



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.411.001.01.2018
K/18/001

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | |
|-------------------------------------|---|
| Numer i tytuł kontroli | K/18/001 – Warunki leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim. |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie |
| Kontrolerzy | Hubert Sikorski - specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/36/2017 z dnia 19 marca 2018 r. Beata Saba - starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/35/2017 z dnia 19 marca 2018 r. |
| Jednostka kontrolowana | Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu, ul. Armii Krajowej 8, 11-300 Biskupiec (dalej: „Szpital”). |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Marek Pietras – Dyrektor Szpitala od 4 stycznia 2011 r. |

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie warunków leczenia na Oddziale Pediatrii i Alergologii, w latach 2014-2017.

Podstawą tej oceny było zrealizowanie wszystkich wniosków pokontrolnych sformułowanych w związku z kontrolą przeprowadzoną w 2013 r.², a w szczególności realizacja Programu dostosowania do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³, prawidłowe prowadzenie i sprawowanie nadzoru nad listą oczekujących na wykonanie świadczeń medycznych na Oddziale, a także terminowe przekazywanie informacji w tym zakresie do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki realizowania świadczeń na oddziale pediatrycznym.

Opis stanu
faktycznego

1.1. W badanym okresie Szpital posiadał akredytację, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁴. Procedurze akredytacyjnej poddawał się w 2014 r. i 2017 r., spełniając odpowiednio 87% i 85% standardów akredytacyjnych. W ramach procedury akredytacyjnej, kontroli poddawano m.in. Oddział Pediatrii i Alergologii (dalej: Oddział). Certyfikaty akredytacyjne zostały wydane odpowiednio w dniach 25 sierpnia 2014 r. i 8 lutego 2018 r., na okres trzech lat. Na ich uzyskanie Szpital wydatkował odpowiednio

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna lub ocenę opisową.

² Kontrola warunków leczenia na Oddziale Pediatrii i Alergologii Szpitala Powiatowego w Biskupcu w latach 2011-2013 (R/13/008).

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

⁴ Dz. U. z 2016r., poz. 2135, dalej: ustawa o akredytacji.

29,9 tys. zł i 33,6 tys. zł. Ponadto, w dniu 27 czerwca 2017 r. Szpital został wpisany przez Ministra Zdrowia na listę sieci szpitali i zakwalifikowany do I poziomu.

(dowód: akta kontroli str. 5-29)

1.2. Szpital podejmował działania związane z realizacją Narodowych Programów Zdrowia na lata 2007-2015 i 2016-2020, w ramach umowy dotyczącej finansowania działalności leczniczej podpisanej z NFZ. Podejmował również działania związane z modernizacją Oddziału Pediatrycznego i Alergologii.

(dowód: akta kontroli str. 30)

1.3. W okresie objętym kontrolą, Starostwo Powiatowe w Olsztynie, (dalej: „Starostwo”) jako organ założycielski Szpitala, sprawowało ogólny nadzór nad jego funkcjonowaniem m.in. poprzez weryfikacje składanych przez Dyrektora Szpitala rocznych sprawozdań z wykonania celów i zadań.

Starostwo inicjowało i przekazywało dofinansowanie podległym podmiotom na realizację akcji w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia⁵. Działania Powiatu nie były jednak bezpośrednio związane z zadaniami kontrolowanego Oddziału, a Dyrektor Szpitala nie wnioskował o ich dofinansowanie, realizując je we własnym zakresie.

W ramach współpracy z NFZ powiat uczestniczył w opracowywaniu planów zakupów świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez zbieranie opinii, uwag i sugestii z poszczególnych gmin i szpitali powiatowych.

Powiat nie opracował i nie wdrożył odrębnego programu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie powiatu, ale jak wskazał Starosta, „realizował, inicjował i dofinansowywał różne zadania na rzecz zdrowia lokalnej społeczności”, spójne z ogólnymi kierunkami działań wskazanymi w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015.

W badanym okresie Szpital był sześciokrotnie kontrolowany przez Starostwo. Kontrole dotyczyły m.in. prawidłowości wykorzystania dotacji celowych, prawidłowości przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prawidłowości wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz zakupu ambulansu. Żadna z ww. kontroli nie dotyczyła jednak Oddziału Pediatrii i Alergologii.

(dowód: akta kontroli str. 31-132)

1.4. W badanym okresie Szpital realizował Program dostosowania do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opracowany w 2012 r. (dalej: Programem dostosowania)⁶.

