



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.411.7.1.2023

Pani
Agnieszka Jędrzejczak
Dyrektor
Krajowego Ośrodka Zapobiegania
Zachowaniom Dysocjalnym
ul. Zalesie 1a
09-500 Gostynin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

D/23/514 – Funkcjonowanie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Warszawie
Ul. Filtrowa 57; 02-056 Warszawa
T +48 444 57 72, F +48 444 57 62
lwa@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym ul. Zalesie 1A, 09-500 Gostynin ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Jędrzejczak, Dyrektor Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym ² od 1 października 2023 r. W okresie od 26 stycznia 2023 r. do 30 września 2023 r. pełniący obowiązki Dyrektora KOZZD. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Ryszard Wardeński, Dyrektor KOZZD od 22 stycznia 2014 r. do 26 stycznia 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku. 2. Warunki organizacyjne w KOZZD. 3. Przestrzeganie praw osób umieszczonych w Ośrodku. 4. Prawdliwość wydatkowania środków publicznych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2023 z uwzględnieniem zdarzeń z okresu wcześniejszego, jeżeli miały istotne znaczenie dla zagadnień objętych kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontrolerzy	1. Kamila Kucharska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/208/2023 z 19 grudnia 2023 r. 2. Adam Czugajewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/209/2023 z 19 grudnia 2023 r. 3. Mirosław Jankowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/210/2023 z 19 grudnia 2023 r. (akta kontroli tom I str. 1-4; tom II str. 1-2)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2021-2023 liczba przebywających w Ośrodku w Gostyninie osób uznanych przez sąd za stwarzające zagrożenie⁵ była wyższa od liczby łóżek (60), określonych dla Ośrodka w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym⁶ i przekraczała ją o 35 osób na koniec 2021 r. oraz o 15 na koniec 2023 r. W tym czasie w Ośrodku umieszczono 43 pacjentów, natomiast jednie wobec 14 sąd orzekł, że ich dalszy pobyt w KOZZD nie jest konieczny. Stan ten wpływał negatywnie na panujące warunki ogólnoprzestrzenne, w których pacjentom udzielano pomocy terapeutycznej. W Ośrodku zatrudniono wymagany personel terapeutyczny, a terapia przybierała głównie formę indywidualnych spotkań z psychologami lub innymi specjalistami. Znaczna grupa pacjentów (ośmiu z 17 badanych, tj. 47,1%) nie angażowała się w proces terapeutyczny i nie uczęszczała na oferowane przez KOZZD zajęcia. Systematycznie, nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy, sporządzane były opinie

¹ Dalej także: KOZZD lub Ośrodek.

² Dalej: Dyrektor lub Dyrektor KOZZD lub kierownik Ośrodka.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

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

⁵ Dalej: osoba umieszczona, pacjent.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 197; dalej: rozporządzenia ws. KOZZD.

lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia pacjenta i oceny psychologów w odniesieniu do uzyskanych wyników postępowania terapeutycznego⁷. Przesyłano je do sądu w celu ustalenia czy niezbędny jest dalszy pobyt pacjenta w Ośrodku. W kontrolowanym okresie opinie wskazujące na możliwość opuszczenia KOZZD sporządzono łącznie dla 40 pacjentów. Postanowienie sądu o wypisaniu z KOZZD uzyskało 14 z nich. W Ośrodku podejmowano działania, aby w sytuacji panującego przeludnienia spełnić wynikające z przepisów wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, jakim muszą odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, zapewnić monitoring osób umieszczonych oraz warunki zabezpieczenia Ośrodka. Nie były one w pełni skuteczne i nie doprowadziły do wyeliminowania nieprawidłowości w tym zakresie. Stwierdzono ponadto liczne przypadki nieprawidłowego sporządzania i prowadzenia dokumentacji Ośrodka, w tym m.in. dokumentacji dotyczącej prowadzonego postępowania terapeutycznego, dokumentacji wymaganej na podstawie przepisów prawa budowlanego i ochrony przeciwpożarowej oraz dokumentacji systemu kontroli zarządczej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- sporządzania indywidualnych planów terapii pacjentów w sposób nierzetelny lub niezgodny z obowiązującymi przepisami;
- niedochodzenia kar umownych od wykonawcy systemu do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej;
- nieprzestrzegania standardów kontroli zarządczej, w tym: niesporządzenia dla pracowników zakresu obowiązków na piśmie; niezgodność struktury organizacyjnej Ośrodka i składu kadry z postanowieniami statutu i regulaminu organizacyjnego; nieustalenie jednolitych zasad zatrudniania, zapewniających wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy;
- niezgodnego z przepisami prawa budowlanego prowadzenia książki obiektu budowlanego lub dokonywania w niej nierzetelnych wpisów;
- braku aktualizacji instrukcji bezpieczeństwa pożarowego oraz nieprowadzenia praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu;
- braku rzetelnego nadzoru nad udziałem pracowników służby ochrony w szkoleniach z zakresu stosowania technik interwencji i samoobrony;
- nieprawidłowego dokumentowania przypadków stosowania wobec osób umieszczonych w Ośrodku środków przymusu bezpośredniego;
- przerw w zapisach z monitoringu oraz utraty zapisów z kamer z niektórych pomieszczeń, w których mogli przebywać pacjenci;
- dokonywania zakupów z pominięciem stosowania ustawy z 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁸.

⁷ Dalej także: opinie psychiatryczno-psychologiczne.

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm.; dalej: Pzp.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku

Opis stanu faktycznego

1. KOZZD utworzono na mocy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób⁹. Zgodnie z ustawą zadaniem Ośrodka jest prowadzenie wobec umieszczonych w nim osób postępowania terapeutycznego, którego celem jest poprawa stanu zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Cele i zadania Ośrodka zostały określone w § 3 i 4 Statutu¹⁰ oraz w rozdziale II Regulaminu organizacyjnego KOZZD¹¹ i były zgodne z art. 25 ustawy.

(akta kontroli tom I str. 111-258)

Łączna liczba pacjentów przebywających w kontrolowanym okresie w KOZZD wynosiła 124 osoby, w tym 43 uznane przez sąd za stwarzające zagrożenie¹² i umieszczone w Ośrodku w tym okresie. Wszystkie osoby umieszczone przez sąd w KOZZD zostały przyjęte do Ośrodka. W 2021 r. początkowo odmówiono przyjęcia czterech pacjentów, z uwagi na brak wolnych miejsc. Osoby te przyjęto w późniejszym terminie w 2021 r.¹³ Spośród ww. osób, wobec których orzeczono o umieszczeniu w Ośrodku, 23 osoby przetransportowano z zakładu karnego, trzy stawily się osobiście, a 18 zostało zatrzymanych i doprowadzonych przez Policję. W kontrolowanym okresie w KOZZD nie przebywali pacjenci, umieszczeni na podstawie orzeczenia sądu o zabezpieczeniu postępowania. W Ośrodku nie posiadano informacji, wobec ilu spośród umieszczonych pacjentów stosowano pierwotnie nadzór prewencyjny.

W latach 2021-2023 KOZZD opuściło 28 osób (22,6% pacjentów łącznie). Wobec 14 z nich (11,3%) sąd postanowił o wypisaniu z Ośrodka, uznając że dalszy pobyt nie jest konieczny. Kolejne 14 osób wypisano w związku z umieszczeniem ich w zakładach karnych. Ponadto trzech pacjentów zmarło w trakcie pobytu w Ośrodku.

(akta kontroli tom I str. 513-515; tom IV str. 70, 74)

Liczba pacjentów przebywających w latach 2021-2023 w KOZZD w Gostyninie wahała się pomiędzy 75 a 95. Większość z nich stanowili mężczyźni. W tym czasie przebywały również dwie kobiety¹⁴. Najwięcej pacjentów przebywało w Ośrodku na koniec 2021 r. – 95 osób¹⁵. W związku z uruchomieniem 10 stycznia 2022 r. Oddziału zamiejscowego w Czersku¹⁶, do którego sukcesywnie przenoszono kolejnych pacjentów, liczba osób umieszczonych w KOZZD w Gostyninie zmniejszyła się do 75¹⁷. W całym kontrolowanym okresie liczba pacjentów przebywających w Ośrodku

⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1689; dalej: ustawa.

¹⁰ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2014 r. w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 24, ze zm.); dalej: Statut.

¹¹ W kontrolowanym okresie obowiązywały kolejno regulaminy organizacyjne, określone w załączniku do zarządzenia Dyrektora KOZZD z dnia: 18 czerwca 2015 r., 17 marca 2021 r., 1 sierpnia 2023 r. oraz 9 września 2023 r.; dalej: regulamin organizacyjny.

¹² Tj.: w 2021 r. – 16 osób; w 2022 r. – 13 osób; w 2023 r. – 14 osób.

¹³ Tj.: pierwsza odmowa miała miejsce 21 stycznia 2021 r., pacjent przyjęty 13 lipca 2021 r.; druga – 12 lutego 2021 r., pacjent przyjęty 17 marca 2021 r.; trzecia – 27 października 2021 r., pacjent przyjęty 7 grudnia 2021 r.; czwarta – 29 października 2021 r., pacjent przyjęty 23 listopada 2021 r.

¹⁴ W tym jedna przez cały kontrolowany okres. Druga umieszczona w II połowie 2021 r., a następnie w II połowie 2022 r. przeniesiona do Oddziału zamiejscowego w Czersku.

¹⁵ Według stanu na 31 grudnia.

¹⁶ Dalej także: OZ albo OZ Czersk.

¹⁷ Według stanu na 30 czerwca i 31 grudnia 2023 r.

w Gostyninie przekraczała jednak określoną w § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. KOZZD liczbę 60 łóżek dla osób umieszczonych. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 20, 513-514)

W 2021 r. Dyrektor KOZZD kilkakrotnie informował Ministra Zdrowia¹⁸, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia¹⁹ oraz Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ o przeładunku Ośrodka, braku wolnych miejsc i związaną z tym niemożliwością realizacji postanowień sądowych, tj. odmową przyjęcia kolejnych kierowanych do KOZZD pacjentów. W dniu 31 stycznia 2021 r. Minister poinformował Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, że przyjęcia pacjentów do Ośrodka w Gostyninie zostają wstrzymane, z uwagi na znaczące przekroczenie liczby osób, narastające zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu oraz brak możliwości realizacji odpowiedniej terapii ze względu na panujące warunki.

Pismem z dnia 10 grudnia 2020 r. Dyrektor KOZZD zwrócił się do Podsekretarza Stanu w MZ o wskazanie tymczasowego rozwiązania w postaci obiektu, który w okresie przejściowym mógłby realizować zadania KOZZD.

Na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z 5 marca 2021 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu KOZZD²⁰, został utworzony Oddział zamiejscowy w Czersku, w którym liczba łóżek, zgodnie z § 2 ust. 4 rozporządzenia ws. KOZZD wynosi 40. Według stanu na 31 grudnia 2023 r. w OZ przebywało 25 pacjentów.

(akta kontroli tom II str. 405-422; tom IV str. 58, 64)

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że w latach 2022-2023 na bieżąco informowano MZ o liczbie pacjentów w składanych kwartalnie sprawozdaniach oraz każdorazowo przy przyjęciu, wypisie bądź przeniesieniu pacjenta. Uruchomienie z początkiem 2022 r. OZ umożliwiło przyjmowanie kolejnych pacjentów kierowanych przez sądy. Przeniesienie pacjentów z Gostynina do Czerska było możliwe po wykonaniu niezbędnych prac adaptacyjnych oraz skompletowaniu i przeszkoleniu minimalnej wymaganej doświadczeniem oraz przepisami liczebności personelu. Wyjaśniła, że liczba pacjentów w OZ wzrasta stosownie do możliwości kadrowych oraz umiejętności i doświadczenia zdobywanego przez zatrudnionych tam pracowników.

(akta kontroli tom IV str. 139, 145-147, 168-171)

2. W Ośrodku nie opracowano i nie wdrożono ramowego programu terapeutycznego.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że ustawa nie nakłada obowiązku sporządzenia takiego dokumentu i w Ośrodku skupiono się na opracowaniu Indywidualnego Planu Terapeutycznego²¹, będącego kompletnym dokumentem zawierającym całość postępowania terapeutycznego pacjenta. Wyjaśniła, że koncepcja postępowania terapeutycznego w Ośrodku realizowana jest w formie terapii indywidualnej, a praca z pacjentami oparta o diagnozy psychiatryczne i seksuologiczne. Tworzone IPT uwzględniają zdiagnozowane problemy pacjentów, zaś działania terapeutyczne są dostosowywane do każdego pacjenta poprzez ocenę jego potrzeb i możliwości. Wyjaśniła ponadto, że w KOZZD prowadzone są prace koncepcyjne zmierzające do opracowania ramowego programu terapeutycznego.

(akta kontroli tom IV str. 1, 4, 70, 73, 78, 88)

Na potrzeby prowadzonego postępowania terapeutycznego w Ośrodku opracowano i stosowano: „Zasady konstruowania Indywidualnego Planu Terapeutycznego pacjenta”²², „Zasady spotkań psychoterapeutycznych w Krajowym Ośrodku

¹⁸ Dalej: Ministra.

¹⁹ Dalej także: MZ.

²⁰ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 18.

²¹ Dalej także: IPT.

²² W kontrolowanym okresie obowiązywały, podpisane przez Dyrektora Ośrodka: Aktualizacja: 02.01.2020 r.; Aktualizacja: 01.04.2021 r.; Aktualizacja: 08.05.2023 r. Dalej: Zasady konstruowania IPT.

Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie”²³ oraz wzory: IPT, kontraktu terapeutycznego i ramowego harmonogramu dnia pacjenta.

(akta kontroli tom I str. 577-594)

Dyrektor wyjaśniła, że wzór IPT został opracowany i wdrożony po rozpoczęciu działalności KOZZD przez ówczesnego Dyrektora Ośrodka, lekarza psychiatrę, przy udziale psychologów. Natomiast Zasady spotkań terapeutycznych zostały ustalone przez zespół terapeutyczny i wprowadzone za wiedzą i zgodą Dyrektora. Żadne z tych dokumentów nie zostały wprowadzone odpowiednim zarządzeniem, co – w ocenie Dyrektorki – nie wpływało na realizację planu terapeutycznego oraz jakość prowadzonych zajęć. Wyjaśniła ponadto, że podczas indywidualnych spotkań z psychologami pacjenci są zapoznawani z IPT oraz informowani o zdiagnozowanych problemach. Akceptując kontrakt terapeutyczny pacjenci wyrażają zgodę na realizację programu terapeutycznego i pracę nad zdiagnozowanymi problemami oraz potwierdzają zapoznanie się z Zasadami spotkań terapeutycznych, do których mają także stały dostęp w świetlicach oddziałów.

(akta kontroli tom IV str. 11, 15, 79, 90)

Z treści obowiązujących w KOZZD Zasad spotkań terapeutycznych wynikało, że każdy pacjent Ośrodka objęty jest opieką psychologiczną i ma sporządzany IPT. Pacjent otrzymuje indywidualny harmonogram spotkań z psychologami, podczas których ustanawiany jest z nim kontrakt terapeutyczny. Pacjent, który nie zaakceptuje zasad kontraktu nie będzie mógł uczestniczyć w spotkaniach. Ponadto jeżeli pacjent nie zgłosi się na pięć kolejnych spotkań psycholog nie ma obowiązku oczekiwać na niego i jest to uznawane za przerwanie terapii.

(akta kontroli tom I str. 592-594)

Dyrektor Ośrodka wyjaśniła, że zgodnie z jedną z zasad psychoterapii to pacjent bierze główną odpowiedzialność za jej przebieg i udział w terapii jest dobrowolny. Nie stawiając się kilkakrotnie na spotkanie pacjent zrywa przymierze terapeutyczne, ale w dalszym ciągu ma możliwość wsparcia psychologicznego i w każdym momencie ma prawo wrócić na spotkania. Ponadto, jeżeli potrzebuje wsparcia, może prosić o spotkanie niewynikające z harmonogramu. Wyjaśniła również, że kontrakt terapeutyczny jest koniecznym elementem procesu terapeutycznego, gdyż ma zapewnić stabilne warunki leczenia i bezpieczeństwo pacjenta oraz terapeuty. Personel KOZZD podejmuje starania, aby pacjenci którzy przestali uczestniczyć w terapii ponownie podjęli taką próbę, zachęcając ich do uczestnictwa w spotkaniach, m.in. podczas spotkań na terenie oddziału. Jednak takich działań motywujących nie dokumentuje się. Notatki są tworzone jedynie ze spotkań z pacjentami w gabinecie.

(akta kontroli tom IV str. 79, 90-91)

Badaniem szczegółowym objęto zanonimizowaną dokumentację postępowania terapeutycznego 17 pacjentów Ośrodka²⁴, na którą składały się m.in.: IPT; szczegółowe IPT; kontakty terapeutyczne; wybrane bieżące harmonogramy dnia; opinie psychiatryczno-psychologiczne.

Dla każdego z objętych badaniem pacjentów sporządzono IPT, które zgodnie z obowiązującymi zasadami ich konstruowania, zawierały zbiorczą listę problemów zidentyfikowanych u pacjenta, wymagających rozwiązania w celu poprawy jego stanu zdrowia. Dla każdego z problemów określono cel, jaki należy osiągnąć, aby uznać ten problem za rozwiązany i sposób osiągnięcia. Podano też datę jego zidentyfikowania i wyodrębniono pozycję dla wskazania daty rozwiązania problemu. W dokumentacji psychologicznej znajdowały się także szczegółowe IPT, dotyczące problemów

²³ Z dnia 4 października 2021 r., podpisane przez koordynatora pracy psychologów; dalej: Zasady spotkań terapeutycznych.

²⁴ Tj. pacjentów zarejestrowanych pod numerami ewidencyjnymi: 02/14, 01/15, 04/15, 07/15, 09/15, 12/15, 01/16, 04/16, 14/16, 20/20, 05/21, 07/21, 09/21, 12/21, 16/21, 02/22, 12/22; w tym 10 umieszczonych w KOZZD w latach 2014-2020, pięciu umieszczonych w 2021 r. i dwóch umieszczonych w 2022 r.; dalej: pacjent nr.

psychologicznych i psychoseksualnych²⁵, w których m.in. zamieszczano program terapii.

Pierwszy IPT dla pacjenta opracowywano w trakcie pierwszych sześciu miesięcy pobytu w Ośrodku. W żadnym z 17 badanych pierwszych IPT nie zamieszczono daty opracowania tego dokumentu. Co sześć miesięcy, tj. po wydaniu przez lekarzy psychiatrów i psychologa opinii o stanie zdrowia pacjenta i wynikach postępowania terapeutycznego, sporządzano aktualizację IPT. Kolejne IPT obejmowały okresy półroczne i były generowane do wydruku i podpisywane na koniec każdego okresu, po uwzględnieniu przypadających w tym czasie zmian.

(akta kontroli tom I str. 606-622; tom IV str. 191-277)

Dyrektor wyjaśniła, że okres pierwszych sześciu miesięcy pobytu pacjenta w KOZZD to czas diagnozowania przejawianych przez niego zaburzeń. W dniu przyjęcia pacjenta tworzony jest szablon IPT, a diagnozowanie problemów rozpoczyna się podczas spotkań zespołu terapeutycznego z pacjentem, w trakcie których określone są problemy wymagające pracy terapeutycznej. Z tego względu trudne jest wskazanie konkretnej daty powstania pierwszego IPT. Dla każdego pacjenta będzie ona inna.

(akta kontroli tom IV str. 81-82, 94-95)

W toku badania obowiązujących w kontrolowanym okresie IPT dla ww. pacjentów stwierdzono nieprawidłowości polegające na ich nierzetelnym lub niezgodnym z obowiązującymi przepisami sporządzeniu – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Badanie wykazało ponadto, że ośmiu z 17 pacjentów (47,1%) nie uczestniczyło regularnie w proponowanej przez Ośrodek terapii, z czego: pięciu w ogóle nie podjęło pracy terapeutycznej albo przerwało ją i nie kontynuowało²⁶; jeden pacjent²⁷ nie uczestniczył w terapii przez znaczną część kontrolowanego okresu; dwie kolejne osoby²⁸ nie podjęły terapii, co miało związek ze stwierdzonymi u nich schorzeniami, tj. chorobą psychiczną i uszkodzeniem mózgu. Zdiagnozowane u objętych próbą pacjentów problemy co do zasady nie zmieniały się i nie zostały rozwiązane (nie określono daty ich rozwiązania)²⁹. Jednocześnie bez zmian pozostawał sposób osiągnięcia celu, określony w IPT dla tych problemów.

(akta kontroli tom I str. 606-622)

Dyrektor wyjaśniła, że problemy nie zostają rozwiązane i jednocześnie nie zmienia się sposób ich rozwiązania, co wynika z trudności pracy z pacjentem. Jednym z podstawowych problemów pacjentów identyfikowanych w IPT są zaburzenia osobowości dyssocjalnej, a celem terapii jest zmniejszanie ich nasilenia. Jest to proces długotrwały, wieloletni i złożony. Nie ma innego sposobu rozwiązania tego problemu, jak długoletnia psychoterapia.

