



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie

LOL.411.001.03.2018
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
Kontroler	Sebastian Helbrecht - starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/32/2108 z dnia 12 marca 2018 r.
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie, ul. M. Skłodowskiej – Curie 12, 12-100 Szczytno (dalej: „Szpital” lub „ZOZ”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Kostrzewa - Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie (dalej: „Dyrektor ZOZ”) ¹ .

(dowód: akta kontroli str. 1-3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości², działalność Szpitala w zakresie zapewnienia warunków leczenia na Oddziale dziecięcym (dalej: „Oddziale”) w latach 2014-2017.

Podstawą tej oceny było zrealizowanie przez Szpital wniosków pokontrolnych sformułowanych w związku z kontrolą NIK przeprowadzoną w 2014 r.³, dotyczących zapewnienia właściwych warunków sanitarnych na Oddziale, zabezpieczenia okien przed możliwością ich otwarcia przez pacjentów oraz zapewnienia możliwości obserwacji z punktu pielęgniarskiego pacjentów znajdujących się w salach chorych. W przypadku wniosku pokontrolnego dotyczącego dokonywania wymaganych przeglądów okresowych wyrobów medycznych w terminach wskazanych przez ich producentów ustalono, że został on zrealizowany w pełni dopiero z końcem 2017 r. Nie zrealizowano natomiast w pełni wniosku pokontrolnego dotyczącego realizacji zaleceń Komendanta Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Szczytnie z 2010 r.

Ustalono ponadto, że przez 77 dni w 2016 r. i 22 dni w 2017 r. na Oddziale nie zapewniono wymaganej liczby lekarzy pediatrów, co było niezgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie.

¹ Od 1 marca 2013 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Kontrola warunków leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2011-2014 (P/14/096).

⁴ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki realizowania świadczeń na oddziale pediatrycznym

Opis stanu faktycznego

1.1. W badanym okresie Szpital nie posiadał akredytacji, o której mowa w ustawie z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁵.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że Szpital dotychczas nie ubiegał się o uzyskanie przedmiotowej akredytacji z uwagi na brak obowiązku jej posiadania, kosztowny proces jej uzyskania⁶ oraz brak wymiernych korzyści finansowych⁷. Dodała również, że po zakończeniu modernizacji i rozbudowy Szpitala⁸, planowane jest rozpoczęcie procedury wdrożenia akredytacji.

(dowód: akta kontroli str. 4-29)

1.2. W ramach realizacji Narodowych Programów Zdrowia na lata 2007-2015 i 2016-2020, Szpital realizował umowę o świadczenie usług medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”), realizował program szczepień ochronnych, prowadził poradnictwo laktacyjne, a także szkołę rodzenia. Ponadto, Szpital współuczestniczył w programach edukacyjnych dla młodzieży, dotyczących profilaktyki HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową. Podejmowano również działania inwestycyjne, tj. modernizację i rozbudowę Szpitala (nie obejmowała ona jednak pomieszczeń Oddziału dziecięcego) oraz budowę i uruchomienie lądowiska dla śmigłowców ratunkowych⁹.

(dowód: akta kontroli str.4-19,21-27)

1.3. Nadzór prowadzony nad Szpitalem przez Starostwo Powiatowe w Szczytnie polegał na:

- Dokonywaniu oceny działalności ZOZ, a także bieżącej pracy Dyrektora, sposobu realizacji zadań statutowych ZOZ, dostępności i poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem (w tym wykorzystywania zakupionej aparatury i sprzętu medycznego) oraz wydzierżawiania lub wynajmowania majątku trwałego,
- Monitorowaniu prowadzonej gospodarki finansowej pod kątem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (m.in. analizowano składane przez Dyrektora ZOZ sprawozdania o przychodach, kosztach i wyniku finansowym, plany rzeczowo-finansowe, sprawozdania rzeczowo-finansowe oraz sprawozdania z działalności ZOZ),
- Uczestnictwie Dyrektora ZOZ w posiedzeniach Zarządu Powiatu i Rady Powiatu oraz pracach komisji merytorycznych, a także w posiedzeniach Rady Społecznej przy ZOZ.

W 2015 r. w Szpitalu przeprowadzono audyt obejmujący lata 2013–2015, którego celem było zbadanie jego sytuacji ekonomiczno-finansowej, otoczenia biznesowego oraz prawnego, a także przedstawienie wniosków i rekomendacji dotyczących dalszego funkcjonowania jednostki – nie dotyczyły one jednak bezpośrednio Oddziału dziecięcego.

Powiat szczycieński, realizując zadania wynikające z art. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰, prowadził współpracę z organizacjami pozarządowymi, wspierając działania w zakresie promocji zdrowia

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

⁶ Dyrektor ZOZ koszt uzyskania akredytacji oszacowała na 300 tys. zł.

⁷ Wskazała, że Narodowy Fundusz Zdrowia dopiero od 2018 r. umożliwi zwiększenie do 2% ryczałtu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dla szpitali posiadających akredytację.

⁸ Inwestycja polegająca na rozbudowie Szpitala realizowana będzie w latach 2018-2028.

⁹ Koszt całkowity inwestycji wyniósł 1.282 tys. zł, finansowanej ze środków Szpitala w wysokości 332,15 tys. zł, ze środków Skarbu Państwa w wysokości 850 tys. zł oraz ze środków powiatu szczycieńskiego w wysokości 100 tys. zł.