(dowód: akta kontroli str. 133-158)

W zakresie dostosowania Oddziału Pediatrii i Alergologii do wymogów ww. rozporządzenia, w programie tym ujęto: instalację maceratora (dezynfektora) i wentylacji mechanicznej wyciągowej, wykonanie trzech szluz umywalkowo-fartuchowych do pokoi chorych w odcinku dzieci młodszych oraz wykonanie w izolatce instalacji wentylacji mechanicznej działającej podciśnieniowo.

Ustalono, że Program dostosowania w części dotyczącej Oddziału został zaktualizowany zgodnie z wnioskiem pokontrolnym NIK z 2013 r. Ustalono również,

⁵ W tym m.in. promocji właściwych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej, zwalczania następstw używania alkoholu, tytoniu i substancji psychotropowych, eliminacji czynników szkodliwych w środowisku życia, promocji dostępu do bezpłatnych badań profilaktycznych, przeprowadzania akcji krwiodawstwa oraz punktów rejestracji dawców szpiku.

⁶ Program ten został pozytywnie zaopiniowany przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie oraz przekazany do Starostwa Powiatowego w Olsztynie i Warmińsko-Mazurskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Olsztynie.

że do dnia 31 grudnia 2017 r. zadania dotyczące Oddziału zostały wykonane, z wyjątkiem zakupu maceratora (wykonano jednak instalację umożliwiającą jego podłączenie). Na realizację przedmiotowych zadań Szpital wydatkował z własnych środków łącznie 108,6 tys. zł, z czego w 2014 r. – 12,1 tys. zł, w 2016 r. – 37,3 tys. zł i w 2017 r. – 59,2 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „zakup myjni - dezynfektora planowany jest do 31 grudnia 2025 r., zaś zgodnie z opinią Warmińsko – Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 stycznia 2018 r., brak tego urządzenia „może nie mieć wpływu na bezpieczeństwo pacjentów, bowiem szpital ma wdrożone procedury postępowania z używanymi basenami i kaczkami, dotyczące sposobu ich mycia i dezynfekcji.”

(dowód: akta kontroli str. 159-165)

1.5. W toku kontroli przeprowadzono oględziny Oddziału pod kątem spełnienia wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a także realizacji wniosków pokontrolnych z kontroli przeprowadzonej w 2013 r. Ustalono, że przeprowadzając modernizację Oddziału, Szpital wypełnił wniosek NIK dotyczący zapewnienia właściwych warunków sanitarnych. Ponadto ustalono, że:

- Oddział zlokalizowany jest na czwartym piętrze budynku Szpitala. Znajdują się w nim dwie części: dla dzieci młodszych (do trzech lat) i starszych (powyżej tego wieku). Oddział obejmuje 12 sal chorych (o powierzchni od 11,5 m² do 15,9 m²), w tym jedną izolatkę, zlokalizowaną w odcinku dzieci młodszych, posiadająca instalację nawiewno-wywiewną, uruchamianą z korytarza.
- W części dla dzieci młodszych znajdowało się siedem sal chorych, w których umieszczono po dwa łóżka (w tym jedno niemowlęce i jedno dla rodzica, bądź opiekuna). Wejście na te sale poprzedzały śluzy umywalkowo-fartuchowe. Dla dzieci starszych przeznaczono natomiast pięć sal chorych, w których również umieszczono po dwa łóżka.
- Wszystkie łóżka znajdujące się w ww. salach chorych, ustawione były w sposób umożliwiający do nich dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
- W części dla dzieci młodszych, ściany wszystkich sal chorych oraz izolatki były przeszkłone. W dwóch salach dla dzieci starszych znajdowały się kamery z funkcją autostartu, które umożliwiały ich ciągły podgląd. System monitoringu obejmował również bawialnię i część korytarza z wejściem na Oddział.
- Dodatkowo na oddziale znajdowały się: gabinet koordynatora oddziału, pokój lekarzy, gabinet badań i aerzoloterapii, łazienka dla niepełnosprawnych, punkt pielęgniarstwa, gabinet zabiegowy, bawialnia, brudownik, magazynek, pokój socjalny dla personelu medycznego, łazienka z wanną, łazienka dla rodziców.
- Okna w pomieszczeniach dla pacjentów, poza uchylnym skrzydłem górnym, zabezpieczono przed możliwością otworzenia przez dzieci, poprzez zastosowanie klamek z blokadą.