(akta kontroli tom IV str. 83, 96)

Dla diagnozowanych w IPT problemów jako sposób osiągnięcia celu najczęściej wskazywano psychoterapię, którą zalecano wszystkim objętym badaniem pacjentom. Terapię realizowano w postaci indywidualnych spotkań z psychologiem. W IPT nie określono wymiaru godzinowego terapii. Częstotliwość spotkań (raz lub dwa razy tygodniowo) wskazywano w zawartych z pacjentami kontraktach psychologicznych. Inne formy terapii z psychologami nie były przewidziane w IPT.

(akta kontroli tom I str. 606-644; tom IV str. 12, 18-22)

Dyrektor wyjaśniła, że w 2021 r. przez okres trzech miesięcy³⁰ przeprowadzono terapię grupową pacjentów Oddziału I celem stwierdzenia, czy wskazana jest taka

²⁵ Dalej: szczegółowy IPT.

²⁶ Pacjent nr: 01/15, 04/15, 01/16, 05/21, 16/21.

²⁷ Pacjent nr 20/20, od stycznia 2021 r. do października 2022 r.

²⁸ Pacjent nr: 02/22, 12/22.

²⁹ Wyjątek stanowiły przede wszystkim ujęte w IPT problemy o charakterze socjalnym, dla których daty rozwiązania były wpisywane.

³⁰ Od 19 kwietnia do 28 lipca 2021 r. odbyło się 12 spotkań grupowych, z których każde trwało 1,5 h.

forma zajęć w Ośrodku. Praktyka pokazała, że terapia grupowa nie jest odpowiednią formą dla osób przejawiających dyssocjalne zaburzenia osobowości. Podczas spotkań zaobserwowano m.in., że pacjenci wykorzystywali je do komentowania zasad obowiązujących w Ośrodku i oczekiwali, że terapeuci będą osobami pośredniczącymi pomiędzy nimi a Dyrekcją Ośrodka. Aktywność pacjentów poza grupą często służyła rozładowaniu napięć powstających w trakcie spotkań grupowych, co mogło w dłuższej perspektywie zagrażać bezpieczeństwu w oddziale. Po tym okresie w kolejnych latach nie kontynuowano terapii grupowej. Wyjaśniła ponadto, że indywidualne zajęcia z psychologami odbywają się dwa razy w tygodniu po 60 minut oraz z psychologami-seksuologami raz w tygodniu 60 minut. W sytuacjach nagłego kryzysu emocjonalnego oferowane są pacjentom dodatkowe spotkania ze specjalistami o charakterze wspierającym i podtrzymującym.

(akta kontroli tom IV str. 19, 70, 73-74)

U ośmiu³¹ z 17 badanych pacjentów zalecano farmakoterapię, jednak nie we wszystkich IPT tych pacjentów wpisano zalecone leczenie farmakologiczne i zamieszczono informację o czasie i dawkach podawanych leków – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 606-622; tom IV str. 234-277)

Oprócz zalecanych w IPT form oddziaływań terapeutycznych pacjenci mieli możliwość uczestniczenia w indywidualnych spotkaniach z pracownikiem resocjalizacji (godzina w tygodniu) oraz z pracownikiem socjalnym (30 minut w tygodniu), a także uczęszczania do pracowni terapii zajęciowej (dostępnej codziennie) oraz na zajęcia sportowe. Spośród nich objęci badaniem pacjenci najczęściej korzystali ze spotkań z pracownikiem socjalnym, których w kontrolowanym okresie odbyli łącznie 1444 (w: 2021 r. – 471, 2022 r. – 523, 2023 r. – 450), tj. średnio 28 spotkań na jedną osobę w roku. Spotkania z pracownikiem resocjalizacji w tym czasie miały miejsce łącznie 911 razy (w: 2021 r. – 358, 2022 r. – 304, 2023 r. – 249), tj. średnio 18 spotkań na pacjenta w roku, przy czym dwóch pacjentów (11,8%) nie uczestniczyło w żadnym spotkaniu, a kolejnych sześciu (35,3%) w ciągu trzech lat odbyło mniej niż 20 spotkań. Tylko sześciu z 17 badanych pacjentów korzystało w kontrolowanym okresie średnio co najmniej raz w tygodniu z pracowni terapii zajęciowej lub z zajęć sportowych.

(akta kontroli tom I str. 585, 589-591, 623-644; tom IV str. 19-21)

Blisko połowa objętych badaniem pacjentów (47,1%) nie uczestniczyła w terapii oraz nie korzystała z oferowanych przez Ośrodek zajęć. W odniesieniu do tych osób KOZZD nie miał możliwości skutecznie realizować celu, o jakim mowa w art. 25 ustawy. Tym samym w odniesieniu do tych osób rola Ośrodka sprowadzała się do funkcjonowania jako placówka stałego miejsca pobytu o charakterze zamkniętym.

3. W kontrolowanym okresie w Ośrodku przeprowadzono zmianę sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, wdrażając elektroniczną dokumentację w programie Optimed NXT³². Zmiana ta dotyczyła także IPT. Zarządzeniem z 20 kwietnia 2023 r.³³ Dyrektor zobowiązała pracowników do uzupełnienia w programie danych niezbędnych do prowadzenia dokumentacji elektronicznej w nieprzekraczalnym terminie do 8 maja 2023 r. W toku badania dokumentacji 17 pacjentów stwierdzono, że żaden z 22 IPT, opracowanych dla 13 z nich po ww. terminie, nie został podpisany przez kierownika Ośrodka. Ponadto w przypadku jedenastu³⁴ pacjentów dane dotyczące zidentyfikowanych we wcześniejszych IPT problemów nie zostały ujęte w IPT sporządzonych z wykorzystaniem programu

³¹ Pacjenci nr: 04/15, 07/15, 09/15, 12/15, 04/16, 14/16, 02/22, 12/22.

³² Dalej: Optimed.

³³ W sprawie wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

³⁴ Pacjent nr: 02/14, 01/15, 04/15, 07/15, 09/15, 01/16, 04/16, 14/16, 07/21, 12/21, 02/22.

Optimed, pomimo że problemy te nie zostały rozwiązane³⁵. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 606-622; tom IV str. 203-233)

Dyrektor Ośrodka wyjaśniła, że moduł IPT w programie Optimed nie funkcjonuje w innych placówkach medycznych i był tworzony wyłącznie dla potrzeb KOZZD. Z tego względu obarczony był błędami, które w trakcie użytkowania programu są weryfikowane i na bieżąco zgłaszane wykonawcy. Wyjaśniła, że pomimo wprowadzenia problemów do programu Optimed, nie widnieją one z przyczyn technicznych w IPT, a jedynie w poszczególnych obszarach problemowych, co powodowało trudności w kontrolowaniu wykonania zarządzenia Dyrektora.

(akta kontroli tom IV str. 41, 46-47, 81, 83, 94-96)

Na dostawę i wdrożenie oprogramowania do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w KOZZD w dniu 26 kwietnia 2022 r. zawarto umowę z firmą Comarch S.A.³⁶ Wynagrodzenie za wykonanie umowy wynosiło 399 750,00 zł (brutto). Zgodnie z § 8 umowy Wykonawca w ramach wynagrodzenia zapewnił bezkosztowe wsparcie techniczne i aktualizację oprogramowania przez okres 18 miesięcy (ust. 1) oraz udzielił gwarancji na przedmiot umowy na okres 12 miesięcy (ust. 4). Czas naprawy awarii niekrytycznej (utrudnienia), zgodnie z umową³⁷, wynosił do 20 dni roboczych. W umowie przewidziano również kary umowne dla Wykonawcy m.in. za zwłokę w realizacji obowiązków w zakresie wsparcia technicznego i usuwania awarii oprogramowania oraz za zwłokę w usunięciu wad stwierdzonych w okresie gwarancji i rękojmi; w obu przypadkach w wysokości 0,1% wynagrodzenia brutto, za każdy dzień zwłoki. W przypadku zbiegu podstaw do naliczenia kar umownych łączna ich wysokość, zgodnie z § 13 ust. 2 umowy, nie mogła być wyższa niż 20% wynagrodzenia brutto, tj. 79 950,00 zł.

Od początku funkcjonowania programu Optimed do końca 2023 r. KOZZD przekazał wykonawcy 31 zgłoszeń dotyczących tego programu. Spośród nich na dzień 31 grudnia 2023 r. rozwiązane zostały 24 zgłoszenia, trzy kolejne rozwiązano w styczniu i lutym 2024 r. Cztery zgłoszenia nie zostały rozwiązane do dnia badania NIK³⁸, w tym jedno z 12 maja 2023 r., które zakwalifikowano jako propozycję rozbudowy systemu oraz trzy z 2 czerwca 2023 r. dotyczące dostosowania programu do wymogów zgłaszanych na etapie jego opracowania lub wdrażania. Pomimo że czas oczekiwania na realizację zgłoszeń przekroczył określony w umowie czas naprawy awarii niekrytycznej (utrudnienia), tj. 20 dni, Ośrodek nie dochodził kar umownych przewidzianych w § 13 ust. 1 umowy za zwłokę w realizacji obowiązków w zakresie wsparcia technicznego i usuwania awarii oprogramowania – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom III str. 382-473; tom IV str. 12, 16-18)

4. Do najistotniejszych problemów związanych z przygotowaniem i realizacją zajęć terapeutycznych oraz pracą z pacjentami Dyrektor Ośrodka zaliczyła brak pełnej wiedzy o pacjencie, w tym wcześniejszych rozpoznaniach medycznych i stosowanych oddziaływań terapeutycznych oraz trudności lokalowe, które skutkują koniecznością organizowania zajęć terapeutycznych w pomieszczeniach nieprzeznaczonych do tego (tj. w gabinecie pielęgniarki koordynującej, w pomieszczeniu stołówki, w gabinetach terapeutów). Wyjaśniła, że brak przestrzeni powoduje ograniczenia w liczbie planowanych w harmonogramie zajęć i konieczność zorganizowania dwuzmianowego systemu pracy zespołu terapeutycznego. Wskazała również na ograniczony dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia³⁹, ponieważ wiele placówek odmawia

³⁵ We wcześniejszych IPT nie wskazano daty ich rozwiązania.

³⁶ Dalej: Wykonawca.

³⁷ § 8 ust. 3 umowy; poz. 11 pkt 5 załącznika nr 1 do umowy.

³⁸ Tj. 21 lutego 2024 r.

³⁹ Dalej: NFZ.

udzielania świadczeń zdrowotnych i odsyła pacjentów KOZZD do placówek penitencjarnych. Powoduje to trudności w uzyskaniu dostępu do niektórych specjalistów, a także opór ze strony pacjentów, którzy odmawiają konsultacji medycznych w jednostkach penitencjarnych. Dodatkowo, z uwagi na brak podpisanego przez KOZZD kontraktu z NFZ skierowania wystawione przez zatrudnionych w Ośrodku lekarzy są traktowane jak skierowania komercyjne, co generuje znaczne koszty opieki medycznej. W ocenie Dyrektor problematyczny jest również brak regulacji w ustawie oraz aktach wykonawczych kwestii dotyczących codziennego funkcjonowania Ośrodka i przebywających w nim pacjentów, m.in. w zakresie korzystania z internetu, prywatnych smartfonów, wyjścia na przepustki.

(akta kontroli tom IV str. 12, 21-22)

5. W obowiązujących w Ośrodku Zasadach konstruowania IPT przewidziano⁴⁰, że co sześć miesięcy dokonywana będzie zbiorcza ocena problemów zdrowotnych pacjenta i poziomu realizacji indywidualnego planu terapeutycznego oraz ewentualnej potrzeby jego zmiany. Ocena ta przybierała formę okresowej opinii przesłanej do sądu. Powyższe stanowiło odzwierciedlanie wymogów wynikających z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym⁴¹.

Badaniami szczegółowymi objęto 75 opinii psychiatryczno-psychologicznych, które w kontrolowanym okresie sporządzono dla 16 pacjentów KOZZD⁴². Ustalono, że zgodnie z obowiązującymi regulacjami w Ośrodku systematycznie, raz na sześć miesięcy, sporządzano ww. opinie, które zgodnie z art. 46 ust. 2 ustawy Dyrektor KOZZD przysyłał do sądu, w celu ustalenia przez sąd czy niezbędny jest dalszy pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie. W 31 spośród ww. opinii (41,3%), sporządzonych dla dziewięciu pacjentów⁴³, stwierdzono, że dalszy pobyt tych osób w KOZZD nie jest konieczny. W tym m.in.: w przypadku trzech osób wskazano na zasadność zastosowania nadzoru prewencyjnego, dla trzech kolejnych umieszczenie w placówce opiekuńczej (tj. w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub domu pomocy społecznej), dwie osoby ze względu na zdiagnozowane choroby psychiczne, kwalifikowano do umieszczenia w placówce opieki psychiatrycznej, a jedną z uwagi na zaawansowaną chorobę nowotworową w hospicjum.

W toku badania stwierdzono ponadto, że dla jednego pacjenta w tym samym dniu wydano dwie odrębne opinie, z których wynikały odmienne wnioski dotyczące dalszego pobytu w Ośrodku. W opinii sporządzonej przez dwóch lekarzy psychiatrów wskazano, że pacjent nie wymaga pobytu oraz terapii w KOZZD, zaś w opinii sporządzonej przez dwóch psychologów, że występuje bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia kolejnego czynu zabronionego, co oznaczało konieczność dalszego pobytu w Ośrodku.

(akta kontroli tom I str. 606-622)

Dyrektor wyjaśniła, że lekarze psychiatry podzieleni opinią psychologów, że pacjent powinien odbywać terapię, jednak ich zdaniem wystarczającym środkiem pozostawało zastosowanie nadzoru prewencyjnego i terapia w warunkach

⁴⁰ W pkt VIII-IX *Zasad konstruowania IPT* w aktualizacji: 02.01.2020 r. oraz 01.04.2021 r.; pkt VI-VII w aktualizacji: 08.05.2023 r.

⁴¹ Dz.U. poz. 88.; dalej: rozporządzenie ws. świadczeń zdrowotnych.

⁴² Tj. dla pacjentów nr: 01/15 (sześć opinii), 02/14 (sześć opinii), 04/15 (sześć opinii), 07/15 (sześć opinii), 09/15 (sześć opinii), 12/15 (pięć opinii), 01/16 (sześć opinii), 04/16 (sześć opinii), 14/16 (sześć opinii), 20/20 (cztery opinie), 05/21 (cztery opinie), 07/21 (cztery opinie), 12/21 (cztery opinie), 16/21 (jedna opinia), 02/22 (trzy opinie), 12/22 (dwie opinie). Dla objętego próbą pacjenta nr 09/21 nie sporządzono żadnej opinii, ponieważ przed upływem sześciu miesięcy od umieszczenia w KOZZD został osadzony w zakładzie karnym.

⁴³ Tj. pacjentów nr: 02/14 (sześć opinii), 07/15 (sześć opinii), 09/15 (opinia z 25 listopada 2022 r. i dwie następne), 12/15 (opinia lekarzy psychiatrów z 16 września 2022 r.), 04/16 (opinia z: 13 maja 2021 r., 12 listopada 2021 r. i 12 maja 2022 r.), 14/16 (sześć opinii), 20/20 (jedna opinia), 02/22 (trzy opinie), 12/22 (dwie opinie).

ambulatoryjnych. Pod tym względem ich opinia była rozbieżna z opinią psychologów i wydano dwie alternatywne opinie. KOZZD nie otrzymał rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego w Płocku w sprawie tego pacjenta (w dniu 9 marca 2023 r. pacjent zmarł).

(akta kontroli tom IV str. 85, 98)

W 64⁴⁴ z 75 zbadanych opinii (85,3%) nie odniesiono się wprost do poziomu realizacji IPT, a w żadnej z 75 opinii nie zamieszczono informacji o ewentualnej potrzebie jego zmiany, pomimo że z Zasad konstruowania IPT wynikało, iż będzie to również przedmiotem oceny – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W kontrolowanym okresie opinie o braku konieczności dalszego pobytu w Ośrodku wystawiono łącznie dla 40 pacjentów, tj. 32,3 % przebywających w tym okresie w KOZZD. W przypadku 18 z tych osób (45,0%) Ośrodek wielokrotnie przysyłał sądowi opinie pozytywne, w tym: dla jednej osoby siedem opinii, dla 10 osób po sześć opinii, dla dwóch osób po pięć opinii oraz dla pięciu osób po cztery opinie. Do końca 2023 r. z 40 pacjentów 14 (35,0%) otrzymało zgodę sądu na opuszczenie Ośrodka. Z przekazywanych do KOZZD przez Sąd Okręgowy w Płocku postanowień wynikało m.in., że wpływ na przedłużające się postępowania miały dopuszczenia dowodów z opinii innego zespołu biegłych, o czym sąd postanowił w sprawach 19 z 26 pacjentów (73,1%). Pacjent, dla którego w kontrolowanym okresie sporządzono siedem pozytywnych opinii⁴⁵, na rozstrzygnięcie sądu oczekiwał 975 dni⁴⁶. W tym czasie sąd pięć razy informował KOZZD o połączeniu spraw do wspólnego rozpoznania oraz dwa razy o dopuszczeniu dowodu z opinii innego zespołu biegłych.

(akta kontroli tom I str. 537-555; tom IV str. 103-128)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Liczba pacjentów przebywających w KOZZD w Gostyninie w latach 2021-2023 była wyższa niż liczba łóżek w Ośrodku, określona w § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. KOZZD, tj. 60 łóżek. Według stanu na: 31 grudnia 2021 r. ww. limit przekroczono o 58,3% (tj. o 35 osób); na 31 grudnia 2022 r. o 30,0% (o 18 osób), zaś na 31 grudnia 2023 r. o 25,0% (o 15 osób). Zmniejszenie liczby przebywających w Ośrodku pacjentów w ww. okresie było wynikiem utworzenia OZ w Czersku. Nie spowodowało to jednak rozwiązania problemu przeludnienia w Ośrodku i na koniec 2023 r. liczba pacjentów była niezgodna z § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. KOZZD.

Dyrektor wyjaśniła, że jedyną realną możliwością zmniejszenia liczby pacjentów w Gostyninie było uruchomienie OZ. Ośrodek miał jednak olbrzymie trudności z zatrudnieniem lekarza i w miarę możliwości zapewnienia opieki lekarskiej w Czersku umieszczano kolejnych pacjentów. Pełne obłożenie OZ zostanie osiągnięte po nawiązaniu współpracy z jeszcze jednym lekarzem, co w sytuacji deficytu kardy lekarskiej na rynku pracy jest istotną przeszkodą. Zdaniem Dyrektora przeniesienie pacjentów do Czerska nie rozwiąże problemu w sposób trwały, gdyż napływ pacjentów jest nieporównywalny z ich zwalnianiem.

(akta kontroli tom I str. 513-514, 537-555; tom IV str. 25, 29-30)

⁴⁴ Tj. w opiniach pacjentów nr: 01/15 (z: 26 lutego 2021 r., 26 sierpnia 2021 r.), 02/14 (z: 5 marca 2021 r.), 04/15 (w żadnej z sześciu), 07/15 (w żadnej z sześciu), 09/15 (w żadnej z sześciu), 12/15 (w żadnej z pięciu), 01/16 (w żadnej z sześciu), 04/16 (w żadnej z sześciu), 14/16 (w żadnej z sześciu), 20/20 (w żadnej z czterech), 05/21 (z: 19 maja 2022 r., 18 listopada 2022 r., 17 listopada 2023 r.), 07/21 (w żadnej z czterech), 12/21 (w żadnej z czterech), 16/21 (w jedynej), 02/22 (z: 14 marca 2023 r., 14 września 2023 r.), 12/22 (w żadnej z dwóch).

⁴⁵ KOZZD wnioskował w nich o umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, z uwagi na rozpoznaną chorobę psychiczną.

⁴⁶ Liczone od opinii z dnia 30 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2023 r.

NIK, nie kwestionując wskazanych przez Dyrektora przyczyn występującego przełudnienia zauważa, że dotychczasowe działania w celu rozwiązania tego problemu, w tym budowy nowego budynku Ośrodka, nie były w pełni skuteczne.

2. Indywidualne plany terapii sporządzano nierzetelnie lub w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami ustawy i rozporządzenia ws. świadczeń zdrowotnych.