¹⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).

i edukacji prozdrowotnej, poprzez zlecenie im w drodze konkursów ofert zadań na realizację imprez sportowych, konkursów wiedzy oraz badań profilaktycznych. Ponadto, przekazywał środki finansowe na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz na zadania inwestycyjne, w tym związane z modernizacją¹¹ i rozbudową Szpitala oraz budową lądowiska dla śmigłowców ratunkowych.

Zadania wynikające z Narodowych Programów Zdrowia na lata 2007-2020 ujęte były w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Szczycieńskim do 2021 r. Polegały one m.in. na ochronie i promocji zdrowia oraz wspieraniu i upowszechnianiu kultury fizycznej i realizowane były w szkołach i placówkach oświatowych, dla których Powiat Szczycieński był organem prowadzącym. Dofinansowywano również realizację działań w ww. zakresie przez organizacje pozarządowe, wybierane w ramach otwartych konkursu ofert.

Starostwo nie opracowało i nie wdrożyło programu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, zgodnie z założeniami celu operacyjnego nr 12 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Dokonywało jednak corocznie oceny zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w placówkach służby zdrowia, na podstawie danych pozyskiwanych z ZOZ oraz poszczególnych gmin, a informacje w tym zakresie przekazywało do NFZ.

(dowód: akta kontroli str.34-37, 292-295)

1.4. W badanym okresie ZOZ realizował, opracowany w 2012 r. i pozytywnie zaopiniowany przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, program dostosowawczy¹² do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³ (dalej: program dostosowawczy).

(dowód: akta kontroli str.4-20)

W ww. programie ujęto m.in. działania dotyczące Oddziału dziecięcego, tj.:

- wydzielenie pomieszczeń przeznaczonych dla dzieci młodszych i starszych oraz co najmniej jednej izolatki,
- zapewnienie we wszystkich zespołach pomieszczeń, w których znajdują się łóżka pacjentów, śluz fartuchowo – umywalkowych,
- utworzenie punktu pielęgniarskiego,
- utworzenie dla rodziców lub opiekunów dziecka pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk,
- zapewnienie w salach chorych dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych,
- zakup myjni-dezynfektora do naczyń sanitarnych w brudowniku i izolatce.

(dowód: akta kontroli str.4-19)

Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r., Szpital nie zrealizował w pełni programu dostosowawczego w zakresie dotyczącym Oddziału dziecięcego, tj. nie zakupiono myjni-dezynfektora do naczyń sanitarnych w brudowniku i izolatce. Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że zakup ww. urządzenia planowany jest do grudnia 2020 r.

Zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej¹⁴, podmiot leczniczy, który co najmniej częściowo nie zrealizuje programu dostosowania, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Pismami z dnia

¹¹ W tym m.in. powiat szczycieński w badanym okresie przekazał 230,00 tys. zł na modernizację oddziału dziecięcego.

¹² Program był aktualizowany trzykrotnie, 10 kwietnia 2015 r., 3 lutego 2017 r., 12 grudnia 2017 r.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

¹⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).

12 grudnia 2017 r. oraz z 15 lutego 2018 r. Szpital zwrócił się do W-M Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie, o wydanie przedmiotowej opinii. W postanowieniu z dnia 7 marca 2018 r. Inspektor Sanitarny wydał opinię, że brak ww. myjni-dezynfektora „może nie mieć wpływu na bezpieczeństwo pacjentów”.

(dowód: akta kontroli str.30-33,38-47)

1.5. W wyniku przeprowadzonych oględzin pomieszczeń i wyposażenia Oddziału dziecięcego ustalono m.in., że zrealizowane zostały wnioski pokontrolne NIK z 2014 r., dotyczące zapewnienia właściwych warunków sanitarnych na Oddziale, zabezpieczenia okien przed możliwością ich otwarcia przez pacjentów oraz zapewnienia możliwości obserwacji z punktu pielęgniarskiego pacjentów znajdujących się w salach chorych. Ustalono ponadto, że:

- Oddział zlokalizowany był na drugim piętrze budynku ZOZ. Dostęp do jego pomieszczeń zapewniono schodami oraz windą, znajdującą się w sąsiadującym Oddziale Wewnętrznym.
- Oddział składał się z dwóch części, jednej przeznaczonej dla dzieci młodszych i drugiej przeznaczonej dla dzieci starszych. W każdej z nich znajdowały się po trzy sale dla osób chorych wyposażonych w łącznie 15 łóżek. Sale dla pacjentów miały powierzchnię od 8,29 m² do 18,85 m². Liczba łóżek w poszczególnych pokojach wynosiła od jednego do czterech.
- Wszystkie łóżka pacjentów w salach były wyposażone w koła, umożliwiające przestawianie łóżek, które były ustawione w sposób umożliwiający dostęp do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych boków.
- Szerokość drzwi była dostosowana do szerokości łóżek i umożliwiała ich wyprowadzenie.
- Oddział wyposażony był w system kamer, umożliwiający obserwację pacjentów. System ten posiadał zasilanie rezerwowe z funkcją autostartu.
- W salach chorych znajdowały się odbiorniki TV, umożliwiające płatny odbiór telewizji.
- Na Oddziale, oprócz sal chorych, znajdowały się również: punkt pielęgniarski ze stanowiskiem do obsługi monitoringu, punkt socjalny dla personelu, gabinet zabiegowy, punkt sanitarny dla opiekunów (wyposażony m.in. w natrysk, ustęp, umywalkę, lustro), brudownik, kuchnia dla opiekunów (wyposażona m.in. w lodówkę, kuchenkę mikrofalową, zlew, czajnik), pomieszczenie dystrybucji posiłków oraz pomieszczenie magazynowe, w którym znajdowały się m.in. składane łóżka, z których mogli korzystać opiekunowie nocując ze swoimi dziećmi przebywającymi na Oddziale. Przy wejściu na Oddział znajdowały się szafy dla opiekunów zamykane na klucz.
- Na Oddziale nie było dostępu do bezpłatnego internetu przez pacjentów i opiekunów. Nie zorganizowano również świetlicy - Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że spowodowane to było brakiem wolnej przestrzeni na Oddziale. Dodała również, że po zakończeniu rozbudowy Szpitala będzie możliwość zorganizowania świetlicy.

