieki psychiatrycznej nie miało wpływu na stosowane u pacjentów. Pacjenci poddawani byli głównie psychoterapii indywidualnej (96–98 % ogółu psychoterapii), a korzystało z tego rodzaju świadczeń średnio 14 % pacjentów poradni (odpowiednio w latach objętych kontrolą 17 %, 13 %, 12 % i 15 % ogółu pacjentów).

W 2022 r. tylko jeden pacjent skorzystał z sesji wsparcia psychospołecznego, a w 2023 r. – 30 z sesji psychoterapii grupowej. W niewielkim stopniu wykorzystywana była również psychoterapia rodzinna. W 2020 r. uczestniczyło w niej 152 pacjentów (2 % ogółu pacjentów skontrolowanych poradni). W 2021 r. żaden pacjent nie brał udziału w tego typu terapii, na co wpływ miała zapewne epidemia COVID-19 i związane z nią obostrzenia. W roku 2022 i 2023 (I kwartał) liczba pacjentów korzystających z psychoterapii rodzinnej wzrosła do odpowiednio 26 i 19 (poniżej 1 % ogółu pacjentów objętych kontrolą placówek).

**Niewykorzystywanie
pełnego potencjału
świadczeń**

²³⁷ Poradni zdrowia psychicznego.

Tylko w trzech podmiotach wskazano²³⁸, że powodem braku realizacji psychoterapii rodzinnych i grupowych był brak specjalistów spełniających kryteria określone przepisami, a próby zatrudnienia osób ze stosownymi kwalifikacjami były nieskuteczne. W pozostałych podmiotach brak wykorzystywania rodzinnych i grupowych form terapii tłumaczono brakiem wskazań medycznych oraz niechęcią rodziców, jednak informacje o negatywnym nastawieniu rodziny zasadniczo nie znajdowały potwierdzenia w skontrolowanej dokumentacji medycznej.

Leczony pacjent, nie rodzina

Kontrola dokumentacji medycznej 100 pacjentów wykazała, że w przypadku 76 opracowano plan terapeutyczny. W 53 % planów terapeutycznych (40 spośród 76) przewidziano udział członków rodziny w leczeniu pacjentów. Planowano psychoedukację rodziców, rozmowy edukacyjne z rodzicami, udział rodziców w warsztatach dla rodziców i opiekunów, udział w psychoterapii, wizytę u psychologa. W przypadku 25 % pacjentów, dla których przewidziano w procesie leczenia udział członków rodziny (10 spośród 40), do zakończenia kontroli NIK, członkowie ich rodzin nie byli objęci opieką. W ponad połowie przypadków członkowie rodziny musieli oczekiwać na udzielenie świadczenia (6 na 10 pacjentów), a w przypadku trzech pacjentów w przychodni nie było informacji, czy rodzina realizuje zalecenia. W jednym przypadku „opiekun prawny nie realizował zaleceń z uwagi na odległość, koszty dojazdu i brak czasu”.

Skontrolowana dokumentacja medyczna była prowadzona chronologicznie i czytelnie. W 18 % przypadków nie dokumentowano jednak wyniku oceny stanu somatycznego pacjenta. Brak zapisów tłumaczono domniemaniem stanu „prawidłowy”. NIK wskazuje, że dokumentacja medyczna stanowi udokumentowanie wydanych ocen i podjętych czynności medycznych. Pominięcie kompletnego udokumentowania wydanych ocen uniemożliwia weryfikację, które czynniki lekarz wziął pod uwagę, a które pominął, co może być szczególnie istotne na dalszym etapie diagnostyki czy przy zmianie lekarza prowadzącego.

W dokumentacji medycznej pacjentów zaznaczono, że 26 % z nich nie podjęło zaplanowanej psychoterapii, a tylko w połowie tych przypadków wskazano informację o przyczynie rezygnacji z tej formy leczenia. Natomiast w dokumentacji medycznej 62 % pacjentów znajdowała się informacja o zastosowaniu leczenia farmakologicznego, ale informację o takim leczeniu do lekarzy POZ przekazano jedynie w przypadku połowy tych pacjentów. Nieprzekazywanie tych informacji do lekarzy rodzinnych/pediatrów tłumaczono niezakończeniem doboru farmakoterapii oraz prośbami rodziców z uwagi na niechęć do ujawniania leczenia psychiatrycznego.

Świadczenia w oddziałach dziennych

Liczba dzieci, którym udzielono świadczeń w oddziałach dziennych była zróżnicowana. Wynikało to zarówno z tego, że część oddziałów utworzono w połowie 2022 r., ale także z ograniczeń w związku z epidemią COVID-19, co było szczególnie zauważalne w latach 2020–2021. W tych latach, w oddziałach psychiatrycznych przyjmowano rocznie około 50 pacjentów. Największe ograniczenie przyjęć w oddziale dziennym miało miejsce w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie, w którym w latach 2020–2022 przyjęto odpowiednio: 3, 10, 8 i 12 pacjentów. Dopiero w I kwartale 2023 r. przyjęto 33 pacjentów. Biorąc pod uwagę, że jest to jeden z pięciu działających oddziałów dziennych na terenie województwa lubelskiego, stanowiło to istotne ograniczenie w dostępie do leczenia (wykonanie kontraktu w 2020 r. dla oddziału dziennego wyniosło 9,7 %). Kierownictwo tłumaczyło decyzję o zawieszeniu realizacji świadczeń w oddziale dziennym wykonywaniem polecenia Wojewody Lubelskiego, o którym mowa w art. 10d ust. 2 i art. 11h ust. 1–3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób

²³⁸ UDSK w Białymstoku, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej SENSIMED Sp. z o.o.

zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²³⁹, która obowiązywała od 12 marca 2020 r. do 30 czerwca 2023 r. W latach 2020–2023 (kwartał) w oddziałach rozliczono odpowiednio: 5186, 7155, 11 790, 3583 osobodni.

Dzienne oddziały psychiatryczne, funkcjonujące w ramach II poziomu referencyjnego zostały zobligowane do udzielania każdemu pacjentowi świadczeń w postaci psychoterapii indywidualnej, psychoterapii grupowej, psychoterapii rodzinnej, a w przypadku braku udziału rodziny zastąpienie jej innymi formami terapii. Takie świadczenia musiały być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. Z ustaleń kontroli wynika, że 93 % pacjentów oddziałów dziennych w ramach nowego modelu korzystało z psychoterapii indywidualnej lub porady psychologicznej. W „starym systemie” ten wskaźnik wynosił 65 %. W analizowanej dokumentacji stwierdzono tożsamy wzrost, w odniesieniu do psychoterapii grupowej, grupowych warsztatów psychoedukacyjnych, treningu umiejętności społecznych lub treningu zastępowania agresji. W ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży 33 % pacjentów korzystało z sesji psychoterapii rodzinnej lub sesji wsparcia psychospołecznego. W „starym modelu” odsetek takich pacjentów wynosił jedynie 5 %. Co znamienne, niewykorzystywanie tych form terapii w ramach „starego modelu” tłumaczono brakiem takiego wymogu, a nie np. brakiem potrzeb pacjenta w tym zakresie.

Jednocześnie w trzech oddziałach dziennych²⁴⁰, spośród czterech skontrolowanych podmiotów, funkcjonujących w II poziomie referencyjnym, nie przestrzegano obowiązku odnotowywania czasu trwania sesji poszczególnych psychoterapii. Brak realizacji obowiązku odnotowywania czasu trwania świadczenia tłumaczono głównie niedopatrzeniem.

Zapewnienie posiłków w oddziałach dziennych

Tylko w jednym oddziale dziennym²⁴¹, spośród ośmiu skontrolowanych, pacjentom nie zapewniano posiłku, pomimo takiego obowiązku. Brak zapewnienia posiłku uzasadniano tym, że wcześniej pacjenci nie jedli posiłków dostarczanych przez firmę cateringową, zatem zrezygnowano z tego, by ograniczyć niepotrzebne wydatki. Wskazywano jednocześnie, że NFZ nigdy nie płacił dodatkowo za posiłki, które stanowiły dodatkowy koszt. W pozostałych oddziałach nie kwestionowano faktu, że wycena osobodnia obejmuje realizację wszystkich obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę i zapewniano w jej ramach dzieciom i młodzieży posiłek w ciągu dnia terapii. W części z nich zapewniano zupę i podwieczorek, w innych bułkę i jogurt. UDSK w Białymstoku wskazał, że na posiłek przeznaczano do 20 % ceny osobodnia, czyli od 1,93 zł do 3,49 zł.

Zajęcia lekcyjne w oddziałach dziennych

W ramach reformy opieki psychiatrycznej, od 1 września 2023 r. wprowadzono konieczność zapewnienia zajęć lekcyjnych dla pacjentów oddziałów dziennych. Spośród jednostek objętych kontrolą, tylko w jednym podmiocie zorganizowano takie zajęcia (CM HCP w Poznaniu). W pozostałych takich zajęć nie organizowano. W dwóch podmiotach wskazywano, że zajęcia w oddziałach organizowane są celowo w godzinach popołudniowych, aby pacjenci mogli w nich uczestniczyć po lekcjach. Jednocześnie wskazywano, że trudno pogodzić ten obowiązek z prowadzeniem terapii w oddziale. Zajęcia terapeutyczne w oddziale muszą być prowadzone co najmniej 3 godziny dziennie, przy czym każdy pacjent powinien uczestniczyć w co najmniej 2 sesjach psychoterapii indywidualnej i dwóch grupowych. Napięty plan terapii/zajęć terapeutycznych sprawia, że na obowiązkową naukę szkolną w oddziale pozostaje niewiele czasu. Jednocześnie wskazywano, że najlepszym rozwiązaniem powinno być indywidualne lub zdalne nauczanie dzieci uczestniczących w zajęciach terapeutycznych w oddziale dziennym. W podmiotach leczniczych deklarowano pomoc w zorganizowaniu takiego nauczania. Wskazywano również, że terapia w oddziale dziennym trwa długo i dzieci oderwane od dotychczasowego środowiska szkolnego mogą mieć trudność z powrotem do szkoły.

²³⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.

²⁴⁰ Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, UDSK w Białymstoku.

²⁴¹ Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży EUREKA s.j.

Sesje koordynacji i superwizje

W 64 % podmiotów leczniczych prowadzących poradnie lub oddziały dzienne w ramach II poziomu referencyjnego²⁴², spośród 11 skontrolowanych, nie prowadzono dostatecznej liczby obowiązkowej superwizji i konsyliów lub nieprawidłowo sprawozdawano je do NFZ. Nieprawidłowości dotyczyły również nieodnotowywania tych świadczeń w dokumentacji podmiotu. Było to spowodowane różnorodnymi czynnikami. Wśród wymienianych powodów występowały trudności w zatrudnieniu superwizora spełniającego konieczne wymagania oraz brak czasu na zorganizowanie spotkania grupy w wymaganym składzie. Nieprawidłowości dotyczące błędów w dokumentowaniu tych czynności i ich sprawozdawaniu do NFZ miały wynikać w ocenie skontrolowanych podmiotów z niejasnych przepisów regulujących te kwestie. Wskazywano, że organizacja takich działań powinna odbywać się w godzinach pracy personelu, co z kolei powoduje, że w tym czasie nie można przyjąć pacjenta, a tym samym wydłuży się kolejka oczekujących. Wskazywano także, że według obowiązujących przepisów wymagana jest konkretna liczba superwizji, konsyliów i sesji koordynacji. Np. określono wymóg przeprowadzenia jednej sesji koordynacji bez wskazania, czy dotyczy to każdego pacjenta, czy sesji jako takiej. Wskazywano także, że placówki II poziomu referencyjnego rozliczają się na zasadach „opłaty za usługę”. Tymczasem NFZ nie wycenił sesji koordynacji, konsyliów i superwizji. W ocenie podmiotów leczniczych NFZ nie opłaca zatem tych świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego, w przeciwieństwie do I i III poziomu referencyjnego, gdzie finansowanie świadczeń w ramach I poziomu jest hybrydowe, a w ramach III poziomu – za osobodzień. Zatem „ryczałtowa” forma wynagrodzenia obejmuje także te usługi.

W skontrolowanych podmiotach wskazywano na utrudnienia we współpracy ze szkołami, często brak reakcji na próby kontaktu, odmawianie rodzicom wydania opinii o funkcjonowaniu dziecka w szkole dla poradni zdrowia psychicznego, podważanie rozpoznań medycznych.

Zwracano również uwagę, że istotnym problemem jest bagatelizowanie przez rodziców problemów zgłaszanych przez młodzież. Podkreślano, że leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży wiąże się bardzo często z koniecznością objęcia pomocą terapeutyczną czy psychiatryczną także członków rodziny. Konieczna zatem jest współpraca pomiędzy ośrodkami zajmującymi się opieką psychiatryczną nad dziećmi i młodzieżą i nad dorosłymi. Podkreślano także, że taka współpraca pozwoli pacjentowi przejść później płynnie z opieki przeznaczonej dla dzieci i młodzieży do tej dla dorosłych.

5.2.2. Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym

Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym

W dwóch podmiotach leczniczych²⁴³ (29 %), spośród siedmiu skontrolowanych²⁴⁴, realizujących stacjonarne świadczenia medyczne stwierdzono ograniczenie dostępu do świadczeń w stosunku do obowiązującego ich zakresu świadczeń. Ograniczenie świadczeń polegało na nieobejmowaniu leczeniem psychiatrycznym w oddziale dla dzieci i młodzieży pacjentów poniżej 13 roku życia lub niezapewnieniu funkcjonowania Izby przyjęć w części dotyczącej dzieci i młodzieży, w zakresie wynikającym z umowy z OW NFZ.

²⁴² Szpital Wojewódzki w Opolu, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, CM HCP w Poznaniu, Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, NZOZ MONADA w Koszalinie, Centrum Medyczne Multimed Sp. z o.o., Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży EUREKA w Białymstoku.

²⁴³ SPSK Nr 1 w Lublinie, CM HCP w Poznaniu.

²⁴⁴ Pięć spośród siedmiu skontrolowanych podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń medycznych przekształciło się w III poziom referencyjny.

Przykłady

Do Oddziału Psychiatrii **SPSK nr 1 w Lublinie** nie przyjmowano pacjentów w wieku poniżej 13 roku życia, pomimo braku zapisów wprowadzających ograniczenie wieku objętych świadczeniem pacjentów. Tłumaczono to planami rozdzielania w najbliższym czasie Oddziału dla Dzieci i Młodzieży na dwa pododdziały, a do tej pory miały być wstrzymywane przyjęcia dzieci w wieku poniżej 13 roku życia. Dzieci były przekierowywane na leczenie do Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie.

W **CM HCP w Poznaniu** nie zapewniono funkcjonowania Izby przyjęć, w części dotyczącej dzieci i młodzieży, w zakresie wynikającym z umowy z OW NFZ. Zgodnie z rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych (załącznik nr 8), w izbie przyjęć pacjenci w nagłych stanach powinni być przyjmowani całodobowo, łącznie z wykonaniem badań diagnostycznych i leczenia nawet, gdy nie są przyjmowani do oddziału. Tymczasem Izba przyjęć dla dzieci i młodzieży służyła jedynie przyjęciu do Szpitala pacjentów, zakwalifikowanych do hospitalizacji przez lekarzy izby przyjęć innego szpitala, tj. Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu. Sytuacja ta wynikała z niewystarczających zasobów kadrowych nowoutworzonego oddziału psychiatrii, który miał zapewnić dostępność do stacjonarnej opieki psychiatrycznej w Wielkopolsce, w związku z likwidacją oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w innym szpitalu na terenie województwa.

Takie ograniczenia w dostępności do świadczeń były niezgodne z umowami zawartymi z NFZ.

**Braki
w zatrudnieniu**

Personel oddziałów wykonywał zadania na podstawie różnych form zatrudnienia. Często zasady rozliczeń z personelem i prowadzona dokumentacja uniemożliwiały weryfikację faktycznego wymiaru zatrudnienia, pomimo że zarówno rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych, jak i umowa z NFZ o realizację świadczeń zdrowotnych określały w tym zakresie obligatoryjne wymagania.