Spośród objętych badaniem 86 IPT z kontrolowanego okresu, opracowanych dla 17 pacjentów:

- a) 25 IPT nie zostało sporządzonych przez kierownika Ośrodka, co było niezgodne z art. 25 ustawy oraz § 4 ust. 1 rozporządzenia ws. świadczeń zdrowotnych, według których IPT dla każdej osoby umieszczonej w Ośrodku sporządza kierownik Ośrodka, na podstawie opinii psychiatry i psychologa; w tym 22 z nich⁴⁷ nie zawierały podpisu Dyrektora KOZZD, zaś w trzech przypadkach IPT⁴⁸ podpisała główna księgowa, działając na podstawie ustnego upoważnienia Dyrektora;
- b) w 11 IPT⁴⁹ nie zamieszczono informacji o zaleconym przez psychiatrę leczeniu farmakologicznym, a w 20 IPT⁵⁰ o czasie i dawkach podawania leków, co było niezgodne z § 4 ust. 2 i ust. 3 rozporządzenia ws. świadczeń zdrowotnych, które przewidują, że w przypadku gdy psychiatra zaleci leczenie farmakologiczne, wpisuje się je do indywidualnego planu terapii osoby umieszczonej (ust. 2), zaś leki podaje się w czasie i dawkach wynikających z indywidualnego planu terapii osoby umieszczonej (ust. 3);
- c) 16 IPT⁵¹, opracowanych z wykorzystaniem programu Optimed, sporządzono nierzetelnie, pomijając w nich część problemów pacjenta, zidentyfikowanych w trakcie postępowania terapeutycznego, pomimo że nie zostały one rozwiązane⁵²;
- d) w dwóch IPT⁵³ zamieszczono nierzetelne zapisy o leczeniu farmakologicznym trzema lekami, pomimo że z dokumentacji pacjenta wynikało, że przed ich sporządzeniem⁵⁴ zaprzestano podawania jednego z tych leków.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że nie zawsze możliwe było uzyskanie na IPT podpisu kierownika Ośrodka, który ze względu na pogarszający się stan zdrowia

⁴⁷ Sporządzone z wykorzystaniem programu Optimed IPT dla pacjentów nr: 01/15 obowiązujący od dnia 25 sierpnia 2023 r.; 02/14 od 18 września 2023 r.; 04/15 od 24 października 2023 r.; 07/15 od 26 maja 2023 r. i IPT od 30 listopada 2023 r.; 09/15 od 26 maja 2023 r. i od 24 listopada 2023 r.; 01/16 od 3 lipca 2023 r. i od 29 grudnia 2023 r.; 04/16 od 11 maja 2023 r. i od 16 listopada 2023 r.; 14/16 od 11 maja 2023 r. i od 16 listopada 2023 r.; 05/21 od 22 maja 2023 r. i od 30 listopada 2023 r.; 07/21 od 03 lipca 2023 r. i od 29 grudnia 2023 r.; 12/21 od 26 maja 2023 r. i od 30 listopada 2023 r.; 02/22 od 18 września 2023 r.; 12/22 od 03 lipca 2023 r. i od 29 grudnia 2023 r.

⁴⁸ IPT dla pacjentów nr: 07/15 obowiązujący od 27 maja 2022 r.; 12/15 od 17 września 2022 r.; 07/21 od 4 stycznia 2022 r.

⁴⁹ IPT dla pacjentów nr: 04/15 obowiązujący od 24 października 2023 r.; 07/15 obowiązujący od: 28 maja 2021 r., 27 listopada 2021 r., 27 maja 2022 r. i 26 listopada 2022 r.; 09/15 obowiązujący od: 26 maja 2023 r. i 24 listopada 2023 r.; 04/16 obowiązujący od: 11 maja 2023 r. i 16 listopada 2023 r.; 14/16 obowiązujący od 11 maja 2023 r.; 12/22 w pierwszym IPT sporządzonym w KOZZD.

⁵⁰ IPT dla pacjentów nr: 04/15 obowiązujący od: 17 kwietnia 2021 r., 16 października 2021 r., 16 kwietnia 2022 r., 15 października 2022 r., 15 kwietnia 2023 r., 24 października 2023 r.; 07/15 obowiązujący od: 28 maja 2021 r., 27 listopada 2021 r., 27 maja 2022 r. i 26 listopada 2022 r.; 09/15 obowiązujący od: 26 maja 2023 r. i 24 listopada 2023 r.; 04/16 obowiązujący od: 11 maja 2023 r. i 16 listopada 2023 r.; 14/16 obowiązujący od 11 maja 2023 r.; 02/22 w pierwszym IPT sporządzonym w KOZZD oraz w obowiązujących od: 10 września 2022 r., 15 marca 2023 r., 18 września 2023 r.; 12/22 w pierwszym IPT sporządzonym w KOZZD.

⁵¹ IPT dla pacjentów nr: 01/15 obowiązujący od 25 sierpnia 2023 r.; 02/14 obowiązujący od 18 września 2023 r.; 04/15 obowiązujący od 24 października 2023 r.; 07/15 obowiązujący od 26 maja 2023 r. i od 30 listopada 2023 r.; 09/15 obowiązujący od 26 maja 2023 r. i od 24 listopada 2023 r.; 01/16 obowiązujący od 3 lipca 2023 r. i od 29 grudnia 2023 r.; 04/16 obowiązujący od 11 maja 2023 r. i od 16 listopada 2023 r.; 14/16 obowiązujący od 11 maja 2023 r. i od 16 listopada 2023 r.; 07/21 obowiązujący od 3 lipca 2023 r.; 12/21 obowiązujący od 30 listopada 2023 r.; 02/22 obowiązujący od 18 września 2023 r.

⁵² Tj. we wcześniejszych IPT dla tych problemów nie określono daty rozwiązania.

⁵³ IPT dla pacjenta nr 09/15, obowiązujący od: 27 maja 2022 r. i 26 listopada 2022 r.

⁵⁴ Tj. od 15 marca 2022 r.

przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim. W tym czasie jego obowiązki przejmowała Zastępca Dyrektora, a w przypadku jej nieobecności, główna księgowa, której Dyrektor udzielił ustnego upoważnienia do podpisywania dokumentów. Upoważnienie to nie zostało sformalizowane w odrębnym dokumencie. W odniesieniu do błędów dotyczących IPT sporządzonych z wykorzystaniem programu Optimed Dyrektor wyjaśniła, że przed jego wprowadzeniem zobowiązała ustnie pracowników do uzupełnienia danych niezbędnych do rozpoczęcia pracy w programie. W związku z opieszałością pracowników w dniu 20 kwietnia 2023 r. wydała zarządzenie, w którym zobowiązano personel do wprowadzenia danych. Braki w dokumentacji wynikają z niewykonania przez pracowników ww. zarządzenia. Jednocześnie wyjaśniła, że pomimo wprowadzenia problemów do programu Optimed, nie widnieją one w IPT z przyczyn technicznych. Moduł IPT w programie był tworzony wyłącznie dla potrzeb KOZZD i jest obciążony pewnymi błędami, które są weryfikowane w trakcie użytkowania i zgłaszane wykonawcy. M.in. dotyczy to konieczności składania podpisu pod IPT. Wyjaśniła ponadto, że częściowe braki w systemie, które są sukcesywnie uzupełniane. Dodatkowo wyjaśniła, że początkowo w IPT umieszczano nazwę leku i jego dawkowanie, jednak praktyka zweryfikowała ten zapis i obecnie zapisy IPT traktowane są jako plan i wskazania do wymienionych możliwości terapeutycznych (np. psychoterapia czy farmakoterapia). Rozkład leków, który często się zmienia, zamieszczony jest w indywidualnej karcie zleceń lekarskich i według niej jest podawany pacjentom. W przypadku pacjenta nr 09/15 w IPT omyłkowo zapisano kontynuację podawania leku, który został odstawiony. (akta kontroli tom I str. 606-622; tom IV str. 80-83, 93-96, 129, 191-283)

W odniesieniu do wyjaśnień dotyczących brakujących w IPT zapisów o leczeniu farmakologicznym NIK zauważa, że przepisy rozporządzenia nie umożliwiają KOZZD rezygnacji z umieszczania w IPT tego rodzaju treści. Podkreślenia ponadto wymaga, że w toku badań kontrolnych okazano IPT sporządzone pod koniec kontrolowanego okresu (m.in. w listopadzie i grudniu 2023 r.⁵⁵), w których zamieszczono zarówno informację o zaleconym leczeniu farmakologicznym, jak i o czasie i dawkach podawania leków. Tym samym złożone wyjaśnienia nie znajdują potwierdzenia w okazanej dokumentacji.

3. Koordynator pracy psychologów⁵⁶ nie zapewniła rzetelnej i systematycznej weryfikacji 13⁵⁷ z 84 badanych szczegółowych IPT⁵⁸, zaś dwa⁵⁹ z 84 szczegółowych IPT sporządzono nierzetelnie.

Na 18 ww. IPT, sporządzonych pomiędzy 26 lutego 2021 r. a 17 września 2023 r., widniały podpisy koordynatora pracy psychologów opatrzone pieczęcią z dwuczlönowym nazwiskiem, podczas gdy o zmianie używanego nazwiska koordynator poinformowała Sekcję Kadr, Płac i Szkolenia Ośrodka w dniu 9 października 2023 r. i po tej dacie zamówiono dla niej nową pieczęć. Ww. szczegółowe IPT zostały opatrzone pieczęcią koordynatora po upływie co najmniej od 22 do 955 dni, od daty ich sporządzenia, co w ocenie NIK świadczy o niezapewnieniu ich systematycznej i rzetelnej weryfikacji.

⁵⁵ Np. IPT dla pacjenta nr: 07/15 z 30 listopada 2023 r., 14/16 z 16 listopada 2023 r., 12/22 z 29 grudnia 2023 r.

⁵⁶ Dalej także: koordynator.

⁵⁷ Szczegółowy IPT dla pacjenta nr: 01/15 z 26 lutego 2021 r.; 02/14 z 17 września 2023 r.; 09/15 z 19 marca 2021 r., 10 listopada 2021 r., 30 maja 2022 r., 14 grudnia 2022 r., 30 maja 2023 r.; 14/16 z 17 maja 2023 r.; 05/21 z 18 listopada 2022 r., 18 maja 2023 r., 02/22 z 1 września 2023 r.; 12/22 z 8 marca 2023 r., 8 września 2023 r.

⁵⁸ Dokument nie wymagany powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wprowadzony w Ośrodku Zasadami konstruowania IPT – patrz przypis 22.

⁵⁹ Szczegółowy IPT dla pacjenta nr: 12/15 z 10 marca 2023 r.; 02/22 z 1 września 2023 r.

Jeden szczegółowy IPT został sporządzony przez psychologa po śmierci pacjenta⁶⁰, zaś kolejny⁶¹ dotyczył problemu, który nie został zidentyfikowany u pacjenta w żadnym IPT sporządzonym w kontrolowanym okresie.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że szczegółowe IPT były tworzone przez psychologów i aktualizowane raz na pół roku. Koordynator składał na nich podpisy w różnym czasie, niekiedy kilka miesięcy po napisaniu, a pieczęć była informacją dla niego i psychologów o systematyczności prowadzenia dokumentacji psychologicznej. Takie zalecenie koordynator otrzymał od ówczesnego Dyrektora. Wyjaśniła ponadto, że użycie pieczęci nie stanowi podpisania dokumentu i do opisanych sytuacji najprawdopodobniej doszło w wyniku zamiaru uzupełnienia podpisanego już własnoręcznie dokumentu o pieczęć wskazującą kto dokument podpisał. Dodatkowo wyjaśniła, że w szczegółowym IPT dla pacjenta, który zmarł nastąpiła omyłka pisarska w dacie sporządzenia, oraz że wpis niewłaściwego problemu pacjenta został poprawiony.

(akta kontroli tom I str. 606-622; tom IV str. 84, 96-97, 129, 293-318)

Zdaniem NIK monitoring systematyczności prowadzenia dokumentacji, która – jak wyjaśniła Dyrektor – ma służyć terapii i pacjentowi do zwiększania efektywności wspólnej pracy – powinien być prowadzony na bieżąco, a przypadki składania podpisu kilka miesięcy po sporządzeniu szczegółowego IPT świadczą o braku rzetelności w tym zakresie. Weryfikacja dokumentacji przez koordynatora powinna ponadto umożliwiać stwierdzenie, kto i kiedy jej dokonał, a opatrywanie dokumentów nieczytelnym podpisem, bez daty jego złożenia oraz uzupełnianie pieczęci po upływie kilkuset dni NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

4. W 64⁶² z 75 zbadanych opinii lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia pacjenta i ocen psychologów w odniesieniu do uzyskanych wyników postępowania terapeutycznego (85,3%), sporządzonych w kontrolowanym okresie dla 16 pacjentów, nie odniesiono się wprost do poziomu realizacji IPT, a w żadnej ze zbadanych 75 opinii nie zamieszczono informacji o potrzebie zmiany IPT. Było to niezgodne z obowiązującymi w Ośrodku Zasadami konstruowania IPT, określonymi w pkt VIII-IX aktualizacji: 02.10.2020 r. oraz 01.04.2021 r. oraz w pkt VI-VII aktualizacji: 08.05.2023 r., które przewidywały, że co sześć miesięcy dokonywana jest zbiorcza ocena problemów zdrowotnych pacjenta i poziomu realizacji indywidualnego planu terapeutycznego oraz ewentualnej potrzeby jego zmiany. Ocena ta przybiera formę okresowej opinii sądowej przesłanej do Sądu. Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że nie istnieją uniwersalne zasady oceny skuteczności programu terapeutycznego, ocena ta może być dokonywana oddzielnie dla każdego pacjenta przez zespół terapeutyczny uwzględniając jego indywidualne potrzeby i predyspozycje. Analiza skuteczności postępowania terapeutycznego osób umieszczonych jest zawarta w okresowej opinii. Jest to tzw. analiza negatywna, tj. skoncentrowana na celach nieosiągniętych, bo takie w tych okresach przeważały.

(akta kontroli tom I str. 4, 577-584, 606-622; tom IV str. 84-85, 97, 130)

NIK zauważa, że zamieszczenie w opiniach analizy koncentrującej się na wskazaniu nieosiągniętych celów nie wyklucza możliwości bezpośredniego odniesienia się do poziomu realizacji IPT i potrzeby jego zmiany, zwłaszcza w sytuacji, gdy obowiązek taki wynika z opracowanych przez Ośrodek zasad.

⁶⁰ Szczegółowy IPT z 10 marca 2023 r. dla pacjenta, który zmarł 9 marca 2023 r.

⁶¹ Szczegółowy IPT dla pacjenta nr 02/22 z 1 września 2023 r.

⁶² Tj. w opiniach pacjentów nr: 01/15 (z: 26 lutego 2021 r., 26 sierpnia 2021 r.), 02/14 (z: 5 marca 2021 r.), 04/15 (w żadnej z sześciu), 07/15 (w żadnej z sześciu), 09/15 (w żadnej z sześciu), 12/15 (w żadnej z pięciu), 01/16 (w żadnej z sześciu), 04/16 (w żadnej z sześciu), 14/16 (w żadnej z sześciu), 20/20 (w żadnej z czterech), 05/21 (z: 19 maja 2022 r., 18 listopada 2022 r., 17 listopada 2023 r.), 07/21 (w żadnej z czterech), 12/21 (w żadnej z czterech), 16/21 (w jednej), 02/22 (z: 14 marca 2023 r., 14 września 2023 r.), 12/22 (w żadnej z dwóch).

Świadczą o tym również objęte badaniem NIK opinie, w których zamieszczono adekwatne zapisy, w tym wskazujące, że pacjent⁶³ realizuje zalecenia wynikające z IPT, jak i przeciwnie, tj. o braku realizacji IPT przez pacjenta⁶⁴.

5. W Ośrodku nie podejmowano działań w celu dochodzenia zapłaty przez wykonawcę programu Optimed kar umownych za zwłokę w realizacji obowiązków w zakresie wsparcia technicznego i usuwania awarii oprogramowania, wynikających z § 8 umowy z dnia 26 kwietnia 2022 r. na dostawę i wdrożenie oprogramowania do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w KOZZD. Było to niezgodne z § 13 ust. 1 tiret trzeci ww. umowy, który stanowił, że za zwłokę w realizacji ww. obowiązków wykonawca zapłaci zamawiającemu kary umowne w wysokości 0,1% wynagrodzenia brutto za każdy dzień zwłoki liczony od dnia zgłoszenia przez zamawiającego problemu w okresie wsparcia ze strony wykonawcy⁶⁵.

W przypadku trzech zgłoszeń dotyczących nieprawidłowego działania programu, przekazanych przez KOZZD 2 czerwca 2023 r.⁶⁶, wykonawca nie dokonał naprawy w terminie określonym z § 8 ust. 3 tiret czwarty ww. umowy, tj. 20 dni roboczych. Problemy te pozostawały nierozwiązane do końca okresu wsparcia, tj. do 18 stycznia 2024 r. Pomimo zwłoki ze strony wykonawcy KOZZD nie dochodził zapłaty kar umownych, których łączna wysokość zgodnie z § 13 ust. 2 umowy wynosiła 79 950,00 zł.

Dyrektor KOZZD, nie negując terminów usunięcia wskazanych uchybień, wyjaśniła, że dla funkcjonowania Ośrodka nie miały one większego znaczenia i należało je rozpatrywać raczej w kategorii pewnej uciążliwości, niż niewykonania zaciągniętego zobowiązania. W pozostałych przypadkach wykonawca wywiązał się i rozwiązał zgłoszone problemy, a współpraca stron była dobra. Niewielka waga naruszeń skłoniła Dyрекcję do niepodejmowania działań związanych z żądaniem uiszczenia przez wykonawcę kar umownych. Wyjaśniła ponadto, że w przypadku zbiegu podstaw do naliczenia kar umownych, ustalone kary podlegają zsumowaniu i łączna wysokość nie może być wyższa niż 20% wynagrodzenia brutto. Zatem przy tak długiej zwłoce przy usunięciu powstałych uchybień, moment wezwania dłużnika do zapłaty nie będzie miał znaczenia dla wielkości kar umownych, ponieważ ich wysokość i tak nie może przekroczyć kwoty maksymalnej.

(akta kontroli tom III str. 382-473, 562-566; tom IV str. 12, 16-18)

NIK zauważa, że żaden z zapisów umowy nie uzależniał dochodzenia kar od skali nierozwiązanych problemów lub ich relacji do ogółu zgłoszonych spraw, ani od jakości współpracy pomiędzy stronami. Przesłanką zapłaty kar umownych przez wykonawcę, zgodnie z § 13 ust. 1 umowy, była zwłoka w realizacji obowiązków w zakresie wsparcia technicznego i usuwania awarii oprogramowania, co w opisanych sprawach bezspornie miało miejsce i powinno skutkować dochodzeniem przez Ośrodek należności z tego tytułu. Nie sposób zgodzić się również z argumentacją o niewielkiej wadze naruszeń i braku większego znaczenia dla funkcjonowania Ośrodka. Wśród nierozwiązanych problemów znajdowało się zgłoszenie dotyczące niewłaściwego wydruku IPT, czyli podstawowego dokumentu, zawierającego całość postępowania terapeutycznego pacjenta w Ośrodku. Wadliwe funkcjonowanie systemu w tym zakresie powodowało brak rzetelności prowadzonej w Ośrodku dokumentacji terapeutycznej pacjentów, co opisano powyżej w nieprawidłowości nr 2.

⁶³ W opinii z 16 września 2021 r. dotyczącej pacjenta nr 02/14.

⁶⁴ W opinii z 25 lutego 2022 r. dotyczącej pacjenta nr 01/15.

⁶⁵ Zgodnie z ofertą okres bezkosztowego wsparcia technicznego i aktualizacja oprogramowania wynosił 18 miesięcy, liczone od dnia odbioru końcowego zadania. Protokół odbioru końcowego z dnia 18 lipca 2022 r.

⁶⁶ Zgłoszenia zatytułowane: Brak właściwego dokumentu historii choroby przy przyjęciu; Niewłaściwy wydruk IPT; Realizacja pakietu procedur.

To z kolei, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektor KOZZD, generowało trudności w kontrolowaniu wykonania zarządzenia Dyrektora z 20 kwietnia 2023 r.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 42 ust. 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶⁷ jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny, oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania⁶⁸. Zdaniem NIK Ośrodek, mając na względzie obowiązek dbałości o środki publiczne, nie powinien zwlekać z dochodzeniem należnych kar umownych, których egzekwowanie wraz z upływem czasu może okazać się trudniejsze, a często nawet niemożliwe.

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie liczba pacjentów KOZZD była od 25% do 58,3% wyższa od liczby łóżek, jakie zgodnie z przepisami miał zapewniać Ośrodek. W tym czasie w Ośrodku umieszczono 43 pacjentów, natomiast jednie wobec 14 sąd orzekł, że ich dalszy pobyt w KOZZD nie jest konieczny. Stan ten wpływał negatywnie na panujące warunki, w jakich pacjentom udzielano pomocy terapeutycznej, która przybierała głównie formę indywidualnych spotkań z psychologami lub innymi specjalistami. Pacjentom zapewniono m.in. dostęp do psychiatrów i innych terapeutów, pracowni zajęciowej i sali sportowej. Pomimo to blisko połowa (47,1% objętych badaniem pacjentów) nie korzystała z tych możliwości regularnie lub w ogóle. Wobec osób, które odmawiały udziału w terapii Ośrodek nie miał możliwości realizowania systematycznych i skutecznych działań terapeutycznych. Dla tych osób placówka stanowiła głównie miejsce stałego odizolowania. W Ośrodku terminowo prowadzono dokumentację postępowania terapeutycznego, wymaganą ustawą i rozporządzeniem ws. świadczeń zdrowotnych. Co sześć miesięcy do sądu przesyłano opinie o stanie zdrowia osoby umieszczonej i o wynikach postępowania terapeutycznego. Część z objętych badaniem IPT (20 z 86) nie zawierała wymaganych § 4 ust. 2 lub ust. 3 rozporządzenia ws. świadczeń zdrowotnych informacji o stosowanym u pacjenta leczeniu farmakologicznym, a część (18 z 86) została sporządzona nierzetelnie. W 64 z 75 opinii nie zamieszczano informacji o poziomie realizacji IPT. Żadna z badanych opinii nie zawierała również informacji o ewentualnej potrzebie zmiany IPT⁶⁹. Pomimo nieprawidłowego działania programu do elektronicznej dokumentacji medycznej, które miało wpływ na stwierdzoną nierzetelność tej dokumentacji, KOZZD nie dochodził od wykonawcy należnych kar umownych.