(dowód: akta kontroli str.38-39,48-66)

1.6. Zgodnie z Regulaminem Oddziału dziecięcego, jego podstawowym zadaniem było prowadzenie czynności diagnostyczno-leczniczych w zakresie chorób dziecięcych. W okresie 1 stycznia 2014 r. – 31 grudnia 2017 r. w Oddziale leczonych było 2.708 pacjentów, w tym:

- W 2014 r. – 690 (440 pacjentów w wieku do trzech lat, 99 – od czterech do siedmiu lat, 65 – od ośmiu do 12 lat oraz 86 – 13-18 lat). Najwięcej pacjentów przebywało

w Oddziale w marcu (90) i w grudniu (77), a najmniej w sierpniu (26) i w październiku (35). Średni czas pobytu pacjenta na Oddziale wynosił 3,8 dnia.

- W 2015 r. – 781 (476 pacjentów w wieku do trzech lat, 154 – od czterech do siedmiu lat, 60 – od ośmiu do 12 lat oraz 91 – 13-18 lat). Najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w maju (90) i w marcu (73), a najmniej we wrześniu (51) i w sierpniu (52). Średni czas pobytu pacjenta wynosił 3,8 dnia.
- W 2016 r. – 658 (377 pacjentów w wieku do trzech lat, 128 – od czterech do siedmiu lat, 70 – od ośmiu do 12 lat oraz 83 – 13-18 lat). Najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w grudniu (78) i w marcu (69), a najmniej w czerwcu (38) i w sierpniu (41). Średni czas pobytu pacjenta wynosił 4 dni.
- W 2017 r. – 579 (350 pacjentów w wieku do trzech lat, 90 – od czterech do siedmiu lat, 61 – od ośmiu do 12 lat oraz 78 – 13-18 lat). Najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w styczniu (63) i w październiku (62), a najmniej w czerwcu (33) i w sierpniu (35). Średni czas pobytu pacjenta na Oddziale wynosił 3,9 dnia.

W 2014 r. średnie obłożenie łóżek w Oddziale wyniosło 36% (od 13% w sierpniu do 63% w marcu), w 2015 r. – 47% (od 32% w kwietniu do 62% w listopadzie), w 2016 r. - 48% (od 28% w czerwcu do 70% w kwietniu), zaś w 2017 r. – 41% (od 25% w lipcu i sierpniu do 55% w styczniu).

(dowód: akta kontroli str.67-73, 79-84)

1.7. W badanym okresie 41 pacjentów¹⁵ Oddziału przeniesiono do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. Głównymi przyczynami przenosin były m.in.: zapalenie płuc z obturacją, ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy, bakteryjne zapalenie opon mózgowych, powiększenie węzłów chłonnych, prawostronne zapalenia płuc, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, zapalenie wyrostka robaczkowego, cukrzyca, stan padaczkowy oraz posocznica. Wystąpił również jeden przypadek przeniesienia pacjenta Oddziału do innego oddziału ZOZ - w 2014 r. przeniesiono pacjenta na Oddział chirurgii z powodu odmy opłucnowej.

(dowód: akta kontroli str.74-78)

1.8. Zasady przebywania rodziców i opiekunów w salach chorych lub w innym wyznaczonym miejscu w godzinach nocnych określone zostały w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala¹⁶ oraz w Regulaminie Oddziału dziecięcego¹⁷ (którego wyciąg zamieszczono na tablicy ogłoszeń Oddziału).

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala, każdemu dziecku przebywającemu w Szpitalu przysługują prawa wynikające z Karty Praw Dziecka, tj. m.in. prawo, aby przez cały czas przebywali z nim rodzice lub stali opiekunowie, zaś wszystkim rodzicom stwarza się możliwość pozostawania w Szpitalu razem z dzieckiem. Szpital umożliwiał codzienne odwiedzanie pacjentów w godzinach 11.00-20.00, a w szczególnych przypadkach, za zgodą ordynatora lub lekarza dyżurującego, odwiedziny te mogły odbywać się w godzinach nocnych. Rodzice lub opiekunowie mają prawo do całonocnego pobytu przy chorym dziecku, przy czym wskazano, że w sali chorych z dzieckiem może przebywać tylko jedna osoba oraz że rodzice i opiekunowie powinni współpracować z personelem Oddziału w pielęgnowaniu swoich dzieci oraz w zajęciach fizyoterapeutycznych. Za pobyt rodziców lub opiekunów ustalono opłatę w wysokości 5 zł za dobę, którą wnosi się w kasie Szpitala w dniu wypisu. Zgodnie z postanowieniami ww. regulaminu, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość zwolnienia z opłaty - w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły takie przypadki.

