



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.014.04.2019

Pan  
Grzegorz Nowaczyński  
Dyrektor  
Zespołu Wojewódzkich Przychodni  
Specjalistycznych w Katowicach

ul. Powstańców 31  
40-038 Katowice

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach <sup>1</sup><br>Poradnia Zdrowia Psychicznego <sup>2</sup>                       |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Grzegorz Nowaczyński – Dyrektor ZWPS od 1 października 2009 r.<br>(akta kontroli str.2-5)                                                      |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | Organizacja systemu diagnozowania dzieci i młodzieży.                                                                                          |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2017-2019 (I półrocze) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres. |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .                                                      |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Katowicach                                                                                             |
| Kontrolerzy                         | Jerzy Piasecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA 135/2019 z 21 maja 2019 r.<br>(akta kontroli str.1)    |

<sup>1</sup> Zwany dalej „ZWPS”

<sup>2</sup> Zwana dalej „Poradnia”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Struktura organizacyjna Poradni zapewniała dzieciom i młodzieży dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej, realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia realizowane były przez dwóch lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz pięciu psychologów od poniedziałku do piątku w łącznej wysokości 50,30 godziny, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 19<sup>35</sup>. Warunki leczenia były zgodne z obowiązującymi wymogami i gwarantowały przestrzeganie praw pacjentów. Poradnia prowadziła listy oczekujących na udzielenie świadczenia, które przekazywano w wymaganych terminach do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach<sup>5</sup>, a prowadzona dokumentacja medyczna pacjentów była zgodna z obowiązującymi w tym zakresie wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>6</sup>.

Stwierdzona nieprawidłowość polegająca na niezachowaniu chronologii wpisów w części dokumentacji medycznej pacjentów, z uwagi na ich skalę, nie miała istotnego wpływu na kontrolowaną działalność.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

Opis stanu  
faktycznego

1. Organizacja Poradni była zgodna ze statutem, regulaminem organizacyjnym i rejestrem prowadzonym przez wojewodę oraz warunkami określonymi w umowach ze ŚOW NFZ.

(akta kontroli str. 6 - 274)

W latach 2017-2018 w Poradni zatrudniano (wg stanu na koniec roku): dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (łącznie 1,5 etatu, w tym jeden lekarz w wymiarze pełnego etatu) oraz pięciu psychologów (łącznie 2,370 etatu w 2017 r. i 1,994 etatu w 2018 r.).

(akta kontroli str. 275)

Według wyjaśnień kierownika Poradni, obecny stan zatrudnienia personelu medycznego zabezpiecza minimalne wymagania terapeutyczne. Natomiast zatrudnienie m.in. logopedy, pedagoga, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego oraz kolejnego terapeuty terapii systemowej spowodowałoby istotne podniesienie jakości oferowanych świadczeń.

(akta kontroli str. 276)

2. W Poradni znajdowała się informacja dla pacjentów (świadczeniobiorców) na temat udzielania świadczeń, która była zgodna z treścią § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>7</sup>.

(akta kontroli str. 279 - 287)

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

<sup>5</sup> Dalej „ŚOW NFZ”.

<sup>6</sup> Dz. U. poz. 2069 dalej „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.



Łączny czas godzin pracy specjalistów zatrudnionych w Poradni w 2019 r. był zgodny z postanowieniami zawartej umowy z ŚOW NFZ.

Ponadto w Poradni zatrudniony był superwizor psychoterapii<sup>8</sup> w wymiarze 4 godz. tygodniowo, psychoterapeuta w wymiarze 5 godz. tygodniowo, pielęgniarka w wymiarze 37.55 godz. tygodniowo oraz pracownik socjalny w wymiarze 19.50 godz. tygodniowo.