OBSZAR

2. Warunki organizacyjne w KOZZD

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2021-2023 w Ośrodku w Gostyninie zadania związane z prowadzeniem postępowania terapeutycznego osób umieszczonych oraz zapewnieniem porządku i bezpieczeństwa na terenie Ośrodka realizowano przy pomocy:

- personelu terapeutycznego, prowadzącego diagnostykę i terapię⁷⁰, w łącznej liczbie według stanu na 31 grudnia: 2021 r. i 2022 r. – 81 osób oraz 2023 r. – 82 osoby;
- sanitariuszy i pracowników socjalnych, w liczbie według stanu na 31 grudnia: 2021-2023 r. – 65 osób;
- pracowników służby ochrony, w liczbie według stanu na 31 grudnia: 2021 r. – 163 osób; 2022 r. – 171 osób oraz 2023 r. – 172 osób.

⁶⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

⁶⁸ Niedochodzenie należności przypadającej jednostce sektora finansów publicznych stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, Dz. U. z 2024 r. poz. 104.

⁶⁹ Wymaganych wewnętrznymi regulacjami KOZZD – patrz przypis 22 oraz 40.

⁷⁰ W tym m.in.: psychiatrów, psychologów, pracowników resocjalizacji, pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, ratowników medycznych.

Łączna liczba personelu była zgodna z § 5 rozporządzenia ws. KOZZD, w tym w 2021 r. nie przekraczała 77 pracowników na 10 osób umieszczonych w Ośrodku, a w latach 2022-2023 r. była co najmniej 3-krotnie większa niż liczba łóżek w Ośrodku. Dyrektor wyjaśniła, że poziom zatrudnienia w poszczególnych latach był zbliżony, od chwili osiągnięcia liczby 60 pacjentów. Wahania w liczbie zatrudnionego personelu wynikały z czasowych wakatów. W przypadku pracowników ochrony zatrudnienie zwiększono w związku ze zmianą dziennej normy czasu pracy, z ośmiu godzin na siedem godzin i 35 minut.

(akta kontroli tom I str. 20; tom IV str. 70-71, 74-75)

W skład kadry zarządzającej Ośrodkiem w kontrolowanym okresie wchodziło: Dyrektor, Zastępca Dyrektora⁷¹, główny księgowy oraz kierownicy 11 komórek organizacyjnych. W całym kontrolowanym okresie nieobsadzone pozostawało stanowisko Naczelnej Pielęgniarki, przewidziane w § 6 ust. 3 pkt 3 Statutu oraz rozdziału III pkt II ppkt 3 regulaminu organizacyjnego oraz Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Ochrony Przeciwpożarowej, wskazane w rozdziale III pkt IV ppkt 13 regulaminu organizacyjnego. Dodatkowo, wbrew postanowieniom w § 6 ust. 3 pkt 1 i 2 Statutu oraz rozdziału III pkt II ppkt 1 i 2 regulaminu organizacyjnego, okresowo nieobsadzone pozostawały stanowiska: Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa⁷² oraz Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Ekonomicznych⁷³. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 5, 113, 118, 150, 186; tom IV str. 24-27, 40, 45-46)

W Ośrodku zatrudniano ponadto m.in.: pracowników administracyjnych, gospodarczych, sekretarki medyczne, w łącznej liczbie na 31 grudnia: 2021 r. – 36 osób; 2022 r. – 37 osób oraz 2023 r. – 38 osób.

(akta kontroli tom I str. 20)

Specjalistów⁷⁴ w Ośrodku zatrudniano na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, z wyjątkiem dwóch lekarzy⁷⁵ i dwóch pielęgniarek⁷⁶. W okresie objętym kontrolą zawarto ponadto siedem umów cywilnoprawnych z czterema lekarzami. Sześć⁷⁷ z tych umów zawarto ze specjalistami nie będącymi pracownikami Ośrodka, z czego: cztery⁷⁸ dotyczyły wykonania badań psychiatrycznych i wydania opinii o pacjencie oraz dwie⁷⁹ w zakresie przeprowadzania psychiatrycznych badań konsultacyjnych osób umieszczonych oraz wydaniu pomocniczych ekspertyz odnośnie oceny efektów terapii. W 2023 r. zawarto jedną umowę cywilnoprawną z lekarzem zatrudnionym w KOZZD, która dotyczyła powierzenia wykonywania obowiązków Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa.

(akta kontroli tom I str. 21-22, 84-103)

Personel terapeutyczny pracujący z osobami umieszczonymi w Ośrodku świadczył pracę w systemie dwuzmianowym⁸⁰, zaś pracownicy ochrony w systemie trzymianowym. Zajęcia z pacjentami prowadzono według ramowego harmonogramu zajęć, określanego indywidualnie dla każdego pacjenta.

(akta kontroli tom I str. 27-41, 390, 589-591; tom IV str. 18-21)

⁷¹ W tym w 2023 r. (według stanu na 30 czerwca i 31 grudnia) obowiązki Zastępcy Dyrektora pełnił kierownik jednego z Oddziałów.

⁷² Do 23 maja 2023 r.

⁷³ Od 27 stycznia 2023 r. do końca kontrolowanego okresu.

⁷⁴ Osoby zatrudnione na stanowiskach: lekarzy psychiatrów, psychologów, psychologów-seksuologów, specjalistów terapii uzależnień, terapeutów zajęciowych, pracowników resocjalizacji, pielęgniarek, ratowników medycznych.

⁷⁵ Lekarza medycyny pracy na 1/6 etatu oraz lekarza – st. asystenta Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych na 2/5 etatu.

⁷⁶ Pielęgniarkę epidemiczną i pielęgniarkę zakładową na 1/2 i 1/6 etatu.

⁷⁷ W 2021 r. cztery umowy z jedną osobą; w 2022 r. dwie umowy z dwiema osobami.

⁷⁸ Zawarte z doktorem nauk medycznych.

⁷⁹ Zawarte z Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. psychiatrii sądowej oraz z Konsultantem Krajowym w dziedzinie psychiatrii.

⁸⁰ W godzinach 8.00 – 15.35 oraz 12.25 – 20.00.

W okresie objętym kontrolą spośród kadry terapeutycznej z Ośrodka odeszło 11 pracowników (13,4%), a spośród pracowników ochrony 26 osób (15,1%). Wśród specjalistów największa fluktuacja kadr miała miejsce w 2021 r., w którym z pracy odeszło czterech psychologów (50,0%).

(akta kontroli tom I str. 23)

Pracownicy KOZZD nie posiadali sporządzonych w formie pisemnej zakresów czynności i obowiązków – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 5-9, 18)

2. W latach 2021-2023 pracownicy kadry terapeutycznej, pracujący bezpośrednio z pacjentami, skorzystali łącznie z 23 tematów szkoleń lub konferencji⁸¹. Spośród 82 pracowników personelu terapeutycznego z ww. form kształcenia skorzystało 77 osób (93,9%), które zrealizowały 250 osoboszkoleń⁸². Najwięcej zrealizowano szkoleń z zakresu: programu do elektronicznej dokumentacji medycznej Optimed – 25 szkoleń dla 65 osób; pierwszej pomocy – 14 szkoleń dla 66 osób; BHP - 12 szkoleń dla 57 osób; radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy – sześć szkoleń dla 26 osób. Część z ww. pracowników korzystała również z form kształcenia indywidualnego, w tym dofinansowywanego ze środków pracodawcy. Spośród 12 psychologów kwalifikacje podnosiło 11 osób, w tym m.in.: dwie uczęszczając do Szkoły Psychoterapii Psychodynamicznej, dwie do Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej i jedna do Studium Interwencji Kryzysowej; ośmiu psychologów uczestniczyło w trzech konferencjach naukowych. Spośród 17 terapeutów zajęciowych sześciu wzięło udział w jednym szkoleniu specjalistycznym dla tej grupy zawodowej, dotyczącym innowacji w terapii zajęciowej. Lekarze psychiatry (trzech z czterech) brali udział w międzynarodowym kongresie oraz w ogólnopolskiej konferencji poświęconym psychiatrii sądowej, zaś pielęgniarki koordynujące (dwie z czterech) w dwóch seminariach⁸³.

Pozostali pracownicy kadry terapeutycznej, w tym terapeuci uzależnień, pracownicy resocjalizacji, ratownicy medyczni i pracownicy socjalni nie korzystali w kontrolowanym okresie z form kształcenia indywidualnego adresowanego do ich grup zawodowych.

(akta kontroli tom I str. 405-421)

W kontrolowanym okresie pracownicy Ośrodka nie byli objęci indywidualnym wsparciem psychologicznym, za wyjątkiem czterech psychologów, którzy korzystali z superwizji indywidualnej, dofinansowanej ze środków Ośrodka w wysokości 50%. Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że personel terapeutyczny oraz pozostały personel pracujący w bezpośrednim kontakcie z pacjentami nie był objęty systematycznym wsparciem psychologicznym. Psychologowie Ośrodka przeprowadzili natomiast dwa szkolenia wewnętrzne pt. „Trening radzenia sobie ze stresem i kontrolowania emocji” oraz „Kontakt z trudnym pacjentem – sposób radzenia sobie z agresją, rozwiązywaniem konfliktów”, w których udział był dobrowolny. Wyjaśniła ponadto, że w latach 2021-2023 nie były przeprowadzane badania w celu identyfikacji potrzeb szkoleniowych pracowników. Pracownicy mieli możliwość przedstawiania swoich sugestii i wniosków dotyczących konkretnych szkoleń, które uważają za istotne dla swojego rozwoju zawodowego przełożonemu lub kierownictwu Ośrodka.

(akta kontroli tom I str. 394-425; tom IV str. 25, 28-29, 56-60)

Z tytułu organizowanych lub dofinansowanych w kontrolowanym okresie form kształcenia kadry terapeutycznej KOZZD poniósł koszty w łącznej wysokości 96,1 tys. zł brutto.⁸⁴

(akta kontroli tom I str. 422-425)

⁸¹ W: 2021 r. pięć tematów, 2022 r. sześć tematów, 2023 r. 12 tematów.

⁸² W: 2021 r. – 119, 2022 r. – 96, 2023 r. – 35.

⁸³ Na temat: profilaktyki zakażeń wywołanych Sars-CoV2 oraz pacjenta w systemie środków zabezpieczających.

⁸⁴ W 2021 r. 35,4 tys. zł, w 2022 r. 22,9 tys. zł, w 2023 r. 37,7 tys. zł.

3. Pracownicy ochrony KOZZD brali udział w szkoleniach z zakresu BHP, radzenia sobie ze stresem oraz pierwszej pomocy. Ponadto dla tej grupy systematycznie były organizowane szkolenia z zakresu stosowania technik interwencji i samoobrony oraz używania pałki wielofunkcyjnej typu TONFA⁸⁵. W tym celu KOZZD zawarł w kontrolowanym okresie trzy umowy na czas określony, z tym samym wykonawcą⁸⁶. W kolejnych umowach przewidziano, że miesięcznie liczba uczestników szkoleń będzie obejmowała: sześć grup tj. łącznie około 120 osób; cztery grupy tj. około 80 osób oraz pięć grup tj. około 100 osób. Jedno szkolenie trwało dwie godziny lekcyjne po 45 minut każda. Tematyka szkolenia, według załączonego do umów konspektu zajęć, nie ulegała zmianie. Ustalono, że na szkolenia pracownicy zgłaszali się poprzez wpisanie się na listę uczestników. Od zawarcia pierwszej umowy do 31 grudnia 2023 r. odbyło się 109 szkoleń⁸⁷, w których udział wzięło 156 pracowników, z czego 146 osób (93,6%) uczestniczyło w więcej niż jednym szkoleniu z tego zakresu. Łącznie w kontrolowanym okresie pracownicy ochrony zrealizowali 1605 osoboszkoleń. 27 osób uczestniczyło w tych szkoleniach od 20 do 27 razy; 40 osób wzięło w nich udział od 10 do 19 razy; 77 osób od dwóch do dziewięciu razy. W przypadku 28 pracowników ochrony stwierdzono udział w dwóch szkoleniach organizowanych tego samego dnia, tj. o godzinie 16.30 i 18.00. Nadzór nad szkoleniami sprawowali Kierownik i Zastępca Kierownika Biura Ochrony i obejmował on m.in. sprawdzenie obecności pracowników i instruktora oraz kontrolę nad właściwym i bezpiecznym prowadzeniem zajęć. Ośrodek nie prowadził ewaluacji nabytej wiedzy i umiejętności wśród uczestników szkoleń oraz nie wyjaśniał przyczyn wielokrotnego udziału w tym samym szkoleniu tych samych osób – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Na ww. szkolenia ze stosowania technik interwencji w latach 2021-2023 r. Ośrodek wydatkował łączną kwotę 67,6 tys. zł⁸⁸.

(akta kontroli tom I str. 426-512)

4. W KOZZD nie obowiązywał sformalizowany regulamin rekrutacji, określający precyzyjnie kryteria i zasady naboru pracowników.

Dyrektor wyjaśniła, że sposób postępowania w tym zakresie wynikał z przyjętych zwyczajowo zasad, modernizowanych w związku ze zmieniającymi się np. formami komunikacji czy zasadami RODO. Wyjaśniła, że o organizacji naboru, jak również warunkach zatrudnienia decydował zawsze Dyrektor. Za procedury organizowanej rekrutacji odpowiadało natomiast kierownictwo Sekcji Kadr, Płac i Szkolenia KOZZD.

(akta kontroli tom IV str. 51-54)

Badaniem szczegółowym objęto proces zatrudnienia w Ośrodku sześciu pracowników administracji oraz 10 pracowników ochrony. Analiza przeprowadzonych naborów wykazała, że rekrutację na trzy stanowiska administracyjne⁸⁹ przeprowadzono z pominięciem otwartego naboru kandydatów – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 42-65)

5. W Ośrodku w Gostyninie funkcjonowały cztery Oddziały, na których przebywali pacjenci. Liczba Oddziałów była niezgodna z brzemieniem § 8 ust. 1 Statutu oraz rozdziałem III pkt IV regulaminu organizacyjnego, które przewidywały utworzenie sześciu Oddziałów Leczniczo-Rehabilitacyjnych – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Zmiana zarządzenia w sprawie nadania Statutu z 5 marca 2021 r.,

⁸⁵ Dalej: szkolenia ze stosowania technik interwencji.

⁸⁶ Umowa z 19 sierpnia 2021 r. obowiązująca w okresie od 1 września 2021 r. do 31 sierpnia 2022 r.; umowa z 18 sierpnia 2022 r. obowiązująca w okresie od 1 września 2022 r. do 31 sierpnia 2023 r.; umowa z 18 sierpnia 2023 r. obowiązująca w okresie od 1 września 2023 r. do 31 sierpnia 2024 r.

⁸⁷ W 2021 r. 24 szkolenia dla 130 osób, w 2022 r. 49 szkoleń dla 115 osób, w 2023 r. 36 szkoleń dla 72 osób.

⁸⁸ W tym w: 2021 r. 9,6 tys. zł; 2022 r. 23,8 tys. zł; 2023 r. 34,2 tys. zł.

⁸⁹ Tj. referenta w Sekcji Kadr, Płac i Szkolenia (umowa o pracę z 16 grudnia 2021 r.); starszego referenta w Sekretariacie Medycznym (umowa o pracę z 20 października 2021 r.); starszego inspektora w Sekcji Zaopatrzenia (umowa o pracę z 18 listopada 2021 r.).

dotycząca możliwości utworzenia Oddziału zamiejscowego, nie uwzględniała faktycznej liczby oddziałów.

(akta kontroli tom I str. 104-115)

Przeprowadzone oględziny⁹⁰ wykazały, że Ośrodek w Gostyninie posiadał wymagane pomieszczenia, zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. KOZZD. Na czterech Oddziałach znajdowało się 19 sal łóżkowych⁹¹, wyposażonych w 96 łóżek, w których w czasie oględzin przebywało 75 pacjentów⁹². Na Oddziale I sale pacjentów były trzy i dwuosobowe (odpowiednio sześć i trzy), a jedną salę przystosowano na potrzeby izolatki. Powierzchnia tych sal wynosiła od 12,35 m² do 12,84 m² i w pokojach, w których umieszczono trzech pacjentów, na osobę przypadało od 4,11 m² do 4,28 m². Na pozostałych Oddziałach sale pacjentów były ośmioosobowe (łącznie osiem sal), jedna siedmioosobowa oraz jedna izolatka. Powierzchnia sal⁹³ wynosiła od 27,20 m² do 27,40 m² i przy pełnym obłożeniu sali ośmioosobowej na osobę przypadało 3,41 m². Większość łóżek na Oddziałach stanowiły łóżka piętrowe, które umieszczono w 15 z 19 sal⁹⁴. W dwóch salach umieszczono po jednym łóżku ortopedycznym.

W każdej z sal znajdowało się wyposażenie, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia o KOZZD m.in.:

- szafki przyłóżkowe, w tym: w salach ośmioosobowych cztery sztuki, umieszczone przy każdym z łóżek lub szafka w formie kolumny z czterema boxami lub pojedyncze szuflady pod każdym łóżek;
- szafy ubraniowe, po jednej na dwie lub trzy osoby umieszczone w pokoju;
- jeden stolik i krzesła, w liczbie od jednego do trzech (na dużych salach).

Liczba mebli była nieadekwatna do liczby łóżek i liczby zamieszkujących w salach osób, przez co nie każdy z pacjentów miał zapewnioną możliwość indywidualnego korzystania z wyposażenia. Rzeczy osobiste pacjentów przechowywane były poza dostępnymi meblami, m.in.: sprzęt elektroniczny pacjenci przechowywali na zbudowanych i umieszczonych na łóżkach prowizorycznych półkach, wykonanych z kartonu, z których zwisały kable zasilające; na poręczach łóżek rozwieszano ubrania i ręczniki; obok łóżek znajdowały się torby podróżne z rzeczami pacjentów.

(akta kontroli tom III str. 532-561)

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że z uwagi na przeludnienie występujące w Ośrodku trudno jest zapewnić wyposażenie wskazane w rozporządzeniu, w szczególności szafki przyłóżkowe dla pacjentów zajmujących górne łóżka piętrowe. Wyjaśniła ponadto, że Ośrodek na co dzień mierzy się z ograniczeniami lokalowymi i w sali pierwotnie przewidzianej dla czterech pacjentów zamieszkuje ich sześciu lub ośmiu. W Ośrodku umieszczane są osoby z różnymi zaburzeniami, u których długoterminowe pobyty w zakładach karnych wykształtowały różne nawyki. Pacjenci są na bieżąco informowani i proszeni o zachowanie należytego porządku w salach. Niejednokrotnie ich działania, wbrew prośbom personelu, mają charakter prowokacyjny lub są formą ich sprzeciwu. Dodatkowo wyjaśniła, że w relacjach personelu z pacjentami niezbędne jest zachowanie równowagi pomiędzy represyjnością, a uwzględnianiem ich praw i przesłanek terapeutycznych.

(akta kontroli tom IV str. 41, 48-49, 133, 135-136)

NIK wskazuje, że stwierdzone w salach łóżkowych pacjentów m.in. kable zasilające, prowadzone bez ich trwałego zamocowania, mogą w skrajnych przypadkach zostać

⁹⁰ W dniach 20 i 28 lutego 2024 r.

⁹¹ Dziesięć na Oddziale I i dziewięć na pozostałych trzech Oddziałach (II-IV).

⁹² Na: Oddziale I dysponującym 25 łóżkami przebywało 17 pacjentów; Oddziale II z 24 łóżkami – 22 pacjentów; Oddziale III z 22 łóżkami – 18 pacjentów; Oddziale IV z 22 łóżkami – 18 pacjentów.

⁹³ Z wyjątkiem izolatki.

⁹⁴ Sześć na Oddziale I i dziewięć na oddziałach II-IV.

użyte niezgodnie z ich przeznaczeniem i (np. w akcie agresji) stanowić realne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Na każdym z Oddziałów znajdowały się ponadto: gabinet zabiegowy, pokój koordynatorki pielęgniarek, sala terapii zajęciowej, pokój lekarza, pokój psychologów, stołówka, a także łazienki i sanitariaty dla pacjentów oraz dla personelu. Zlokalizowano tam również pokoje indywidualnej terapii z pacjentami, w tym po jednym na trzech Oddziałach⁹⁵ oraz dwa na Oddziale III⁹⁶. Według oświadczeń uczestniczących w oględzinach przedstawicieli KOZZD liczba pokoi do terapii indywidualnej była niewystarczająca i spotkania z pacjentami odbywały się dodatkowo w nieprzystosowanych do tego celu pomieszczeniach, w tym w pokojach pielęgniarek koordynujących; w pokojach personelu terapeutycznego, tj. lekarzy, psychologów i resocjalizatorów; w stołówkach.