W czterech podmiotach (57 %), spośród siedmiu skontrolowanych, w których prowadzono oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, kontrolerzy NIK stwierdzili nieprawidłowości związane z zatrudnieniem, czasem pracy lub jego ewidencją. Dotyczyło to trzech szpitali klinicznych i jednego podmiotu prawa handlowego.

Przykład

W **CM HCP w Poznaniu** w przypadku umowy zawartej z ordynator Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i i Młodzieży (jednocześnie pełniącą funkcję ordynator Psychiatrycznego Oddziału Dziennego Dla Dzieci i Młodzieży) wymagany umową cywilnoprawną wymiar świadczonych usług oraz realnie zrealizowany wynosił 16,5 godziny tygodniowo (łącznie dla świadczeń udzielanych w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym i w oddziale dziennym). Tymczasem zgłoszona do WOW NFZ liczba godzin pracy tej osoby wynosiła łącznie 47,5 godziny tygodniowo (28,5 godziny tygodniowo w Oddziale Psychiatrycznego dla Dzieci i i Młodzieży i 19 godzin w Psychiatrycznym Oddziale Dziennym dla Dzieci i Młodzieży). Zatem w szpitalu nie zapewniono realizacji 31 godzin tygodniowo pracy lekarza wymienionego w zgłoszeniu do WOW NFZ.

W **UDSK w Białymstoku** liczba personelu medycznego zatrudnionego w Klinice była zbyt mała w stosunku do potrzeb. Wymiar zatrudnienia psychologów i psychiatrów (odpowiednio 4,27 i 4,82 etatu) pozwolił na podpisanie kontraktu z NFZ na mniejszą liczbę łóżek (28), niż ta którą dysponował i w rzeczywistości wykorzystywał oddział (brakowało odpowiednio 0,73 i 0,18 etatu).

W tym szpitalu, ze względu na zbyt mały stan zatrudnienia w stosunku do potrzeb, podpisano porozumienie z innym szpitalem w sprawie zapewnienia w Klinice obsady dyżurowej poza normalnymi godzinami funkcjonowania. W konsekwencji, po godzinie 15 oraz w dni wolne od pracy dyżuruje jeden lekarz obsługujący Klinikę UDSK, Klinikę Psychiatrii innego szpitala i izbę przyjęć. Taki sposób organizacji dyżurów może mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i jakość udzielanych świadczeń medycznych na przykład w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

W **SPSK Nr 1 w Lublinie** brakowało kompletnych informacji o faktycznym zatrudnieniu poszczególnych grup personelu. Przedłożona do kontroli dokumentacja zatrudnienia wskazywała niższy niż wymagany przepisami zrealizowany wymiar czasu pracy lekarzy specjalistów od 0,24 do 1,45 etatu; psychologów od 0,42 do 0,76 etatu, pielęgniarek od 0,1 do 0,2 etatu.

W **Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (dalej: Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu)** nierzetelnie prowadzono ewidencję czasu pracy personelu oddziału psychiatrycznego. W dokumentacji zbadanej za jeden miesiąc 2022 r. jako godziny pracy lekarza psychiatry dzieci i młodzieży wykazywano czas, który w rzeczywistości był czasem pracy w innym podmiocie leczniczym – również poddanym kontroli NIK (przez 5 dni lekarz wykonywał swoje obowiązki w innym podmiocie leczniczym przez 2–3 godz. dziennie, podczas gdy w Szpitalu pracował przez 5 godz. i 40 min.).

Skutki braków kadrowych

Podane przykłady braku zatrudnienia personelu w wymaganym wymiarze stanowiły nie tylko niewłaściwie zrealizowaną usługę w świetle umowy zawartej z NFZ, ale przede wszystkim nie zapewniały pacjentom przestrzegania ich praw i wymogów bezpieczeństwa.

Przykłady

W **CM HCP Poznaniu**, w historii choroby pacjenta, w części „obserwacje lekarskie” jeden z dyżurnych lekarzy na terenie szpitala wpisał w historii choroby pacjenta, że pielęgniarki zgłosiły brak zabezpieczenia lekami pacjenta, ponieważ brakowało wpisu w zleceniach lekarskich. Wskazano, że podobna sytuacja wystąpiła u innych dzieci. Zapisano również wezwanie ostrodyżurowe z powodu braków kadrowych w ciągu dnia pracy oddziału.

Braki kadrowe wpływały na prawo pacjenta i ich opiekunów do uzyskania bez zbędnej zwłoki oczekiwanej informacji o stanie zdrowia. Ze skarg złożonych do Rzecznika Praw Pacjenta wynikało, że rodzice/opiekunowie prawni pacjentów Oddziału Psychiatrycznego nie mogli skontaktować się z żadnym lekarzem na Oddziale w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia swojego dziecka. Co więcej, sam Rzecznik miał problem z odnalezieniem lekarzy na Oddziale.

W **UDSK w Białymstoku, w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu oraz w CM HCP w Poznaniu** braki kadrowe były deklarowaną przyczyną nieprzeprowadzenia obligatoryjnego osobistego badania przez lekarza przed przedłużeniem przymusu bezpośredniego, ponieważ wykonywał on obowiązki w innej komórce organizacyjnej szpitala lub były przyczyną przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarza, który nie miał formalnych uprawnień do tej czynności.

Znikoma aktywność pracowników socjalnych

We wszystkich poddanych kontroli szpitalach zatrudniono pracownika socjalnego. Podejmowane przez tych pracowników czynności odnosiły się głównie do przeprowadzenia wywiadu socjalno-bytowego z rodziną pacjenta. W dwóch szpitalach (29 %) pracownicy socjalni w okresie objętym kontrolą nie realizowali zadań w związku z sytuacją socjalną pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Przykłady

W **SPSK Nr 1 w Lublinie** pracownik socjalny nie realizował zadań w Oddziale Psychiatrii, co – jak wyjaśnił – wynikało z braku informacji o potrzebie jego wizyty w Oddziale i pomocy pacjentom w jakiegokolwiek sprawie.

Ordynator Oddziału Psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w **Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie** wyjaśniła, że nie korzystano z pomocy pracownika socjalnego Szpitala, ponieważ problemy dotyczące dzieci są zbyt skomplikowane i istnieje potrzeba dużej wiedzy na temat rozwoju psychicznego dziecka i zaburzeń psychicznych występujących u dzieci. Dlatego ich rozwiązywanie wymaga bezpośredniego zaangażowania pracowników oddziału: lekarzy i psychologów. Problemy dzieci wymagają często wielokrotnych kontaktów z sądami, placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, pracownikami MOPR-u i PCPR w miejscu zamieszkania dziecka. Wszelkie sprawy dotyczące pacjenta, w tym sprawy socjalne są realizowane przez pracowników medycznych, a główne obciążenie nimi spoczywa na psychologach i lekarzach zatrudnionych w Oddziale.

W **CM HCP w Poznaniu** pracownik socjalny prowadził jedną sprawę w związku z pacjentem oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, dotyczącą umieszczenia w domu pomocy społecznej (w ciągu dwóch miesięcy funkcjonowania oddziału). Pacjent ten był wcześniej mieszkańcem domu pomocy społecznej i z powodu długiego pobytu w szpitalu został skreślony z listy jego mieszkańców. Spowodowało to konieczność uruchomienia procesu uzyskania skierowania oraz decyzji o umieszczeniu w DPS. Jednocześnie w dokumentacji siedmiu pacjentów znajdowała się korespondencja prowadzona z sądami rejonowymi dotycząca oceny stanu zdrowia, „rokowań na wyleczenie”, a także ustalenia przez sądy docelowego miejsca pobytu po zakończonej hospitalizacji. Całość tej korespondencji prowadziła Ordynator Oddziału Psychiatrycznego.

W **UDSK w Białymstoku**, w ciągu siedmiu miesięcy funkcjonowania oddziału, pracownik socjalny zajmował się sprawami pięciu pacjentów.

**Przedłużanie
pobytu dzieci
i młodzieży
w oddziale
psychiatrycznym**

Z ankiety przeprowadzonej w 31 szpitalach, w których funkcjonował oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży²⁴⁵ wynikało, że w każdym ze szpitali w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży występowały w latach 2019–2023 (do 30 czerwca) problemy związane z wypisem pacjentów w związku z ich sytuacją „prawno-socjalną”. W 30 szpitalach (96,8 %) zdarzały się przypadki, że konieczne było wydłużenie pobytu dziecka w szpitalu do wyjaśnienia jego sytuacji prawnej. W ponad połowie ankietowanych szpitali konieczne przedłużenie pobytu przekraczało nawet 3 miesiące. Przyczynami tych sytuacji było oczekiwanie na ustalenie opiekunów prawnych pacjenta, ustalenie terminu przyjęcia w ośrodku leczącym schorzenie danego pacjenta (np. DPS/MOW/ośrodki leczenia uzależnień), oczekiwanie na decyzję sądu w innych kwestiach. Innym powodem była odmowa rodziców/opiekunów prawnych odebrania dziecka ze szpitala, a także nieprzygotowanie rodziny zastępczej do pracy z dzieckiem. Z ustaleń kontroli wynikało, że rozwiązanie tych trudności leżało głównie w gestii personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych.

²⁴⁵ W celu uzyskania informacji dotyczących problemów, z którymi spotyka się personel szpitali przy wypisie pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, Delegatura NIK w Poznaniu wystosowała, korzystając z uprawnień wynikających z art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 32 szpitali prowadzących takie oddziały. Wsparcie informatyczne i analizę danych wynikowych badania realizował Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie prowadzono od 7 do 28 sierpnia 2023 r. Kwestionariusz wypełnili przedstawiciele 31 szpitali (96,9 % wszystkich objętych badaniem).

Przykład

W **CM HCP w Poznaniu** na podstawie postanowienia Sądu jeden pacjent przebywał już trzy miesiące dłużej niż wymagał tego jego stan zdrowia, a jego hospitalizacja trwała bez przerw ponad rok. Lekarze Oddziału Psychiatrycznego trzykrotnie zwracali się do sądu o podjęcie decyzji odnośnie miejsca zamieszkania dziecka. W korespondencji wskazywano sądom ustanie wskazań do hospitalizacji i negatywny wpływ przedłużających się spraw sądowych oraz ciągłego (nieuzasadnionego) przebywania w Szpitalu na stan psychiczny pacjenta. Z uwagi na trudną sytuację rodzinną wskazywano osobę spokrewnioną, która wyraża wolę zaopiekowania się pacjentem. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK, tj. do 17 stycznia 2023 r. do Szpitala nie wpłynęła odpowiedź z Sądu, a pacjent nadal przebywał na Oddziale Psychiatrycznym.

Z prowadzonej w szpitalu dokumentacji wynikało, że z powodu przedłużających się spraw sądowych i administracyjnych co najmniej czterech pacjentów było hospitalizowanych pomimo ustania wskazań do kontynuacji leczenia szpitalnego.

Wykorzystanie łóżek

W czterech (67 %), spośród sześciu skontrolowanych²⁴⁶ szpitali, średnie wykorzystanie łóżek w roku przekraczało 100%. Przekroczenia pełnego wykorzystania łóżek wynosiły od 4 do 33%. W każdym z pięciu szpitali zauważalny był wzrost wykorzystania łóżek na przestrzeni lat 2020–2023 i w każdym z nich maksymalna wartość obłożenia miała miejsce w 2023 r.²⁴⁷ i wyniosła od 97 do 132 %. W konsekwencji, w momencie oględzin oddziałów podczas kontroli NIK, w dwóch szpitalach stwierdzono, że łóżka dostawiane były na korytarzach²⁴⁸. Sytuacja ta stanowi nie tylko naruszenie obowiązujących przepisów dotyczących wymagań dla pomieszczeń w podmiotach leczniczych, ale narusza również prawo pacjenta do intymności. Większą liczbą pacjentów opiekował się ten sam personel, który przewidziano do mniejszego obłożenia oddziału. Zatem przepełnienie oddziałów wpływało nie tylko na komfort pacjentów, ale mogło mieć także wpływ na przemęczenie personelu i w konsekwencji, na jakość opieki sprawowanej nad pacjentami.

Przykłady

W **UDSK w Białymstoku** na oddziale dla dzieci i młodzieży przebywało średnio 37 pacjentów, podczas gdy zakontraktowano z NFZ 28 łóżek. Liczba zakontraktowanych łóżek wynikała z dostępności personelu medycznego.

W **Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu**, skrajne przepełnienie oddziałów było jednym z wielu powodów wymienionych w liście do Dyrektora Szpitala, tłumaczącym złożenie wypowiedzeń przez pięciu lekarzy oddziałów dla dzieci i młodzieży. W liście podano, że liczba pacjentów osiąga 75 osób przy 45 łóżkach zakontraktowanych w NFZ, a niepełnoletni pacjenci są hospitalizowani na oddziałach dla dorosłych, na korytarzach i materacach. Zwiększona liczba pacjentów powoduje brak miejsc do siedzenia w jadalni, w sali przeznaczonej do terapii zajęciowej, wystarczającej liczby łazienek i toalet. Wskazano, że warunki nie tylko uniemożliwiają prowadzenie terapii oraz powrót do zdrowia, ale wpływają na eskalację konfliktów i zachowań destrukcyjnych i agresywnych. Z powodu braku pomieszczeń, rozmowy z pacjentami odbywają się niejednokrotnie w miejscach, w których trudno zachować poufność, tj. stołówka i korytarz.

²⁴⁶ W toku kontroli NIK oddział stacjonarny w jednym podmiocie leczniczym funkcjonował dopiero 50 dni (w 2022 r.).

²⁴⁷ I kwartał – Poza Szpitalem Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu, w którym kontrola dotyczyła lat 2020–2022.

²⁴⁸ Szpital Wojewódzki w Opolu, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu.

**Pacjenci
na oddziałach
dla dorosłych**

Z powodu przepełnienia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży niepełnoletnich pacjentów przyjmowano na oddziały psychiatryczne przeznaczone dla osób dorosłych. Miało to miejsce w czterech szpitalach (67 %) ²⁴⁹, spośród sześciu skontrolowanych ²⁵⁰, w których funkcjonował także oddział psychiatryczny dla dorosłych. Przy czym o ile w szpitalach w Lublinie, Szczecinie i Opolu dotyczyło to od 1 do 3 pacjentów rocznie, to w Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, w latach 2020–2022 (III kwartał) odpowiednio aż: 66, 69 i 76 pacjentów.

Przykład

W **Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu** hospitalizacje pacjentów niepełnoletnich na oddziałach dla dorosłych stanowiły 11 % hospitalizacji dzieci i młodzieży. Wykorzystanie łóżek w funkcjonujących w szpitalu dwóch oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych było znacznie niższe niż w przypadku oddziałów dla dzieci i młodzieży i wynosiło (uwzględniając hospitalizacje dzieci i młodzieży) od 66 do 73 %. Hospitalizacje dzieci w tych oddziałach stanowiły od 4 do 13 % czasu hospitalizacji ogółem (od 9 do 17 % hospitalizacji). Na propozycje WOW NFZ na zwiększenia liczby łóżek psychiatrycznych dla dzieci poprzez zmniejszenie liczby łóżek psychiatrycznych dla dorosłych negatywnie odpowiedział Dyrektor Szpitala i lekarze.

**Odmowy przyjęcia
ze względu
na brak miejsc**

Brak miejsc uniemożliwiający przyjęcie pacjentów na oddział psychiatryczny był przyczyną odmowy przyjęcia w pięciu szpitalach (71 %), spośród siedmiu skontrolowanych. Najwięcej odmów występowało w podmiotach, które były jedynymi w województwie świadczącymi stacjonarną opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży.