Jak wyjaśnił kierownik Poradni, w momencie składania oferty konkursowej, NFZ wymagał dostępu do superwizora i psychoterapeuty lub osoby prowadzącej psychoterapie, którzy są zatrudnieni w ZWPS w Katowicach i związku z powyższym zostali oni wykazani w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 276)

W Poradni prowadzono rejestr pacjentów oczekujących na przyjęcie. Średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych, wg stanu na 31 marca 2017 r. wynosił 36 dni, wg stanu na 30 czerwca 2017 r. 47 dni, wg stanu na 30 września 2017 r. 22 dni. Według stanu na 31 grudnia 2017 r. 30 dni. W 2018 r. na koniec pierwszego, drugiego, trzeciego i czwartego kwartału średni czas oczekiwania wyniósł, odpowiednio: 49, 61, 84 i 59 dni. Natomiast na koniec pierwszego kwartału 2019 r. - 22 dni. Przypadków pilnych nie odnotowano.

(akta kontroli str. 298 - 306)

Poradnia, stosownie do wymogów wynikających z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>, co miesiąc przekazywała do ŚOW NFZ informację o liczbie oczekujących oraz o średnim czasie oczekiwania oraz przekazywała informacje o pierwszym wolnym terminie (dla przypadków stabilnych).

(akta kontroli str. 307 - 344)

Liczba pacjentów małoletnich oczekujących na przyjęcie, wg stanu na koniec pierwszego, drugiego, trzeciego oraz czwartego kwartału roku 2017 wyniosła, odpowiednio: 30, 4, 7 i 40 pacjentów. W 2018 r., odpowiednio: 42, 74, 39 i 2 pacjentów. Natomiast na koniec pierwszego kwartału 2019 r. 142 pacjentów.

(akta kontroli str. 305)

W sprawie przyczyn zwiększenia się liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie do Poradni kierownik Poradni wyjaśnił, że prawdopodobną przyczyną wzrostu liczby oczekujących pacjentów (dzieci i młodzieży) była redukcja kontraktów w innych Poradniach z terenu Śląska, co spowodowało napływ pacjentów do Poradni.

(akta kontroli str. 276)

Poradnia rzetelnie wykazała i przekazała do NFZ dane o czasie oczekiwania na wizytę i liczbie oczekujących (wg stanu na 31 sierpnia 2017 r., 31 sierpnia 2018 r. i 28 lutego 2019 r.).

(akta kontroli str. 307 - 344)

W poszczególnych latach objętych kontrolą w Poradni było leczonych, odpowiednio: 1 118, 1 138 i 540 pacjentów, w tym zgłosiło się do Poradni po raz pierwszy: 89, 180 i 15 pacjentów.

<sup>8</sup> Superwizor psychoterapii doświadczony psychoterapeuta, którego praktyka i wiedza pozwalają na kształcenie innych terapeutów i sprawowanie nadzoru merytorycznego nad ich pracą. Posiadający certyfikat psychoterapeutyczny oraz certyfikat superwizora. Nie udzielających świadczeń w Poradni Dzieci i Młodzieży.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, ze zm.



W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia pacjenta w Poradni. Każdy pacjent został przyjęty i udzielono mu pomocy. W Poradni nie prowadzi się rejestru odmów, gdyż nie wymagają tego stosowne przepisy.

(akta kontroli str. 276)

W Poradni przyjęto następujący tok postępowania dotyczący diagnozowania i leczenia osób małoletnich, zgłaszających się po raz pierwszy: w dniu przyjęcia pacjent jest badany przez psychologa, następnie przez lekarza psychiatrę. W trakcie wizyty lekarskiej diagnostycznej, lekarz decyduje o profilu i potrzebie dalszej diagnostyki i w razie potrzeby ją zleca. Poradnia znajduje się w strukturach ZWPS, w której pacjenci mają dostęp do lekarzy specjalistów różnych typów oraz laboratorium analitycznego, pracowni elektroneurpsychologicznej, etc.

(akta kontroli str. 276)

Specjaliści Poradni nie w każdym przypadku diagnozowania małoletniego pacjenta, który zgłosił się do Poradni po raz pierwszy, wystawiali skierowania do szpitala. Jak wyjaśnił kierownik Poradni, skierowanie do szpitala lub placówki stacjonarnej jest decyzją lekarza psychiatry i jest związane albo z koniecznością (ciężki stan), albo z istotnymi wskazaniami terapeutycznymi wymagającymi warunków, których Poradnia nie jest w stanie zapewnić.