W trakcie oględzin pomieszczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2-6 rozporządzenia ws. KOZZD⁹⁷, stwierdzono 57 elementów wyposażenia nie przytwierdzonych do ścian i podłogi oraz 59 elementówumeblowania (w tym: biurka, kontenery pod biurka, szafy, szafki, komody, stoły, półki), które wykonano z płyt wiórowych lub MDF, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia o KOZZD. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ośrodek wyposażono w urządzenia uniemożliwiające samowolne oddalenie się osób umieszczonych, w tym: czujki podczerwieni, zamontowane w oknach pomieszczeń, do których mają dostęp pacjenci oraz elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwieranie drzwi, którym zabezpieczono drzwi wewnętrzne i zewnętrzne. Wyjątek stanowiły cztery sztuki drzwi – o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ośrodek posiadał system telewizji wewnętrznej, umożliwiający obserwację pomieszczeń, w których przebywali pacjenci oraz drzwi wejściowych, okien, korytarzy i pokoi personelu. Wyjątek stanowiły dwa pomieszczenia, z których jedno nie było wyposażone w kamerę, a w kolejnym przekazywanie obrazu było utrudnione – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

System rejestrowania informacji o zagrożeniu działał sprawnie i wskazywał osobę uruchamiającą spersonalizowane urządzenie alarmowe, o którym mowa w § 4 ust. 3 rozporządzenia ws. KOZZD. W Ośrodku oznakowano drogi ewakuacyjne, w korytarzach pięter rozmieszczono plany ewakuacyjne, umieszczono tabliczki fluorescencyjne wskazujące na kierunek wyjścia oraz umieszczenie sprzętu ratunkowo-gaśniczego. Teren Ośrodka spełniał wymagania dotyczące zabezpieczenia, określone § 4 ust. 4 rozporządzenia o KOZZD, był oświetlony i monitorowany.

(akta kontroli tom III str. 532-561)

6. Dla pozostających w zarządzie Ośrodka w Gostyninie obiektów budowlanych, tj. budynku głównego i budynku portierni, prowadzono jedną książkę obiektu budowlanego, co było niezgodne z art. 60b ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane⁹⁸ – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ww. książka spełniała wymogi określone w art. 60a Prawa budowlanego. Budynki były poddawane okresowym rocznym oraz pięcioletnim kontrolom, zgodnie z art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. a i lit. c oraz pkt 2 Prawa budowlanego, których dokonywały osoby posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia. W ramach kontroli terminowo dokonywano przeglądów technicznych m.in. instalacji i urządzeń gazowych,

⁹⁵ O powierzchni od 9,51 m² do 10,00 m².

⁹⁶ O powierzchni: 6,90 m² oraz 12,90 m².

⁹⁷ Świetlica, stołówka, pokoje do prowadzenia terapii, pokój indywidualnych rozmów z osobami umieszczonymi, gabinet zabiegowy.

⁹⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 725, ze zm.; dalej: Prawo budowlane.

elektrycznych, przewodów kominowych, spalinowych i wentylacji grawitacyjnej budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne.

(akta kontroli tom III str. 265-280)

W kontrolowanym okresie do książki obiektu budowlanego nie wprowadzono wpisów dotyczących 17 protokołów, m.in. z przeglądów kotłowni oraz zainstalowanych urządzeń, przeglądów i pomiarów przewodów kominowych wentylacji grawitacyjnej. W przypadku pięciu kolejnych protokołów z rocznego przeglądu w książce zamieszczono błędne dane. Ponadto protokoły z przeglądów wpisywano bez wskazania numeru protokołu kontroli oraz dat wykonania czynności lub wpisując pod jednym numerem protokoły potwierdzające wykonanie kilku przeglądów lub kontroli, przeprowadzonych w różnych terminach tego samego miesiąca i dotyczące różnych zakresów (np. przegląd wind i czyszczenie komina gazowego) – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

KOZZD realizował zalecenia sformułowane w protokołach z przeglądów stanu technicznego dotyczące instalacji i urządzeń gazowych, elektrycznych, przewodów kominowych i podłączeń dymowych. W latach 2022-2023 zalecenia realizowano w całości bądź wykonywano okresowo. Zalecenia wydane w ramach przeglądu rocznego budynku głównego, wykonanego w maju 2021 r., w zakresie wykonania remontu miejscowych zarysowań cokołu budynku zrealizowano w późniejszym terminie.

(akta kontroli tom III str. 265-280, 283-292, 305-308, 330-342)

Dyrektor wyjaśniła, że brak realizacji ww. zaleceń wynikał z obostrzeń związanych z pandemią COVID-19. W tych okolicznościach nawarstwienie zadań remontowo-konserwacyjnych powodowało konieczność wykonywania w pierwszej kolejności tych najbardziej pilnych.

(akta kontroli tom III str. 265-280; tom IV str. 31, 35)

7. W okresie objętym kontrolą w KOZZD, zgodnie z § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów⁹⁹ były przeprowadzane raz w roku przeglądy techniczne, konserwacje oraz naprawy urządzeń przeciwpożarowych, w tym pomiary ciśnienia w 13 hydrantach wewnętrznych i zewnętrznych, a także konserwacje i naprawy 51 gaśnic. Zgodnie z § 3 ust. 4 ww. rozporządzenia raz na pięć lat przeprowadzono próbę ciśnieniową 12 węży hydrantowych¹⁰⁰. W wyniku ww. czynności stwierdzono, że hydranty spełniały wymagane normy, a w jednym przypadku wąż poddany próbie zastąpiono nowym. Natomiast nie spełniające norm gaśnice wymieniono na nowe¹⁰¹. Ponadto w KOZZD co roku przeprowadzano pomiar natężenia oświetlenia, w tym ewakuacyjnego oraz próbę działania głównego wyłącznika prądu. Dwa razy w roku dokonywano kontroli i konserwacji monitoringu pożarowego oraz działania systemu oddymiania i otwierania drzwi.

(akta kontroli tom III str. 236-239, 343-366)

Od początku istnienia Ośrodka nie przeprowadzono praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu, co było niezgodne z § 17 ust. 1 rozporządzenia ws. ochrony ppoż. Obowiązująca w KOZZD instrukcja bezpieczeństwa pożarowego nie była co najmniej raz na dwa lata poddawana okresowej aktualizacji zgodnie z obowiązkiem określonym w § 6 ust. 7 ww. rozporządzenia – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom III str. 103-223; tom IV str. 33, 38)

⁹⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 822; dalej: rozporządzenie ws. ochrony ppoż.

¹⁰⁰ Ostatnie przeprowadzono 12 lutego 2021 r.

¹⁰¹ W latach 2021-2023 wymieniono łącznie 19 gaśnic.

8. W latach 2021-2023 w Ośrodku zaewidencjonowano 707 przypadków¹⁰² agresji pacjentów, dokumentowanych w kartach agresji, sporządzonych dla 46 osób. Na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych lub zdarzeń nadzwyczajnych opracowano: wewnętrzną instrukcję dotyczącą postępowania na wypadek buntu pacjentów przebywających w KOZZD; procedurę postępowania na wypadek wystąpienia ucieczki pacjenta z KOZZD oraz instrukcję alarmową w przypadku zgłoszenia o podłożeniu lub znalezieniu ładunku wybuchowego w obiekcie KOZZD.

W pkt I ppkt 2 lit. e procedury postępowania na wypadek wystąpienia ucieczki pacjenta z KOZZD¹⁰³ postanowiono m.in., że w przypadku oddalenia się pacjenta z oddziału pielęgniarka koordynująca zarządza przeszukanie oddziału, jednocześnie o zdarzeniu informując Pielęgniarkę Naczelną, pomimo że stanowisko Naczelnej Pielęgniarki było nieobsadzone od momentu utworzenia Ośrodka. Analogiczne rozwiązanie przewidziano w przypadku oddalenia się pacjenta podczas spaceru, w pkt III ppkt 2 lit. a tiret 4 ww. procedury – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 365-369; tom III str. 1; tom IV str. 24, 26-27, 181-184)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Struktura organizacyjna Ośrodka w części dotyczącej liczby oddziałów leczniczo-rehabilitacyjnych, była niezgodna z § 8 Statutu KOZZD oraz z rozdziałem III pkt IV regulaminu organizacyjnego. W Ośrodku nie podejmowano działań, w celu aktualizacji treści ww. dokumentów. Powyższe naruszało zalecenie standardu A.3. standardów kontroli zarządczej, który stanowi, że struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań, a zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

Dyrektor wyjaśniła, że z ustaleń z MZ wynikało, iż docelowo w nowej siedzibie Ośrodka miało być sześć oddziałów i z tego względu KOZZD nie aktualizował dokumentów organizacyjnych w tym zakresie. Oświadczyła również, że Ośrodek podjął kroki celem aktualizacji ww. dokumentów i ich dostosowania do aktualnego stanu faktycznego panującego w Ośrodku.

(akta kontroli tom I str. 111-133, 148-165, 184-202, 221-240; tom IV str. 58, 64)

2. Żaden z pracowników Ośrodka nie posiadał, sporządzonego na piśmie, zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności, co było niezgodne z zaleceniem standardu A.3. standardów kontroli zarządczej, który przewiduje, że dla każdego pracownika powinien być określony aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

Dyrektor wyjaśniła, że regulamin organizacyjny określa podstawowe obowiązki i uprawnienia wewnętrznych komórek organizacyjnych KOZZD, co pośrednio wpływa na określenie obowiązków poszczególnych pracowników. Wyjaśniła ponadto, że brak zakresów nie rzutuje na funkcjonowanie Ośrodka i brak jest sporów kompetencyjnych, co do powierzonych pracownikom zadań, jak również sytuacji, w której pracownik nie znałby zakresu swoich obowiązków. Oświadczyła również, że KOZZD niezwłocznie przystąpi do sporządzenia stosowanej dokumentacji, potwierdzającej utrwalone w KOZZD zakresy obowiązków pracowników.

(akta kontroli tom I str. 5-9, 18; tom IV str. 40-41, 46)

¹⁰² W tym w: 2021 r. – 228 przypadków; 2022 r. – 225 przypadków; 2023 r. – 254 przypadki.

¹⁰³ Obowiązująca od 31 stycznia 2014 r., zaktualizowana 20 października 2023 r.

3. W Ośrodku nie obsadzono stanowisk kadry zarządzającej, ustanowionych zgodnie z brzmieniem § 6 ust. 3 pkt 1-3 Statutu oraz rozdziału III pkt II ppkt 1-3 regulaminu organizacyjnego, tj.

- Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa, do 23 maja 2023 r.;
- Zastępcy Dyrektora do Spraw Administracyjno-Ekonomicznych, w okresie od 27 stycznia 2023 r. do końca kontrolowanego okresu;
- Naczelnej Pielęgniarki, od dnia powstania Ośrodka do końca kontrolowanego okresu;

oraz w całym kontrolowanym okresie Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Ochrony Przeciwpowodzi, wskazanego w rozdziale III pkt IV ppkt 13 regulaminu organizacyjnego.

Nie wprowadzono również zmian w Statucie i w regulaminie organizacyjnym w zakresie ww. stanowisk, co wpływało na nierzetelne prezentowanie struktury organizacyjnej KOZZD i naruszało standard A.3. standardów kontroli zarządczej.

Dyrektor wyjaśniła, że Zastępcę do Spraw Lecznictwa nie został powołany, ponieważ poprzedni Dyrektor Ośrodka był lekarzem psychiatrą i sprawował pełną pieczę nad sprawami medycznymi. Dopiero jego przejście na emeryturę dało podstawy, aby wyznaczyć zastępcę do spraw medycznych. Wówczas podjęto rozmowy z personelem lekarskim celem wyłonienia kandydatów na to stanowisko i 23 maja 2023 r. powołano Zastępcę. Wyjaśniła ponadto, że stanowisko Zastępcy do Spraw Administracyjno-Ekonomicznych, które uprzednio zajmowała, pozostaje nieobsadzone, gdyż przystępując do konkursu na Dyrektora KOZZD brała pod uwagę, w przypadku niewygrania, powrót na stanowisko Zastępcy. Po kilku miesiącach działalności jako Dyrektora uznała, że stanowisko takie powinno być obsadzone i oświadczyła, że podejmie kroki w tym celu. W odniesieniu do Naczelnej Pielęgniarki wyjaśniła, że przewidziane w strukturach KOZZD stanowisko, decyzją poprzedniego Dyrektora, nie zostało obsadzone od momentu powstania Ośrodka, a obowiązki rozdzielone pomiędzy pielęgniarki koordynujące poszczególne oddziały. Natomiast zadania w zakresie ochrony przeciwpożarowej wykonywał Kierownik Biura Ochrony.

Dodatkowo Dyrektor wyjaśniła, że brak aktualizacji Statutu oraz regulaminu organizacyjnego w ww. zakresie wynika z faktu, iż stanowiska te są przewidziane do obsadzenia.

(akta kontroli tom I str. 5-9, 116-258; tom IV str. 24, 26-27, 40, 45-46, 71, 75)

4. W KOZZD nie zapewniono rzetelnego nadzoru i analizy zasadności udziału pracowników ochrony w szkoleniach dotyczących stosowania technik interwencji i samoobrony oraz używania pałki wielofunkcyjnej typu TONFA. W latach 2021-2023 pracownicy ochrony wielokrotnie uczestniczyli ww. szkoleniu, z czego 27 osób ponad 20 razy, zaś 28 osób dwukrotnie w ciągu jednego dnia. Udział w szkoleniach był dobrowolny, a wielokrotny udział w tym samym szkoleniu, nawet jednego dnia, Ośrodek tłumaczył indywidualnymi decyzjami pracowników, których przyczyn i okoliczności nie weryfikował. W ramach nadzoru w KOZZD nie sprawdzano również wiedzy, ani umiejętności nabytych przez uczestników w trakcie szkoleń ani nie prowadzono ich ewaluacji.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że konieczność organizacji takiej liczby szkoleń wynika z bardzo trudnych warunków, w jakich przebywają pacjenci i personel. W KOZZD istnieje duże przeludnienie, a pacjenci są uznawani za osoby szczególnie niebezpieczne. Konieczne jest, aby pracownicy ochrony na bieżąco podnosili swoje umiejętności. Zapewnienie bezpieczeństwa jest bowiem podstawowym obowiązkiem pracodawcy. Wyjaśniła ponadto, że duża dysproporcja w częstotliwości uczestnictwa w szkoleniach wynikała z tego, że szkolenie było dobrowolne, a każdy z pracowników sam znał swoje możliwości w zakresie samoobrony i stosowania technik interwencji. Faktyczne powody wielokrotnego uczestnictwa wynikały zatem z indywidualnego zainteresowania poszczególnych

pracowników i Dyrektor nie potrafiła wskazać bezpośredniej przyczyny, dlaczego dany pracownik wielokrotnie uczestniczył w szkoleniu.

(akta kontroli tom I str. 426-512; tom IV str. 56-57, 60-62)

NIK, nie kwestionując potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Ośrodka, czemu m.in. służy podnoszenie kwalifikacji przez pracowników ochrony, zauważa, że dążenie do osiągnięcia ww. celu nie może usprawiedliwiać braku nadzoru nad procesem szkolenia pracowników ochrony. Wątpliwości NIK budzi zasadność wielokrotnego udziału w tym samym szkoleniu tych samych pracowników¹⁰⁴. Należy pamiętać, że zgodnie z art. 44 ust. 3 ufp wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

5. W KOZZD nie obowiązywały jednolite, równe dla wszystkich kandydatów zasady naboru pracowników, służące zapewnieniu otwartej, konkurencyjnej i przejrzystej rekrutacji oraz wyłonieniu najlepszego kandydata do objęcia danego stanowiska pracy. Nieprawidłowości w organizacji i przebiegu rekrutacji stwierdzono w trzech z 16 (18,8%) badanych procesów naboru pracowników do KOZZD, które przeprowadzono z pominięciem otwartego naboru ofert, bez ogłoszenia o prowadzonym naborze na wolne stanowisko pracy. W tych przypadkach w Ośrodku zatrudniono osoby wskazane indywidualnie przez byłego Dyrektora KOZZD. Wśród nich znajdował się mąż ówczesnej Zastępcy Dyrektora do Spraw Administracyjno-Ekonomicznych, z którym umowę zawarto na czas nieokreślony, podczas gdy w dwóch innych naborach przeprowadzanych w tym samym czasie¹⁰⁵ zawarcie umowy na czas nieokreślony poprzedzały dwie umowy na okres próbny lub czas określony.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że o organizowaniu rekrutacji w drodze otwartego naboru decydował zawsze ówczesny Dyrektor Ośrodka. Jeśli podjął decyzję o zatrudnieniu bez otwartego naboru, procedura rekrutacji ograniczała się do kontaktu z wskazaną przez Dyrektora osobą, zaproszeniem do kadr w celu przedstawienia wymaganych dokumentów związanych z zatrudnieniem, uzupełnienia druków wewnętrznych, skierowaniem na badania lekarskie i przygotowaniem umowy o pracę.

(akta kontroli tom I str. 42-65; tom IV str. 51-55)

Powyższe działania, w ocenie NIK świadczą o braku rzetelności w prowadzeniu procesów naboru w KOZZD oraz o naruszeniu wytycznych wynikających ze standardu A.2. określonego w standardach kontroli zarządczej, według którego proces zatrudnienia powinien być prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. Zatrudnianie pracowników, z pominięciem otwartego naboru, powoduje, że brak jest obiektywnych przesłanek, pozwalających na potwierdzenie działania jednostki zgodnie z ww. standardem. Ponadto sprzyja ono tworzeniu warunków zwiększających ryzyko wystąpienia mechanizmów korupcyjnych. Wątpliwości budzi również zatrudnianie, w opisanych powyżej okolicznościach, małżonka ówczesnej Zastępcy Dyrektora, a obecnej Dyrektora KOZZD. Pomimo że w przypadku KOZZD nie mają zastosowania ograniczenia dotyczące powstania stosunku podległości służbowej pomiędzy małżonkami, takie jak w służbie cywilnej¹⁰⁶, czy w przepisach o pracownikach samorządowych¹⁰⁷, bezspornie rolą kierownika jednostki sektora finansów publicznych jest wspieranie i promowanie przestrzegania wartości etycznych¹⁰⁸, które w procesie

¹⁰⁴ Nawet 27 razy w kontrolowanym okresie lub dwukrotnie tego samego dnia.

¹⁰⁵ W IV kwartale 2021 r.

¹⁰⁶ Art. 79 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 409).

¹⁰⁷ Art. 26 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1135).

¹⁰⁸ Zgodnie z brzmieniem standardu A.1. standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

zatrudniania powinny m.in. gwarantować równe traktowanie kandydatów i eliminować okoliczności, sugerujące, że na wybór pracownika mogły mieć wpływ czynniki inne niż jego kwalifikacje.

6. Umeblowanie Ośrodka, w tym sal łóżkowych oraz innych pomieszczeń, z których korzystali pacjenci, nie spełniało wymagań określonych w § 3 ust. 3 pkt 4 i ust. 4 pkt 2 rozporządzenia ws. KOZZD. W trakcie oględzin stwierdzono 57 elementów umeblowania nie przytwierdzonych do ścian lub podłogi oraz 59 elementów nie wykonanych z metalu, w tym: biurka, kontenery pod biurka, szafy, szafki, komody, stoły, półki (tj. wykonane z płyt wiórowych lub MDF).

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że ograniczona przestrzeń, na której funkcjonuje Ośrodek wymusza stosowanie mebli wykonywanych na wymiar, pod potrzeby danego pomieszczenia, które są dostępne jedynie pod warunkiem wykonania ich z płyt wiórowych lub MDF. Wyjaśniła ponadto, że niedopatrzenia dotyczące przytwierdzenia mebli zostały usunięte, jednak niektóre meble (np. kozetki czy stoliki w gabinetach zabiegowych) nie mogą zostać przytwierdzone, ze względu na ograniczenie przestrzeni i konieczność ich mobilności.

(akta kontroli tom III str. 532-557; tom IV str. 41-44, 48)

7. Nie zapewniono prawidłowego monitoringu pomieszczenia nr 319 na Oddziale I, (tzw. brudownik), z którego mogli korzystać pacjenci, czym naruszono art. 7 ust. 1 ustawy stanowiący, że pomieszczenia KOZZD są wyposażone w urządzenia monitorujące, umożliwiające stały nadzór nad osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku oraz kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego. Zamontowana w pomieszczeniu jedna kamera w trakcie oględzin była zasłonięta przez ubrania powieszone na zamontowanych pod sufitem suszarkach na pranie. Tym samym nie był możliwy prawidłowy, stały monitoring przebywających w tym pomieszczeniu pacjentów.

Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci przebywają w pomieszczeniu wyłącznie w obecności personelu, a montaż kamery w innym miejscu wiązałby się z trwałym ograniczeniem pokazania pełnego obrazu. Wyjaśniła ponadto, że pranie na suszarce znajduje się okresowo i nie uniemożliwia monitorowania sytuacji w pomieszczeniu.

(akta kontroli tom III str. 532-557; tom IV str. 42, 49)

Zdaniem NIK w art. 7 ust. 1 ustawy wprowadzono obowiązek stałego nadzoru nad osobami przez urządzenia monitorujące, co oznacza, że nawet okresowe ograniczenia w prezentacji obrazu z monitorowanego pomieszczenia powoduje nieprawidłową realizację ww. obowiązku.

8. W czterech drzwiach zewnętrznych budynku głównego, zamykanych na klucz, nie stosowano zabezpieczenia w system czujek podczerwieni sygnalizujący próbę opuszczenia Ośrodka, czym naruszono wymogi określone w § 4 ust. 1 rozporządzenia ws. KOZZD.