¹⁵ W tym 11 w 2015 r., po 9 w latach 2015-2016, 12 w 2017 r.

¹⁶ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 6 z 15 kwietnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego regulaminu organizacyjnego.

¹⁷ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 10 z 1 czerwca 2015 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu oddziału dziecięcego.

Główna Księgowa Szpitala, wyjaśniła, że koszt pobytu rodziców lub opiekunów w Szpitalu został ustalony szacunkowo, ponieważ trudno było oszacować dokładnie wysokość kosztów poniesionych przez Szpital w związku z ich pobylem. Wpływy z tytułu opłat wnoszonych przez rodziców lub opiekunów do kasy Szpitala wynosiły w poszczególnych latach:

- rok 2015 – 4,38 tys. zł (ok. 1.100 noclegów),
- rok 2016 – 8,71 tys. zł (ok. 2.100),
- rok 2017 – 6,43 tys. zł (ok. 1.600),
- rok 2018 (do 28 marca) – 2,12 tys. zł.

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że w momencie przyjęcia dziecka na Oddział, opiekunom wręcza się wyciąg z Regulaminu Oddziału w celu zapoznania się z nim. Rodzice lub opiekunowie z reguły nocują w tej samej sali, w której przebywa dziecko, przy czym w przypadku izolatek, nocują na dużych łózkach, a w pozostałych salach na łózkach składanych.

(dowód: akta kontroli str.4-6, 79-123,158)

1.9. Wyżywienie pacjentów Szpitala realizowane było przez podmiot zewnętrzny, wyłoniony w drodze przetargu. Umowa z dnia 1 lipca 2014 r. na świadczenie usług gastronomicznych w zakresie przygotowania i dystrybucji całodziennych posiłków dla pacjentów przez firmę cateringową, zawarta została na okres trzech lat¹⁸. Zgodnie z zapisami przedmiotowej umowy:

- Pacjentom Oddziału dziecięcego zapewniano dostosowane do wieku dziecka całodobowe wyżywienie, tj. pięć posiłków dziennie¹⁹.
- Posiłki dostarczane były bezpośrednio do łóżek pacjentów, a po skończonym posiłku zbierano brudne naczynia, myto je i dezynfekowano, zgodnie z obowiązującymi wymogami sanitarno-epidemiologicznymi. Odbierano również odpady pokosumpcyjne i utylizowano je na koszt firmy cateringowej.
- Posiłki przygotowywane były z uwzględnieniem diet specjalistycznych oraz zgodnie z zarządzeniami i zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, a także Instytutu Żywności i Żywienia²⁰.
- Całodobowe wyżywienie jednego pacjenta w okresie od lipca 2014 r. do listopada 2017 r. wynosiło od 14,89 zł do 17,12 zł brutto²¹, a od listopada 2017 r. wynosi 15,64 zł.
- Istniała możliwość wykupienia posiłków przez rodziców lub opiekunów, których dzieci były pacjentami Oddziału²².

Szpital zapewnił sobie nadzór nad realizacją umów cateringowych poprzez zawarcie w nich zapisów o możliwości sprawowania bieżącej kontroli ilości i asortymentu posiłków na dany dzień oraz o możliwości wizytowania miejsca przygotowywania i pakowania posiłków.

W Szpitalu sprawowano nadzór nad wyżywieniem pacjentów poprzez codzienne degustacje posiłków wykonywane przez osobę zatrudnioną w Szpitalu na stanowisku starszej dietetyczki, a także poprzez jej uczestnictwo podczas wydawania posiłków pacjentom. Sprawdzana także była temperatura i gramatura posiłków oraz ich

¹⁸ Kolejna umowa została zawarta w dniu 9 listopada 2017 r. na okres jednego roku z tą samą firmą cateringową, wyłonioną w drodze nowego przetargu.

¹⁹ Śniadanie od godz. 7.45 do 8.30, drugie śniadanie od 10.00 do 10.30, obiad od 12.15 do 13.00, podwieczorek od 15.00 do 15.30 oraz kolację od 17.30 do 18.00. Posiłki wydawano również według zaleceń lekarza.

²⁰ Dotyczy norm wyżywienia i żywienia, jakie obowiązują w zamkniętych zakładach żywienia zbiorowego oraz jakości zdrowotnej żywności z zachowaniem wartości odżywczych i energetycznych oraz obowiązującego reżimu sanitarnego w zamkniętych zakładach żywienia.

²¹ Umowa z 1 lipca 2014 r. – 14,89 zł brutto, aneks do umowy z 28 grudnia 2015 r. – 15,34 zł brutto, aneks z 30 lipca 2017 r. – 17,12 zł brutto.