Przykłady

W **UDSK w Białymstoku** w ciągu trzech miesięcy funkcjonowania oddziału (od 1 października do 31 grudnia 2022 r.) 110 pacjentom odmówiono przyjęcia do oddziału, a w I kwartale 2023 r. odmowę otrzymało 170 pacjentów. Przyczynami odmów były m.in. brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji – 65 przypadków w IV kwartale 2023 roku i 139 w I kwartale 2023 roku oraz skierowanie pacjenta do leczenia ambulatoryjnego – 35 i 16 przypadków.

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że ok. 25–30 % pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do Kliniki z powodu braku bezwzględnych podstaw do hospitalizacji, mogło być przyjętych w przypadku wolnych miejsc w oddziale. W takich przypadkach kierowano pacjenta do leczenia ambulatoryjnego.

W **SPZOZ Zdroje w Szczecinie**, w latach 2020–2023 (do 31 marca) odnotowano 3206 odmów przyjęcia pacjentów, z tego w poszczególnych latach odpowiednio: 585; 964; 1294 i 363. Największą liczbę stanowiły odmowy ze względu na brak wskazań do hospitalizacji (odpowiednio: 511; 789; 1065 i 299) i na brak łóżek: 117 odmów w 2021 r.; 104 – w 2022 r. oraz 28 – w I kwartale 2023 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *Lekarze w dokumencie odmowy zaznaczali „brak wolnych łóżek” w okresach zwiększonej liczby pacjentów w Oddziale chcąc unaocznić istniejący problem zwiększonej potrzeby stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, a w systemie informatycznym nie ma możliwości odznaczenia dwóch powodów odmowy.*

²⁴⁹ Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie, SPZOZ Zdroje w Szczecinie, Szpital Wojewódzki w Opolu. Dodatkowo w CM HCP w Poznaniu przyjęto pacjenta niepełnoletniego na oddział dla dorosłych w okresie przed utworzeniem oddziału dla dzieci i młodzieży.

²⁵⁰ UDSK w Białymstoku nie funkcjonował oddział psychiatryczny dla dorosłych.

Brak rejestru pacjentów oczekujących

W trzech szpitalach (spośród siedmiu skontrolowanych) prowadzono rejestry osób oczekujących na hospitalizację psychiatryczną, a w czterech – nie. Uzasadniano to brakiem pacjentów oczekujących na przyjęcie do szpitala. Jednocześnie w dwóch podmiotach, w których nie było kolejek oczekujących, do NFZ przekazywano informację o przyjmowaniu pacjentów na bieżąco. W tych dwóch szpitalach odmawiano przyjęcia pacjentów ze względu na brak miejsc lub brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

Przykłady

W **UDSK w Białymstoku** nie prowadzono listy pacjentów oczekujących na hospitalizację, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż pacjenci byli przyjmowani w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Obłożenie oddziału pozostaje stale powyżej stanu.

Tymczasem od 1 października do 31 grudnia 2022 r. 65 pacjentom odmówiono przyjęcia do Kliniki ze względu na brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji, a w I kwartale 2023 r. odmowę z tego powodu otrzymało kolejnych 139 pacjentów. Kierownik Kliniki wyjaśnił zaś, że ok. 25–30 % pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do Kliniki z powodu braku bezwzględnych podstaw do hospitalizacji, można było przyjąć do szpitala, gdyby były wolne miejsca. W **Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie** wskazywano brak kolejek i pacjentów oczekujących, ale występowały odmowy ze względu na brak wolnych łóżek. Według stanu na 31 grudnia 2020 r., 2021 r. i 2022 r. oraz na 31 marca 2023 r. liczba odmów wyniosła odpowiednio: 56, 87, 224 i 73. W przypadkach odmowy przyjęcia pacjenta ze względu na brak wolnych łóżek Szpital proponował leczenie w trybie ambulatoryjnym, skierowanie do innego szpitala lub hospitalizację w Szpitalu na Oddziale dla dorosłych.

W szpitalach, w których prowadzono kolejki oczekujących na pierwszy wolny termin przyjęcia, wg stanu na 31 marca 2023 r. trzeba było czekać 45 i 96 dni. Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w marcu 2023 r. wynosił 24 i 33 dni²⁵¹ przy 82 osobach oczekujących. We wrześniu 2022 r. średni czas oczekiwania wynosił od 61 do 140 dni.

Stosowanie przymusu bezpośredniego

We wszystkich siedmiu szpitalach poddanych kontroli stosowano przymus bezpośredni wobec niepełnoletnich pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Co do zasady przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego mieściły się w katalogu powodów określonych w ustawie o zdrowiu psychicznym, tj. agresja słowna i fizyczna pacjentów wobec personelu i innych pacjentów, zachowania autoagresywne, w tym samookaleczenia, pobudzenie psychoruchowe, silne przeżycia psychotyczne czy destabilizacja pracy Oddziału. W każdym oddziale wprowadzono regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. W okresie objętym kontrolą nie obowiązywały natomiast żadne, dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego, wytyczne konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, pielęgniarstwa psychiatrycznego czy psychoterapii dzieci i młodzieży. Nie określono także zaleceń w zakresie zasad dotyczących przeszukania pacjentów oddziałów psychiatrycznych.

Łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów w skontrolowanych szpitalach był zróżnicowany. W trzech szpitalach stwierdzono, że zastosowany przymus wobec jednego pacjenta przekraczał 100 godzin, w dwóch 300 godzin, z kolei w jednym maksymalny czas stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wynosił aż 63 dni.

²⁵¹ Dane nie obejmują Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu, w którym kontrola została zakończona w styczniu 2023 r.

Przykład

W **Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu** pacjent był unieruchomiony bez przerw przez 63 dni (przymus przedłużano 235 razy), a wraz z kolejnymi czterema przymusowymi unieruchomieniami przebywał on w unieruchomieniu 98,6 % czasu hospitalizacji. Kontrola dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego (do kontroli wybrano po 10 przypadków o najdłuższym łącznym czasie stosowania środka wobec pacjenta) wykazała nieprawidłowości dotyczące zarówno stosowania tego przymusu, jak i dokumentowania zastosowanych środków przymusu.

**Przedłużenie
przymusu bez
przeprowadzenia
badania**

W trzech podmiotach (43 %) ²⁵², spośród siedmiu skontrolowanych, stwierdzono brak przeprowadzenia badania koniecznego przed przedłużeniem środka przymusu bezpośredniego na kolejne okresy, co było niezgodne z art. 18a ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przepis ten uzależnia przedłużenie unieruchomienia od uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania przez uprawnionego lekarza. Ponadto w jednym z przypadków pacjent pozostawał unieruchomiony na korytarzu oddziału szpitala bez osłonięcia go od osób postronnych przebywających na korytarzu.

Przykłady

W **SPSK Nr 1 w Lublinie** nie przeprowadzano obowiązkowego osobistego badania pacjenta przed podjęciem decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w 19 z 23 poddanych oględzinom przypadków przedłużeń przymusowego unieruchomienia, które zostały zastosowane u trzech pacjentów. Wpisów w kartach zastosowania przymusu dokonywali zarówno lekarze rezydenci, jak i lekarze specjaliści z zakresu psychiatrii. Ustalono, że u dwóch z tych pacjentów dwukrotnie przedłużano przymusowe unieruchomienie, przy czym jednego z nich zbadano przed przedłużeniem unieruchomienia tylko jeden raz – mimo że przedłużano unieruchomienie dwa razy. U jednego pacjenta 19 razy przedłużano unieruchomienie, przy czym obowiązkowe badanie przed przedłużeniem unieruchomienia wykonano tylko w trzech przypadkach.

W **Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera w Poznaniu** w czasie zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pacjenta – od 22 listopada 2022 r. godz. 19:30 do 25 listopada 2022 r. godz. 2:00 osiem razy przedłużano decyzje o jego unieruchomieniu bez uprzedniego obowiązkowego badania pacjenta przez uprawnionego lekarza.

Lekarze podejmujący decyzje o przedłużaniu czasu zastosowania środka przymusu bezpośredniego zeznali, że przeprowadzane przez nich badanie polegało na obserwacji pacjenta z odległości drzwi wejściowych do pomieszczenia, w którym przebywał, niewidocznych na monitorze, albo za pomocą monitoringu czy na podstawie oceny stanu pacjenta przez personel pielęgniarstwa. Kierownik Kliniki wyjaśnił, że unieruchomienie pacjenta było przedłużane ze względu na brak poprawy jego stanu psychicznego, a tym samym, ze względu na brak podstaw do zakończenia tego środka przymusu. Dodał, że te uchybienia wymagają korekty i zostaną uwzględnione w opiece nad hospitalizowanymi pacjentami. Dodatkowo ten unieruchomiony pacjent przez ponad 12 godzin leżał na łóżku stojącym na korytarzu bez osłonięcia. Nie zapewniono mu w związku z tym poszanowania godności i intymności. Stanowiło to naruszenie art. 18 d ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a także obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur stosowania przymusu bezpośredniego. Przywołany przepis ustawy wymaga aby osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieścić w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku braku takiej możliwości, osłonić ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu.

²⁵² SPSK nr 1 w Lublinie, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu, UDSK w Białymstoku.

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że ustawienie parawanu utrudniałoby personelowi pielęgniarskiemu prowadzenie obserwacji i kontrolę stanu pacjenta. Prawo wymaga jednak stosowania procedur postępowania w warunkach bezpiecznych dla pacjenta i zarazem szanujących jego godność.

W **UDSK w Białymstoku** przedłużenie i zakończenie stosowania środka przymusu w postaci unieruchomienia nie było poprzedzone badaniem stanu pacjentki. Lekarz dokonujący przedłużenia unieruchomienia wyjaśnił: „(...) znajdowałem się na Izbie Przyjęć, gdzie przeprowadzałem badanie przywiezionej z ośrodka socjoterapeutycznego pacjentki. W trakcie procedury zakończenia przymusu wykonywałem swoje obowiązki w innym miejscu. Ze względu na braki kadrowe lekarz dyżurny odpowiada za cały budynek: oba oddziały całodobowe, obie izby przyjęć, jest także odpowiedzialny za konsultacje psychiatryczne świadczone innym oddziałom i klinikom USK i UDSK.”

Zlecenie przymusu bezpośredniego przez osoby nieuprawnione

W dwóch szpitalach (29 %) ²⁵³, spośród siedmiu skontrolowanych, stwierdzono zlecenie przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarzy bez uprawnień.

Przykład

W **SPSK Nr 1 w Lublinie** decyzje o zastosowaniu trzeciego i kolejnych przedłużeń stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji pacjenta dokonywali lekarze, którzy nie byli psychiatrami ²⁵⁴, co było niezgodne z art. 18a ust. 9 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który stanowi, że *po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż sześć godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę*. Wpisy w czterech kartach przymusu bezpośredniego potwierdzają, że przedłużeń dokonywali lekarze bez wymaganej specjalizacji, pomimo że w tym samym czasie dyżurowali również lekarze specjaliści. W odniesieniu do trzech pacjentów sytuacja ta dotyczyła sześciu przypadków przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego ²⁵⁵, a w stosunku do jednego, co najmniej siedmiu takich przypadków.

Monitoring w salach do izolacji

Zgodnie z art. 18e ust. 2 i 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Zapis z monitoringu przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania. W dwóch (40 %) ²⁵⁶ szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące funkcjonowania monitoringu w salach do izolacji.

Przykłady

W **Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie**, w dokumentacji medycznej pacjenta poddanego przymusowi bezpośredniemu w postaci izolacji (w dniach 11–13 marca 2023 r.) stwierdzono brak zapisu z monitoringu.

Dyrektor wyjaśnił, że Oddział nie ma zapisu z monitoringu, ponieważ podczas wizytacji Szpitala pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta udzielili pracownikom wskazówek mających na celu respektowanie prawa pacjenta do intymności jako sfery przeżyć.

²⁵³ SPSK Nr 1 w Lublinie, CM HCP w Poznaniu.

²⁵⁴ Zgodnie z art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

²⁵⁵ Jeden lekarz niebędący lekarzem psychiatrą podjął decyzję o zastosowaniu trzeciego oraz kolejnych (do szóstego) przedłużenia stosowania przymusu, dwóch lekarzy dokonało trzeciego przedłużenia.

²⁵⁶ Zagadnienie to nie było badane w kontroli I/22/005.

Polecono pracownikom, aby zachować intymność młodych pacjentów i nie stosować monitoringu, który mógłby być potraktowany jako działania sprzeczne z ich prawami. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wskazał, iż zorientowanie działań podmiotu leczniczego na poszanowanie prywatności pacjenta oraz uwzględnienie prawa do poszanowania godności pacjenta jest wartością konstytucyjną. Dyrektor poinformował, że z tych powodów oraz po skrupulatnej ocenie problemu, w tym również wielu rozmowach z Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego, podjął decyzję o zaprzestaniu monitoringu na Oddziale. Wskazać trzeba, że ta decyzja była niezgodna z art. 18e ust. 2 i 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W **UDSK w Białymstoku** środek przymusu w formie bezpośredniej izolacji stosowano w trzech jednoosobowych pokojach pacjentów, z których każdy spełniał wymogi pomieszczenia przeznaczonego do izolacji. Zapis monitoringu z tych pokoi przechowywano jednak tylko przez trzy miesiące. Kierownik Kliniki wyjaśnił, że był przekonany, że nagrania z tych sal przechowywane są przez 12 miesięcy.

Wyłączanie monitoringu

Stwierdzono również, że sale do izolacji wykorzystywano także do stosowania przymusowego unieruchomienia pacjentów. Zatem choć zastosowane unieruchomienie nie stanowiło formalnie zleconej izolacji, to pacjent przebywał pojedynczo w sali do izolacji, dodatkowo unieruchomiony pasami. W takich sytuacjach pracownicy wyłączali monitoring, uznając, że musi być stosowany jedynie w przypadku izolacji pacjenta.

Przykład

W **Szpitalu Wojewódzkim w Opolu**, pacjentów, wobec których zastosowano przymusowe unieruchomienie umieszczano w pomieszczeniu jednoosobowym (art. 18d ust. 1), tj. w separacie. Sala ta była wyposażona w monitoring wizyjny²⁵⁷.

Oględziny zapisów z monitoringu wybranych pięciu przypadków zastosowania przymusowego unieruchomienia wykazały, że w trzech z nich nie było zapisów z monitoringu zastosowania przymusowego unieruchomienia, a w dwóch, zapis z monitoringu zastosowania przymusów bezpośrednich trwał odpowiednio sześć i siedem minut i obejmował wyłącznie zarejestrowanie samego momentu unieruchamiania pacjenta. Zapis z monitoringu nie obejmował czasu całego unieruchomienia, do momentu jego zakończenia. Wszyscy pacjenci poddani unieruchomieniu znajdowali się pojedynczo w separacie.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *Obowiązek monitorowania stosowania przymusu bezpośredniego dotyczy wyłącznie przymusu bezpośredniego w formie izolacji – art. 18e. W naszym szpitalu nie jest stosowana ta forma przymusu. Stosujemy wyłącznie pozostałe formy przymusu. Stosujemy monitorowanie rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w celu uchronienia się przed ewentualnymi skargami pacjentów i ich rodzin o przekroczenie granic niezbędnego przymusu. Zapisy obejmują pierwszy kilka minut i są przechowywane do 3 miesięcy. System monitorowania działa w cyklu 3 miesięcznym, po którym następuje „nadpisanie” kolejnego zapisu, stąd nie mamy dostępu do 3 unieruchomień.*

Niewłaściwe dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Ponadto w pięciu szpitalach (71 %), z siedmiu skontrolowanych, stwierdzono niewłaściwe prowadzenie dokumentacji dotyczącej przymusów bezpośrednich polegające na brakach zatwierdzenia przymusu, określenia osoby zlecającej przymus, wskazania czasu zastosowanego przymusu, brakowało także odnotowywania przedłużeń przymusu bezpośredniego.

²⁵⁷ Nie stwierdzono przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego równocześnie w tym samym czasie u dwóch pacjentów.