(akta kontroli str. 277)

*Jak podał kierownik Poradni, nie posiadamy wypracowanej procedury postępowania, która wymuszałaby na szpitalu poinformowanie Poradni o każdym przypadku przyjęcia pacjenta i/lub przyjęcia bez czekania w kolejce. Takie decyzje należą do kompetencji lekarza izby przyjęć oraz lekarza leczącego na oddziale. Często kontaktujemy się ze szpitalem (lekarzem szpitala lub Izby Przyjęć) kierując pacjenta na leczenie, ale nie jest to obligatoryjne. Brak jest ustawowych przepisów nakazujących szpitalom i placówkom stacjonarnym przesyłania do nas informacji o stanie kierowanego przez nas pacjenta.*

(akta kontroli str. 277)

Analiza dokumentacji 55 pacjentów przyjętych w badanym okresie do Poradni wykazała, że w tych przypadkach nie wystawiono skierowania do szpitali psychiatrycznych lub innych placówek opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 349-354)

W Poradni nie prowadzono profilaktyki i/lub prewencji zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Jak wyjaśnił kierownik, Poradnia zajmowała się leczeniem wyraźnie identyfikowanego pacjenta (Wyraźnie Identyfikowanego Pacjenta –WIP), w stosunku do którego wymagane jest leczenie, a nie profilaktyka lub prewencja. Przyczyną braku podejmowania takich działań jest brak finansowania tych działań m.in. przez NFZ.

(akta kontroli str. 277)

W Poradni był stosowany system opieki czynnej nad pacjentami z przewlekłym bądź ryzykownym przebiegiem choroby, do którego zaliczono działania związane z kontrolą wykonywania zaleceń lekarskich, aktywne kontakty z pacjentami/rodzinami pacjentów w przypadkach, które wg lekarza prowadzącego tego wymagają. Innym typem aktywnej opieki jest prowadzenie terapii i kontroli terapii w miejscu zamieszkania pacjentów - szczególnie np. w domach dziecka. Taka współpraca prowadzona była z domem dziecka w Katowicach Bogucicach.

(akta kontroli str.277)



W ramach Poradni nie funkcjonują zespoły opieki środowiskowej, jak wyjaśnił kierownik Poradni, takie zespoły nie funkcjonują z powodu braku zawartego kontraktu z NFZ.

(akta kontroli str.277)

Sprawozdania Poradni dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym harmonogram pracy i dane o osobach udzielających świadczeń w badanym okresie, były zgodne z danymi ujętymi w załącznikach do zawartych umów z ŚOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

(akta kontroli str. 18 - 274 i 354 - 357)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów<sup>10</sup> wykazało, że była ona prowadzona zgodnie z *wymogami* rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, poza dwoma przypadkami dotyczącymi dokonania wpisu do dokumentacji medycznej bez zachowania porządku chronologicznego tych wpisów, co opisano w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 349 - 354)

3. Poradnia współpracowała ze szpitalami psychiatrycznymi bądź ośrodkami psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej. Współpraca ta polegała m.in. na kierowaniu w uzasadnionych przypadkach pacjentów na leczenie szpitalne oraz realizowaniu zaleceń poszpitalnych w trakcie kontynuacji leczenia. W przypadku współpracy z lekarzami POZ Poradnia przyjmowała pacjentów kierowanych na konsultacje, diagnostykę lub leczenie, w zależności od potrzeb ustalano dalsze leczenie. Natomiast współpraca z jednostkami pomocy społecznej polega m.in. na przyjmowaniu pacjentów z zaleceniem konsultacji, a także udostępnianiu na ich prośbę dokumentacji medycznej podopiecznych MOPS.