(dowód: akta kontroli str. 166-185)

1.6. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym podstawowymi zadaniami realizowanymi przez Oddział były:

- diagnostyka i leczenie schorzeń typowych dla wieku dziecięcego i młodzieńczego,

- szczegółowa diagnostyka w przypadku podejrzenia alergologicznego podłoża objawów ze strony różnych narządów u dzieci,
- leczenie schorzeń w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych,
- promocja karmienia naturalnego i zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży oraz ich rodziców i opiekunów,
- szkolenie personelu medycznego w zakresie propedeutyki pediatrii oraz diagnostyki i leczenia chorób wieku dziecięcego.

W poszczególnych latach badanego okresu na Oddziale przebywało łącznie 2.839 pacjentów, w tym: 787 w 2014 r., 687 w 2015 r., 717 w 2016 r. oraz 648 w 2017 r. Najwięcej leczonych pacjentów (od 77 do 97 osób) przebywało na Oddziale w lutym i marcu, natomiast najmniej (od 38 do 53 osób) w sierpniu oraz grudniu 2016 r.

Procentowa wartość obłożenia łóżek w poszczególnych latach miała tendencję spadkową i wynosiła od 41,6% w 2014 r., poprzez 36,3% w 2015 r., 39,4% w 2016 r. do 34,6% w 2017 r. Średni czas pobytu dziecka na Oddziale w latach okresu objętego kontrolą był stały i wynosił ok. 4 dni (od 3,84 do 4,02 dnia).

(dowód: akta kontroli str. 189-216)

1.7. W trakcie leczenia lub po jego zakończeniu, pacjenci z Oddziału kierowani byli do:

- Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie – po osiem przypadków w latach 2014-2015 oraz po 10 w latach 2016-2017. Przyczynami skierowań były m.in. podejrzenia wrodzonej wady serca, posocznicy, padaczki, małopłytkowość, wodogłowie wrodzone oraz odma opłucnowa.
- Innych oddziałów Szpitala, tj. do Oddziału Chirurgii Ogólnej z Chirurgią Dziecięcą (rocznie od 1 do 4 dzieci) - przyczynami przeniesień były podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (osiem przypadków) oraz jeden przypadek skrętu jądra.

(dowód: akta kontroli str. 186-188)

1.8. W badanym okresie, zgodnie z zapisami Regulaminu organizacyjnego Szpitala, umożliwiano odwiedziny pacjentów przez ich rodziców lub opiekunów. Zasady te doprecyzowane były w Regulaminie odwiedzin. Informacje w tym zakresie umieszczono również na tablicy ogłoszeń Oddziału, a także zamieszczono na stronie internetowej Szpitala - tym samym Szpital wypełnił wniosek NIK dotyczący ujednoczenia informacji o godzinach odwiedzin pacjentów. Ustalono ponadto, że:

- Szpital umożliwiał przebywanie na Oddziale rodziców lub opiekunów pacjentów w salach chorych i zapewniał im możliwość noclegu na oddzielnych, pełnowymiarowych łóżkach oraz dostęp do węzła sanitarnego. Zapewniono także oddzielną łazienkę dla rodziców⁷.
- Cenę za pobyt osób towarzyszących pacjentom ustalono na 15 zł brutto za każdą dobę i skalkulowano w oparciu o koszty m.in. zużycia ciepłej i zimnej wody, ogrzewania, utrzymania czystości, prania pościeli oraz zużycia energii elektrycznej. Ww. cena obowiązywała w całym badanym okresie.
- Na podstawie zarządzenia Dyrektora Szpitala, matki karmiące piersią dzieci poniżej ósmego miesiąca życia nie ponosiły kosztów pobytu związanych z noclegiem.

⁷ W przypadku leczenia dzieci na innych oddziałach zapewniono możliwość pozostawiania rodziców lub opiekunów z dziećmi w godzinach nocnych na zasadach identycznych jak obowiązujące na Oddziale.

- W uzasadnionych przypadkach (ok. 30 rocznie), na pisemny wniosek rodzica Dyrektor obniżał wymiar opłaty lub odstępował od jej pobierania. Oddział nie prowadził ewidencji rodziców korzystających z możliwości noclegu z dziećmi. Pielęgniarka koordynująca w Oddziale oszacowała tę liczbę na ok. 70% rodziców, głównie spoza Biskupca.
- Wysokość przychodów Szpitala z tytułu korzystania z możliwości noclegu przez rodziców lub opiekunów wynosiła łącznie 59,1 tys. zł, w tym: 15,6 tys. zł w 2014 r., 14,5 tys. zł w 2015 r., 16,1 tys. zł w 2016 r. i 12,9 tys. zł w 2017 r.
- Do Dyrektora nie wpłynęła żadna skarga na stosowanie lub wysokość opłat za pobyt osoby towarzyszącej dziecku.