Dyrektor wyjaśniła, że drzwi prowadzące na zewnątrz obiektu z dwóch klatek schodowych, zlokalizowanych przy Oddziałach I-III i Oddziałach II-IV to drzwi bezpośrednio niedostępne dla pacjentów. Dojście do nich prowadzi przez drzwi z systemem kontroli dostępu (na kod szyfrowy) oraz sztabą elektromagnetyczną, przy których znajduje się stanowisko pracownika ochrony. Drzwi zewnętrzne otwiera pracownik ochrony. Odnosnie drzwi wejściowych do pomieszczenia kuchennego w Oddziale III Dyrektor wyjaśniła, że są zabezpieczone zamkiem mechanicznym (na klucz) i otwierane przez personel tylko podczas dostawy posiłków. Nie zostały one zabezpieczone czujkami podczerwieni, ponieważ kuchnia nie jest dostępna dla pacjentów. Natomiast główne drzwi wejściowe nie są wyposażone w ww. system ze względu zabezpieczenie drzwi poprzedzających systemem kontroli dostępu wraz ze sztabą elektromagnetyczną.

(akta kontroli tom III str. 532-557; tom IV str. 42, 49-50)

9. W KOZZD książkę obiektu budowlanego¹⁰⁹ prowadzono niezgodnie z przepisami Prawa budowlanego, dokonując w niej nierzetelnych wpisów.

Kontrola w powyższym zakresie wykazała, że:

- jedną książkę prowadzono dla dwóch obiektów budowlanych, tj. budynku głównego i budynku portierni, co było niezgodnie z art. 60b Prawa budowlanego;
- w książce nie dokonano wpisów o 17 kontrolach, o których mowa w art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. c Prawa budowlanego¹¹⁰, co było niezgodne z art. 60a pkt 3 tejże ustawy;
- w czterech przypadkach wpisy o przeprowadzonych przeglądach lub kontrolach okresowych, które wykonano w różnych dniach miesiąca i dotyczyły różnych zakresów¹¹¹, wpisano w książce pod jedną pozycją za cały miesiąc lub okres przekraczający siedem dni, czym naruszono art. 60f Prawa budowlanego, który stanowi, że wpisu dokonuje się niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności, której wpis dotyczy;
- wpisów w książce dokonywano nierzetelnie – tj. podano błędne daty ich sporządzenia¹¹² albo wpisy nie zawierały numeru protokołu kontroli oraz dat wykonania czynności¹¹³.

Dyrektor wyjaśniła, że przyczyną tych uchybień był błąd w zapisie oraz niedopatrzenie osoby dokonującej wpisy w książkach obiektu, jednak nie wpływają na faktyczną ocenę warunków technicznych obiektu budowlanego i mają jedynie charakter braku formalnego o charakterze dokumentacyjnym. Wyjaśniła ponadto, że każdy z budynków Ośrodka posiadał odrębną książkę obiektu budowlanego, jednak w okresie objętym kontrolą pracownik, któremu powierzono prowadzenie wpisów dokonywał ich wyłącznie w jednej książce obiektu. Oświadczyła, że wpisy zostaną skorygowane, zgodnie z właściwą książką, w której powinny zostać dokonane pierwotnie.

(akta kontroli tom III str. 265-292, 305-308, 330-342; tom IV str. 36, 136)

10. Od początku utworzenia Ośrodka w Gostyninie nie przeprowadzono praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu, co było niezgodne z § 17 ust. 1 rozporządzenia ws. ochrony ppoż., który stanowi, że właściciel lub zarządca obiektu przeznaczonego dla ponad 50 osób będących jego stałymi użytkownikami, niezakwalifikowanego do kategorii zagrożenia ludzi ZL IV¹¹⁴, powinien co najmniej raz na dwa lata przeprowadzać praktyczne sprawdzenie organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu.

Dyrektor wyjaśniła, że KOZZD nie przeprowadził praktycznego sprawdzenia organizacji ewakuacji z całego obiektu, o czym zdecydował były Dyrektor Ośrodka, który ze względów bezpieczeństwa nie wyraził na nią zgody. Zdaniem Dyrektora ewakuacja całego obiektu w podmiocie takim jak KOZZD, gdzie umieszczone są osoby uznane za stwarzające zagrożenie, jest faktycznie niemożliwa do przeprowadzenia, tak aby uniknąć samowolnego oddalenia się

¹⁰⁹ Dalej także: książka.

¹¹⁰ Protokoły przeglądów kotłowni oraz zainstalowanych urządzeń z 2021 r. z dnia: 21 września i 19 listopada; z 2022 r. z dnia: 28 stycznia, 22 lutego, 24 marca, 12 kwietnia, 21 kwietnia, 26 maja, 23 czerwca, 29 lipca, 25 sierpnia, 23 września, 28 listopada; z 21 sierpnia 2023 r. Protokoły z przeglądów i pomiarów przewodów kominowych wentylacji grawitacyjnej we wszystkich pomieszczeniach nr 137/2022 i z kotłowni gazowej nr 136/2022. Protokół z rocznego przeglądu obiektu budowlanego z 30 listopada 2021 r.

¹¹¹ Np. przegląd wind i czyszczenie komina gazowego; przeglądy budynku głównego i budynku portierni.

¹¹² W pięciu protokołach z kontroli okresowych, w tym trzech z 22 stycznia 2021 r. oraz dwóch z 20 maja 2022 r. wpisano odpowiednio: 21 stycznia 2021 r. oraz 19 maja 2022 r.

¹¹³ W 2021 r. w książce pozostawiono puste pola w miejscu nr protokołu kontroli. W 2022 r. – 81 wpisów. W 2023 r. 44 pozycje w książce.

¹¹⁴ Zgodnie z § 209 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2022 r. poz. 1225, ze zm.) – budynki mieszkalne.

pacjentów i zakłócenia porządku publicznego. Wyjaśniła ponadto, że Biuro Rozpoznawania Zagrożeń Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej pozwala na przeciwienie organizacji ewakuacji i wykonanie ćwiczeń ewakuacyjnych w sposób etapowy dla poszczególnych grup czy użytkowników, oceniając przy tym występującą w praktyce organizację oraz warunki ewakuacji ludzi. Dyrektor oświadczyła, że po zaktualizowaniu instrukcji bezpieczeństwa pożarowego w tym zakresie w KOZZD odbędzie się ewakuacja etapowa.

(akta kontroli tom III str. 221; tom. IV str. 33, 38)

11. W kontrolowanym okresie w Ośrodku obowiązywała instrukcja bezpieczeństwa pożarowego¹¹⁵ przyjęta w październiku 2020 r., którą zaktualizowano po trzech latach w październiku 2023 r. Było to niezgodnie z § 6 ust. 7 rozporządzenia ws. ochrony ppoż., który wymaga, aby instrukcję poddawać okresowej aktualizacji, co najmniej raz na dwa lata, a także po takich zmianach sposobu użytkowania obiektu lub procesu technologicznego, które wpływają na zmianę warunków ochrony przeciwpożarowej.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Instrukcja zawierała ponadto nieaktualne treści dotyczące: liczby i rozmieszczenia bram znajdujących się na terenie Ośrodka – w tym zakresie nie była aktualizowana od czerwca 2015 r.; zmiany umiejscowienia hydrantu zewnętrznego dokonanej w grudniu 2021 r.; rodzaju zamontowanej stolarki okiennej; stanu zatrudnienia¹¹⁶; stanu osobowego zaplanowanego do ewakuacji bez uwzględnienia personelu; mapy orientacyjnej, którą datowano na 15 lipca 2010 r. i na której widniał Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej zamiast KOZZD. Dodatkowo Instrukcja była niekompletna, tj.: brakowało sześciu stron dotyczących rozmieszczenia gaśnic i hydrantów wewnętrznych; brak było szkiców sytuacyjnych kondygnacji i portierni; trzy załączniki z rzutami kondygnacji nie posiadały numeracji stron i nie zostały ujęte w spisie treści.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że Instrukcja wymaga aktualizacji, a stwierdzone niedopatrzenia i błędy są wynikiem braku zatrudnienia w Ośrodku inspektora do spraw ppoż.

(akta kontroli tom III str. 103-223; tom IV str. 33-34, 38-39)

12. Obowiązująca w Ośrodku procedura postępowania na wypadek wystąpienia ucieczki pacjenta z KOZZD¹¹⁷ była nierzetelna, ponieważ zawierała postanowienia, które nie mogły być zrealizowane. W dokumencie przewidziano obowiązek poinformowania m.in. Pielęgniarki Naczelnej, w przypadku oddalenia się pacjenta z oddziału (pkt I ppkt 2 lit. e) lub podczas spaceru (pkt III ppkt 2 lit. a tiret 4), pomimo że stanowisko Naczelnej Pielęgniarki było nieobsadzone od momentu utworzenia Ośrodka.

Dyrektor wyjaśniła, że w związku z brakiem Naczelnej Pielęgniarki zapis ten był pomijany, zaś obowiązki Naczelnej Pielęgniarki, decyzją poprzedniego Dyrektora, zostały rozdzielone pomiędzy pielęgniarki koordynujące poszczególnych oddziałów. Wyjaśniła ponadto, że nie było pisemnej dokumentacji określającej zakresy obowiązków tych pielęgniarek, gdyż Dyrektor przekazywał je ustnie.

(akta kontroli tom I str. 1, 365-369; tom IV str. 24-27, 134-137, 181-184)

OCENA CZĄSTKOWA

W KOZZD zatrudniono personel niezbędny do prowadzenia postępowania terapeutycznego oraz zapewnienia porządku i bezpieczeństwa. Podjęto również starania, aby pomieszczenia i urządzenia Ośrodka spełniały, określone w rozporządzeniu ws. KOZZD wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne. Wobec panującego przeludnienia nie wszystkie elementy

¹¹⁵ Dalej: Instrukcja.

¹¹⁶ Wynoszącego w październiku 2023 r. 370 osób, podczas gdy w Instrukcji przyjęto 250 osób.

¹¹⁷ Obowiązująca od 31 stycznia 2014 r., zaktualizowana 20 października 2023 r.

umeblowania spełniały wymagania określone w § 3 ust. 3 pkt 4 ww. rozporządzenia, w salach pacjentów panował tłok, a należące do nich przedmioty znajdowały się poza dostępnymi dla pacjentów szafkami i półkami. Stwierdzono także nieprawidłowy monitoring jednego z dostępnych dla pacjentów pomieszczeń oraz brak systemu czujek podczerwieni w czterech drzwiach zewnętrznych. W Ośrodku nie przestrzegano standardów kontroli zarządczej, w szczególności: dla żadnego z pracowników nie sporządzono zakresu obowiązków na piśmie; struktura organizacyjna Ośrodka i skład kadry były niezgodne z brzmieniem Statutu i regulaminu organizacyjnego; nie obowiązywały jednolite zasady zatrudniania, zapewniające wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy. Niezgodnie z przepisami Prawa budowlanego prowadzono jedną książkę obiektu budowlanego dla dwóch obiektów, w której część wpisów pominięto lub dokonano nierzetelnie. Naruszono także przepisy rozporządzenia ws. ppoż. w zakresie obowiązku aktualizacji instrukcji bezpieczeństwa pożarowego oraz obowiązku przeprowadzenia praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

3. Przestrzeganie praw osób umieszczonych w Ośrodku

1. Okoliczności, w których wobec osób umieszczonych w KOZZD możliwe było zastosowanie przymusu bezpośredniego zostały określone w art. 34 ust. 1 i art. 35 ustawy i zaliczono do nich m.in.: dopuszczenie się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby, zachowanie się w sposób powodujący poważne zakłócenia w funkcjonowaniu Ośrodka, a także prewencyjnie w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza Ośrodkiem lub jeżeli jest to niezbędne dla zapobieżenia jej agresji lub autoagresji. W katalogu dopuszczalnych środków przymusu bezpośredniego¹¹⁸ (art. 36 ust. 1 ustawy) znajdowały się: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie produktów leczniczych, założenie pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa, izolacja oraz użycie: kajdanek, pałki służbowej lub ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

W statystykach Ośrodka odnotowywano przypadki zastosowania danego rodzaju śpb, natomiast nie prowadzono statystyki liczby zdarzeń uzasadniających ich zastosowanie. Zdarzenie uzasadniające zastosowanie śpb mogło skutkować zastosowaniem więcej niż jednego śpb, kolejno lub łącznie¹¹⁹.

W Ośrodku odnotowano:

- w 2021 r. – 1296 przypadków zastosowania śpb, z tego 743 razy użycie kajdanek, 498 razy izolację, siedem razy pasów obezwładniających, trzy razy podanie produktów leczniczych i 45 razy przytrzymanie;
- w 2022 r. – 695 przypadków zastosowania śpb, z tego 430 razy użycie kajdanek, 247 razy izolację, jeden raz pasów obezwładniających, dwa razy podanie produktów leczniczych i 15 razy przytrzymanie;
- w 2023 r. – 640 przypadków zastosowania śpb, z tego 282 razy użycie kajdanek, 336 razy izolację, po jednym razie: użycie pasów obezwładniających i podanie produktów leczniczych i 20 razy przytrzymanie.

(akta kontroli tom II str. 3-7)

W kontrolowanym okresie w KOZZD nie odnotowano przypadków użycia pałki służbowej lub ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację 19 zdarzeń, w związku z którymi pracownicy Ośrodka zastosowali w latach 2021-2023 śpb, obejmujących wszystkie 15 przypadków zastosowania pasów obezwładniających i/lub przymusowego zastosowania produktów leczniczych (samoistnie lub łącznie z innymi śpb) oraz

¹¹⁸ Dalej: śpb.

¹¹⁹ W związku z tym liczba przypadków zastosowania śpb nie jest tożsama z liczbą zdarzeń uzasadniających zastosowanie śpb.

cztery losowo wybrane przypadki zastosowania kajdanek. We wszystkich zbadanych przypadkach sporządzona została karta zastosowania śpb i wpis w księdze raportów pielęgniarских¹²⁰, a kierownik Ośrodka w ciągu 3 dni dokonał oceny zasadności zastosowania śpb i we wszystkich przypadkach uznał je za zasadne.

(akta kontroli tom II str. 8-11)

W dokumentacji zastosowania śpb stwierdzono przypadki niezachowania wymogów, jakim dokumentacja ta powinna odpowiadać, zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego¹²¹ – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

2. Pomieszczenia Ośrodka przeznaczone do przebywania osób stwarzających zagrożenie były wyposażone w urządzenia monitorujące, które zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy umożliwiały stały nadzór nad tymi osobami oraz kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego. Wyjątek stanowiło jedno pomieszczenie, w którym nie zamontowano kamery – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 28-31)

Stosowany na terenie Ośrodka system monitorujący umożliwiał utrwalanie obrazu lub dźwięku, jego przechowywanie oraz trwale usuwanie przechowywanych zapisów.

W KOZZD rejestrowany był jedynie obraz, a opcja pozwalająca na transmisję i rejestrowanie dźwięku była wyłączona.

Kierownik Biura Ochrony wyjaśnił, że transmisja i nagrywanie dźwięku może być włączone na polecenie kierownika Ośrodka w przypadku, gdy nastąpi przerwa w przekazywaniu obrazu ze wszystkich kamer w danym pomieszczeniu, jednakże od początku funkcjonowania Ośrodka nie doszło do takiej sytuacji.

(akta kontroli tom II str. 32-36)

Utrwalanie dźwięku służy realizacji jednego z celów prowadzenia monitoringu w Ośrodku, tj. kontroli stosowania przymusu bezpośredniego. Na ten problem uwagę zwracali także przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich¹²², wskazując, że pełen zapis w postaci obrazu i dźwięku jest szczególnie ważny w momencie rejestrowania przypadków użycia przymusu bezpośredniego i pojawienia się zarzutów niewłaściwego postępowania personelu stosującego przymus, albowiem umożliwia poprawną ocenę praworządności zastosowania śpb, a sama wizja nie oddaje całości sytuacji dla organu kontrolującego.

Obraz z monitoringu pomieszczeń przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych (toalety, łazienki, natryski) przekazywany był zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy, z maskowaniem części tych pomieszczeń, w których zgodnie z prawidłowym przeznaczeniem mogłyby zostać ujawnione intymne części ciała ludzkiego lub intymne czynności fizjologiczne.

(akta kontroli tom II str. 36)

Zapisy utrwalonego obrazu przechowywano przez 182 dni. Dotyczyło to również zapisów z monitoringu dwóch znajdujących się w Ośrodku izolatek, pomimo, iż art. 18e ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹²³ przewiduje, że zapis z monitoringu w pomieszczeniach przeznaczonych do zastosowania śpb w formie izolacji 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. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 36, 337-344, 347-350)

¹²⁰ Dalej: krp.

¹²¹ Dz. U. z 2004 r., poz. 87, dalej: rozporządzenie śpb.

¹²² Dalej: RPO. M.in. w raporcie z wizytacji w KOZZD, Gostynin w 2019 r.

¹²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917; dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Urządzenia, na których przechowywano zapisy umieszczone były w zamykanym na klucz pomieszczeniu, do którego wejście objęte było monitoringiem. Nie były prowadzone książki pracy, raportów z przerw w pracy czy przeglądów technicznych urządzeń rejestrujących.

(akta kontroli tom II str. 32-36)

Według stanu na 31 grudnia 2023 r. do wglądu do bieżącego monitoringu nad osobami stwarzającymi zagrożenie upoważnione były (przez kierownika Ośrodka) wszystkie osoby zatrudnione na stanowiskach pracownika ochrony, pielęgniarki i sanitariusze, a do odtworzenia zarchiwizowanego zapisu i przeniesienia go na osobny nośnik upoważnieni byli imiennie pracownicy biura ochrony i sekcji informatyki (łącznie 261 osób).

(akta kontroli tom II str. 36, 39-47)

Usuwanie zapisów monitoringu odbywało się w sposób zautomatyzowany, poprzez trwałe i nieodwracalne nadpisywanie nagrań starszych niż 182 dni bieżącymi nagraniami. Raz w miesiącu upoważniony pracownik sprawdzał fakt usunięcia starszych zapisów, z czego sporządzał protokół.

(akta kontroli tom II str. 32-36)

W okresie objętym kontrolą stwierdzono przerwy w zapisie monitoringu z części pomieszczeń w Ośrodku (od dwóch do dziewięciu), które trwały łącznie 519 godzin i 12 minut (21 dni, 15 godzin i 12 minut). Pięć razy doszło do utraty zapisów z części kamer (od 16 do 28), w wyniku czego utracono zapisy z części pomieszczeń (od dwóch do dziewięciu) za okres 184 dni. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 48-49, 345-346)

W latach 2021-2023 do Ośrodka wpłynęło 60 wniosków od podmiotów instytucjonalnych o udostępnienie zapisów monitoringu, w tym: w 49 przypadkach na potrzeby toczącego się postępowania karnego lub cywilnego, w trzech przypadkach w związku z koniecznością zabezpieczenia przez Ośrodek zapisu zdarzenia z udziałem osoby stwarzającej zagrożenie oraz w ośmiu na wniosek RPO związany z zastosowaniem śpb. Wszystkie ww. wnioski rozpoznane zostały pozytywnie, zgodnie z § 9 rozporządzenia ws. KOZZD. Ponadto do Ośrodka wpłynęły dwa wnioski osoby umieszczonej w Ośrodku, o zabezpieczenie zapisu zdarzeń z jej udziałem. Wnioski te zostały załatwione odmownie – szczegółowy opis zamieszczono w pkt 4.

(akta kontroli tom II str. 50-51, 333-336)

3. W latach 2021-2023 w KOZZD, na podstawie art. 28 ust. 4 i art. 29 ust. 2 ustawy wydano łącznie 20 zarządzeń o ograniczeniu lub zakazie kontaktu z innymi osobami i/lub zakazie posiadania przedmiotów pozwalających na kontakt na odległość, z tego w 2021 r. – 12 i po cztery w latach 2022-2023. W 18 z ww. zarządzeń zakazano lub ograniczono prawo do kontaktu za pomocą urządzeń do komunikacji na odległość ze względu na podejrzenie popełniania czynów zabronionych przy pomocy tych urządzeń, w tym w jednym przypadku ze względu na udostępnianie łącza internetowego osobie objętej zakazem. Jedno zarządzenie zakazywało odwiedzin ze względu na przekazywanie w ich trakcie napojów alkoholowych, a kolejne kontaktów ze wskazaną osobą (na wniosek tej osoby). Żadne z zarządzeń nie ograniczało ani nie zakazywało kontaktu z przedstawicielem ustawowym, pełnomocnikiem, RPO czy Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

(akta kontroli tom II str. 52-53)

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy osoby stwarzające zagrożenie wniosły do sądu pięć zażaleń na ww. zarządzenia, w tym dwa na to samo zarządzenie. Jedno zażalenie zostało przez sąd odrzucone; kolejne oddalone; w sprawie dwóch zażaleń sąd umorzył postępowanie ze względu na wcześniejsze uchylenie zarządzenia lub upływ terminu, na który zostało wydane; jedno zarządzenie zostało uchylone w części

dotyczącej zakazu korzystania przez pacjenta z tzw. infokiosku oraz wykonywania połączeń telefonicznych z telefonu stacjonarnego znajdującego się w Ośrodku.