²² Obiad 10 zł, śniadanie i kolacja po 3 zł, opłaty za posiłki inkasował personel firmy cateringowej w trakcie wydawania posiłku.

zgodność z jadłospisem. Weryfikacji podlegała również zgodność posiłków z dietami indywidualnymi. Zatrudniona w szpitalu pielęgniarka epidemiologiczna kontrolowała posiłki pod względem epidemiologicznym, poprzez pobieranie wymazów mikrobiologicznych z rąk personelu i powierzchni naczyń oraz przeprowadzenie na nich badań środowiskowych. W badanym okresie, na 36 przeprowadzonych kontroli²³, w żadnym przypadku nie stwierdzono uchybień.

W badanym okresie, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczytnie przeprowadziła cztery kontrole²⁴, dotyczące m.in. przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w zakresie warunków żywienia zbiorowego oraz nadzoru nad jakością zdrowotną posiłków. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 123-143)

1.10. W wyniku kontroli NIK przeprowadzonej w Szpitalu w 2014 r., stwierdzono m.in. niepełną realizację zaleceń wynikających z decyzji Komendanta Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Szczytnie (dalej: KPPSP) z 15 kwietnia 2010 r.²⁵, w której stan budynku ZOZ uznano za „zagrożający życiu lub zdrowiu ludzi”. Zagadnienie to było przedmiotem wniosku pokontrolnego, w którym zalecono zintensyfikowanie działań mających na celu pełne wykonanie zaleceń wydanych przez KPPSP.

Ustalone
nieprawidłowości

Do dnia kontroli, tj. 5 kwietnia 2018 r. ZOZ nie wykonał w pełni zaleceń wynikających z ww. decyzji KPPSP, tj. nie podzielono budynku na strefy pożarowe oraz nie zastosowano rozwiązań zapewniających dopuszczalne długości dojść ewakuacyjnych, określonych w przepisach techniczno-budowlanych. Z informacji uzyskanej w toku kontroli od KPPSP w Szczytnie wynika, iż w dalszym ciągu uznaje on stan budynku Szpitala za zagrożający życiu lub zdrowiu ludzi.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że realizacja w pełni przedmiotowych zaleceń wiązałaby się z koniecznością wyłączenia części Szpitala z działalności, co jest bardzo skomplikowane. Wyjaśniła również, że w najbliższym czasie rozpoczęta zostanie dobudowa nowego skrzydła szpitalnego, które będzie spełniało wszystkie wymogi p/poż i w tym czasie planowane jest dostosowanie starego budynku Szpitala do zaleceń Komendanta PPSP.

(dowód: akta kontroli str.22-27, 144-157)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Skuteczność zapewnienia przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

2.1. W latach 2014-2017 pacjenci byli przyjmowani na Oddział na bieżąco. Zgodnie z wyjaśnieniami Ordynator Oddziału, występowały pojedyncze przypadki świadczeń w trybie planowym, lecz dotyczyły one jedynie pacjentów uprzednio hospitalizowanych w trybie nagłym i miały na celu przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki schorzenia zdiagnozowanego w trakcie wcześniejszej hospitalizacji. W jej opinii, tego typu świadczenia nie były świadczeniami pierwszorazowymi, lecz kontynuacją leczenia, a w związku z tym tacy pacjenci nie byli wpisywani na listę oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 158-159)

2.2. W Szpitalu prowadzona była lista oczekujących na udzielenie świadczeń, w sposób zgodny z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

²³ W roku 2014 – 0 badań, w 2015 – 12 wymazów z powierzchni i cztery wymazy z rąk, w 2016 – 6 i dwa, w 2017 cztery i dwa, w 2018 cztery i dwa.

²⁴ Jedna w 2014 r., jedna w 2015 r. i dwie w 2017r.

²⁵ Decyzja nr PZ-5580/5/2010 z dnia 15 kwietnia 2010 r.

ze środków publicznych oraz w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.²⁶ (obowiązywało do dnia 23 grudnia 2015 r.) i z 9 listopada 2015 r.²⁷ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Osobami uprawnionymi do dokonywania wpisów na ww. listę była pielęgniarka oddziałowa, a w przypadku jej absencji, osoba ją zastępująca.

Prowadzenie listy oczekujących było przedmiotem kontroli Zespołu Oceny Przyjęć²⁸. W wyniku analizy raportów z oceny list oczekujących ustalono m.in., że Zespół ten dokonywał oceny listy co najmniej raz w miesiącu pod względem określonym w art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmiany terminów udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 158-159, 164-167)

2.3. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki przesuwania zaplanowanych zabiegów z powodu np. awarii sprzętu medycznego, nieobecności lekarza. Nie wystąpiły również przypadki braku możliwości bieżącego przyjmowania pacjentów na Oddział dziecięcy.

(dowód: akta kontroli str. 158-159)

2.4. Szpital wywiązywał się z obowiązku comiesięcznego przekazywania do NFZ danych o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, wynikającego z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Informacje te były przekazywane w terminie określonym w §11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r.²⁹, tj. nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca.