(akta kontroli str. 277, 488 - 491)

Jak wyjaśnił kierownik Poradni, *regulacje prawne dotyczące współpracy z innymi jednostkami opieki zdrowotnej, lekarzami POZ oraz jednostkami pomocy społecznej nie jest potrzebna, gdyż każdy jej poziom zależy głównie od woli i wykształcenia oraz zaangażowania konkretnych pracowników a nie procedur, które wystarczająco umożliwiają współpracę*.

(akta kontroli str. 278)

4. W badanym okresie wartość zakontraktowanych świadczeń ze środków ŚOW NFZ wyniosła: 336 981,80 zł, 375 967,20 zł i 94 080,00 zł. Wartość wykonanych świadczeń wyniosła: 336 980,35 zł<sup>11</sup>, 376 049,03 zł<sup>12</sup> i 109 438,07 zł, a wartość punktowa wyniosła 9,80 zł, tj. wartość punktu stanowiącego podstawę do wyliczenia ogólnej wartości umowy.

(akta kontroli str. 438)

Kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach umów zawartych z ŚOW NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą, pokrywały koszty ich udzielania, a tym samym nie wystąpiły

<sup>10</sup> Badaniem objęto dokumentację 55 pacjentów, po 20 dokumentacji z roku 2017 i 2018, w tym po 10 dokumentacji pacjentów pierwszorazowych oraz 15 dokumentacji pacjentów, w tym pięciu pierwszorazowych, którzy zgłosili się do Poradni do 31 marca 2019 r.

<sup>11</sup> Po ugodzie z dnia 5 lutego 2019 r.

<sup>12</sup> Po ugodzie z dnia 12 lutego 2019 r.

ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych dla pacjentów, spowodowane brakiem środków finansowych. Relacja stawki jednostki rozliczeniowej ustalonej przez ŚOW NFZ do rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych przez Poradnię wynosiła, odpowiednio: 1,04 (9,80/9,39 zł), 1,10 (9,80/8,83 zł) i 1,03 (9,80/9,46 zł).

(akta kontroli str.438)

Poradnia ustalała, rejestrowała i analizowała jednostkowe koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 439-444)

W badanym okresie na świadczeniodawcę nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej nieletnim.

(akta kontroli str.445-450)

5. Poradnia dysponowała 7 gabinetami lekarskimi, gabinetem diagnostyczno-zabiegowym (dla dzieci i młodzieży) oraz dwoma pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi przeznaczonymi dla pacjentów oraz jednym dla personelu. Ww. gabinety lekarskie spełniały wymogi określone w załączniku nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 355-357)

5.1 W latach 2017 – 2019 (do czasu kontroli NIK) w Poradni Powiatowy Inspektor Sanitarny nie przeprowadził kontroli pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia osobom nieletnim w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 451-465)

6. W okresie objętym kontrolą Poradnia nie była kontrolowana przez - organ założycielski, ŚOW NFZ, konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 451-465)

7. W prowadzonym rejestrze uwag i reklamacji w ZWPS w badanym okresie odnotowano, odpowiednio: sześć, trzy i trzy uwagi i reklamacje. Żadna ww. sprawa nie dotyczyła udzielania osobom małoletnim świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 466-481)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 55 pacjentów Poradni ustalono, iż w dwóch przypadkach w prowadzonej dokumentacji nie dokonano wpisu w porządku chronologicznym, co stanowiło naruszenie § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, w myśl którego wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

<sup>13</sup> Dz. U. poz. 595.



Odpowiedzialni za prowadzenie dokumentacji medycznej psycholog i psychiatra kliniczny wyjaśnili, że przez przeoczenie nie zachowano chronologii wpisów w dokumentacji pacjenta.

(akta kontroli str. 278, 482-486)

Ze względu na jednostkowe przypadki, nieprawidłowość ta nie miała negatywnego wpływu na kontrolowaną działalność jednostki. Wobec powyższego, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

#### IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

Katowice, dnia 29 sierpnia 2019 r.

Kontroler

Jerzy Piasecki

Gł. specjalista kontroli państwowej

*Jerzy Piasecki*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach

DYREKTOR  
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli  
w Katowicach  
*Przemysław Fedorowicz*  
Przemysław Fedorowicz  
Wiceprezident