Przykład

W **SPZOZ Zdroje w Szczecinie** w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego trzech pacjentów (z 10 objętych analizą) nie odnotowano informacji o przedłużeniu zastosowanego przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, z tego:

- w jednym przypadku - w karcie odnotowano, że przymusu trwał pięć godzin i pięć minut (zamiast zleconych pierwotnie czterech godzin); nie było także informacji o jego przedłużeniu na kolejny okres po upływie czterech godzin (adnotacji takiej dokonano w dokumencie pn. „przebieg choroby”);
- w dwóch przypadkach - w karcie nie odnotowano informacji o przedłużeniu unieruchomienia (po raz pierwszy) po upływie czterech godzin (adnotacji takich nie było w dokumencie pn. „przebieg choroby”).

Stanowiło to naruszenie wymogów prowadzenia dokumentacji dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego określonych w § 2 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, w związku z wymogami określonymi w art. 18a ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W dokumentacji medycznej pacjentów, w części pn. „przebieg choroby” odnotowano informację o przeprowadzeniu oceny stanu pacjenta i podstawach przedłużenia przymusu bezpośredniego, jednak bez formalnego odnotowania tych czynności w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, co potwierdził Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach.

Przeszukania pacjentów

Obowiązujące przepisy, dotyczące przeszukania pacjentów nie odnoszą się do kwestii przeszukania pacjentów oddziałów psychiatrycznych i tym samym nie dają uprawnień dyrektorom szpitali do tworzenia w tym zakresie regulacji wewnętrznych, a także nie dają uprawnień osobom zatrudnionym w szpitalu do podejmowania takich czynności. Nie negując konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w skontrolowanych placówkach trzeba stwierdzić, że niedopuszczalne są inwazyjne oraz potencjalnie poniżające środki, takie jak przeszukanie osobiste połączone m.in. z koniecznością rozebrania się pacjenta bez odpowiedniego umocowania prawnego oraz uzasadnienia, co wynika z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Dokonywanie kontroli osobistych jest ingerencją władzy publicznej w sferę prawa do prywatności, nietykalności i wolności osobistej. Samodzielne uregulowanie możliwości przeprowadzania kontroli osobistych w oddziale, bez upoważnienia ustawowego, może naruszać konstytucyjne prawa i wolności człowieka a także art. 8 Europejskiej Konwencji Podstawowych Praw i Wolności. We wszystkich skontrolowanych szpitalach dokonywano kontroli polegających na przeszukaniu rzeczy pacjentów wnoszonych na oddział. Brak prawnych regulacji w tym zakresie skutkuje tym, że personel szpitali nie ma jasnych wytycznych, które działania są w omawianym zakresie dopuszczalne, a które naruszają prawa pacjentów.

Przykłady

W **UDSK w Białymstoku** rzeczy pacjenta przeszukiwał przy wejściu sanitariusz, a gdy nie było takiej możliwości, dostarczano je do punktu pielęgniarskiego i przeszukiwały je pielęgniarki wzrokowo i z użyciem wykrywacza metalu. Produkty spożywcze przekładano do foliowych torebek, aby zapobiec wnoszeniu przedmiotów zabronionych. Oprócz tego pacjenci byli przeszukiwani przy użyciu wykrywacza metalu, a następnie udawali się do łazienki i tam po rozebraniu się przeszukiwało ich dwóch pracowników (tej samej płci co pacjent). Pacjentom usuwano też kolczyki z uszu, nosa, języka i innych miejsc.

Zajęcia rehabilitacyjne

W **SPSK Nr 1** w dokonywano przeszukań osobistych rzeczy pacjentów. Nie odnotowywano tego faktu w dokumentacji medycznej. Przeszukań dokonywano w oparciu o uregulowania dotyczące kontroli rzeczy osobistych pacjenta, zawarte w Regulaminie wewnętrznym I Kliniki oraz w załączniku do tego regulaminu, zgodnie z którym na Oddziale nie wolno mieć m.in.: leków, suplementów diety, papierosów, alkoholu, pasków, szelek, długich wisiorów, kolczyków, obuwia z długimi sznurówkami, słoików, szklanych butelek, nożyczek, lusterek itp.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że kontrola rzeczy osobistych pacjenta nie stanowi czynności przeprowadzanych obowiązkowo u każdego pacjenta, a wprowadzenie zapisu w tym zakresie do dokumentacji medycznej jest uprawnieniem lekarza i to on decyduje, które elementy realizowanych czynności są istotne merytorycznie i podlegają obligatoryjnemu wpisowi do prowadzonej dokumentacji.

W **SPZOZ Źdroje w Szczecinie** Dyrektor wyjaśnił, że w Oddziale nie dokonuje się przeszukań pacjentów a kontrole z zachowaniem intymności i godności pacjenta wykonywane są w oddzielnym pomieszczeniu. *Kontrola ta ma na celu zabezpieczenie przed wniesieniem do Oddziału przedmiotów, których nie wolno mieć w trakcie pobytu w Oddziale (...). Przedmioty niedozwolone w Oddziale (np. papierosy, alkohol), które zostaną ujawnione w trakcie kontroli są odbierane.*

W czterech szpitalach (57 %) ²⁵⁸, spośród siedmiu skontrolowanych, nie opracowywano dla pacjentów indywidualnych planów zajęć rehabilitacyjnych spełniających wymogi § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych ²⁵⁹, zgodnie z którym zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone na podstawie indywidualnego planu rehabilitacji, opracowanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego we współdziałaniu z pacjentem. W trzech szpitalach, w których w ogóle nie opracowywano planów, rehabilitacja prowadzona była przez psychologów i psychoterapeutów w oparciu o ogólny plan oddziaływań terapeutycznych jednolity dla wszystkich pacjentów oddziałów.

Przykład

Dyrektor **Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu** wyjaśnił, że w skontrolowanych oddziałach C i D obowiązują standardowe plany zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych jednakowe dla wszystkich pacjentów a indywidualne plany zajęć rehabilitacyjnych dotyczą wyłącznie pacjentów po urazach wielonarządowych (np. złamaniach).

Zgodnie z art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, co powinno znajdować wyraz w opracowywaniu indywidualnych planów zajęć rehabilitacyjnych psychiatrycznych. Sposób opracowywania takich planów określono w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych (np. uwzględnienie indywidualnego przebiegu choroby, nasilenia jej objawów oraz oczekiwań i możliwości u każdego z pacjentów, nakierowane na osiągnięcie celów wymienionych w § 2 tego rozporządzenia).

²⁵⁸ Szpital Kliniczny im. K. Jonschera w Poznaniu, UDSK w Białymstoku, Szpital Wojewódzki w Opolu. W indywidualnych planach zajęć rehabilitacyjnych sporządzanych w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie nie określano wymiaru czasu zajęć rehabilitacyjnych, wbrew § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

²⁵⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 522.

5.2.3. Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego

Niezachowanie ciągłości działania oddziału psychiatrycznego

W województwie wielkopolskim²⁶⁰ istnieje niezaspokojone zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży. Według dokumentu pt. „Strategiczne kierunki rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie wielkopolskim” takiej opieki potrzebuje 8 % dzieci i młodzieży województwa, a może ją otrzymać tylko jedna czwarta. Od 29 sierpnia 2022 r. już żaden podmiot leczniczy, dla którego organem założycielskim był Samorząd Województwa Wielkopolskiego²⁶¹, nie zapewniał opieki psychiatrycznej tej grupie pacjentów. Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, który funkcjonował w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie²⁶², dla którego organem założycielskim jest Samorząd, 28 sierpnia 2022 r. został zamknięty w związku z brakiem lekarzy psychiatrów. Już po wypowiedzeniu umowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiciele samorządu wojewódzkiego podjęli rozmowy z Dyrektorem Szpitala „Dziekanka”, z przedstawicielami WOW NFZ, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz personelem Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w celu zabezpieczenia kadry medycznej na potrzeby oddziału dla dzieci i młodzieży w tym szpitalu. Nie przyniosło to jednak rezultatów. Także nadzór prowadzony w latach 2020–2021 i udzielone wówczas wsparcie nie przyczyniły się do utrzymania działalności oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w żadnym z podmiotów leczniczych prowadzonych przez Samorząd.

Po 28 sierpnia 2022 r., tj. po zaprzestaniu działalności Oddziału XII Szpitala „Dziekanka”, Samorząd nie był już podmiotem tworzącym dla żadnego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży (art. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego²⁶³). Tym samym realizacja obowiązku ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wynikającego z art. 1 ust. 1 tej ustawy nie była już adekwatna do zdiagnozowanych wcześniej w województwie potrzeb. Przyjęte przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego analizy wskazywały określone potrzeby w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Członek Zarządu wyjaśniła, że województwo wielkopolskie może zapewnić miejsce na prowadzenie oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, ale nie jest w stanie zapewnić kadry lekarskiej dla takiego oddziału. Stwierdziła, że do obecnej sytuacji przyczyniło się wieloletnie marginalizowanie potrzeb psychiatrii dziecięcej i brak dobrych rozwiązań systemowych. Te argumenty miały też wpływ na decyzję Zarządu woj. wielkopolskiego dotyczącą tymczasowego odstąpienia od prowadzenia stacjonarnego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w szpitalu „Dziekanka”. Samorząd będzie mógł podjąć deklaracje w tym zakresie dopiero wtedy, gdy będą dostępne wykwalifikowane kadry lekarskie do prowadzenia takiej placówki.

Dofinansowanie niewystarczającej opieki psychiatrycznej

W dokumencie pn. „Strategiczne kierunki rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie wielkopolskim” wskazano, że w Wielkopolsce 8 % dzieci i młodzieży potrzebuje pomocy psychiatrycznej, a system publicznych usług psychiatrycznych obejmuje zaledwie jedną czwartą tej grupy.

W latach 2020–2022 Samorząd dofinansował²⁶⁴ ze środków Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 (WRPO 2014+)²⁶⁵

²⁶⁰ Dalej: województwo.

²⁶¹ Dalej: Samorząd.

²⁶² Dalej: Szpital „Dziekanka”.

²⁶³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.

²⁶⁴ Płatności odbywały się na podstawie harmonogramów dołączonych do umów, w których opisano rodzaje kosztów, takie jak m.in. wynagrodzenia, koszty najmu i eksploatacji lokali, usługi transportowe, zakup materiałów i urządzeń eksploatacyjnych, dostosowanie/modernizacja budynku i pomieszczeń, wyżywienie, szkolenie pracowników, zakup mebli i wyposażenia oraz materiałów do zajęć, usługi telekomunikacyjne, poczęstunek w trakcie zajęć, zakup telefonów, środki czystości, odzież, usługi obce (np. sprzątanie).

²⁶⁵ W ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

utworzenie i prowadzenie na terenie województwa 14 Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego²⁶⁶ dla dorosłych, dzieci i młodzieży²⁶⁷, które zostały wybrane w ramach trzech konkursów²⁶⁸. Łączna wartość 14-tu projektów dotyczących utworzenia i funkcjonowania Centrów, oceniana na podstawie zawartych umów, wyniosła 87 855 327,13 zł²⁶⁹, a zrealizowano w nich usługi dla 2985 młodych osób²⁷⁰. Według stanu na 30 września 2022 r., w tych placówkach pracowało 20 lekarzy specjalistów psychiatrii (w tym 14 ze specjalizacją psychiatria dziecięca).

Dwa z trzech konkursów dotyczyły powołania Centrów, które miały funkcjonować zgodnie z zalecanymi rozwiązaniami organizacyjnymi wskazanymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Przewidziano w nich m.in. tworzenie zespołów dziecięco-młodzieżowych, jeżeli uzasadniały to potrzeby i zasoby lokalne.

Łączna wartość pięciu projektów wybranych w ramach tych dwóch konkursów wyniosła 45 145 624,96²⁷¹, w ramach których opieką²⁷² objęto 1444 osoby²⁷³.

Założeniem obu konkursów było, aby realizacja projektów umożliwiała podmiotom spełnienie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego²⁷⁴ i aby te podmioty mogły ubiegać się o środki finansowe z NFZ.

Trzeci konkurs dotyczył wyłącznie tworzenia Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Konkurs bazował na wypracowanym i zewaluowanym modelu deinstytucjonalizacji w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży, w ramach działania 4.1 „Innowacje Społeczne” w IV Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, opracowanym przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie²⁷⁵. Centrum z założenia miało być podmiotem realizującym świadczenia na podstawie rozporządzenia dot. programu pilotażowego, rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych (w zakresie II poziomu referencyjnego) i umowy o dofinansowanie projektu zawartej w ramach WRPO 2014+.

Wybrano dziewięć projektów, których łączna wartość wyniosła 42 709 702,17 zł, a usługami objęto 1606 osób.

W regulaminie konkursu, by zapobiec podwójnemu finansowaniu, wykluczono możliwość zawarcia umowy dotyczącej realizacji projektu na tworzenie Centrum na obszarze, na którym działa centrum w oparciu o umowę z NFZ lub współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Interwencje w obszarze ochrony zdrowia, w tym współfinansowane z EFS, podlegały koordynacji w ramach Komitetu Sterującego ds. koordynacji

²⁶⁶ Dalej: Centra.

²⁶⁷ W tym 11 tylko dla dzieci i młodzieży. W centrach świadczących usługi także dla dorosłych w efektach rzeczowych określono liczbę osób otrzymujących wsparcie z podziałem na mężczyzn i kobiety.

²⁶⁸ RPWP.07.02.02-IZ-00-30-005/17 ogłoszonego 28 listopada 2017 r., RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/19 ogłoszonego 27 maja 2019 r., RPWP.07.02.02-IZ-00-30-002/21 ogłoszonego 17 września 2021 r.

²⁶⁹ W tym łączna wartość umów dla trzech Centrów dla dorosłych, dzieci i młodzieży zlokalizowanych w Poznaniu, Swarzędzu i Obornikach wyniosła 34 680 624,96 zł.

²⁷⁰ na dzień 25 października 2022 r.

²⁷¹ W tym wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19: 7 192 570,00 zł.

²⁷² Usługi zdrowotne/medyczne, społeczne świadczone w interesie ogólnym, dalej: usługi.

²⁷³ W przypadku 14 podmiotów wyłonionych w konkursach liczba osób, tj. liczba dzieci i młodzieży wg stanu na 25 października 2022 r.

²⁷⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 2086 ze zm., dalej: rozporządzenie dot. programu pilotażowego.

²⁷⁵ Projekt „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” realizowano w ramach programu operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Model środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego odwoływał się do Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Celem było wprowadzenie w życie modelu, który zamiast izolować osoby w kryzysie psychicznym w dużych instytucjach, włącza je do życia. Liderem Projektu był Instytut Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Strona internetowa projektu: <https://sczp.med.pl/> [dostęp: 30 listopad 2022 r.].

Finansowanie działań promocyjnych

interwencji EFSI w sektorze zdrowia²⁷⁶ (...) działającego pod przewodnictwem ministra właściwego ds. zdrowia. W jego skład wchodził przedstawiciel strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz innych podmiotów mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia (m.in. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz NFZ. (...)) konkursy, w ramach których wybrano do dofinansowania 14 projektów zostały zaopiniowane i uzgodnione z Komitetem Sterującym i przyjęte jego uchwałami²⁷⁷.

Uwzględniając przyjęte polityki i zdiagnozowane problemy, Samorząd, w latach 2020–2022, organizował²⁷⁸ i finansował działania promocyjne i informacyjne dotyczące zdrowia psychicznego, a także spotkania psychoprofilaktyczne dla szkół ponadpodstawowych z terenu województwa wielkopolskiego dla 2793 uczestników (uczniów szkół), wywiady ze specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego oraz spotkania psychoedukacyjne dla rodziców.