(dowód: akta kontroli str.160, 170)

Ocena cząstkowa

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

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., na wyposażeniu Oddziału znajdowało się 25 sztuk sprzętu i aparatury medycznej, w tym:

- 11 urządzeń, dla których wymagane były coroczne przeglądy techniczne (pompa infuzyjna, kardiomonitor, aparat EKG, dwie pompy strzykawkowe, inkubator, dwa ssaki, pulsoksymetr oraz dwa ssaki elektryczne).
- dwa urządzenia, dla których przegląd techniczny był zalecany (monitor nieinwazyjny C3 z 2004 r. i lampa do fototerapii Natus z 2005 r.).
- 12 inhalatorów, dla których przegląd techniczny nie był ani wymagany ani zalecany przez producentów.

(dowód: akta kontroli str. 171-173)

Ustalono, że dla wszystkich ww. urządzeń Szpital posiadał tzw. „paszporty techniczne”, w których wykazywano m.in. daty ich zakupu i rozpoczęcia eksploatacji, numery ksiąg inwentarzowych oraz informację, że te urządzenia znajdują się na stanie Oddziału.

²⁶ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

²⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm.

²⁸ Powołanego zarządzeniem Dyrektora ZOZ nr 11/2007 z 1 kwietnia 2007 (ze zm.)

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).

Na dzień kontroli, tj. 22 marca 2018 r., wszystkie ww. urządzenia miały ważne przeglądy okresowe.

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że sprzęt medyczny w jaki wyposażony jest Oddział zabezpiecza jego potrzeby, a stan techniczny urządzeń jest dobry.

(dowód: akta kontroli str. 181-183)

Ustalone
nieprawidłowości

1. W okresie od stycznia 2014 r. do 29 lipca 2015 r. nie poddano przeglądom technicznym 10 spośród 11 ww. urządzeń, dla których były wymagane coroczne przeglądy techniczne³⁰.
2. W latach 2016–2017, wystąpiły przypadki wykonywania badań i zabiegów na pięciu urządzeniach, które nie posiadały aktualnych przeglądów technicznych. Wynikało to z faktu, że urządzenia te nie zostały poddane przeglądom w wymaganym terminie. Dotyczyło to:
 - aparatu EKG, opóźnienie w przeprowadzeniu przeglądu wyniosło 60 dni w 2016 r. i 129 dni w 2017 r., w tych okresach wykonano odpowiednio 24 i 60 badań,
 - pulsoksymetru, opóźnienie wyniosło 41 dni w 2016 r., w okresie tym wykonano 14 zabiegów,
 - dwóch pomp strzykawkowych, opóźnienie dla obydwu pomp wynosiło po 191 dni w 2016 r., wykonano po 96 zabiegów na każdym z urządzeń,
 - inkubatora, opóźnienie wyniosło 197 dni w 2016 r., w okresie tym był on wykorzystywany siedmiokrotnie.

Dokonywanie okresowych przeglądów wyrobów medycznych w wymaganych przez producentów terminach, było przedmiotem wniosku pokontrolnego NIK sformułowanego po kontroli przeprowadzonej w 2014 r.

Starsza pielęgniarka oddziałowa, pełniąca obowiązki inspektora ds. BHP, wyjaśniła, że środki finansowe przeznaczone w 2014 r. na przeglądy techniczne zostały wydatkowane na usunięcie poważnej awarii jednego z urządzeń na bloku operacyjnym, natomiast w 2015 r. urządzenia były serwisowane w różnych terminach, co wygenerowało spore wydatki. Starając się o obniżenie kosztów wymaganych przeglądów technicznych, w kolejnych latach usługa serwisowa dla wszystkich urządzeń była przeprowadzana tego samego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 176-177, 184-185)

Opis stanu
faktycznego

3.2. W okresie objętym kontrolą, na Oddziale nie wystąpiły przypadki, niewykonywania badań i zabiegów z powodu np. niewystarczającego finansowania z NFZ. Nie wystąpiły także przypadki wykonywania takich badań odpłatnie.

W latach 2014 – 2017 za pomocą analizowanych urządzeń medycznych wykonywano od jednego do 15 badań bądź zabiegów miesięcznie³¹.

(dowód: akta kontroli str.176-177, 181-182)

3.3. Szpital zapewnił fachową i ciągłą obsługę urządzeń medycznych. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki niewykonania lub opóźnienia w wykonaniu badania/zabiegu z uwagi na nieobecność wykwalifikowanej kadry do obsługi urządzenia. Nie wystąpiły też wypadki związane z użytkowaniem sprzętu na Oddziale.

(dowód: akta kontroli str.176-177)

³⁰ Spośród 11 urządzeń dla których przegląd techniczny był wymagany, wykonano jedynie w dniu 21 października 2014 r. przegląd pulsoksymetru.

³¹ Pompa infuzyjna - jeden zabieg miesięcznie, monitor nieinwazyjny – pięć, kardiomonitor DASH 4000 – 6, aparat EKG – 12, pompy strzykawkowe Terafusion – po 15 zabiegów, inkubator - jeden, ssaki VanM1 – po 12, lampa do fototerapii Natus – jeden, pulsoksymetr Nellcor – 10, ssak elektryczny Mevacs M20 - 12, ssak elektryczny Mevacs MIP801 – 12.

3.4. W latach 2014-2017 odnotowano dwie awarie pulsoksymetru³², na usunięcie których Szpital wydatkował łącznie 362 zł. W trakcie usuwania awarii³³ korzystano ze sprzętu wypożyczonego z innych oddziałów szpitalnych.