(dowód: akta kontroli str. 217-252)

1.9. Na Oddziale zorganizowano bawialnię (świetlicę) dla dzieci, wyposażoną w zabawki, gry i książki przeznaczone dla dzieci w różnym wieku. Bawialnia wyposażona była w telewizor z nieodpłatnym dostępem do programów dla dzieci. W całym Oddziale udostępniono również bezpłatny dostęp do internetu.

Ze względu na krótki pobyt dzieci w Oddziale, zajęcia w bawialni nie miały formy zorganizowanej. Dzieci korzystały z niej w towarzystwie rodziców i pod nadzorem personelu. W świetlicy organizowano również imprezy okolicznościowe (np. Mikołajki czy Dzień Dziecka).

(dowód: akta kontroli str. 166-185, 425-426)

1.10. W Szpitalu zorganizowano wyżywienie dla pacjentów w formie cateringu, na podstawie umowy z wyłonionym w przetargu podmiotem zewnętrznym⁸.

W latach 2014-2017 (I półrocze) firma cateringowa dostarczała posiłki do Szpitala, natomiast od 1 lipca 2017 r. posiłki były przygotowywane w kuchni szpitalnej⁹. Pacjentom zapewniano cztery posiłki w ciągu jednego dnia¹⁰, dostosowane do wieku i potrzeb żywieniowych dzieci. Dzienny koszt wyżywienia pacjentów kontrolowanego oddziału wynosił w przypadku dzieci do trzech lat - 11,72 zł brutto, zaś w przypadku dzieci powyżej trzech lat - 19,76 zł brutto.

Zgodnie z umową z firmą cateringową, posiłki przygotowywane były w oparciu o wytyczne Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, a Szpital miał prawo do stałej kontroli realizacji umowy. Firma cateringowa miała obowiązek umożliwiać przeprowadzanie kontroli przez Szpital, poddawać się kontrolom zewnętrznym oraz udostępniać protokoły z tych kontroli.

W 2017 r. (od momentu rozpoczęcia przygotowywania posiłków w kuchni Szpitala) Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny (PPIS) w Olsztynie przeprowadził osiem kontroli. Stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły m.in. braku systematyczności w prowadzeniu dokumentacji, stanu technicznego pomieszczeń pomocniczych¹¹, a także wykorzystywanego sprzętu¹², nie formułowano natomiast uwag dotyczących jakości przygotowywanych posiłków. Inspekcja sanitarna nie nakładała na najmce pomieszczeń kuchennych mandatów, nie formułowala zaleceń, a poprawę stanu sanitarnego weryfikowała w formie kontroli sprawdzających.

(dowód: akta kontroli str. 253-308, 349-397)

⁸ W badanym okresie Szpital zawarł trzy umowy z tym samym podmiotem: umowa z dnia 24 lutego 2014 r., 30 maja 2014 r. (zawarta na 3 lata) oraz umowa z dnia 30 czerwca 2017 r. (zawarta na 3 lata).

⁹ Szpital zawierając umowę o świadczenie usług cateringowych z dnia 30 czerwca 2017 r. wynajął firmie realizującej tę umowę pomieszczenia kuchni szpitalnej.

¹⁰ Śniadanie od 7.00, obiad od 12.00, podwieczorek od 14.00 i kolacja od 17.00.

¹¹ Dotyczyło to m.in. uszkodzonych drzwi, którymi odbywał się zwrot pojemników transportowych oraz zniszczonego sufitu.

¹² Dotyczyło to m.in. zniekształconych pokrywek do misek do zupy, braku kubków do herbaty, braku pokrywek do talerzy drugiego dania, nieszczelności wózków do transportu posiłków oraz zniszczonych termoportów.

Dietetyk zatrudniony w Szpitalu zatwierdzał jadłospisy (pod kątem diet zleconych przez lekarzy, gramatury, jakości i kaloryczności posiłków) oraz sprawował bieżący nadzór nad realizacją umowy poprzez codzienną obserwację pracy obsługi kuchni, a także kontrolę organoleptyczną posiłków. W latach 2014-2017 (I półrocze) przeprowadzał również kontrolę wizualnej czystości pojazdu oraz kierowcy dostarczającego posiłki.