²⁷⁶ Komitet miał status podkomitetu w ramach Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa, utworzonego na podstawie art. 141 Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818 ze zm.). W jego skład wchodził przedstawiciel strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawiciele innych podmiotów mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia. Działał na podstawie decyzji Nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014–2020 i ustalonego Regulaminu przez okres realizacji perspektywy finansowej 2014–2020. Głównym zadaniem komitetu było uzgadnianie Planu działań w sektorze zdrowia uwzględniającego projekty planowane do finansowania w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), Programu Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (POLiŚ 2014–2020) oraz regionalnych programów operacyjnych, również w obszarze e-zdrowia, z uwzględnieniem projektów realizowanych ze środków krajowych i innych funduszy.

²⁷⁷ Nr 62/2017/O z 20 listopada 2017 r., nr 20/2019/XX z 19 marca 2019 r., nr 23/2021/O z 3 września 2021 r.

²⁷⁸ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy wdrażane rozwiązania zapewniają właściwą opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży?
Cele szczegółowe	<p>Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy zapewniono warunki formalno-prawne i organizacyjne dla właściwej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży? 2. Czy ambulatoryjna opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży oraz prowadzona w oddziałach dziennych jest dostępna stosownie do potrzeb i kompleksowa, zgodnie z założeniami reformy? 3. Czy opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży udzielana w trybie stacjonarnym jest dostępna, odpowiednia do potrzeb i kompleksowa?
Zakres podmiotowy	<p>Kontrolą objęto 14 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz 12 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń stacjonarnych, ambulatoryjnych i w trybie dziennym.</p> <p>Delegatura NIK w Poznaniu (jednostka koordynująca kontrolę) przeprowadziła kontrolę w Ministerstwie Zdrowia, Narodowym Funduszu Zdrowia oraz w jednym podmiocie leczniczym, a cztery jednostki organizacyjne NIK (tj. LBI, LLU, LOP i LSZ) w 11 podmiotach leczniczych (po trzy każda z wyjątkiem LLU, która skontrolowała dwa podmioty lecznicze).</p> <p>Kontrolę poprzedziła kontrola doraźna pt. System opieki psychiatrycznej i psychologicznej nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim (nr I/22/005/LPO) przeprowadzona w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego, czterech podmiotach leczniczych, dwóch szkołach i dwóch poradniach psychologiczno-pedagogicznych.</p>
Kryteria kontroli	<p>W Ministerstwie Zdrowia – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.</p> <p>W Narodowym Funduszu Zdrowia – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.</p> <p>W podmiotach leczniczych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, – dla których podmiotem tworzącym jest samorząd – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności, – których podmiotem tworzącym są osoby prywatne – art. 2 ust. 3 pkt 6 ustawy o NIK, z uwzględnieniem art. 5 ust. 3 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	<p>Kontrolą objęto lata 2020–2023 (do 31 sierpnia)</p> <p>Czynności kontrolne prowadzono w okresie od 12 kwietnia do 13 października 2023 r.</p>
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK, uzyskano informacje od:

- Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – na temat wytycznych w odniesieniu do stosowania przymusów bezpośrednich, opinie w zakresie wdrażanej reformy;
- Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży – na temat wytycznych w odniesieniu do stosowania przymusów bezpośrednich i praktyk przeciwdziałających agresji pacjentów na oddziale;
- Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – na temat wytycznych w odniesieniu do stosowania przymusów bezpośrednich;
- Wojewodów – kopie sprawozdań przekazywanych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – na temat założeń reformy przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia w związku ze zleceniem wyceny świadczeń;
- Komendanta Głównego Policji – na temat liczby i ustalonych powodów zamachów samobójczych, w tym zakończonych zgonem;
- Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – na temat liczby pielęgniarek, w tym czynnych zawodowo i ze specjalizacją psychiatria;
- Naczelnej Izby Lekarskiej – na temat liczby i wieku lekarzy psychiatrów i psychiatrów dzieci i młodzieży, w tym wykonujących zawód;
- Uczelnie prowadzące kształcenie na studiach na kierunku lekarskim – na temat liczebności i wymiaru zajęć obejmujących swoim zakresem psychiatrię dzieci i młodzieży oraz zagadnienia wypalenia zawodowego (badanie ankietowe);
- Podmioty lecznicze prowadzące stacjonarne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży – na temat częstotliwości występowania trudności z wypisem dzieci i do domów po zakończonej hospitalizacji (badanie ankietowe).

Pozostałe informacje

Wybór jednostek do kontroli wynikał z realizacji ich zadań:

- Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za kreowanie polityki zdrowotnej, realizację celów zawartych w NPZ dotyczących badanego obszaru, oraz wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży,
- Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za zapewnienie dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych i ustala zasady finansowania i finansuje – w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – udzielanie świadczeń ze środków publicznych,
- podmioty lecznicze – leczą pacjentów w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży (szpitale z oddziałami psychiatrii dziecięcej i udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym oraz podmioty, które świadczą usługi w trybie ambulatoryjnym).

Wyniki kontroli przedstawiono łącznie w 14 wystąpieniach pokontrolnych.

Do czterech wystąpień pokontrolnych złożono zastrzeżenia.

- Minister Zdrowia – 17 zastrzeżeń – wszystkie zastrzeżenia zostały oddalone. Zastrzeżenia dotyczyły oceny ogólnej poddanych kontroli działań Ministra przy realizacji reformy i siedmiu nieprawidłowości dotyczących nierzetelnego przygotowania reformy, nieegzekwowania od Zespołu i Pełnomocnika podejmowania uchwał i wydawania pisemnych rekomendacji oraz informacji w zakresie analiz, ocen, wniosków i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań, w tym rozwiązań legislacyjnych, niewystarczającej współpracy z innymi ministrami, realizacji Standardów organizacyjnych i merytorycznych I, II i III poziomu referencyjnego, przewlekłości realizacji Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023, nieokreślenia wskaźników monitorowania, nieokreślenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej opiece psychiatrycznej, nieplanowania i niemierzenia efektów kampanii informacyjnej, opracowania projektu NPOZP na lata 2023–2030 w terminie uniemożliwiającym jego wprowadzenie z początkiem okresu, na który został opracowany;

- NFZ – dwa zastrzeżenia – jedno zastrzeżenie uwzględnione w całości, a jedno w części. Zastrzeżenia dotyczyły dwóch nieprawidłowości dotyczących monitorowania realizacji celu w ramach Priorytetu „Zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji” oraz niezgłoszenia przez NFZ uwag do opublikowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Raportu nr WT.541.3.2019;
- SPZOK Zdroje w Szczecinie – 4 zastrzeżenia – dwa uwzględnione w całości i dwa w części. Zastrzeżenia dotyczyły ustaleń stanu faktycznego – danych statystycznych identyfikacyjnych w zakresie daty powołania kierownika jednostki kontrolowanej, adresów i nazw jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego oraz danych statystycznych dotyczących liczby przyjęć;
- NZOZ SENSIMED Sp. z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu – jedno zastrzeżenie – oddalone. Dotyczyło kryterium oceny nieprawidłowości.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków wynika, że spośród 61 wniosków zrealizowano 56 (92 %), trzy są w trakcie realizacji (5 %), w przypadku dwóch (3 %) poinformowano o odmowie realizacji.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym wyniosły łącznie 697 361,45 zł. Kwota 535 000 zł stanowiła niegospodarne wydatkowanie środków jako wynagrodzenie wypłacone przez Ministra Zdrowia za zamówienie wykonanie niezgodnie z umową, kwota 53 065,80 zł to dotychczas nienaliczone odsetki od nieterminowej realizacji tego zamówienia. Kwota 109 295,65 zł stanowiła nienależnie uzyskane środki finansowe przez podmiot leczniczy za niewykonane świadczenia. W wyniku kontroli zostały one zwrócone, co pozwala na zaklasyfikowanie ich jako korzyści finansowych.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Uwagi – tryb udzielania świadczeń objęty kontrolą
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	Anna Wasilewska	ambulatoryjny, dzienny stacjonarny
		Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży „Eureka” J. Minkiewicz, A. Węglińska spółka jawna	Jolanta Minkiewicz	ambulatoryjny, dzienny
		Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	Agata Węglińska	ambulatoryjny, dzienny
2.	Delegatura NIK w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	Beata Gawelska	ambulatoryjny, dzienny stacjonarny,
		Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	Piotr Dreher	ambulatoryjny, dzienny stacjonarny,

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Uwagi – tryb udzielania świadczeń objęty kontrolą
3.	Delegatura NIK w Opolu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu	Krzysztof Nazimek	ambulatoryjny, stacjonarny
		NZOZ „SENSIMED” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Teresa Milczarek	ambulatoryjny
		Soteria Anamija spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Sylwia Jarczewska	dzienny
4.	Delegatura NIK w Poznaniu	Ministerstwo Zdrowia	Katarzyna Sójka	-
		Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala	Filip Nowak	-
		Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Tadeusz Jucyk	ambulatoryjny
5.	Delegatura NIK w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”	Łukasz Tyszler	ambulatoryjny, stacjonarny
		Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Piotr Skaskiewicz	ambulatoryjny
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Monada” Ewa Przybyła-Ożóg	Ewa Przybyła-Ożóg	ambulatoryjny

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia	ocena negatywna	– podjęcie reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie nowego modelu przy braku określenia potrzeb zdrowotnych na podstawie badań epidemiologicznych – niepełne określenie zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży we wszystkich obszarach opieki psychiatrycznej – brak egzekwowania od zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży podejmowania uchwał i wydawania pisemnych rekomendacji oraz informacji w zakresie analiz, ocen, wniosków i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań, w tym w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży – brak wystarczającej współpracy międzyresortowej i z innymi podmiotami przy opracowaniu i wdrażaniu reformy – nieokreślenie mierników umożliwiających monitoring i ewaluację wprowadzanej reformy lub nieprzeprowadzenie takiej ewaluacji – nieuzyskanie opinii od towarzystw naukowych, przede wszystkim od polskiego towarzystwa psychiatrycznego oraz polskiego towarzystwa psychologicznego oraz przez wskazanego w ministerstwie eksperta – pełnomocnika – odbiór i zapłata za zamówienie zrealizowane niezgodnie z umową – brak naliczenia kary umownej za nieterminową realizację zamówienia. – nieokreślenie niezbędnej liczby psychiatrów dzieci i młodzieży, psychoterapeutów, psychologów i terapeutów zajęciowych do realizacji opieki psychiatrycznej – przewlekła realizacja programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023, którego celem była poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży – brak oceny efektywności i skuteczności przeprowadzonej dopiero po trzech latach od wdrożenia reformy, kampanii Powiedz co czujesz. zdemaskuj emocje, część 2

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ²⁷⁹	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
				<ul style="list-style-type: none"> – brak określenia w odniesieniu do planowanych do realizacji zadań wartości wskaźników monitorowania celu operacyjnego nr 3 Promocja zdrowia psychicznego – nieokreślenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży – opracowanie projektu NPOZP na lata 2023–2030 w terminie uniemożliwiającym jego wprowadzenie z początkiem okresu na który przypada jego obowiązywanie
2.	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala	ocena w formie opisowej	opracowywanie i przekazywanie OW NFZ wytycznych dot. m.in. założeń kontraktowania, realizacji umów i rozliczania świadczeń gwarantowanych w zakresach objętych trzema poziomami referencyjnymi	brak zgłoszenia uwag do opublikowanego przez AOTMiT raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, co przyczyniło się do braku możliwości terminowego wdrożenia założeń reformy
3.	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu	ocena w formie opisowej ²⁷⁹	– prowadzenie działań promocyjnych i profilaktycznych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wdrażanie nowego modelu opieki psychiatrycznej na podstawie wytycznych centrali NFZ	
4.	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń – zapewnienie możliwości pobytu opiekuna prawnego pacjenta na oddziale przez całą dobę – zakup niezbędnego wyposażenia kliniki, w tym m.in. testów psychologicznych, projektorów multimedialnych, których potrzebę zakupu zgłaszał personel oddziału psychiatrycznego – podejmowanie skutecznych działań w celu zatrudnienia personelu medycznego w poradni zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> – niższa dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów niż określona w umowie z NFZ – stan zatrudnienia lekarzy, psychologów i psychoterapeutów w oddziale stacjonarnym niższy niż wymagany przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – nieprowadzenie rejestru pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w oddziale stacjonarnym i nieprawidłowe jego prowadzenie do oddziału dziennego – nieustalenie norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziale stacjonarnym, wymaganych art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – nieodnotowywanie czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji psychoterapii rodzinnej pacjentów oddziału dziennego – niezabezpieczenie zapisu monitoringu na okres 12 miesięcy z sal przeznaczonych do izolacji – nierespektowanie zasad stosowania przymusu bezpośredniego – brak przeprowadzenia osobistego badania przez lekarza przez przedłużeniem przymusu na kolejny okres – niesporządzanie pacjentom oddziału psychiatrycznego indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych i stosowanie jednolitego planu dla wszystkich pacjentów – brak sprawozdawania do NFZ informacji o zorganizowaniu sesji koordynacji i konsyliów

²⁷⁹ Ocena została sformułowana z pominięciem progów istotności, ze względu na różne jakościowo zagadnienia będące przedmiotem oceny.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
				<ul style="list-style-type: none"> – brak zamieszczenia w widocznym dla pacjentów miejscu informacji wymaganych par. 11 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – niezapewnienie możliwości udziału personelu w superwizjach organizowanych w szpitalu
5.	Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży „Eureka” J. Minkiewicz, A. Węglińska spółka jawna	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ – przeprowadzanie superwizji, sesji koordynacji i konsyliów, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń. – uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – brak zapewnienia posiłków pacjentom na oddziale dziennym – brak realizacji sesji koordynacji i konsyliów
6.	Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami. – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń – uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> – nieprowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczeń w postaci elektronicznej (prowadzono w postaci papierowej) – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty – monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – rozliczenie w NFZ świadczeń, które nie zostały w rzeczywistości zrealizowane – przeprowadzanie superwizji niezgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – nieodnotowywanie czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji psychoterapii rodzinnej pacjentów oddziału dziennego
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ – uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – niezgodna z umową (w innych godzinach lub w niższym wymiarze) dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów niż określona w umowie z NFZ – nierzetelne prowadzenie harmonogramów czasu pracy uniemożliwiające weryfikację stanu zatrudnienia lekarzy, psychologów i psychoterapeutów w oddziale dziennym w poradni, oddziale dziennym i oddziale stacjonarnym niższy niż wymagany przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ, w tym brak zatrudnienia psychologa i psychoterapeuty