(akta kontroli tom II str. 52-53)

Osoby umieszczone w KOZZD miały możliwość wnoszenia pism za pośrednictwem Poczty Polskiej, drogą elektroniczną za pomocą własnych urządzeń z dostępem do internetu oraz urządzeń udostępnionych w oddziałach Ośrodka. Ośrodek pokrywał koszty przesłania korespondencji do sądu osobom, które nie dysponowały własnymi środkami finansowymi.

(akta kontroli tom II str. 15-20)

4. W latach 2021-2023 do kierownika Ośrodka wpłynęło 1212 pism od osób umieszczonych, przebywających w oddziałach w Gostyninie¹²⁴, z czego ponad połowa (638 pism) pochodziła od dwóch osób, zaś 420 pism od osób, które złożyły mniej niż 10 pism rocznie.

(akta kontroli tom II str. 54)

Szczegółowym badaniem objęto próbę 45 pism (po 15 z każdego roku). Treść pism miała charakter skarg, wniosków, w tym o udostępnienie informacji publicznej i zapisów monitoringu, opinii, oświadczeń, postulatów, zapytań, próśb, sugestii, zawiadomień o niewłaściwym postępowaniu innych osób. Poruszane w nich kwestie dotyczyły przeważnie bieżących spraw życia codziennego w Ośrodku. W jednym przypadku (petycja osób przebywających w jednym z oddziałów) odpowiedź została udzielona ustnie oraz w jednym przypadku (oświadczenie) na pismo nie udzielono odpowiedzi. W pozostałych przypadkach odpowiedź pisemna była udzielana w terminie do 21 dni.

(akta kontroli tom II str. 55-56)

Do Ośrodka nie wpłynęły w tym okresie skargi lub wnioski, w rozumieniu działu VIII ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹²⁵, od podmiotów spoza Ośrodka.

(akta kontroli tom IV str. 25, 28)

5. W latach 2021-2023 przeciwko Ośrodkowi złożono 16 pozwów o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych, z tego w: 2021 r. – osiem pozwów, 2022 r. – pięć oraz 2023 r. trzy pozwy. W okresie tym zapadło 16 prawomocnych wyroków, z których w sześciu oddalono powództwo przeciw Ośrodkowi, a w 10 zasądzono od Ośrodka na rzecz powodów łącznie kwotę 67,7 tys. zł. Podstawą faktyczną zasądzonych kwot w jednym przypadku było zastosowanie kary dyscyplinarnej, a w dziewięciu przypadkach – złe warunki bytowe (przeludnienie), w tym w trzech również pozbawienie telefonu komórkowego, brak możliwości spędzania wolnego czasu na zewnątrz lub stosowanie kar dyscyplinarnych.

(akta kontroli tom II str. 4, 57)

Dyrektor wyjaśniła, że podstawowym zarzutem wobec Ośrodka jest przeludnienie, wpływające na warunki bytowe przebywających w Ośrodku osób, zaś minimalizacja tego stanu musi nastąpić na poziomie systemowym, niezależnym od Ośrodka, poprzez zabezpieczenie środków finansowych i wybudowanie nowej siedziby. Wyjaśniła ponadto, że w ramach działań bieżących w celu poprawy warunków bytowych i zminimalizowania podstaw faktycznych potencjalnych pozwów podjęto m.in. następujące działania: wydłużono pacjentom czas przebywania na spacerach, na korytarzach zamontowano klimatyzatory, umożliwiono prowadzenie ogródka, zmieniono kolorystykę strojów pracowników ochrony, zapewniono dostęp do internetu w formie „infokiosku” w każdym oddziale, umożliwiono posiadanie własnych urządzeń do komunikacji z internetem i odbiorników TV do 12 cali, odstąpiono od prewencyjnego stosowania kajdanek wobec pacjentów powyżej 70 roku życia,

¹²⁴ W 2021 r. wpłynęły 393 pisma; w 2022 r. – 281 pism; w 2023 r. – 538 pism.

¹²⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 572; dalej: kpa.

z widoczną niepełnosprawnością lub z pozytywną opinią dotyczącą opuszczenia Ośrodka, odwiedziny u pacjentów odbywają się bez udziału pracownika ochrony.

(akta kontroli tom II str. 337-344)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dokumentację stosowania śpb sporządzano z naruszeniem wymogów określonych w rozporządzeniu śpb, tj.:
 - w 15 przypadkach dokumentacja nie zawierała uzasadnienia wyboru zastosowania danego śpb lub uzasadnienie to było jedynie pozorne – w formie powtarzanego w dokumentacji różnych zdarzeń zwrotu: „Stopień przejawianej agresji uzasadniał zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci...”. Było to niezgodne z § 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia śpb, który stanowi, że w dokumentacji z zastosowania przymusu bezpośredniego, oprócz wskazania przyczyny zastosowania przymusu, należy wskazać przyczyny uzasadniające wybór rodzaju zastosowanego przymusu;
 - w czterech zbadanych przypadkach zastosowania kajdanek w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza Ośrodkiem, w krp nie odnotowano zastosowania śpb, co było niezgodne z § 2 ust. 2 rozporządzenia śpb, według którego informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w krp;
 - w 14 z 15 badanych wpisów w krp podano jedynie inicjały osób decydujących o zastosowaniu śpb i wykonujących ten przymus, co było niezgodne z § 2 ust. 2 pkt 1-2 rozporządzenia śpb, według których w krp odnotowuje się imiona i nazwiska tych osób;
 - w Ośrodku pracownicy ochrony sporządzali notatki służbowe jedynie z zastosowania śpb, o których sami decydowali, a nie z każdego zastosowania przez nich śpb¹²⁶, co było niezgodne z art. 44 ust. 1 ustawy i § 3 rozporządzenia śpb.

Dyrektor wyjaśniła, że personel podejmujący decyzję o zastosowaniu danego śpb bierze pod uwagę wiedzę o pacjencie i jego dotychczasowe funkcjonowanie, jak również obserwację nieprawidłowych zachowań na przestrzeni kilku dni. Oświadczyła jednocześnie, że od marca 2024 r. w dokumentacji medycznej odnotowywane będzie każde użycie kajdanek, a w krp będą wpisywane pełne dane pracowników. W zakresie sporządzania notatek służbowych przez pracowników ochrony Dyrektor wyjaśniła, że taki sposób dokumentowania funkcjonuje od początku działania Ośrodka, stosownie do treści komentarza do ustawy pod redakcją P. Drebnickiego i B. Kmiecika: *Zgodnie z brzmieniem art. 44 ust. 1 obowiązek udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego ciąży na pracowniku ochrony. Przy czym tylko tym, który zdecydował o jego zastosowaniu.*

(akta kontroli tom II str. 8-27)

NIK nie podziela oceny o prawidłowości powyższej interpretacji. Na zasadzie *lege non distinguente*¹²⁷ art. 44 ust. 1 ustawy nie różnicuje obowiązków pracownika ochrony w zależności od tego, czy zastosował śpb, o którym sam zdecydował, czy też jedynie zastosował śpb zaordynowany przez inną uprawnioną osobę.

2. Nie objęto monitoringiem pomieszczenia nr 152 w budynku portierni, przeznaczonego na WC dla pacjentów i personelu, czym naruszono art. 7 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym teren Ośrodka i znajdujące się na nim pomieszczenia

¹²⁶ Przypadki takie nie wystąpiły w badanej próbie.

¹²⁷ *Lege non distinguente nec nostrum est distinguere*. Gdy ustawa nie rozróżnia, nie do nas należy rozróżnianie.

muszą być wyposażone w urządzenia monitorujące, umożliwiające stały nadzór nad osobami umieszczonymi w Ośrodku.

Dyrektor wyjaśniła, że pomieszczenie to jest przeznaczone wyłącznie do użytku przez personel lub osoby odwiedzające pacjentów.

NIK zauważa, że wyjaśnienie to stoi w sprzeczności z przedłożonym i podpisanym przez Dyrektora zestawieniem pomieszczeń Ośrodka, w którym przeznaczenie ww. pomieszczenia zostało opisane jako: „WC pacjentów i personelu”.

(akta kontroli tom II str. 28-31, 337-344)

3. W Ośrodku zapisy z monitoringu dwóch izolatek były przechowywane przez 182 dni, co było niezgodnie z art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, według którego zapis z monitoringu w pomieszczeniach przeznaczonych do zastosowania śpb w formie izolacji przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania.

Dyrektor wyjaśniła, że system monitoringu Ośrodka opierał się na ustawie, uchwalonej 22 listopada 2013 r., w której pierwotnie okres przechowywania zapisów określono na 10 miesięcy, natomiast przepis dotyczący przechowywania zapisów z izolatek przez 12 miesięcy wprowadzono w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w 2019 r. Ponadto istniały wątpliwości, czy zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie monitoringu stanowią *lex specialis* w stosunku do ustawy. W wyniku wskazań RPO i Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w regulaminie organizacyjnym Ośrodka od 20 września 2023 r. wprowadzono zapis dotyczący przechowywania nagrań z monitoringu izolatek przez 12 miesięcy, w związku z czym dopiero od tej daty zapisy te będą przenoszone na odrębny nośnik i przechowywane przez dodatkowe sześć miesięcy.

(akta kontroli tom II str. 36, 337-344, 347-350, 353-356)

NIK zwraca uwagę, że w dacie udzielania wyjaśnień Ośrodek nie dysponował zapisami z izolatek starszymi niż sześć miesięcy. W ocenie NIK z chwilą wprowadzenia zmian w regulaminie organizacyjnym, tj. 20 września 2023 r., możliwe było zarchiwizowanie istniejących nagrań z izolatek za okres od 20 marca 2023 r.

4. W latach 2021-2023 w Ośrodku miały miejsce przerwy w zapisie monitoringu oraz utrata zapisów z kamer z części pomieszczeń (od dwóch do dziewięciu), dostępnych dla osób umieszczonych w KOZZD, co stanowiło naruszenie obowiązków wynikających z art. 7 ust. 1, ust. 2 i ust. 5 ustawy, w zakresie stałego nadzoru nad tymi osobami, utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku i przechowywania zapisów z monitoringu. Ponadto wskazywało to, iż stosowany w Ośrodku system telewizji wewnętrznej, wbrew § 6 ust. 3 rozporządzenia ws. KOZZD, nie był przystosowany do pracy ciągłej i nie posiadał właściwych zabezpieczeń w przypadku zaniku napięcia zasilającego.

Przerwy w zapisie monitoringu trwały łącznie 519 godzin i 12 minut (tj. 21 dni, 15 godzin i 12 minut) i były spowodowane m.in. samoistnym wyłączeniem systemu rejestracji, awarią dysku, przerwą w zasilaniu, pracami w celu zmiany konfiguracji systemu. Pięć razy doszło do utraty zapisów z części kamer (od 16 do 28), w wyniku czego utracono zapisy za okres 184 dni. Przyczyną utraty zapisów były awarie dysków.

Dyrektor wyjaśniła, że awarie wynikały z wyeksploatowania poszczególnych elementów systemu oraz że w inwestycjach planowanych na 2025 r. Ośrodek zamierza wystąpić do MZ o środki finansowe na modernizację całego systemu monitoringu, funkcjonującego od 10 lat i wykazującego zużycie, również

ze względu na niekompatybilność aplikacji rejestrującej z aktualnymi systemami operacyjnymi sprzętu komputerowego.

(akta kontroli tom II str. 48-49, 64-98, 337-346)

W ocenie NIK za nierzetelne należy uznać niepodjęcie wcześniejszych działań w celu modernizacji systemu monitoringu, zważywszy, że przerwy w zapisach odnotowano już w pierwszej połowie 2021 r.¹²⁸, a w 2023 r. przybrały one charakter masowy¹²⁹. W latach 2021-2022 odnotowano także trzy przypadki awarii serwerów, w wyniku których utracono całkowicie zapisy z od dwóch do dziewięciu pomieszczeń (od 24 do 28 kamer). Pomimo tych zdarzeń Dyrektor nie wnioskował o przyznanie środków finansowych na wymianę czy modernizację systemu monitoringu.

(akta kontroli tom II str. 48-49, 64-98, 337-346)

5. Dyrektor KOZZD odmówił osobie umieszczonej w Ośrodku dostępu do informacji publicznej, bez zachowania przewidzianej przepisami prawa formy (tj. decyzji). Pismem z 13 września 2021 r. osoba przebywająca w Ośrodku wystąpiła do Dyrektora o podanie liczby zatrudnionych w Ośrodku pracowników ochrony. Zgodnie z art. 1 ust. 1 i art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej¹³⁰ każdemu przysługuje prawo dostępu do informacji publicznej, natomiast Ośrodek jest podmiotem zobowiązanym do udostępnienia takiej informacji zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ww. ustawy. Zgodnie z art. 16 ust. 1-2 odmowa udostępnienia informacji publicznej następuje w drodze decyzji administracyjnej.

Pismem z 20 września 2021 r. Dyrektor poinformował wnioskodawcę, że „liczba zatrudnionych w Ośrodku pracowników nie jest podawana do wiadomości pacjentów”. W piśmie nie podano innych informacji, w szczególności podstawy prawnej, uzasadnienia faktycznego i prawnego, ani pouczenia o przysługujących środkach odwoławczych.

Dyrektor wyjaśniła, że wniosek został potraktowany jako zwykłe pismo pacjenta dotyczące informacji związanych z jego pobytem w Ośrodku, do których zastosowanie ma art. 32 ust. 2 ustawy, a nie dział VIII kpa. Pismo nie zostało potraktowane jako wniosek o udostępnienie informacji publicznej, a odmowa przybrała formę zwykłego pisma. Dyrektor wyjaśniła również, że Ośrodek, z racji swojej specyfiki i specyfiki osób w nim przebywających, ze względów bezpieczeństwa, co do zasady nie udziela pacjentom informacji dotyczących osób zatrudnionych w Ośrodku.

(akta kontroli tom II str. 331-332, 337-344)

W ocenie NIK dokonana przez Dyrektora interpretacja wniosku i art. 32 ust. 2 ustawy jest nieprawidłowa. Przepis ten pełni funkcję gwarancyjną dla osób umieszczonych w Ośrodku w związku z pobytem w nim, natomiast nie stanowi *lex specialis* wobec przepisów prawa powszechnie obowiązujących, w tym nie pozbawia ich uprawnienia do dostępu do informacji publicznej. W niniejszym przypadku jeśli w ocenie Dyrektora istniały przesłanki ustawowe do odmowy jej udzielenia, określone w art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej¹³¹, należało wydać decyzję administracyjną spełniającą wymogi określone w art. 107 kpa.

6. Wnioskami z 30 marca i 27 sierpnia 2021 r. osoba przebywająca w Ośrodku wystąpiła do Dyrektora o zabezpieczenie zapisów monitoringu z jej udziałem ze wskazanych pomieszczeń i terminów (data i godzina), uzasadniając to potrzebą wykorzystania tych zapisów w związku z dokonaniem na jej szkodę

¹²⁸ Trzy przypadki, obejmujące od dwóch do dziewięciu pomieszczeń przez łącznie 230 godzin 39 minut.

¹²⁹ 52 przypadki obejmujące od dwóch do dziewięciu pomieszczeń przez łącznie 288 godzin 33 minuty.

¹³⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 902; dalej: ustawa o dostępie do informacji publicznej.

¹³¹ W brzmieniu obowiązującym w chwili udzielania odpowiedzi.

przestępstw kradzieży z użyciem przemocy i naruszenia nietykalności cielesnej. Pismami odpowiednio z 13 kwietnia i 31 sierpnia 2021 r, Dyrektor odmówił zabezpieczenia i udostępnienia wskazanych zapisów, uzasadniając, iż zgodnie z § 9 Rozporządzenia KOZZD „kierownik Ośrodka udostępni zapis na piśmie wniosek uprawnionego podmiotu, w związku z powyższym monitoring może zostać zabezpieczony i udostępniony jedynie na wniosek odpowiedniej instytucji”.

(akta kontroli tom II str. 333-336)

W ocenie NIK odmowa zabezpieczenia i udostępnienia wnioskodawcy zapisów monitoringu była bezprawna. Art. 15 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r.¹³² stanowi, że osoba, której dane dotyczą jest uprawniona do uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe jej dotyczące, a jeżeli ma to miejsce, jest uprawniona do uzyskania dostępu do nich. Przywołany § 9 rozporządzenia ws. KOZZD nie wyłącza osób przebywających w Ośrodku, których wizerunek został zarejestrowany, z grona podmiotów uprawnionych do dostępu do zapisu monitoringu. Podmiot zobowiązany do udostępnienia danych powinien mieć jednak na uwadze obowiązek ochrony danych innych osób, których wizerunek został zarejestrowany. Niezależnie od powyższego Dyrektor powinien zapoznać się z zapisem, a następnie w przypadku stwierdzenia, że doszło do popełniania czynu zabronionego zawiadomić właściwe organy.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą wobec osób umieszczonych stosowano przewidziane w ustawie śpb, a informacje o ich zastosowaniu odnotowywano w indywidualnej oraz zbiorczej dokumentacji medycznej. Prowadzona dokumentacja nie odpowiadała jednak w pełni wymogom wynikającym z ustawy oraz rozporządzenia śpb. Pomieszczenia dostępne dla osób umieszczonych, za wyjątkiem jednego, objęto monitoringiem, jednak stosowany w Ośrodku system telewizji wewnętrznej podlegał awariom, w wyniku których wystąpiły przerwy w nagraniach lub utracono część zapisów z monitorowanych pomieszczeń. Tym samym w Ośrodku naruszono przepisy ustawy dotyczące stałego nadzór nad osobami umieszczonymi, utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku i przechowywania zapisów z monitoringu. Ponadto zapisy z monitoringu dwóch izolatek przechowywano przez okres krótszy, niż przewidziany w art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

4. Prawidłowość wydatkowania środków publicznych

1. Wydatki KOZZD na 2021r. zaplanowano pierwotnie w kwocie 51 750,5 tys. zł. Plan wydatków zwiększono do 56 886,9 tys. zł (tj. o 5136,4 tys. zł – 9,9%), z czego kwotę 8 837,9 tys. zł stanowiły wydatki niewygasające z końcem tego roku. Największe zwiększenie nastąpiło w paragrafie 401 – Wynagrodzenia osobowe pracowników – z 27.290 tys. zł do 31.730,6 tys. zł, tj. o 16,3% i wynikało m.in. z podwyżek wynagrodzeń, w związku z ustawą z 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹³³. Wydatki zrealizowano w kwocie 48 048,5 tys. zł, tj. 84,5% planu po zmianach. Najniższe wykonanie dotyczyło grupy wydatków majątkowych¹³⁴ i wynosiło 2845,5 tys. zł. Stanowiło to 28,8% planu po zmianach¹³⁵, przy czym 99,9% niewykonanych wydatków (7 037,9 tys. zł) stanowiły wydatki niewygasające z końcem 2021 r.

¹³² W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: RODO.

¹³³ Dz. U. z 2021 r., poz. 1104.

¹³⁴ W paragrafach 605 i 606.

¹³⁵ W kwocie 9883,5 tys. zł.

Na rok 2022 wydatki zaplanowano w kwocie 44 020,6 tys. zł. W trakcie roku plan zwiększono do 65 104,9 tys. zł (tj. o 21 084,3 tys. zł – 47,9%). Największe zwiększenie, o 13 046,3 tys. zł (44,5%), dotyczyło wynagrodzeń osobowych pracowników i wynikało m.in. z podwyżek wynagrodzeń zgodnie z ustawą z 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹³⁶. Wydatki zrealizowano w kwocie 60 966,3 tys. zł, tj. 93,6% planu po zmianach. W grupie wydatków bieżących (paragraf 400), w której pierwotnie zaplanowano 3200,0 tys. zł, wykonanie wyniosło 4008,3 tys. zł (tj. 63,4% planu po zmianach¹³⁷).

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że plan wydatków bieżących zwiększono w związku z otwarciem Oddziału zamiejscowego w Czersku, jednak ze względu na niższe, niż planowane, zatrudnienie w OZ zmniejszyły się wydatki bieżące.

Na rok 2023 wydatki zaplanowano w kwocie 62 517,2 tys. zł. W trakcie roku plan wydatków zwiększono do 87 509,4 tys. zł (tj. o 24 992,2 tys. zł – 40,0%). Największy wzrost odnotowano w grupie wydatków bieżących, w paragrafie 400 o 5 407,3 tys. zł (163,9%) oraz w paragrafie 401 o 16 230 tys. zł (37,4%). Zwiększenie wynikało m.in. z podwyżki wynagrodzeń od 1 lipca 2023 r., na podstawie art. 3a ustawy z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych¹³⁸. Wydatki zrealizowano w kwocie 82 465,2 tys. zł, tj. 94,2% planu po zmianach.

(akta kontroli tom II str. 12-20, 58-190)

Łącznie w latach 2021-2023 Ośrodek wydatkował 195 608,7 tys. zł, w tym 139 304,7 tys. zł (71,2%) na wynagrodzenia, 49 298,2 tys. zł (25,2%) na pozostałe wydatki bieżące i 6784,6 tys. zł (3,5%) na wydatki majątkowe. W latach 2021-2023 Ośrodek zapewnił pobyt osobom stwarzającym zagrożenie łącznie przez 105 007 osobodni¹³⁹, co daje przeciętny koszt pobytu w Ośrodku jednej osoby stwarzającej zagrożenie w wysokości 1863 zł za dobę¹⁴⁰.