Szpital nie zawarł umów serwisowych na naprawę bądź konserwację urządzeń medycznych - starsza pielęgniarka pełniąca obowiązki inspektora ds. BHP w ZOZ wyjaśniła, że w przypadku zakupu nowego sprzętu Szpital wymaga od dostawcy urządzeń co najmniej dwuletniej gwarancji i dwóch bezpłatnych przeglądów. W umowach ustalano, że czas na naprawę ewentualnych awarii nie może przekroczyć 14 dni, a Szpitalowi przysługuje sprzęt zastępczy na okres naprawy.

(dowód: akta kontroli str.174-180)

3.5. W badanym okresie, na potrzeby Oddziału dziecięcego Szpital zakupił 10 szt. łóżek szpitalnych za łączną kwotę 21 tys. zł oraz 15 sztuk szafek przyłóżkowych za łączną kwotę 7,5 tys. zł. Na potrzeby Oddziału otrzymał również darowiznę w kwocie 3,54 tys. zł na zakup stanowiska do pielęgnacji noworodków.

(dowód: akta kontroli str. 186-201)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Leczenie na Oddziale realizowane było na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³⁴, zawartej z NFZ w 2010 r. i aneksowanej w badanym okresie 79 razy³⁵. W latach 2014–2015 usługi były realizowane w trybie pediatria–hospitalizacja planowa, zaś w latach 2016 – 2017 jako pediatria–hospitalizacja. Rodzaj i ilość urządzeń medycznych w latach 2014–2017 oraz liczba i specjalizacja lekarzy (od dwóch do trzech lekarzy zatrudnionych w normalnej ordynacji, ze specjalizacją pediatria) pracujących na Oddziale dziecięcym w latach 2014–2015, były zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁶.

(dowód: akta kontroli str.202-242)

Ustalone nieprawidłowości

1. W wyniku analizy list obecności lekarzy ustalono, że przez 77 dni w 2016 r. i 22 dni w 2017 r. na Oddziale nie zapewniono wymaganej liczby lekarzy pediatrów. W okresie od stycznia 2016 r. do końca czerwca 2017 r., dwóch spośród trzech lekarzy pediatrów świadczących usługi w normalnej ordynacji na Oddziale Dziecięcym przebywało na urlopach bezpłatnych³⁷, a Szpital nie zapewnił ich zastępstwa, występowały tym samym sytuacje, że usługi medyczne na Oddziale były świadczone jedynie przez jednego lekarza. Powyższa sytuacja była niezgodna z wymogami określonymi w załączniku nr 3 poz. 36 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z którymi należało zapewnić obecność co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii albo co najmniej jednego lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz jednego lekarza z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem w czasie normalnej ordynacji. Z informacji uzyskanej w toku kontroli z NFZ wynika, że powyższa sytuacja była również niezgodna z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia

³² Pierwsza awaria 18 października 2014 r., druga 16 czerwca 2015 r.

³³ Pierwszą awarię usunięto w ciągu dwóch dni, a drugą w ciągu trzech dni.

³⁴ Umowa nr 14-00-00421-11/022/03/01/SZP z 28-12-2010 r.

³⁵ W roku 2014 – 19 aneksów, w 2015 r. – 20, w 2016 r. – 21, w 2017 r. – 19.

³⁶ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

³⁷ Jeden z lekarzy przebywał na urlopie bezpłatnym w okresie od 12 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r., a drugi w okresie od 16 września 2016 r. do 2 grudnia 2017 r.

30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że w przypadku tych lekarzy nie był planowany tak długi okres ich nieobecności, a obojwaj deklarowali jak najszybszy powrót do pracy. Wyjaśniła ponadto, że podejmowała działania w celu zatrudnienia większej liczby lekarzy z odpowiednimi specjalizacjami, m.in. poprzez zamieszczanie ogłoszeń na portalach internetowych oraz w Izbach Lekarskich. Wskazała również, że Szpital zawarł umowę z firmą komercyjną, która poszukuje lekarzy do pracy.

2. Szpital nie informował na bieżąco NFZ o przypadkach zaistnienia zmian w harmonogramach udzielania świadczeń medycznych, spowodowanych nieobecnością dwóch spośród trzech lekarzy pediatrów pracujących na Oddziale i niezapewnienia na ten czas ich zastępstwa. Ustalono bowiem, że o fakcie niewykonywania świadczeń przez jednego z lekarzy Szpital nie poinformował NFZ, natomiast w przypadku drugiego lekarza, poinformował NFZ z opóźnieniem dziewięciomiesięcznym. Było to niezgodne z wymogami określonymi w §6 ust. 2 załącznika rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁸, zgodnie z którymi świadczenia winny być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, a zmiany w harmonogramie udzielania przez nie świadczeń, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo (w przypadkach losowych) niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że nie miała wiedzy odnośnie obowiązku zgłaszania absencji lekarzy będących na urloпах bezpłatnych.