W II półroczu 2017 r. (tj. od dnia rozpoczęcia przygotowywania posiłków w kuchni szpitalnej) dietetyk przeprowadził sześć kontroli szczegółowych obejmujących stan sanitarny pomieszczeń kuchennych, zapisy w dokumentacji, stan techniczny urządzeń, ocenę organoleptyczną przygotowywanych posiłków. Pobierał również próbki posiłków do badań mikrobiologicznych. W wyniku przeprowadzonych kontroli, nieprawidłowości stwierdzono w dwóch przypadkach, w których Szpital, na podstawie zapisów umowy z firmą cateringową, naliczył jej kary umowne w łącznej wysokości 7,9 tys. zł.

Rodzice i opiekunowie przebywający z dziećmi na Oddziale mieli możliwość odpłatnego zamawiania posiłków w formie cateringowej, która przyrządziła posiłki dla pacjentów. Mieli również możliwość zakupu posiłków w kawiarni, znajdującej się na terenie Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 253-348)

Ocena cząstkowa

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

2. Skuteczność zapewnienia przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2014-2017 na Oddziale przyjmowano pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „pilnej” na bieżąco, natomiast pacjenci zakwalifikowali do kategorii „stabilnej” byli przyjmowani w terminie od 7 do 18 dni od zgłoszenia się do Szpitala (średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia na koniec roku).

(dowód: akta kontroli str. 404-406)

2.2. W Szpitalu prowadzono listę oczekiwania pacjentów, zgodnie z art. 20 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³ oraz z rozporządzeniami z 21 grudnia 2010 r.¹⁴ (obowiązywało do 23 grudnia 2015 r.) i z dnia 9 listopada 2015 r.¹⁵ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W przypadku kontrolowanego Oddziału, listę tę prowadzono w formie papierowej pod nazwą „Księga pacjentów oczekujących na przyjęcie do Oddziału Pediatrii i Alergologii”. Do prowadzenia i jej aktualizowania upoważnieni byli lekarze zatrudnieni na Oddziale. Do księgi wpisywano numer kolejny pacjenta, imię, nazwisko, pesel, datę i godzinę wpisu, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres pacjenta, numer telefonu, termin udzielenia świadczenia oraz podpis osoby dokonującej wpisu. Dane te były niezwłocznie wpisywane do szpitalnego systemu informatycznego.

Zarządzeniem z 2014 r. Dyrektor powierzył Komitetowi ds. Jakości prowadzenie oceny list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.).

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

wymogów określonych w art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Na podstawie protokołów z posiedzeń Komitetu ustalono, że w badanym okresie Komitet ten dokonywał oceny prowadzenia listy w ww. zakresie co najmniej raz w miesiącu. Szpital zrealizował zatem wniosek pokontrolny NIK z 2013 r., dotyczący prawidłowego prowadzenia listy oczekujących pacjentów oraz powołania zespołu do oceny tej listy.

(dowód: akta kontroli str. 398-406)

2.3. W wyniku analizy zapisów listy oczekujących ustalono, że zgodnie z postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Szpital wywiązywał się z obowiązku pisemnego informowania świadczeniobiorców o terminie planowanego przyjęcia na Oddział. Dokonywano tego poprzez wpisywanie przez lekarzy stosownej informacji na odwrocie skierowania do szpitala dostarczonego przez rodziców lub opiekunów dzieci. W przypadku zgłoszenia przez rodziców lub opiekunów dziecka braku możliwości poddania się dziecka zabiegowi lub badaniu w zaplanowanym terminie ustalonym w liście oczekujących, z lekarzem Oddziału ustalany był nowy termin przyjęcia, odpowiadający potrzebom pacjentów oraz możliwościom ich bliskich. Na zwolnione miejsce zapisywani byli nowi pacjenci. Ustalono również, że nie wystąpiły przypadki przesunięcia zaplanowanych zabiegów i badań z powodu awarii sprzętu medycznego lub nieobecności lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 412-416)

2.4. Sprawozdania o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń były przekazywane do NFZ terminowo i zawierały wszystkie dane określone w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym Szpital wypełnił wniosek NIK dotyczący terminowego przekazywania danych o listach oczekujących i czasie oczekiwania na wykonanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 404-406)

Ocena cząstkowa

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

3. Prawidłowość zakupu urządzeń medycznych, utrzymania ich w sprawności technicznej oraz zapewnienia fachowej i ciągłej obsługi.

Opis stanu faktycznego

3.1. Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r., Oddział dysponował 15 urządzeniami medycznymi wymagającymi dokonywania przeglądów okresowych, tj.:

- sześcioma pompami infuzyjnymi (z lat 2001-2008),
- czterema pompami objętościowymi (dwoma z 2008 r. oraz dwoma z 2017 r.),
- dwoma kardiomonitarami z 2004 r.,
- elektrokardiografem z 2004 r.,
- holterem ciśnienia z 2016 r.,
- pulsoksymetrem z 2009 r.