(akta kontroli tom II str. 58-62, 191)

Szczegółowym badaniem, w zakresie zgodności ustalonych wynagrodzeń z obowiązującymi przepisami, objęto wynagrodzenia losowej próby 10 pracowników Ośrodka, w tym sześciu mających bezpośredni kontakt z osobami umieszczonymi. We wszystkich zbadanych przypadkach wynagrodzenie zostało ustalone zgodnie z ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁴¹ oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej¹⁴².

(akta kontroli tom II str. 351)

2. W 2016 r. został sporządzony pierwszy program inwestycji dotyczący budowy docelowego 60-lóżkowego KOZZD i opracowana dokumentacja projektowa nowego budynku, na podstawie której 25 sierpnia 2017 r. uzyskano pozwolenie na budowę. Według ww. dokumentacji wartość kosztorysowa inwestycji wynosiła 47 255,0 tys. zł. Realizacja inwestycji, w tym uruchomienie procedury przetargowej, zostało uzależnione od ustawowego zabezpieczenia środków na ten cel, na cały okres inwestycji. Konieczna była zmiana limitów wydatków budżetu państwa, określonych w art. 56 ust. 2 ustawy. Ze względu na brak zamian ustawie w ww. zakresie do 2021 r. inwestycja nie została rozpoczęta.

¹³⁶ Dz. U. poz. 1352.

¹³⁷ W kwocie 6323,3 tys. zł.

¹³⁸ Dz. U. z 2022 r., poz. 2139.

¹³⁹ Suma liczby dni, przez jaką każda z osób stwarzających zagrożenie przebywała w Ośrodku w tym okresie; w tym: 33 846 osobodni w 2021 r., 35 346 osobodni w 2022 r. i 35 815 osobodni w 2023 r.

¹⁴⁰ Tj. 1420 zł za dobę w 2021 r., 1842 zł za dobę w 2022 r. i 2303 zł za dobę w 2023 r.

¹⁴¹ T.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

¹⁴² Dz. U. z 2023 r. poz. 2281, ze zm.

Z dniem 20 czerwca 2021 r.¹⁴³ do ustawy wprowadzono nowe limity wydatków, w tym w roku: 2022 – 94 925 630 zł (wzrost o 74 925 630 zł) oraz 2023 – 100 668 250 zł (wzrost o 80 668 250 zł).

W dniu 23 lipca 2021 r. Dyrektor Ośrodka zawnioskował do Ministra o wydanie decyzji budżetowej i przyznanie kwoty 2 837,9 tys. zł na zadanie inwestycyjne pn. „Budowa docelowego 60-lóżkowego KOZZD”, wskazując, że pozwoli to na rozpoczęcie inwestycji zaplanowanej pierwotnie na lata 2016-2023 o łącznej wartości 62 152,8 tys. zł. Wnioskowana kwota miała zostać przeznaczona na karczowanie drzew i krzewów na nieruchomości, wykonanie instalacji elektrycznej, roboty ziemne, opłatę za przyłącze gazowe i nadzór inwestorski. Środki przyznano 17 września 2021 r. W dniu 9 listopada 2021 r. MZ poinformowało KOZZD¹⁴⁴, że zabezpiecza środki na realizację inwestycji, w ww. łącznej wartości i pozwala na rozpoczęcie procedur przetargowych.

Analiza dokumentacji kosztorysowej i projektowej, przeprowadzona przez Ośrodek w 2022 r., m.in. w związku z przygotowaniami do ogłoszenia przetargu wykazała, że zmiany przepisów budowlanych, w szczególności w zakresie materiałów, technologii i obowiązku zastosowania odnawialnych źródeł energii, spowodowały konieczność aktualizacji dokumentacji projektowej, co potwierdził przeprowadzony audyt, zlecony w pierwszym kwartale 2022 r., a zakończony 20 maja 2022 r., za kwotę 47,2 tys. zł.

O przewidywanym wszczęciu postępowania o udzielenie zamówienia na aktualizację dokumentacji projektowej Ośrodek poinformował Ministra 3 marca 2023 r., wnosząc o zapewnienie środków na ten cel. Natomiast 27 września 2023 r. KOZZD poinformował MZ, że środki na inwestycję nie będą uruchamiane w 2023 r., gdyż podstawą jej realizacji będzie zaktualizowany program inwestycji, który jest na finalnym etapie opracowania. Wylonienie wykonawcy aktualizacji dokumentacji projektowej nastąpi po akceptacji zaktualizowanego programu. 16 października 2023 r. Minister poinformował o cofnięciu decyzji o zapewnieniu finansowania inwestycji. Zaktualizowany program Ośrodek przekazał do MZ 31 października 2023 r. Wg programu wartość kosztorysową inwestycji, planowanej do realizacji w latach 2024-2027, określono na 148 580,00 tys. zł.

21 grudnia 2023 r. Minister poinformował Ośrodek o zakończeniu realizacji inwestycji w dotychczasowym kształcie oraz konieczności zrewidowania założeń inwestycji i wznowienia jej w nowej formule.

W latach 2021-2023 Ośrodek w związku z inwestycją poniósł łączne wydatki w kwocie 57,1 tys. zł.

(akta kontroli tom II str. 66, 108, 296-322, 337-344, 383-476)

3. W kontrolowanym okresie w Ośrodku, zgodnie z art. 23 ust. 1 i 4 Pzp, terminowo sporządzano, publikowano i aktualizowano plany zamówień publicznych.

(akta kontroli tom II str. 352)

Szczegółowym badaniem objęto dwa zamówienia publiczne udzielone przez Ośrodek w trybie Pzp.

Zamówienie na realizację usługi zakupu i dostawy żywności na bazie kuchni dostawcy dla pacjentów KOZZD w Gostyninie, o szacunkowej wartości 620 tys. zł brutto¹⁴⁵, zostało udzielone w trybie podstawowym, zgodnie z art. 275 Pzp. W toku postępowania żaden z wykonawców nie wniósł odwołania. Z wybranym wykonawcą w dniu 21 września 2021 r. zawarto umowę, na kwotę wynagrodzenia

¹⁴³ Na podstawie art. 1 pkt 3 ustawy z 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, Dz. U. z 2021 r. poz. 931.

¹⁴⁴ W piśmie zn.: OII.3172.6.2019.GL.

¹⁴⁵ Ogłoszone w Biuletynie Zamówień Publicznych (daje: BZP) w dniu 18 sierpnia 2021 r., pod numerem 2021/BZP 00152862/01.

536,6 tys. zł., tj. 18,33 zł za jeden osobodzień żywienia. Z tytułu realizacji umowy wykonawca otrzymał wynagrodzenie w łącznej kwocie 591,3 tys. zł.

Zamówienie na realizację usługi zakupu i dostawy żywności na bazie kuchni dostawcy dla pacjentów KOZZD w Gostyninie, o szacunkowej wartości 650 tys. zł brutto¹⁴⁶, zostało udzielone w trybie podstawowym, zgodnie z art. 275 Pzp. W toku postępowania żaden z wykonawców nie wniósł odwołania. Z wyłonionym wykonawcą w dniu 21 września 2022 r. zawarto umowę na kwotę 494,1 tys. zł, tj. 19,34 zł za jeden osobodzień żywienia. W ramach realizacji umowy wykonawca otrzymał wynagrodzenie w łącznej kwocie 581,0 tys. zł.

W badanych postępowaniach nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli tom II str. 192-225, 337-340)

Badaniem szczegółowym objęto również cztery zamówienia udzielone przez Ośrodek bez zastosowania Pzp. Zamówienia te dotyczyły dostawy samochodów i zrealizowano je w 2021 r., w wyniku zastosowania wewnętrznej procedury udzielania przez Ośrodek zamówień o wartości do 130 tys. zł, w tym na podstawie:

- umowy z 27 sierpnia 2021 r. na dostawę samochodu marki Opel Insignia Grant Sport, rocznik 2021, za kwotę 85,1 tys. zł netto; samochód dostarczony przez wykonawcę i odebrany protokołem odbioru w dniu 6 grudnia 2021 r. ;

- umowy z 20 października 2021 r. na dostawę samochodu Hyundai Elantra Smart, rocznik 2021, za kwotę 70,6 tys. zł netto; samochód dostarczony przez wykonawcę i odebrany protokołem odbioru w dniu 29 października 2021 r.

- umowy z 25 października 2021 r. na dostawę samochodu Opel Movano, rocznik 2021, za kwotę 105,6 tys. zł netto; samochód dostarczony przez wykonawcę i odebrany protokołem odbioru w dniu 10 listopada 2021 r.

- umowy z 25 października 2021 r. na dostawę samochodu SsangYong Korando, rocznik 2021, za kwotę 73,2 tys. zł netto; samochód dostarczony przez wykonawcę i odebrany protokołem odbioru w dniu 21 grudnia 2021 r.

We wszystkich ww. zamówieniach, w opublikowanych przez Ośrodek zapytaniach ofertowych jako przedmiot zamówienia wskazano konkretną markę, model i rok produkcji samochodu – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 226-288)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dniach 20 i 25 października 2021 r. Ośrodek zrealizował zakup trzech samochodów, z naruszeniem art. 29 ust. 2 Pzp, który stanowi, że zamawiający nie może dzielić zamówienia na odrębne zamówienia, jeżeli prowadzi to do niestosowania przepisów ustawy, chyba że jest to uzasadnione obiektywnymi przyczynami. Było to również niezgodne z art. 30 ust. 2 Pzp, w myśl którego w przypadku gdy zamawiający planuje nabycie podobnych dostaw, wartością zamówienia jest łączna wartość podobnych dostaw, nawet jeżeli zamawiający udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania, lub dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. W Ośrodku nie skorzystano jednak z możliwości udzielenia zamówienia w trybie Pzp w częściach, zgodnie z art. 91 ust 1. Pzp.

Po zakupie pierwszego samochodu, na podstawie umowy z 27 sierpnia 2021 r. za kwotę 85,1 tys. zł, Ośrodek zaplanował zakup przed końcem 2021 r. trzech kolejnych samochodów. Łączna szacunkowa wartość wskazywała, że wraz z zakupem kolejnego samochodu zostanie przekroczony próg 130 tys. zł. W świetle powyższego obowiązkiem Dyrektora jako zamawiającego było udzielenie zamówień na dostawę trzech kolejnych samochodów z zastosowaniem

¹⁴⁶ Ogłoszone w BZP w dniu 18 sierpnia 2022 r., pod numerem 2022/BZP 00309461/01.

Pzp. Dyrektor, na podstawie wewnętrznego regulaminu¹⁴⁷, udzielił zamówień na dostawę ww. samochodów za łączną kwotę 350,8 tys. zł. netto, tj. przekraczającą próg określony w art. 2 ust. 1 pkt 1 Pzp.

Dyrektor KOZZD wyjaśniła, że MZ przyznało środki finansowe na zakup trzech samochodów 30 września 2021 r. Wstępna analiza rynku doprowadziła do wniosku o małej dostępności pojazdów, które spełniałyby wymagania KOZZD i związanym z tym ryzykiem, że zamówienia nie zostaną zrealizowane do 31 grudnia 2021 r. Wyjaśniła ponadto, że pilna potrzeba wyposażenia KOZZD w samochody była związana z obowiązkiem utworzenia i wyposażenia Oddziału zamiejscowego w Czersku, który miał przyjąć pierwszych pacjentów po 1 stycznia 2022 r. W tych okolicznościach uznano, że istnieją obiektywne okoliczności uprawniające do podziału zamówienia na części. Na podstawie wstępnych ofert ustalono, że żadne z zamówień nie przekroczy kwoty 130 tys. zł i zamówienia przeprowadzono zgodnie z wewnętrznym regulaminem. Dyrektor wyjaśniła również, że pomimo udzielania zamówień bez zastosowania Pzp, zachowano wymogi określone w art. 16, art. 18 ust. 1 i art. 20 ust. 1-2 Pzp, tj. zasady uczciwej konkurencji, przejrzystość, proporcjonalność, jawność i pisemność.

(akta kontroli tom II str. 226-295)

W ocenie NIK opisane powyżej okoliczności nie zwalniały Ośrodka z udzielenia zamówienia na dostawę trzech kolejnych pojazdów z zastosowaniem Pzp. W zaistniałych okolicznościach KOZZD mógł skorzystać z trybu, o którym mowa w art. 91 Pzp i udzielić zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania o udzielenie zamówienia lub dopuszczenia możliwości składania ofert częściowych w ramach jednego postępowania o udzielenie zamówienia, określając zakres i przedmiot części oraz wskazując czy ofertę można składać w odniesieniu do jednej, kilku lub wszystkich części zamówienia.

NIK zauważa również, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem¹⁴⁸, na gruncie przepisów Pzp zamawiający, określając warunki uczestnictwa w postępowaniu, nie może czynić tego w taki sposób, aby umożliwić udział w postępowaniu jedynie konkretnemu wykonawcy lub wykonawcom konkretnego produktu, o ściśle oznaczonych przez zamawiającego parametrach. Tym samym sformułowanie w zapytaniach ofertowych wymogu dostarczenia pojazdu konkretnej marki i modelu, zamiast opisu oczekiwanych jego parametrów, nie zapewnia równego traktowania wykonawców.

2. Działaniem nierzetelnym było wnioskowanie w lipcu 2021 r. o środki na zadanie inwestycyjne pn. „Budowa docelowego 60-lóżkowego KOZZD”, a następnie o zgodę na rozpoczęcie procedury przetargowej na realizację całej inwestycji, przed dokonaniem analizy aktualności posiadanej dokumentacji. Działania związane z przeprowadzeniem audytu, sporządzonej w 2016 r. dokumentacji projektowej podjęto dopiero w pierwszym kwartale 2022 r., pomimo upływu lat i wprowadzanych w tym czasie zmian w programie inwestycji, w tym skutkujących zwiększaniem jej wartości kosztorysowej, do 55 100,00 tys. zł w 2019 r., a następnie do 62 152,8 tys. zł w 2020 r.

Dyrektor wyjaśniła, że weryfikację dokumentacji rozpoczęto po uzyskaniu zgody MZ na rozpoczęcie postępowania przetargowego. Według wyjaśnień Dyrektor, w związku z ciągłymi zmianami prawnymi, aktualizacja dokumentacji projektowej przed uzyskaniem ww. zgody mogłaby spowodować, że ponownie by się

¹⁴⁷ Regulamin udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonych w złotych polskich kwoty 130.000 – wprowadzony na podstawie zarządzenia Dyrektora KOZZD z dnia 31 grudnia 2020 r., obowiązujący w KOZZD od 1 stycznia 2021 r.; dalej: wewnętrzny regulamin.

¹⁴⁸ Np. wyrok SO w Gdańsku z 6 maja 2009 r., XII Ga 143/09.

zdezaktualizowała, zanim rozpoczęto by procedurę przetargową, co skutkowałoby niegospodarnym wydatkowaniem środków publicznych.

(akta kontroli tom II str. 66, 108, 296-322, 337-344, 383-476)

NIK zauważyła, że audyt przeprowadzono za kwotę 47,2 tys. zł, relatywnie marginalną w stosunku do szacunkowego kosztu całej inwestycji (0,08% wartości kosztorysowej z 2020 r.) i finalnie sfinansowano ją z wydatków bieżących KOZZD. W ocenie NIK brak rzetelnych działań w zakresie analizy aktualności posiadanej dokumentacji był jednym z czynników, które spowodowały niewykorzystanie środków przyznanych na inwestycję i faktyczne jej nierozpoczęcie do dnia zakończenia kontroli NIK.

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2021-2023 KOZZD zrealizował wydatki w kwotach nieprzekraczających wartości ujętych w planie finansowym po zmianach. Najwyższe środki przeznaczono na wynagrodzenia (71,2% wydatków łącznie) oraz na pozostałe wydatki bieżące (25,2%). Najniższy udział w wydatkach ogółem stanowiły wydatki majątkowe, poniesione w tym czasie w łącznej kwocie 6784,6 tys. zł (3,5%), pomimo że na lata objęte kontrolą Ośrodek uzyskał zapewnienie finansowania inwestycji budowy docelowego 60-lóżkowego KOZZD, w łącznej kwocie 62 152,8 tys. zł. Ośrodek nie rozpoczął realizacji ww. inwestycji, co było związane z koniecznością aktualizacji opracowanej w 2016 r. dokumentacji projektowej. Działania w tym zakresie KOZZD podjął dopiero po wystąpieniu do MZ o zgodę na rozpoczęcie procedury przetargowej, w pierwszym kwartale 2022 r., co NIK ocenia jako nierzetelne. Stwierdzono również nieuprawnione pominięcia stosowania Pzp do trzech zamówień zrealizowanych w październiku 2021 r., których przedmiotem były samochody, a ich łączna wartość przekraczała próg ustawowy, określony w art. 2 ust. 1 pkt 1 Pzp, tj. 130 tys. zł.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Rzetelne sporządzanie IPT i zamieszczanie w nich informacji o zaleconym przez psychiatrę leczeniu farmakologicznym oraz o czasie i dawkach podawania leków.
2. Rzetelną i systematyczną weryfikację szczegółowych IPT.
3. Zamieszczenie w opiniach psychiatryczno-psychologicznych oceny poziomu realizacji IPT oraz informacji o ewentualnej potrzebie jego zmiany.
4. Wyegzekwowanie od wykonawcy programu Optimed należnych kar umownych.
5. Opracowanie, na piśmie, aktualnych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności dla wszystkich pracowników KOZZD.
6. Zapewnienie zgodności struktury organizacyjnej Ośrodka i składu kadry z treścią Statutu i regulaminu organizacyjnego.
7. Przeprowadzenie ewaluacji szkoleń z zakresu stosowania technik interwencji, zrealizowanych przez pracowników służby ochrony i zapewnienie rzetelnego nadzoru w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem weryfikacji potrzeb wielokrotnego udziału w tym samym szkoleniu.
8. Opracowanie i wdrożenie transparentnych i jednolitych zasad prowadzenia naboru pracowników do KOZZD, zapewniających prowadzenie otwartej, konkurencyjnej i przejrzystej rekrutacji oraz wyłonienie najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy.
9. Zapewnienie, z uwzględnieniem możliwości przestrzennych i funkcjonalnych, aby umeblowanie sal łóżkowych i innych pomieszczeń, z których korzystają pacjenci, było zgodne z wymogami w § 3 ust. 3 pkt 4 i ust. 4 pkt 2 rozporządzenia ws. KOZZD.

10. Zapewnienie prawidłowego monitoringu pomieszczenia nr 319 w budynku głównym oraz pomieszczenia nr 152 w budynku portierni.
11. Wyposażenie wszystkich drzwi zewnętrznych budynku głównego w system czujek podczerwieni sygnalizujący próbę opuszczenia Ośrodka.
12. Prowadzenie oddzielnych ksiąg obiektu budowlanego dla budynku głównego oraz dla budynku portierni i dokonywanie w nich rzetelnych i zgodnych z wymogami Prawa budowlanego wpisów.
13. Przeprowadzenie praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji z obiektu, zgodnie z wymogami § 17 ust. 1 rozporządzenia ws. ochrony ppoż.
14. Dokonanie aktualizacji instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i zapewnienie jej systematycznego aktualizowania, co najmniej raz na dwa lata, a także po takich zmianach sposobu użytkowania obiektu lub procesu technologicznego, które wpływają na zmianę warunków ochrony przeciwpożarowej.
15. Aktualizację obowiązującej w Ośrodku procedury postępowania na wypadek wystąpienia ucieczki pacjenta z KOZZD, w sposób zapewniający podział obowiązków pomiędzy faktycznie istniejące i obsadzone stanowiska.
16. Dokumentowanie przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
17. Zapewnienie przechowywania zapisów monitoringu w pomieszczeniach przeznaczonych do zastosowania śpb w formie izolacji przez okres co najmniej 12 miesięcy, zgodnie z art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
18. Zapewnienie utrwalania zapisów monitoringu ze wszystkich pomieszczeń przeznaczonych do przebywania osób stwarzających zagrożenie i przechowywania ich przez okres sześciu miesięcy, zgodnie z art. 7 ust. 1-2 i 5 ustawy.
19. Wydanie rozstrzygnięcia w sprawie wniosku z 13 września 2021 r. o udostępnienie informacji publicznej we właściwej formie, zgodnej z ustawą o dostępie do informacji publicznej.
20. Udostępnianie uprawnionym wnioskodawcom zapisów monitoringu ich dotyczących, zgodnie z art. 15 RODO.
21. Obliczanie szacunkowej wartości zamówień publicznych zgodnie z art. 28 i 30 ust. 2 Pzp oraz opisywanie przedmiotu zamówienia zgodnie z art. 99 ust. 4-5 Pzp.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 2 września 2024 r.

Kontrolerzy	Najwyższa Izba Kontroli
Kamila Kucharska	Delegatura w Warszawie
/-/	Dyrektor Delegatury Najwyższej Izby
Główny specjalista kontroli państwowej	Kontroli w Warszawie
	Z up. Wiesława Bronisz
	/-/
	p.o. Wicedyrektora
Adam Czugajewicz	
/-/	
Główny specjalista kontroli państwowej	
Mirosław Jankowski	
/-/	
Starszy inspektor kontroli państwowej	