(dowód: akta kontroli str. 243-267)

Opis stanu faktycznego

4.2. W latach 2014–2017 świadczenia opieki zdrowotnej realizowane były przy udziale podwykonawców. W okresie 2014-2015 do NFZ zgłoszono po dziewięciu podwykonawców, w 2016 r. – pięciu, a w 2017 r. – ośmiu. Zawarte z nimi umowy, dotyczyły m.in. transportu medycznego, zlecenia badań diagnostycznych i laboratoryjnych oraz badań prowadzonych za pomocą tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego. Umowy zawarto m.in. z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, Wojewódzką Stacją Sanitarno Epidemiologiczną w Olsztynie oraz NZOZ Warmińsko-Mazurskim Centrum Medycznym w Olsztynie. W badanym okresie na realizację ww. umów Szpital wydatkowano łącznie 25,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

4.3. W okresie objętym kontrolą Szpital był kontrolowany przez NFZ ośmiokrotnie³⁹, zaś jedna z nich dotyczyła Oddziału dziecięcego. W wyniku tej kontroli, NFZ stwierdził nieprawidłowości dotyczące niezgłoszenia nieobecności jednego z lekarzy pediatrów przebywającego na długoterminowym urlopie bezpłatnym, braku myjni-dezynfektora oraz ważności badań technicznych sprzętu medycznego znajdującego się na wyposażeniu Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 272-285)

4.4. Z przeprowadzonej w trakcie kontroli analizy dokumentacji⁴⁰ Szpitala stwierdzono, że nie wystąpiły przypadki udzielania świadczeń przez lekarzy i personel pielęgniarski, który nie był zgłoszony do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 286)

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

³⁹ Dwie kontrole w 2014 r., trzy w 2015 r. i trzy w 2017 r.

⁴⁰ Aneksy do umowy z NFZ (zawarte w latach 2014 – 2017), dokumentacji kadrowej, grafików dyżurów lekarskich i pielęgniarskich w okresie objętym kontrolą, wydruków z systemu SZOI - System Zarządzania Obiegiem Informacji, listy obecności z okresu styczeń 2016 r. – grudzień 2017 r.

4.5. Wartość zakontraktowanych świadczeń dotyczących leczenia szpitalnego w zakresie pediatrii wynosiła w:

- 2014 r. – 1.425,30 tys. zł (co stanowiło 9,1% kontraktu Szpitala),
- 2015 r. – 1.470,48 tys. zł (9,2% kontraktu Szpitala),
- 2016 r. – 1.506,71 tys. zł (8,7% kontraktu Szpitala),
- 2017 r. – 1.367,75 tys. zł (10% kontraktu Szpitala).

Świadczenia realizowane w badanym okresie na Oddziale wykonywane były na podstawie umów, w których zgłoszono sprzęt i aparaturę medyczną, którą faktycznie Szpital posiadał, natomiast nie każdy sprzęt posiadał ważny przegląd techniczny – zagadnienie to opisano w punkcie 3.1. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 202, 287-289)

4.6. Koszty funkcjonowania Oddziału wynosiły:

- 2014 r. - 1.690,39 tys. zł, a przychody 1.426,17 tys. zł, wynik finansowy był ujemny - strata wyniosła 264,30 tys. zł.
- 2015 r. – 1.826,21 tys. zł, a przychody 1.618,94 tys. zł, wynik finansowy był ujemny - strata wyniosła 207,27 tys. zł.
- 2016 r. – 1.889,24 tys. zł, a przychody 1.614,27 tys. zł, wynik finansowy był ujemny - strata wyniosła 274,97 tys. zł.
- 2017 r. – 1.969,40 tys. zł, a przychody 1.564,26 tys. zł, wynik finansowy był ujemny - strata wyniosła 405,14 tys. zł.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że przyczyną ujemnego wyniku finansowego Oddziału, było niedofinansowanie przez NFZ usług świadczonych przez Szpital w okresie objętym kontrolą. Wskazała również, że do czasu, kiedy usługi medyczne nie będą wyceniane w oparciu o realne koszty, nie ma możliwości naprawienia tej sytuacji.

Główna Księgowa ZOZ wyjaśniła, że straty z lat 2015 – 2017 były pokrywane przez organ założycielski, zgodnie z art. 59 Ustawy o działalności leczniczej, natomiast strata za 2014 r. nie została pokryta i została zaksięgowana na koncie straty z lat ubiegłych.

(dowód: akta kontroli str.22-27, 290-291)

4.7. Szpital zrealizował wnioski pokontrolne sformułowane w wystąpieniu pokontrolnym z 2014 r., dotyczące zapewnienia właściwych warunków sanitarnych w Oddziale oraz zabezpieczenia okien przed możliwością ich otwarcia przez pacjentów i zapewnienia obserwacji pacjentów znajdujących się w salach chorych z punktu pielęgnarskiego.

W przypadku wniosku pokontrolnego dotyczącego dokonywania wymaganych przeglądów okresowych wyrobów medycznych w terminach wskazanych przez ich producentów ustalono, że został on zrealizowany w pełni dopiero z końcem 2017 r. Nie zrealizowano natomiast wniosku pokontrolnego dotyczącego realizacji zaleceń Komendanta Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Szczytnie z 2010 r.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴¹, wnosi o:

1. Zintensyfikowanie działań mających na celu pełne wykonanie zaleceń wydanych przez KPPSP.
2. Informowanie dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o przypadkach zaistnienia zmian w harmonogramie, stosownie do wymogu określonego w § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Olsztyn, dnia 18 maja 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Kontroler
Sebastian Helbrecht
Starszy inspektor kontroli państwowej

p.o. Dyrektor
Piotr Górny

.....
podpis

.....
podpis

⁴¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.