Wszystkie ww. urządzenia miały ważne przeglądy okresowe.

Koordynator Oddziału wyjaśniła, że liczba posiadanego sprzętu jest wystarczająca, choć pożądana byłaby sytuacja w której 2/3 łóżek posiadałoby minimalne zabezpieczenie w postaci przepływowej pompy infuzyjnej i pulsoksymetru lub kardiomonitora. Jako sprzęt potrzebny na Oddziale wskazała nowy aparat USG z zestawem głowic do badania dzieci. O taki zakup wniosowała do Dyrektora w 2017 r. W odpowiedzi Dyrektor Szpitala poinformował koordynator o niemożności

zakupu tego sprzętu w najbliższym czasie z powodu braku środków finansowych na ten cel.

(dowód: akta kontroli str. 417-422, 457)

W latach 2014-2016 występowały przypadki opóźnień w wykonywaniu przeglądów technicznych 8 spośród 15 urządzeń będących na wyposażeniu Oddziału, pomimo analogicznych ustaleń dokonanych w ramach kontroli NIK z 2013 r. Przerwy w ciągłości ważności badań okresowych wynosiły: od 43 do 150 w 2014 r. (osiem urządzeń), od 53 do 74 w 2015 r. (siedem urządzeń) oraz od 2 do 5 dni w 2016 r. (cztery urządzenia).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opóźnienia w dokonywaniu przeglądów wynikały z powodu przedłużających się procedur weryfikacji i zatwierdzania listy aparatury przeznaczonej do przeglądów oraz wydłużeniem procedury przetargowej na usługi w tym zakresie.

Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła że: „Od czasu poprzedniej kontroli NIK na naszym Oddziale wprowadziliśmy, zasadę nieużywania sprzętu, który nie ma wymaganego przeglądu technicznego. Taki sprzęt jest oznakowany tymczasowymi naklejkami o treści: „oczekuje na przegląd - nie używać”. W przypadku urządzeń występujących pojedynczo istnieje możliwość wykonania badania na takim samym sprzęcie (np. aparat EKG) na innym oddziale lub wypożyczenia tego sprzętu. Uważam, że Oddział dysponuje wystarczającą ilością sprzętu do jego funkcjonowania. Pomimo jego długiego okresu eksploatacji (w niektórych przypadkach), sprzęt spełnia swoje zadania.

(dowód: akta kontroli str. 417-423, 425-428)

3.2. W okresie objętym kontrolą miało miejsce pięć awarii i usterek użytkowanych urządzeń, wymagających napraw przez firmy zewnętrzne (trzy w 2014 r. i dwie w 2017 r.). Jedna z tych awarii wystąpiła w okresie gwarancji i została usunięta bezkosztowo, natomiast na usunięcie pozostałych Szpital wydatkował łącznie 1.912,85 zł. Napraw dokonywały podmioty zewnętrzne, na podstawie umów serwisowych zawartych przez Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 431)

3.3. W Szpitalu nie prowadzono ewidencji i nie posiadano danych o liczbie badań i zabiegów przeprowadzanych na użytkowanym sprzęcie. Ustalono jedynie ośmiokrotne użycie holtera ciśnienia otrzymanego w 2017 r.

Na Oddziale nie wystąpiły przypadki niewykonania badania lub zabiegu na posiadanym sprzęcie z powodu niewystarczającego finansowania z NFZ. Nie było także przypadków wykonywania takich badań odpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 424)

3.4. Szpital zapewnił fachową i ciągłą obsługę dostępnych urządzeń medycznych. Nie było przypadków niewykonania lub opóźnienia w wykonaniu badania z uwagi na nieobecność wykwalifikowanej kadry do obsługi urządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 412, 618)

3.5. W okresie objętym kontrolą nie dokonywano zakupów na potrzeby Oddziału Pediatrii i Alergologii. Otrzymano natomiast nieodpłatnie (z Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy) aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych, holter ciśnieniowy, pulsoksymetr oraz dwie pompy objętościowe. Sprzęt ten dostarczono do Oddziału w 2017 r.¹⁶ i został on niezwłocznie przeznaczony do użytkowania.

¹⁶ W umowach darowizny WOŚP zakazała obciążania przedmiotu darowizny prawem zastawu oraz spłacania jakichkolwiek długów przedmiotem darowizny. Poleciała także, aby przedmiot darowany nie był używany do celów komercyjnych, przekazywany innemu szpitalowi i aby był wykorzystywany w sposób ciągły wyłącznie w leczeniu dzieci.