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
				<ul style="list-style-type: none"> - brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia - nieprzeprowadzenie obowiązkowego, osobistego badania pacjenta przed podjęciem decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego - decyzje o zastosowaniu trzeciego i kolejnych przedłużeń stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji pacjenta dokonywali lekarze niebędący lekarzami psychiatrami
8.	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> - uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> - brak zatrudnienia w poradni psychologa specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa z udokumentowanym co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą - brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia - nieodnotowywanie czasu trwania sesji psychoterapii indywidualnej, porady psychologicznej, sesji psychoterapii grupowej, warsztatów psychoedukacyjnych, treningu umiejętności społecznych, treningu zastępowania agresji pacjentów oddziału dziennego - brak potwierdzenia przeprowadzenia oceny stanu somatycznego w dokumentacji medycznej - brak zapisu monitoringu z sali, w której pacjenta poddano przymusowi bezpośredniemu w postaci izolacji - nieprawidłowe dokumentowanie przebiegu przymusu bezpośredniego w karcie przymusu bezpośredniego - nieokreślenie wymiaru czasu zajęć rehabilitacyjnych w indywidualnych planach zajęć rehabilitacyjnych oddziału stacjonarnego - separotka nie spełniała wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – utworzenie punktu konsultacyjnego dla pacjentów, w którym m.in. zapewniano całodobową dostępność do psychologa i decydowano pomoc którego specjalisty jest niezbędna – zapewnienie zatrudnienia personelu w wymaganym wymiarze – zapewnienie dostępności do świadczeń w wymaganym zakresie 	<ul style="list-style-type: none"> – brak zamieszczenia w widocznym dla pacjentów miejscu informacji wymaganych par. 11 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zamieszczenie na stronie internetowej błędnych danych dotyczące godzin przyjęć w poradni – niezapewnienie superwizji dla osób udzielających świadczeń psychoterapii w poradni – niesporządzanie pacjentom oddziału psychiatrycznego indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych i stosowanie jednolitego planu dla wszystkich pacjentów – niedokumentowanie w historii choroby zajęć rehabilitacyjnych – hospitalizowanie pacjentów na łóżkach ulokowanych na korytarzu oddziału – nieprawidłowe dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego w kartach przymusu poprzez brak informacji dotyczących: zatwierdzenia przymusu bezpośredniego; osoby zlecającej przymus; wskazania jaki sposób zabezpieczenia był zastosowany i oceniany; wskazania łącznego czasu stosowania przymusu; daty i godziny zakończenia stosowania przymusu; opisu przebiegu stosowania przymusu oraz danych osoby, która zastosowała przymus; oceny zasadności zastosowania przymusu; oznaczenia podmiotu przeprowadzającego ocenę zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego; daty, godziny i danych osoby przekazującej dokumentację ponadto błędnie wyliczono łączny czas stosowania przymusu – niezapewnienie superwizji dla osób udzielających świadczeń psychoterapii w poradni
10.	NZOZ „SENSIMED” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Kędzierzynie-Koźlu	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – przeprowadzanie superwizji, sesji koordynacji i konsyliów, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń. – uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> – nieprawidłowe prowadzenie rejestru pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w poradni – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia
11.	Soteria Anamija spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – brak regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ – przeprowadzanie superwizji, sesji koordynacji i konsyliów, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń. – uwidocznienie wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta 	
12.	Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ – przeprowadzanie superwizji, sesji koordynacji zgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – brak potwierdzenia przeprowadzenia oceny stanu somatycznego w dokumentacji medycznej – organizacja podmiotu leczniczego niezgodna z danymi rejestrowymi i regulaminem organizacyjnym – nieterminowe rozliczanie świadczeń w NFZ – brak realizacji konsyliów w wymaganej częstotliwości, błędy w raportowaniu przeprowadzonych konsyliów – nieprawidłowe dane o godzinach funkcjonowania poradni na stronie internetowej podmiotu
13.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> – organizacja podmiotu leczniczego niezgodna ze statutem podmiotu leczniczego – niższa dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów niż określona w umowie z NFZ w poradni – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – brak realizacji sesji koordynacji i konsyliów w wymaganej częstotliwości, oraz błędy w raportowaniu przeprowadzonych superwizji, sesji koordynacji i konsyliów – nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji stosowanego przymusu bezpośredniego

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{1/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
14.	Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> – nieprawidłowości w zakresie sprawozdawania danych dotyczących kolejek oczekujących – nieprowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczeń w postaci elektronicznej (prowadzono w postaci papierowej) – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – brak potwierdzenia przeprowadzenia oceny stanu somatycznego w dokumentacji medycznej – nieprawidłowe dane o godzinach funkcjonowania poradni na stronie internetowej podmiotu.
15.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Monada” Ewa Przybyła-Ożóg	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń. – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> – brak realizacji obowiązku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia – organizacja podmiotu leczniczego niezgodna z danymi rejestrowymi i regulaminem organizacyjnym – brak realizacji sesji koordynacji w wymaganej częstotliwości
16.	Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. w Poznaniu	ocena w formie opisowej	<ul style="list-style-type: none"> – aktywność ordynatora oddziału w zakresie ustalenia statusu prawnego hospitalizowanych pacjentów 	<ul style="list-style-type: none"> – nieaktualny regulamin organizacyjny – brak dostępności świadczeń udzielanych w poradni pomimo zawarcia umowy z NFZ na realizację tych świadczeń – stan zatrudnienia lekarzy, psychologów i psychoterapeutów w oddziale stacjonarnym, dziennym i poradni niższy niż wymagany przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ. – brak funkcjonowania izby przyjęć dla dzieci i młodzieży – nierespektowanie zasad stosowania przymusu bezpośredniego – przedłużenie przymusu na kolejny okres przez lekarzy bez formalnych uprawnień – brak realizacji superwizji dla psychoterapeutów oddziału dziennego
17.	LOG-MED Spółka Jawna w Gnieźnie	ocena pozytywna	<ul style="list-style-type: none"> – dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów zgodna z warunkami umowy z NFZ, wpisem do rejestru podmiotów leczniczych i regulacjami wewnętrznymi – stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ – opracowanie i wdrożenie zasad diagnostyki i leczenia oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami – zgodne z przepisami prowadzenie list oczekujących i sprawozdawanie ich do NFZ – przeprowadzanie superwizji, sesji koordynacji zgodnie z wymaganiami rozporządzenia psychiatrycznego – zapewnienie wystarczających warunków lokalowych i wyposażenia niezbędnego do realizacji udzielanych świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – niewidoczność wszystkich wymaganych prawem informacji w miejscu widocznym dla pacjenta

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ²⁸⁰	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
18.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	ocena w formie opisowej	– stan zatrudnienia lekarzy i innych specjalistów zgodny z przepisami rozporządzenia psychiatrycznego i warunkami umowy zawartej z NFZ	<ul style="list-style-type: none"> – organizacja podmiotu leczniczego niezgodna z danymi rejestrowymi i regulaminem organizacyjnym – niesporządzanie pacjentom oddziału psychiatrycznego indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych i stosowanie jednolitego planu dla wszystkich pacjentów – przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia po upływie 8 godzin od poprzedniego badania pacjenta przy wymaganych okresach nie dłuższych niż 6 godzin – nieprawidłowe dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego w kartach przymusu poprzez brak informacji dotyczących: zatwierdzenia przymusu bezpośredniego; osoby zlecającej przymus; wskazania jaki sposób zabezpieczenia był zastosowany i oceniany; danych osoby, która zastosowała przymus; oceny zasadności zastosowania przymusu; daty, godziny i danych osoby przekazującej dokumentację. – przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia cztero kończynowego stosowany wobec pacjenta umieszczonego na korytarzu oddziału bez zastosowania parawanów przenośnych – nie zapewnienie poszanowania godności i intymności pacjenta – nierespektowanie zasad stosowania przymusu bezpośredniego – brak przeprowadzenia osobistego badania przez lekarza przez przedłużeniem przymusu na kolejny okres – niezapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną w dni wolne od pracy – nierzetelne prowadzenie ewidencji czasu pracy skutkujące nieobecnością w oddziale lekarza w pracy w czasie wykazanym jako obecność – hospitalizowanie pacjentów na korytarzach (o 24 % łóżek więcej niż zgłoszone do rejestru)
19.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu	ocena w formie opisowej ²⁸⁰	<ul style="list-style-type: none"> – zawarcie umów (w ramach dotacji ze środków UE) dotyczących utworzenia 14-tu ośrodków na terenie województwa wielkopolskiego świadczących usługi zdrowotne i społeczne z zakresu psychiatrii i psychologii, w tym dla dzieci i młodzieży poza powszechnym – finansowanie działań promocyjnych i profilaktycznych związanych z opieką psychiatryczną adekwatnie do stwierdzonych potrzeb w tym zakresie systemem ochrony zdrowia 	

²⁸⁰ Ocena została sformułowana z pominięciem progów istotności, ze względu na różne jakościowo zagadnienia będące przedmiotem oceny.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Ustawa o zdrowiu publicznym

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 1 tej ustawy do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia. W ustawie wskazano w art. 6, że tworzy się Radę do spraw Zdrowia Publicznego, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Określono również jej zadania i należą do nich: opiniowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, i ewaluacja wdrażania tego programu; przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji nowych zadań służących realizacji celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia. Obowiązujące w okresie objętym kontrolą programy zostały określone w załączniku do:

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020;
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.

Art. 5 ustawy nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek współdziałania z innymi podmiotami.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 1 ustawy, ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących m.in. zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zadania te powinny być realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. W art. 2 ust. 3 zostało wskazane, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa w szczególności: diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowań regionalnych; cele główne i cele szczegółowe; sposób realizacji zadań i niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Koordynatorem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest minister właściwy do spraw zdrowia, który sporządza, co 2 lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 2 ostatnie lata (wynika to z art. 2 ust. 7 ustawy). Przekazuje on informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

W ustawie znajdują się również postanowienia wskazujące prawa pacjenta, który przebywa w szpitalu psychiatrycznym. Należą do nich:

- prawo swobody porozumiewania się z rodziną i innymi osobami – art. 13 ustawy. Swoboda porozumiewania się oznacza możliwość porozumiewania się bez świadków i obecności osób trzecich²⁸¹. Ustawa nie określa sposobu porozumiewania się. Może być więc to zarówno kontakt osobisty (odwiedziny), jak i każda inna forma porozumiewania się (rozmowy telefoniczne, kontakt internetowy, listowny). Zaznaczyć należy, że korespondencja osób przebywających w szpitalu nie podlega kontroli. Osobami uprawnionymi do kontaktu z pacjentem są członkowie rodziny oraz „inne osoby”. Ustawa nie ogranicza rodziny co do stopnia jej pokrewieństwa, mogą to być również osoby z dalszej rodziny. „Innymi osobami”, ze względu na brak ograniczeń przez ustawę, mogą być wszystkie pozostałe osoby poza rodziną – przyjaciele, partnerzy, współpracownicy itd., ale także osoba duchowna, adwokat, notariusz itd.²⁸²;
- możliwość okresowego przebywania pacjenta poza szpitalem bez wypisywania z zakładu, jeżeli nie zagraża to jego życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 14). Uzyskanie zgody na przepustkę nie jest obligatoryjne

²⁸¹ Prawo to wynika z określonej w Konstytucji RP szeroko rozumianej wolności obywatelskiej i osobistej – art. 49 Konstytucji.

²⁸² Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gałecki P., Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, wyd. II, Opublikowano: LEX 2016.

i nie jest prawem pacjenta. Zgoda taka może, ale nie musi, być pacjentowi udzielona. Pacjent ma jedynie prawo do ubiegania się o uzyskanie przepustki. Podkreślić należy, że nieprzyznanie przepustki pacjentowi nie może być rodzajem kary dla pacjenta ani też formą represji wobec pacjenta, a jedynie dyktowane jest stanem zdrowia psychicznego i względami bezpieczeństwa pacjenta²⁸³;

- sytuacje, w jakich przymus bezpośredni może być zastosowany, jak i wszystkie procedury przebiegu jego zastosowania i dokumentowania zostały uregulowane w ustawie i w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 18f ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymienione enumeratywnie, tzn. w sposób ściśle ustalony. Stosowanie przymusu bezpośredniego względem pacjenta z zaburzeniami psychicznymi rodzi uzasadnione wątpliwości natury etycznej i prawnej. Z jednej strony przymus bezpośredni stanowi najdalej idącą ingerencję w wolność oraz prawa człowieka, z drugiej zaś, określone środki farmakologiczne, fizyczne czy techniczne gwarantują odzyskanie stanu samokontroli, a niekiedy również pełny powrót do zdrowia psychicznego. Ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa dla dóbr pacjenta i osób trzecich (w tym ograniczenia niedopuszczalnego zachowania pacjenta, oraz umożliwienie udzielania świadczeń zdrowotnych) konieczne jest czasami korzystanie ze środków przymusu bezpośredniego. Trzeba mieć jednak na względzie fakt, że przyjęte formy oddziaływania na zachowanie pacjenta ingerują w jego nietykliwość i integralność cielesną. Lekarz wymusza bowiem na pacjencie konkretne zachowanie lub poddanie określonym świadczeniom zdrowotnym. Nie bez znaczenia pozostaje również kwestia różnorodności form oraz przebiegu zaburzeń psychicznych. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie (art. 18 ust. 2).

Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych (art. 18d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Warunki zastosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji zostały określone w art. 18e ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wskazano w nim, że pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego (ust. 2). Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych musi być przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną (ust. 3 i 4 ustawy), a dane z monitoringu są chronione tajemnicą ustawową i mogą być przetwarzane zgodnie z art. 18e ust. 5.

Zgodnie z postanowieniami ust. 6, zapis z monitoringu przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urzędzeniu

²⁸³ Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gałęcki P., Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, wyd. II, Opublikowano: LEX 2016.

monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa zadania Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Rzecznicy), których głównym celem jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura (art. 10d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Ustawodawca, w art. 10b ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wymienia w sposób niewyczerpujący zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uwzględniając terytorialny obszar działania Rzeczników w odniesieniu do różnych form opieki psychiatrycznej określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Zgodnie z § 3 rozporządzenia, Rzecznik, z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów: przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody; wobec których zastosowano przymus bezpośredni; niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia; przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego. Rzecznik przedstawia Rzecznikowi Praw Pacjenta okresowe informacje dotyczące przestrzegania praw pacjenta oraz działań podejmowanych w tym zakresie, nie rzadziej niż 2 razy w roku, a także w przypadku zażądania informacji przez Rzecznika Praw Pacjenta (§ 6 rozporządzenia).

NPOZP

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. został ustanowiony Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 określający strategię działań mających na celu m.in. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Jednym z celów głównych NPOZP, określonym w rozdziale II, jest prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. ustanowiony został Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030²⁸⁴.

Rada do spraw Zdrowia Psychicznego

W art. 4a ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ustanowiono Radę do spraw Zdrowia Psychicznego, zwaną dalej Radą, jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Zadania Rady wymienione są w sposób nietaksatywny w art. 4a ust. 2 ww. ustawy i polegają m.in. na inicjowaniu działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. W celu realizacji zadań Rady Przewodniczący, zgodnie z § 3 Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie nadania statutu Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego, m.in.: zleca przygotowanie ekspertyz, ocen i opinii niezbędnych dla realizacji zadań Rady; przedstawia Radzie projekty opinii, wniosków, ocen i sprawozdań; przedstawia opinie, wnioski, oceny i sprawozdania, uchwalone przez Radę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

²⁸⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 2480.

**Zespół
do spraw zdrowia
psychicznego dzieci
i młodzieży**

Został on ustanowiony na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zadania Zespołu zostały określone w § 3 Zarządzenia i należy do nich m.in. monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne; przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu; analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, a także przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i uzależnień. Przewodniczący Zespołu może zlecać sporządzanie ekspertyz, opinii i analiz, niezbędnych do realizacji zadań Zespołu (§ 4 pkt 3).

Zespół, zgodnie z § 5 pkt 1 Zarządzenia, obraduje na posiedzeniach, które odbywają się w siedzibie Ministerstwa Zdrowia, albo za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Pierwsze posiedzenie Zespołu Przewodniczący powinien zwołać nie później niż w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie Zarządzenia (§ 7), tj. od dnia 22 lutego 2018 r. Przewodniczący zwołuje posiedzenia co najmniej raz na trzy miesiące. Decyzje podejmowane są w formie uchwał, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Zespołu. Głosowania są jawne. Decyzje Zespół może podejmować w trybie obiegowym, w tym za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zespół zakończy swoją działalność z dniem 31 grudnia 2023 r. (§ 8). Obsługę organizacyjno-techniczną prac Zespołu zapewnia Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia. Do zadań tego departamentu należy m.in. prowadzenie spraw związanych z realizacją działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego z wyłączeniem zagadnień dotyczących warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia dostępności do tych świadczeń i ich finansowania, produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz zasad prowadzenia działalności leczniczej.

**Ustawa
o działalności
leczniczej**

W art. 15 ustawy o działalności leczniczej wprowadzono zakaz odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten nakłada na podmioty lecznicze generalny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych (pomocy medycznej) każdej osobie, która potrzebuje natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ustawodawca nie wprowadził w tym przepisie żadnych dodatkowych warunków co do statusu takiej osoby (np. bycia świadczeniobiorcą czy posiadania określonego ubezpieczenia). Nie uzależnia też udzielenia świadczenia zdrowotnego od zobowiązania się (pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego) do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń czy też obywatelstwa. Ustawodawca uznał bowiem, że w obliczu zagrożenia życia lub zdrowia każdy człowiek ma prawo do uzyskania niezbędnej pomocy medycznej²⁸⁵.

Regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ustawy, jest najważniejszym wewnętrznym aktem regulującym funkcjonowanie każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami mają dodatkowo obowiązek posiadania statutu). Zakres przedmiotowy regulaminu jest zasadniczo adresowany do spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Odnosi się on zatem głównie do sfery medycznej (podstawowej) działalności tego podmiotu. Wymagana treść regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą określona została w art. 24 ust. 1 ustawy.

Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, obowiązany jest złożyć organowi prowadzącemu rejestr, tj. wojewodzie właściwemu dla siedziby podmiotu leczniczego (art. 106 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy), wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zawierający dane wskazane w tym przepisie. Rejestr jest

²⁸⁵ Dercz M., Rek T., Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. III, WKP 2019.

**Ustawa
o świadczeniach
opieki zdrowotnej**

jawny i prowadzony w systemie teleinformatycznym (art. 106 ust. 1a i 2 ustawy). Zgodnie z art. 107 ustawy, podmiot wykonujący działalność leczniczą wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia na podstawie art. 9a, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu opieki psychiatrycznej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy (art. 20 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi (ust. 5). Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań (ust. 6). Listy oczekujących na udzielenie świadczeń prowadzi się w postaci elektronicznej (ust. 10g).

Do zakresu działania Funduszu należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 1).

Zgodnie z art. 61a ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie; posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne i wykonywania obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę związanych z realizacją tej umowy w zakresie innym niż określony powyżej. Kontrole, z wyłączeniem kontroli przeprowadzanych bez uprzedniego zawiadomienia, planuje się i przeprowadza po uprzednim dokonaniu analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości (art. 61a ust. 4).

W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w trakcie prowadzonych kontroli, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa, Fundusz stosuje sankcje (art. 61x ww. ustawy). Sankcje określone są na podstawie art. 61 s ust. 2 pkt 3, zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy lub zgodnie z przepisami ustawy o refundacji lub polegają na zwrocie do Funduszu nie więcej niż 50 % środków publicznych przekazanych za okres objęty kontrolą, o której mowa w art. 61a ust. 2a, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych. Prezes Funduszu określa w drodze decyzji administracyjnej wysokość zwrotu środków publicznych w sytuacjach wskazanych w art. 61s ust. 5 ustawy.

**Rozporządzenie
w sprawie świadczeń
gwarantowanych**

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej

ograniczanie. Zgodnie z art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, przysługują im świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z tego zakresu zostały określone w rozporządzeniu psychiatrycznym, w tym:

- w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia – realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych;
- w załączniku nr 4 – realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych;
- w załączniku nr 8 – z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

Wymagania co do personelu niezbędnego do realizacji świadczeń określone zostały w załącznikach nr 4, 6 i 8 do rozporządzenia.

W załączniku nr 4 w wierszu 4 określono również, że w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży w wieku przedszkolnym lub szkolnym podlegającym obowiązkowi szkolnemu, przy oddziale dziennym działa przedszkole lub szkoła, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, zapewniające naukę w pełnym wymiarze przewidzianym dla uczniów znajdujących się na określonym etapie edukacji.

Zgodnie z treścią załącznika nr 8 do tego rozporządzenia, w przypadku Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, zapisy dot. realizacji obowiązku szkolnego zaczynają obowiązywać od 1 września 2023 r. Określono w nim również, że oddziaływania terapeutyczne w oddziale muszą być realizowane co najmniej 3 godziny dziennie. W tygodniu każdy świadczeniobiorca uczestniczy w co najmniej 2 sesjach psychoterapii indywidualnej oraz co najmniej 2 sesjach psychoterapii grupowej.

W podmiotach leczniczych, funkcjonujących na poszczególnych szczeblach referencyjnych, istnieje obowiązek opracowania i wdrożenia: procedury współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami oraz sformalizowanej procedury określającej zasady diagnostyki i leczenia (załącznik nr 8 do rozporządzenia psychiatrycznego).

Świadczeniodawcy świadczący usługi na każdym poziomie referencyjności mają: obowiązek zapewnić superwizję dla osób udzielających świadczeń, a także realizować konsylia i sesje koordynacyjne, w częstotliwości i liczbie wskazanej w załączniku nr 8.

Ustawa o konsultantach

Zgodnie z ustawą o konsultantach w ochronie zdrowia do zadań konsultantów krajowych oraz wojewódzkich należy m.in. sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia reprezentowanej przez właściwego konsultanta (art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy). Zadaniem konsultanta jest również sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny (zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 7).

Ustawa o zawodzie lekarza

Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz albo lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenturki może zobowiązać się do wykonywania odpowiednio zawodu lekarza albo lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie 2 lat z 5 kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5.

Deklarację dotyczącą powyższego zobowiązania lekarz składa na piśmie do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza (art. 16 j ust. 2c). Zawiera ona zgodnie z art. 16j ust. 2d pkt 6 m.in. oświadczenie lekarza, że zobowiązuje się do wykonywania zawodu na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu (art. 16 m ust. 1 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 19f ustawy o zawodzie lekarza, szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, które spełniają warunki określone w ust. 2 i uzyskały akredytację do szkolenia specjalizacyjnego. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie.

**Ustawa
z dnia 12 marca 2004 r.
o pomocy społecznej**

Zgodnie z art. 120 tej ustawy, pracowników socjalnych, do wykonywania zadań tych jednostek w zakresie pomocy społecznej, mogą zatrudniać inne instytucje, a w szczególności szpitale. Zadania pracownika społecznego zostały określone w art. 119 ustawy.

**Rozporządzenie
w sprawie dokumentacji
medycznej**

Zgodnie z § 1 ust. 1–3 ww. rozporządzenia, dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej. Może być ona prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej z ww. postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych; obejmuje dokumentację indywidualną wewnętrzną (np. historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta obserwacji) i zewnętrzną (np. skierowanie do szpitala, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, zaświadczenie, orzeczenie, opinia). W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (§ 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1 rozporządzenia). W § 4 ust. 2 rozporządzenia zostało wskazane, że wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej, zgodnie z § 10 pkt 3 ww. rozporządzeń. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (§ 4 ust. 3). Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego (§ 4 ust. 4). Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem (§ 4 ust. 5). Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli

został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 pkt 3 ww. rozporządzenia (co wynika z § 4 ust. 6 rozporządzenia).

W dokumentacji indywidualnej wewnętrzne powinno zostać zamieszczone oświadczenie pacjenta m.in. o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (§ 8 ust. 1 pkt 3).

Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym samym zakładzie leczniczym, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy (§ 13). Podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby (§ 36 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

**Uchwała
nr 190/2021
Rady Ministrów**

Celem Programu²⁸⁶ wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2024, zwanego dalej „Programem” jest poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży poprzez wsparcie inwestycji infrastrukturalnych na tych oddziałach.

Konieczne jest wsparcie oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. W Polsce świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udziela 46 oddziałów stacjonarnych. Trudna sytuacja oddziałów jest podnoszona przez wielu specjalistów m.in. konsultantów krajowych i wojewódzkich, Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta. W ostatnich latach oddziały borykają się z licznymi problemami wynikającymi m.in. ze zwiększającej się liczby pacjentów korzystających z systemu ochrony zdrowia psychicznego czy konieczności dostosowywania oddziałów do standardów nowoczesnej opieki psychiatrycznej.

Głównym założeniem jest dostosowanie infrastruktury do wymagań prawnych, funkcjonalnych, która to zapewni bezpieczne udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenie efektywności udzielanych świadczeń przez umożliwienie stosowania nowoczesnych form terapii.

Realizacja Programu ma na celu rozwój i doskonalenie systemu opieki zdrowotnej m. in. przez:

- 1) zwiększenie efektywności funkcjonowania podmiotu, co ma bezpośrednie przełożenie na usprawnienie systemu ochrony zdrowia;
- 2) poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia;
- 3) poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego populacji dzieci i młodzieży w Polsce;
- 4) zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na zachowanie/utrzymanie aktywności zawodowej;
- 5) podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej prawidłowego funkcjonowania systemu opieki, w tym kompleksowej i koordynowanej;
- 6) skrócenie czasu i kosztów hospitalizacji pacjentów;
- 7) zwiększenie jakości działań w obszarze diagnostyki i terapii w zakresie opieki psychiatrycznej;
- 8) podniesienie jakości opieki nad pacjentem i standardu obsługi.

Koszt realizacji Programu miał wynieść 40 mln rocznie (w ciągu 2 lat 80 mln zł).

²⁸⁶ Uchwała nr 190/2021 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023” ze zmianami.

W powyższej uchwale miały zostać wprowadzone zmiany, które wynikały z konieczności opracowania i przeprowadzenia procedury konkursowej mającej na celu wybór podmiotów, w których będą realizowane inwestycje w ramach „Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023”. Planowanym terminem ogłoszenia konkursu przez Ministra Zdrowia i wybór wniosków, a tym samym realizatorów Programu, był listopad 2022 r. W projekcie uchwały zakładało się zmianę alokacji środków w całości na 2023 r. W ramach Programu maksymalna kwota dofinansowania dla jednego realizatora Programu wynosić miała 10 000 000 zł. Zmiana maksymalnej kwoty dofinansowania wynikała z doświadczeń związanych z trudnością realizacji projektów inwestycyjnych planowanych na lata 2021/2022 wynikających m.in. ze wzrostu cen materiałów budowlanych oraz innych kosztów prac. Ponadto, każdy wnioskodawca mógł złożyć tylko jeden wniosek.

W 2023 r. dokonano zmiany uchwały. W wyniku tego dokonano przesunięcia części środków z budżetu państwa z 2023 r. na 2024 r. oraz na zwiększenie budżetu Programu o dodatkowe środki finansowe – 10 mln zł. Łączny koszt realizacji Programu ma wynieść 90 mln zł (15 mln zł w 2023 r. oraz 75 mln zł w 2024 r.)²⁸⁷.

²⁸⁷ <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-program-wsparcia-oddzialow-psychiatrycznych-dla-dzieci-i-mlodziezy-na-lata-20222024>

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.).
2. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).
3. Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.).
4. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 69).
5. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.).
8. Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 340).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 2242).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r. poz. 896, ze zm.) – obow. do 4.09.2023 r.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2023 r. poz. 1515) – obow. od 5.09.2023 r.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 731).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1404, ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2216).

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696).
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642) – rozporządzenie weszło w życie z mocą wsteczną od 1 stycznia 2021 r.
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492) – rozporządzenie wygasło z dniem 31 grudnia 2020 r.
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458) – rozporządzenie wygasło z końcem 31 grudnia 2022 r.
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458) – rozporządzenie obowiązywało z mocą wsteczną od 1 stycznia 2023 r.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
26. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 679, ze zm.) – uchylone z dniem 1 lipca 2023 r.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (j.t. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.).
28. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży dalej: zarządzenie w sprawie powołania Zespołu (Dz. Urz. MZ. z 2018 r. poz. 6).
29. Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży z dnia 28 października 2019 r. (Dz. Urz. M.Z. z 2019 r. poz. 91).

6.4. Wykaz podmiotów, 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. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
10. Przewodniczący Komisji Edukacji Senatu RP
11. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
12. Minister Edukacji
13. Minister Zdrowia
14. Rzecznik Praw Dziecka



NKM.0910.37.2023.25.KCZ
Warszawa, 12 lipca 2024

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ (zwanej dalej „NIK”), przedstawiam stanowisko do Informacji o wynikach kontroli nr P/23/077 – „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą”, która została przekazana przy piśmie z dnia 1 lipca 2024 r. o znaku: LPO.430.5.2023.

I. Wstęp.

Podkreślenia wymaga fakt, iż **Minister Zdrowia w sposób priorytetowy traktuje kwestie związane z psychiatrią dzieci i młodzieży.**

Zmiany w organizacji i finansowaniu opieki psychiatrycznej, w porównaniu do zmian dokonywanych w zakresie innych dziedzin medycyny, są bezprecedensowe – w żadnym innym obszarze nie udało się w tak krótkim czasie zwiększyć dostępności **(niemal podwojenie liczby udzielonych porad) oraz finansowania (ponad 400% w ciągu 5 lat)**. W konsekwencji działań podejmowanych zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i władze samorządowe, doszło do rozszerzenia bazy infrastrukturalnej, co umożliwiło **zwiększenie liczby hospitalizacji pacjentów na oddziałach psychiatrycznych.**

Dodatkowo należy podkreślić, że zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego², zadania związane z ochroną zdrowia psychicznego są realizowane w ramach: Narodowego Programu Zdrowia³ oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁴.

Ponadto są prowadzone wspólne działania Ministerstwa Zdrowia, Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii na rzecz

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

³ Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

⁴ Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

adaptacji i wdrożenia w Polsce narzędzia w obszarze zdrowia psychicznego pn. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). **Wdrożenie narzędzia mhGAP**, poprzez podniesienie kompetencji lekarzy, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ma na celu wsparcie systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

W konsekwencji powyższego, nie mogę zgodzić się z wydaną przez NIK oceną negatywną kontrolowanej działalności. W opisie stanów mających wpływ na wydaną ocenę, jako prawidłowe (str. 79,) zapisano jedynie ogólne stwierdzenie: „*podjęcie reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży*”, pomijając **szereg szczegółowych rozwiązań oraz działań ocenianych pozytywnie przez ekspertów i praktyków** zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży.

II. Informacja o sposobie wykonania wniosków NIK skierowanych do Ministra Zdrowia.

Strona 25, Część 4. Wnioski, wnioski do Ministra Zdrowia.

- 1. Określenie oczekiwanych i zwymiarowanych efektów wdrażanej reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, a także harmonogramu dalszych działań i niezbędnych zasobów, w tym kadrowych, w sposób uwzględniający wyniki rzetelnie przeprowadzonej ewaluacji dotychczasowych jej rezultatów.*
- 2. Intensyfikacja współdziałania z innymi organami i podmiotami w celu określenia zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz doprowadzenie do opracowania instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty.*

Uprzejmie informuję, że ww. zadania są realizowane w Ministerstwie Zdrowia w sposób ciągły.

W dniu 5 lipca 2024 r., w ramach Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, która zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵ pełni rolę organu opiniodawczo-doradczego w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, został powołany Zespół ds. organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Członkiem ww. Zespołu jest m.in. Pani Paulina Piechna-Więckiewicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej, będąca także członkiem Rady do spraw Zdrowia Psychicznego. Ponadto w dniu 24 czerwca 2024 r. do Ministerstwa Edukacji Narodowej został ponownie wysłany wzór porozumienia o współpracy pomiędzy podmiotem prowadzącym I poziom referencyjny opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, a placówką oświaty.