Na zakup odczynników przeznaczonych do wykonywania badań lub zabiegów na ww. urządzeniach wydatkowano łącznie 2.868,36 zł.

(dowód: akta kontroli str. 417-418, 432-439, 440-455, 618-619)

3.6. W badanym okresie na Oddziale nie odnotowano wypadków związanych z użytkowaniem wyrobów medycznych, a ich awarie nie powodowały uszczerbku na zdrowiu pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 456)

Ocena cząstkowa

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

4. Prawidłowość sporządzania ofert dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także realizacji umów w zakresie pediatrii.

Opis stanu faktycznego

4.1. W latach 2014–2017 Szpital zawarł 69 aneksów¹⁷ do umowy podstawowej z NFZ¹⁸ w zakresie m.in. terminu, wartości zamówienia, zasobów, wykazu podwykonawców, które dotyczyły m.in. Oddziału Pediatrii i Alergologii. Od 1 października 2017 r. Szpital pracował na zasadach określonych w ustawie o sieci szpitali¹⁹.

W badanym okresie rodzaj i ilość urządzeń medycznych oraz liczba i specjalizacja lekarzy pracujących na Oddziale były zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁰. Na Oddziale zatrudnionych było dwóch lekarzy ze specjalizacją - pediatria I i II stopnia oraz dwóch ze specjalizacją pediatria I stopnia. Ponadto, od dnia 18 grudnia 2017 r. zatrudniono również jednego rezydenta w trakcie tej specjalizacji. Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. Oddział wyposażony był w 29 urządzeń medycznych, m.in. aparat EKG, holter ciśnieniowy, kardiomonitor, pulsoksymetr i pompę infuzyjną.

(dowód: akta kontroli str. 417-422, 458-578)

4.2. Wykonywanie badań diagnostycznych oraz usług transportu medycznego na potrzeby kontrolowanego Oddziału Szpital zlecał sześciu podwykonawcom w latach 2014-2016 oraz siedmiu w 2017 r. Wszyscy podwykonawcy zostali zgłoszeni do NFZ. Na realizację umów z ww. podwykonawcami Szpital wydatkował łącznie 819,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 587-603)

4.3. W latach 2014-2017 Szpital zawarł 12 umów serwisowych dotyczących napraw i konserwacji sprzętu i aparatury medycznej użytkowanych na Oddziale na łączną kwotę 5,1 tys. zł²¹.

(dowód: akta kontroli str. 429-430)

4.4. W latach 2014-2017 Szpital poddany był siedmiu kontrolom NFZ, spośród których dwie dotyczyły Oddziału, tj.:

- 2015 r. - kontrola spełniania wymogów w zakresie warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz liczby i kwalifikacji personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych. Oddział oceniony został

¹⁷ W 2014 r. – 15 aneksów, 2015 – 19, 2016 – 19 i 2017 – 16.

¹⁸ Ostatni konkurs ofert o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowym: pediatria – hospitalizacja został ogłoszony przez NFZ w dniu 23 listopada 2011 r. Szpital złożył ofertę, w której wykazał m.in. sprzęt oraz personel medyczny do realizacji umowy.

¹⁹ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

²¹ W tym trzy umowy w 2014 r. na łączną kwotę 2 tys. zł, jedną w 2015 r. o wartości 0,5 tys. zł, pięć w 2016 r. – łącznie 1,6 tys. zł oraz trzy umowy w 2017 r. – 0,9 tys. zł.

pozytywnie, zalecono jednak bieżące aktualizowanie danych dotyczących podwykonawców oraz dołożenie należytej staranności przy wykorzystywaniu sprzętu z aktualnymi przeglądami technicznymi.

- 2017 r. – kontrola dotycząca stanu zatrudnienia lekarzy na Oddziale. Nie wykazała ona nieprawidłowości, a NFZ nie sformułował zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 466-586)

4.5. W badanym okresie świadczeń medycznych udzielał personel zgłoszony do NFZ. Analiza 12 z 48 losowo wybranych²² miesięcznych grafików pracy pielęgniarek i lekarzy na Oddziale z lat 2014–2017, aneksów do umowy z NFZ oraz zapisów zawartych w udostępnionym przez NFZ Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI[®]) wykazała, że Oddział zrealizował wniosek pokontrolny NIK z 2014 r., dotyczący udzielania świadczeń przez personel medyczny wykazany w umowie i aneksach z NFZ.