- 3. Kontynuowanie działań na rzecz promocji higieny życia psychicznego z wykorzystaniem rzetelnej oceny efektywności kampanii społecznych mających na celu upowszechnienie wiedzy o możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu oraz wzrost świadomości zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, pod kątem ich realnego wpływu na postawy społeczne.*

Uprzejmie informuję, iż tego rodzaju działania są zaplanowane do realizacji w ramach środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

Strona 25, Część IV. Wnioski, wnioski de lege ferenda do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie niżej wymienionych aspektów opieki psychiatrycznej:

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

1) w ustawie o zdrowiu psychicznym:

- zakresu uprawnień pracowników szpitali prowadzących przeszukania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych i sposobu ich realizacji w celu zagwarantowania przestrzegania praw pacjentów do intymności i nietykalności osobistej oraz bezpieczeństwa na oddziałach,
- prowadzenia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych w przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ujednoczenia praktyki w tym zakresie;

Art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶ (zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta”) stanowi o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo pacjenta do intymności ujmuje się jako zakres „faktów dotyczących jednostki i jej przeżyć, które w zasadzie nie jest przez nią ujawnione nawet osobom najbliższym”. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta (art. 22 ustawy o prawach pacjenta). Personel podmiotu leczniczego powinien przede wszystkim mieć na względzie zapewnienie prawidłowego przebiegu procesu leczniczego i terapeutycznego pacjenta. Prawami pacjenta są także prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ww. ustawy) oraz prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (art. 8 ww. ustawy). W związku z powyższym przeszukiwanie rzeczy osobistych pacjenta lub przeszukiwanie osobiste pacjenta może być przeprowadzone tylko w uzasadnionych przypadkach i w określonej formie. Na podstawie przepisów prawa niedopuszczalne byłoby wprowadzenie ogólnych zasad regulujących przebieg przeszukiwania rzeczy pacjenta lub przeszukiwania samego pacjenta. Ewentualna potrzeba przeszukania pacjenta wynika bowiem z oceny jego stanu zdrowia i potrzeby zabezpieczenia możliwości sprawowania prawidłowej opieki nad nim oraz zapewnienia bezpieczeństwa jego osoby i osób z nim przebywających. Przesłanki ograniczające określone ogólnie w ustawie o prawach pacjenta prawa pacjenta powinny wynikać z merytorycznej oceny szczególnych potrzeb pacjentów psychiatrycznych, a nie być pochodną uprawnień pracowników podmiotów leczniczych.

Podkreślenia wymaga również, iż przepisy ustawy o prawach pacjenta są przepisami generalnymi, a nakaz ich przestrzegania jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o czym stanowi art. 2 ustawy o prawach pacjenta.

2) w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodach psychologa i samorządzie zawodowym psychologów:

- sposobu dokumentowania procesu terapeutycznego, prowadzonego przez psychoterapeutów, także na rynku komercyjnym, oraz zakresu odpowiedzialności psychologów i psychoterapeutów, m.in. w celu zabezpieczenia prawa pacjentów do dokumentacji dotyczącej diagnozy i procesu terapeutycznego oraz jego efektów.

Uprzejmie informuję, iż ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodach psychologa i samorządzie zawodowym psychologów pozostaje we właściwości Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

⁶Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

III. Stanowisko Ministra Zdrowia do Informacji NIK.

- 1) Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, iż „*projektując nowy model opieki psychiatrycznej Minister nie przewidział, że uruchomienie w nowym systemie I poziomu referencyjnego, czyli podmiotów funkcjonujących bez lekarza psychiatry dla dzieci i młodzieży, spowoduje wyłonienie się większej grupy pacjentów wymagających opieki lekarskiej*” (str. 17). Taka konsekwencja zwiększenia wsparcia była analizowana od początku wdrażania reformy. Jednocześnie wstrzymanie rozwijania pomocy z tego rodzaju pobudek należałoby uznać za nieetyczne (tak, jak nieetycznym byłoby wstrzymanie badań diagnostycznych z powodu ryzyka późniejszego większego zapotrzebowania na świadczenia specjalistyczne).
- 2) W kwestii zarzutów dotyczących „*opracowania nowego modelu przy braku określenia potrzeb zdrowotnych na podstawie badań epidemiologicznych*” oraz „*niepełnego określenia zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży we wszystkich obszarach opieki psychiatrycznej*” (str. 79), należy zauważyć, że badania epidemiologiczne są niezwykle kosztownym i długotrwałym narzędziem oceny zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej i są finansowane ze środków publicznych w Polsce niezwykle rzadko – w ramach Narodowego Programu Zdrowia zrealizowano ich mniej niż dziesięć. Koszt takiego badania jest liczony w milionach złotych.

Należy zauważyć, że potrzeba znaczącego i niezwykle pilnego zwiększenia dostępności i zmiana podejścia do organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży została oparta o inne dane i przesłanki wskazujące jednoznacznie na konieczność bardzo pilnych działań legislacyjnych i zwiększenia nakładów finansowych na ten zakres świadczeń gwarantowanych – co zostało wykonane przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczekiwanie z rozpoczęciem reformy na wyniki badań epidemiologicznych byłoby zaniechaniem a zważywszy na istotny obszar, jakim jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – działaniem nieetycznym.

Ponadto trzeba podkreślić, że założenia organizacyjne i finansowe były tworzone krok po kroku, w oparciu o analizę efektów każdej kolejnej zmiany.

- 3) Odnośnie do zarzutu dotyczącego „*braku egzekwowania od zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży podejmowania uchwał i wydawania pisemnych rekomendacji oraz informacji w zakresie analiz, ocen, wniosków i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań, w tym w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży*” (str. 79 Informacji o wynikach kontroli), należy zauważyć, iż w efekcie prac Zespołu było realizowane podstawowe zadanie, czyli opracowywanie zmian w rozporządzeniu dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. To Minister Zdrowia, podpisując zarządzenia powołujące zarówno Zespół, jak i Pełnomocnika, przesądził, że z posiedzeń Zespołu oraz kontaktów z Pełnomocnikiem nie ma konieczności sporządzania dokumentów.
- 4) Odnosząc się do zarzutów dotyczących opracowania standardów merytorycznych oraz organizacyjnych (tj. „*nieuzyskanie opinii od towarzystw naukowych, przede wszystkim od polskiego towarzystwa psychiatrycznego oraz polskiego towarzystwa psychologicznego oraz przez wskazanego w ministerstwie eksperta – pełnomocnika*”, „*odbior i zapłata za zamówienie zrealizowane niezgodnie z umową*”, „*brak naliczenia kary umownej za nieterminową realizację zamówienia*”), podtrzymuję ocenę, iż przytoczone informacje są niezgodne ze stanem faktycznym i dokumentami

przekazywanymi w trakcie kontroli. W ramach konsultacji/opiniowania występowało o opinię m.in. do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Do konsultacji projektowanych standardów zastosowano ponadnormatywną staranność i przejrzystość – z uwagi na fakt, iż ich opracowanie i wdrożenie stanowi jeden z kamieni milowych zmian w opiece psychiatrycznej według wdrażanego modelu poziomów referencyjnych.

Ministerstwo Zdrowia współdziałało z realizatorem zadania, któremu zostało powierzone opracowanie i skonsultowanie/zaopiniowanie projektowanych standardów. Została utworzona specjalna zakładka na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ochrona-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>. Została przeprowadzona pierwsza tura konsultacji/opiniowania: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/konsultacje-standardow-organizacyjnych-i-diagnostyczno-terapeutycznych> – pismo z dnia 22 sierpnia 2022 r. zostało skierowane do 28 podmiotów, w tym do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Następnie trwała analiza setek zgłoszonych uwag, o czym Ministerstwo Zdrowia również komunikowało: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-standardow-w-nowym-modelu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>. Po opracowaniu zmodyfikowanej wersji standardów – we współpracy z Zamawiającym, Wykonawca przeprowadził kolejną rundę konsultacji/opiniowania ze środowiskiem, tym razem kierując pismo do 43 podmiotów/osób zaangażowanych we współpracę w ich tworzenie (w tym oczywiście również do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego): <https://www.gov.pl/web/zdrowie/konsultacje-standardow-organizacyjnych-i-diagnostyczno-terapeutycznych--druga-tura>.

Standardy, po uzgodnieniu ze środowiskiem, zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz przekazane do podmiotów leczniczych. Zostały również podpisane (zgodnie z założeniami projektu unijnego) przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw psychiatrii dzieci i młodzieży. Do Ministerstwa Zdrowia po publikacji standardów nie wpłynęło ani jedno pismo, które kwestionowałoby tryb konsultacji ani zawartość standardów.

Ponadto, w realizacji umowy nie wystąpiła podstawa do naliczenia kary umownej we wskazanym zakresie. Podkreślić należy, że sam fakt naruszenia warunków zobowiązania, najczęściej jego nieterminowe zrealizowanie, nie oznacza jeszcze powstania tej należności. Powyższe oznacza, że kierownicy jednostek sektora finansów publicznych mają obowiązek dokonania uprzedniej analizy, czy należność taka w ogóle im przysługuje, zanim podjęte zostaną działania zmierzające do dochodzenia należności⁷. Obowiązek zapłaty kary umownej powinien powstać dopiero wówczas, gdy naruszenie umowy, za które przewidziano taką karę, rzeczywiście zostało zawinione przez podmiot zobowiązany. Ugruntowane jest bowiem w orzecznictwie stanowisko, że przesłanką powstania zobowiązania do zapłaty kary umownej jest wina dłużnika⁸.

W odniesieniu do realizacji zadania polegającego na sporządzeniu projektu standardów organizacyjnych i standardów klinicznych oraz przeprowadzonych konsultacji działania podejmowane przez Wykonawcę były dokonywane w porozumieniu z Zamawiającym. W przypadku nałożenia kary umownej i sytuacji skierowania sporu do rozstrzygnięcia

⁷ por. orzeczenie Głównej Komisji Orzekającej z dnia 26 listopada 2019 r. o znaku: BDF1.4800.99.2018.

⁸ por. komentarz do art. 483 stawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁸ (zwanej dalej „KC”) w: M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626. Wyd. 3, Warszawa 2022 r., wraz z powołanym tam orzecznictwem.

przez sąd, Ministerstwo Zdrowia nie dysponowałoby argumentami przemawiającymi za koniecznością nałożenia tej kary i wskazania winy/zaniechania przez Wykonawcę.

- 5) Odnosząc się do zarzutu „*przewlekłej realizacji programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023, którego celem była poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży*”(str. 79 Informacji o wynikach kontroli), mając na uwadze kluczowe zadanie wspierające reformę systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, jakim jest wsparcie infrastrukturalne, Minister Zdrowia nie zgadza się ze stwierdzeniem, że realizacja była prowadzona przewlekłe.

Departamenty Ministerstwa Zdrowia zaangażowane w realizację ww. programu działały w oparciu o przepisy prawa w zakresie przygotowywania założeń i realizacji programu – mając na uwadze konieczność działania w sposób celowy, rzetelny, gospodarny i legalny, co podlega corocznej kontroli dotyczącej wykonania budżetu przez NIK. Zadanie było poprowadzone bez zbędnej zwłoki, wymagało opracowania wewnętrznych procedur postępowania pomiędzy czterema komórkami organizacyjnymi – co wynikało z szczególnego charakteru przedmiotowego wsparcia. Jednocześnie należy wskazać, że Rada Ministrów przyjęła uchwałę wydłużającą program do 2024 r., co umożliwi jego pełną realizację.

- 6) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego kampanii, tj. „*brak oceny efektywności i skuteczności przeprowadzonej dopiero po trzech latach od wdrożenia reformy, kampanii Powiedz co czujesz. zdemaskuj emocje, część 2*”(str. 79 Informacji o wynikach kontroli), należy po pierwsze podkreślić, że czas realizacji kampanii był zgodny z dokumentacją projektu POWER, w ramach którego kampania została sfinansowana i zgodny z przewidywaną chronologią zdarzeń zakładanych do realizacji w ramach projektu.

Odnosnie do monitorowania efektów kampanii należy podkreślić, że został sporządzony raport z monitorowania, który Ministerstwo Zdrowia przekazało NIK w trakcie kontroli.

- 7) Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, iż pacjentów pozbawiono informacji dotyczącej miejsc realizacji świadczeń (str. 21 Informacji o wynikach kontroli). Ww. informacje są dostępne na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz przez Telefoniczną Informację Pacjenta.
- 8) Odnosząc się do kwestii dotyczących Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2020-2030, zwanego dalej „NPOZP” (tj. „*brak określenia w odniesieniu do planowanych do realizacji zadań wartości wskaźników monitorowania celu operacyjnego nr 3 Promocja zdrowia psychicznego*”; „*opracowanie projektu NPOZP na lata 2023–2030 w terminie uniemożliwiającym jego wprowadzenie z początkiem okresu na który przypada jego obowiązywanie*”, str. 80 Informacji o wynikach kontroli, należy zauważyć, iż w ramach powyższego zadania Ministerstwo Zdrowia prowadzi konkretne działania celem jego pełnego wdrożenia. Prowadzone są wspólne działania Ministerstwa Zdrowia, WHO w Polsce oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii na rzecz adaptacji i wdrożenia w Polsce narzędzia w obszarze zdrowia psychicznego pn. mhGAP. To narzędzie, które w swoim założeniu ma wspomóc proces wczesnej diagnostyki problemów zdrowia psychicznego i usprawnić współpracę POZ z systemem opieki psychiatrycznej, a tym samym poprawić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów (również uchodźców). Po etapie tłumaczenia i adaptacji narzędzia do uwarunkowań systemu w Polsce, pod auspicjami Biura WHO w Polsce, wiodącym realizatorem wdrożenia mhGAP jest Instytut Psychiatrii i Neurologii, realizujący Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 w obszarze przeciwdziałania

zachowaniom samobójczym. Wdrożenie omawianych rozwiązań, przełoży się na pozytywne efekty w obszarze zdrowia psychicznego oraz pozwoli na precyzyjne wskazanie roli i zadań pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowym modelu psychiatrii, zarówno w populacji dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

- 9) Ponadto uprzejmie informuję, że w dniu 29 grudnia 2023 r. zawarto umowy na udzielenie dotacji celowych ze wszystkimi podmiotami, których wnioski zostały zakwalifikowane w „*Programie wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2024*”.

Z wyrazami szacunku

Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/



**PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ**

LPO.430.5.2023

Warszawa, 2024-07-25

**Opinia
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z 23 grudnia 1994 r.
o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli
*Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą.***

Dziękując za stanowisko Pani Minister do informacji o wynikach kontroli, przedstawiam swoją opinię.

NIK pragnie zwrócić uwagę, że jakkolwiek nowo utworzone ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej zwiększyły dostępność udzielanego wsparcia psychiatrycznego, to jednak potrzeby w tym zakresie nadal przekraczały możliwości systemu. Obowiązujące regulacje systemowe nie zapewniają pełnej możliwości koordynacji opieki, której nie można zastąpić opracowanym wzorem porozumienia pomiędzy placówkami oświaty a podmiotami leczniczymi.

Dla skuteczności reformy niezbędne jest m.in. kontynuowanie działań w Ministerstwie przy jednoczesnej współpracy właściwych organów państwa. Wydłużające się kolejki oczekujących na leczenie, przepełnienie szpitali, hospitalizowanie młodych pacjentów na oddziałach dla dorosłych albo odmowy przyjęć ze względu na brak miejsc świadczą o ciągłej potrzebie rozwoju szeroko pojętej opieki psychiatrycznej. Wdrażane przez Ministra Zdrowia rozwiązania, na podstawie rzetelnych danych, powinny być poddawane systematycznej ocenie ich wpływu na dostępność i jakość zapewnianej opieki. Warto podkreślić, że NIK nie podziela stanowiska Pani Minister, jakoby zbędne było tworzenie regulacji ustawowych m.in. w zakresie prowadzenia monitoringu oraz przeszukań pacjentów. Brak tych regulacji może bowiem w dalszym ciągu negatywnie wpływać na sytuację, w tym bezpieczeństwo, borykających się z problemami psychicznymi dzieci i młodzieży. Ponadto, stanowisko Pani Minister do informacji jest de facto powieleniem zastrzeżeń zgłoszonych w toku kontroli, które zostały poddane szczegółowej ocenie i w całości oddalone przez Kolegium NIK.

Dlatego Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje wnioski o zainicjowanie działań legislacyjnych mających na celu uregulowanie wskazanych w informacji o wynikach kontroli aspektów opieki psychiatrycznej w ustawach o zdrowiu psychicznym oraz o zawodach psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Jeśli okaże się to konieczne, zasadne będzie nawiązanie w tym celu stosownej współpracy z innymi organami i podmiotami. NIK nie odstępuje również od pozostałych wniosków, ponieważ brak ich realizacji może pogłębiać problemy w dostępie do opieki psychiatrycznej, a w konsekwencji zagrażać prawom pacjentów.

Prezes NIK

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/