W latach objętych kontrolą nie wystąpiły przypadki udzielania świadczeń przez lekarzy i pielęgniarki, którzy nie byli zgłoszeni do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 465, 621-656)

4.6. Wysokość zakontraktowanych świadczeń zrealizowanych na Oddziale (leczenie szpitalne w zakresie hospitalizacja - pediatria) wynosiła:

- 2014 r. – 1.870,4 tys. zł, co stanowiło 7,9% wartości kontraktu Szpitala,
- 2015 r. – 1.716,2 tys. zł, tj. 7 % wartości kontraktu Szpitala,
- 2016 r. – 1.755,4 tys. zł, tj. 6,8% wartości kontraktu Szpitala,
- do 30 września 2017 – 1.187,6 tys. zł, tj. 5,9% wartości kontraktu Szpitala.

Od 1 października 2017 r. Szpital rozliczał się ryczałtowo, wg zasad dotyczących sieci szpitali. Przychody oszacowane dla Oddziału wynosiły 478,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 605, 608)

4.7. Koszty funkcjonowania Oddziału wynosiły:

- 2014 r. – 2.048,5 tys. zł, a przychody 1.893,1 tys. zł, strata 155,4 tys. zł.
- 2015 r. – 2.034,6 tys. zł, a przychody 1.893,1 tys. zł, strata 272,9 tys. zł.
- 2016 r. – 2.190,3 tys. zł, a przychody 1.887,3 tys. zł, strata 303 tys. zł.
- 2017 r. – 2.280 tys. zł, a przychody 1.852,7 tys. zł, strata 426,5 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż przychody Oddziału utrzymują się na podobnym poziomie i nie nadążają za realnym wzrostem cen, zaś najistotniejszymi przyczynami powstania różnicy pomiędzy wysokością przychodów i kosztów funkcjonowania Oddziału w latach 2014-2017 były m.in. wzrost wynagrodzenia minimalnego, a także wzrost uposażeń w związku z zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych²³. Dyrektor Szpitala wyjaśnił również, że ujemne wyniki finansowe generowane przez Oddział, utrzymywane były każdorazowo na bezpiecznym dla placówki poziomie oraz pokrywane ze środków Szpitala, a podmiot tworzący Szpital (Starostwo) nie był nigdy zobowiązany do spłaty ujemnego wyniku finansowego jednostki. Wskazał ponadto, że ponadlimitowe świadczenia medyczne były egzekwowane od NFZ poprzez negocjacje i ugody przedsądowe²⁴.

²² Trzech miesięcy w latach 2014-2017: tj. styczeń, czerwiec i listopad

²³ Dz. U. z 2017 r. poz. 1473

²⁴ W badanym okresie zawarto cztery takie ugody, tj.: 1) w 2015 r. (za nadwykonania w 2014 r.) uzyskano 110,0 tys. zł z 340,6 tys. wartości świadczeń nadlimitowych, 2) w 2016 r. uzyskano 193,1 tys. zł z 327,0 tys. nadwykonań w 2015 r., 3) w 2017 r. otrzymano 411,6 tys. zł z 712,1 tys. zł wartości medycznych świadczeń ponadlimitowych w 2016 r., 4) w 2018 r. uzyskano 274,5 tys. zł z 408,0 tys. zł wykonanych świadczeń ponadlimitowych w 2017 r.

4.8. W wyniku kontroli ustalono, że Szpital zrealizował wszystkie wnioski pokontrolne wynikające z wystąpienia pokontrolnego z 2013 r. i dotyczące: prawidłowego prowadzenia listy oczekujących pacjentów, terminowego przekazywania do NFZ informacji w zakresie kolejki oczekujących, udzielania świadczeń medycznych przez personel wykazany w umowie z NFZ, ujednoczenia informacji dotyczących godzin odwiedzin w Szpitalu, zaktualizowania Programu dostosowania w części dotyczącej kontrolowanego Oddziału oraz wyposażenia go w środki służące zapewnieniu dezynfekcji oraz właściwych warunków sanitarnych. W przypadku wniosku pokontrolnego dotyczącego dokonywania wymaganych przeglądów okresowych urządzeń medycznych w terminach wskazanych przez ich producentów, pełna jego realizacja nastąpiła dopiero w 2017 r.

Ocena częściowa

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

IV. 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 Olsztynie.

Olsztyn, dnia 18 maja 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

p.o. Dyrektor
Piotr Górny

Kontroler
Hubert Sikorski
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Kontroler
Beata Saba
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis