



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-011-04/2014

P/14/061

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 P/14/061 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe

*Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę* Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Kontroler Joanna Łukasik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli
nr 90858 z dnia 20.05.2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

*Jednostka
kontrolowana* Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Pasłęku (zwany dalej „Szpitalem” lub „Spółką”)

*Kierownik jednostki
kontrolowanej* Teresa Cierachowska, Prezes Zarządu

(dowód: akta kontroli str. 318-320)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Szpitala samorządowego przekształconego w spółkę kapitałową.

Podstawą tej oceny jest prawidłowe przeprowadzenie procesu przekształcenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pasłęku (dalej: SP ZOZ) w spółkę kapitałową, dobra sytuacja finansowa Szpitala w całym badanym okresie oraz zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych w szerszym zakresie aniżeli przed przekształceniem.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie:

- niewywiązania się z obowiązku powołania w skład Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz lekarza medycyny pracy, a także nieuprawnione powołanie do tego Komitetu osoby nie będącej pracownikiem Szpitala,
- nieujmowania w rejestrze czynników alarmowych niektórych wymaganych danych, tj. o płci zarejestrowanych pacjentów oraz charakterystyki podstawowych objawów klinicznych,
- nieterminowego przekazania raportu okresowego o bieżącej sytuacji epidemiologicznej za 2012 r.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową

Opis stanu
faktycznego

1.1. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową nastąpiło na podstawie uchwały Rady Powiatu w Elblągu nr XXII/40/09 z czerwca 2009 r.² Zgodnie z tą uchwałą³ zakończenie działalności medycznej SP ZOZ oraz zakończenie likwidacji ustalono na dzień 31.12.2009 r. Osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych w likwidowanym SP ZOZ zapewniono dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych w dotychczasowym zakresie przez nowo utworzony Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (zwany dalej „NZOZ”), dla którego organem założycielskim była spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zawiązana przez Powiat Elbląski.

Stosownie do zapisów art. 53a ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴ (zwanej dalej „ustawą o zoz”), w przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością (...) właściwej jednostki samorządu terytorialnego (...). W myśl zapisów ww. uchwały, zobowiązania i należności SP ZOZ po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Powiatu Elbląskiego.

Według stanu na dzień zakończenia procesu likwidacji SP ZOZ, tj. na 31.12.2009 r., należności SP ZOZ wynosiły 745,7 tys. zł, zaś zobowiązania – 3.012,2 tys. zł. Z informacji uzyskanych z Powiatu Elbląskiego wynikało, że Powiat przejął wszystkie zobowiązania po SP ZOZ w likwidacji, z czego:

- z własnych środków spłacił zobowiązania z tytułu kredytu komercyjnego, podatków, ubezpieczeń i innych świadczeń łącznie w wysokości 1.346,9 tys. zł,
- umorzył udzielone przez siebie pożyczki łącznie w wysokości 571,7 tys. zł,
- z kwoty ściągniętych przez SP ZOZ w likwidacji należności 745,7 tys. zł Powiat spłacił 694,9 tys. zł zobowiązań, zaś pozostałą kwotę SP ZOZ w likwidacji przekazał na rachunek bankowy organu założycielskiego.

Według stanu na dzień 12.06.2014 r. do spłacenia przez Powiat pozostała pożyczka Skarbu Państwa z terminem zapadalności na 31.12.2016 r. w wysokości 398,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 3-19)

Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej⁵, w dniu 11 września 2009 r. Rada Powiatu w Elblągu podjęła uchwałę w sprawie utworzenia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą „Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Pasłęku”. Aktem notarialnym z dnia 23.09.2009 r. podpisano akt założycielski Spółki, w którym określono m.in. firmę, czas trwania Spółki, przedmiot przedsiębiorstwa Spółki, kapitał zakładowy, organy Spółki oraz ich kompetencje.

Na podstawie ww. uchwały Spółka w dniu 21.12.2009 r. wpisana została do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w którym określono, że podmiot rozpocznie działalność leczniczą od dnia 1.01.2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 20-50)

² Szpital ponosił straty nieprzerwanie od 2002 r. do 2008 r. (wynoszące od 1.137,5 tys. zł w 2003 r. do 132,3 tys. zł w 2008 r.). W 2009 r. SP ZOZ uzyskał dodatni wynik finansowy wynoszący 527,5 tys. zł, wynikający z umorzenia pożyczki Skarbu Państwa udzielonej na restrukturyzację SP ZOZ.

³ Zmieniona uchwałą Nr XXV/60/09 Rady Powiatu w Elblągu z dnia 23.10.2009 r.

⁴ Dz. U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 ze zm. (obowiązująca do 30 czerwca 2011 r.)

⁵ Dz. U. z 2011 r., Nr 45, poz. 236

Stosownie do zapisów art. 18a ust. 1 i 3 ustawy o zoz oraz art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶ (dalej: „ustawa o działalności leczniczej”), organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych określał do 30 czerwca 2011 r. regulamin porządkowy, zaś od 1 lipca 2011 r. – regulamin organizacyjny, ustalany przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej.

Zarządzeniem Dyrektora NZOZ z dnia 1 stycznia 2011 r.⁷ uchwalony został Regulamin Porządkowy, który zawierał wszystkie elementy wymienione w art. 18a ust. 1a ustawy o zoz, zaś dnia 4.08.2011 r. Zarządzeniem Prezesa Zarządu uchwalony został Regulamin Organizacyjny Szpitala, zawierający wszystkie elementy wymienione w art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 51-74)

Dnia 28 grudnia 2009 r. SP ZOZ w likwidacji zawarł porozumienie ze Szpitalem i Narodowym Funduszem Zdrowia Oddziałem Wojewódzkim w Olsztynie (zwanym dalej „NFZ”), na mocy którego od 1.10.2010 r. scedował prawa i obowiązki wynikające z treści wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 75-78)

1.2. W okresie objętym kontrolą Szpital, w celu dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, dysponował majątkiem po SP ZOZ w likwidacji, i tak:

- na podstawie umowy użyczenia z dnia 27.11.2009 r. zawartej z Zarządem Powiatu Elbląskiego Szpital dysponował nieodpłatnie pięcioma nieruchomościami. Umowa zawarta została na okres 2 lat, tj. do dnia 1.01.2012 r., pod warunkiem zakończenia do 31.12.2009 r. likwidacji SP ZOZ,
- na podstawie umowy z dnia 1.01.2010 r. dotyczącej dzierżawy środków trwałych, aparatury, sprzętu medycznego i pozostałego majątku ruchomego, zawartej z Zarządem Powiatu Elbląskiego, Szpital dzierżawił cały majątek ruchomy, wykazany wg stanu na dzień 31.12.2009 r. Z tytułu dzierżawy, stosownie do zapisów § 3 ww. umowy, Szpital zobowiązany był płacić, w terminie do końca następnego miesiąca za dany miesiąc, czynsz dzierżawny w wysokości 100 zł miesięcznie.

W okresie od stycznia do sierpnia 2011 r. Szpital wywiązał się z obowiązku terminowego regulowania czynszu dzierżawnego. Kwota zapłaconego w ww. okresie czynszu wyniosła 800 zł.

(dowód: akta kontroli str. 79-83)

Majątek pozostały po zlikwidowanym SP ZOZ, będący własnością Powiatu Elbląskiego, w wyniku podjętych przez Radę Powiatu Elbląskiego uchwał, wniesiony został aportem do majątku nowopowstałej Spółki i służył udzielaniu świadczeń zdrowotnych, i tak:

- według stanu na dzień 31.12.2009 r., wartość bilansowa 17 nieruchomości wykazanych w księgach rachunkowych likwidowanego SP ZOZ na koncie 011, wynosiła 1.740,5 tys. zł. W wyniku przeprowadzonej przez rzeczoznawcę majątkowego wyceny, nieruchomości te oszacowano na kwotę 4.074,4 tys. zł, a następnie w dniu 16.08.2011 r. wniesiono je do majątku Spółki w postaci aportu;
- według stanu na dzień 31.12.2009 r., wartość bilansowa środków trwałych, wykazanych w księgach rachunkowych na koncie 011, wynosiła 3.296,1 tys. zł.

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm. (obowiązuje od 1 lipca 2011 r.)

⁷ Zmienionego zarządzeniem Nr 3/2011 z dnia 18.04.2011 r.

W okresie od 1.01.2010 r. do 16.08.2011 r. zakupiono osiem środków trwałych o wartości 526,2 tys. zł, zaś skasowano dziewięć o wartości 113,5 tys. zł. W trakcie wyceny majątku 75 środków trwałych o wartości 102,1 tys. zł przeklasyfikowano na wyposażenie, zaś trzy składniki wyposażenia o wartości 20,2 tys. zł – na środki trwałe. Dwa składniki tych aktywów o wartości 11,9 tys. zł przekazano do organu założycielskiego. Ostatecznie 48 środków trwałych o wartości 1.598,9 tys. zł netto wniesiono aportem do majątku Spółki;

- według stanu na dzień 31.12.2009 r., wartość bilansowa wyposażenia, wykazanego w księgach rachunkowych na koncie 013, wynosiła 361,9 tys. zł. W okresie od 1.01.2010 r. do 16.08.2011 r. zakupiono wyposażenie o wartości 43,4 tys. zł, zaś skasowano wyposażenie o wartości 2,7 tys. zł. W wyniku przeklasyfikowania wartość wyposażenia wyniosła 519,5 tys. zł i wniesiona została aportem do majątku Spółki.

W wyniku przeprowadzonej przez rzeczoznawcę majątkowego wyceny, ruchomości te oszacowano łącznie na kwotę 2.364,6 tys. zł (w tym 1.776 tys. zł środki trwałe i 588,6 tys. zł wyposażenie) i z dniem 16.08.2011 r. wniesiono do majątku Spółki w postaci aportu.

W okresie od 1.06.2009 r. do 31.12.2009 r. (tj. w okresie likwidacji) nie sprzedano żadnego składnika majątku nieruchomego i ruchomego, będącego w posiadaniu SP ZOZ w likwidacji.

(dowód: akta kontroli str. 84-118, 316-317)

1.3. W art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁸ zapisano, że inwentaryzację, o której mowa w ust. 1, przeprowadza się na dzień zakończenia działalności przez jednostkę oraz na dzień poprzedzający postawienie jej w stan likwidacji lub ogłoszenia upadłości. Stwierdzono, że w SP ZOZ przeprowadzono inwentaryzację majątku likwidowanego zakładu w terminach wynikających z ww. ustawy. W wyniku inwentaryzacji majątku SP ZOZ w likwidacji, przeprowadzonych na dzień 30.06.2009 r. i 31.12.2009 r., nie stwierdzono niezgodności. Prawidłowość przeprowadzenia inwentaryzacji potwierdzona została również przez biegłego rewidenta, badającego sprawozdania finansowe Szpitala za pierwsze i drugie półrocze 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 119-128)

Ocena częściowa

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

2. Sytuacja finansowa Szpitala

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Spółka uzyskała przychody ogółem w łącznej wysokości wynoszącej 32.965,5 tys. zł, i tak:

- 1) w 2011 r. przychody ogółem wyniosły 9.312,3 tys. zł, w tym:
 - przychody ze sprzedaży wyniosły 8.748,9 tys. zł, w tym: przychody z NFZ – 8.217,7 tys. zł, przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych – 408,5 tys. zł, przychody z tytułu czynszów i dzierżaw – 109,7 tys. zł, sprzedaż pozostała – 13 tys. zł,
 - przychody finansowe z tytułu odsetek wyniosły 14,5 tys. zł,
 - przychody operacyjne wyniosły 548,9 tys. zł (w tym 423,7 tys. zł z tytułu umorzenia wyposażenia);
- 2) w 2012 r. przychody ogółem wyniosły 9.894,2 tys. zł, w tym:

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

- przychody ze sprzedaży wyniosły 9.776,4 tys. zł, w tym: przychody z NFZ – 9.206,8 tys. zł, przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych – 443,4 tys. zł, przychody z tytułu czynszów i dzierżaw – 110,8 tys. zł, sprzedaż pozostała – 15,4 tys. zł,
- przychody finansowe z tytułu odsetek wyniosły 32 tys. zł,
- przychody operacyjne wyniosły 85,8 tys. zł;
- 3) w 2013 r. przychody ogółem wyniosły 10.481,6 tys. zł, w tym:
 - przychody ze sprzedaży wyniosły 10.140 tys. zł, w tym: przychody z NFZ – 9.547,9 tys. zł, przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych – 472,6 tys. zł, przychody z tytułu czynszów i dzierżaw – 109,4 tys. zł, sprzedaż pozostała – 10,1 tys. zł,
 - przychody finansowe wyniosły 42 tys. zł (w tym z tytułu odsetek 36,9 tys. zł),
 - przychody operacyjne wyniosły 299,6 tys. zł;
- 4) w 2014 r. (do 30 kwietnia) przychody ogółem wyniosły 3.277,4 tys. zł, w tym:
 - przychody ze sprzedaży wyniosły 3.226,5 tys. zł, w tym: przychody z NFZ – 3.005,9 tys. zł, przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych – 181 tys. zł, przychody z tytułu czynszów i dzierżaw – 37 tys. zł, sprzedaż pozostała – 2,6 tys. zł,
 - przychody finansowe z tytułu odsetek wyniosły 5,2 tys. zł,
 - przychody operacyjne wyniosły 43,7 tys. zł,
 - darowizny otrzymane – 2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 129-138)

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określono zasady udostępniania dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów i kopii, a także, że udostępnienie jej podlega opłacie, która nie mogła być wyższa niż:

- 1) 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale – za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,
- 2) 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale – za jedną stronę kserokopii dokumentacji medycznej,
- 3) 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale - za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Wysokość tych opłat była zgodna z postanowieniami art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹.

W badanym okresie Szpital uzyskał z ww. tytułu łączne przychody w kwocie 12 tys. zł, w tym w 2011 r. 3,4 tys. zł, w 2012 r. 4,1 tys. zł, w 2013 r. 3,7 tys. zł i w 2014 r. (do 30 kwietnia 2014 r.) 0,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 55-56, 130-138)

2.2. Szpital wdrożył system informatyczny umożliwiający prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, w myśl art. 11 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁰.

Dnia 29.01.2013 r. Prezes Szpitala podpisał z Zarządem Województwa Warmińsko-Mazurskiego umowę na realizację projektu pn. „E-pacjent – informatyzacja w zakresie obsługi pacjenta oraz wdrożenie e-usług w Szpitalu Powiatowym w Pasłęku”, sfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury 2007-2013 (dalej: „RPO”). Wartość projektu

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 657 ze zm.

wyniosła 800,5 tys. zł (w tym 680,4 tys. zł – dotacja z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego). System, wdrożony 7.03.2014 r., umożliwia m.in. prowadzenie dokumentacji pacjenta w formie elektronicznej, jak też wymianę dokumentacji z innymi podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, pod warunkiem posiadania przez te podmioty systemu informatycznego kompatybilnego z systemem Szpitala, a także możliwości odczytywania zaszyfrowanych danych wrażliwych.

(dowód: akta kontroli str. 140-143)

2.3. W badanym okresie Szpital podpisał pięć umów dotyczących dofinansowania inwestycji ze środków publicznych. Wartość projektów wyniosła łącznie 1.261,8 tys. zł, w tym wartość dofinansowania – 937,6 tys. zł, i tak:

- 1) ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dalej: „PFRON”) Szpital uzyskał dofinansowanie realizacji trzech projektów wynoszące łącznie 35 tys. zł, w tym na:
 - zakup sprzętu rehabilitacyjnego do Zakładu Rehabilitacji Leczniczej – 8 tys. zł, projekt zakończył się w 2013 r.,
 - wykonanie pochylni i dojścia do wejścia głównego Szpitala – 26,9 tys. zł, projekt zakończony w 2013 r.,
 - montaż platformy hydraulicznej w budynku oddziału pediatrycznego – projekt jest w trakcie realizacji, termin zakończenia zaplanowano na 31.07.2014 r.;
- 2) ze środków RPO Szpital uzyskał dofinansowanie realizacji dwóch projektów, które wyniosło łącznie 902,7 tys. zł, w tym na:
 - ucyfrowienie pracowni radiologicznej – 256,3 tys. zł, projekt zakończony,
 - informatyzację w zakresie obsługi pacjenta oraz wdrożenie e-usług – 646,4 tys. zł, projekt jest w trakcie realizacji, złożono wniosek o płatność końcową na kwotę 28,4 tys. zł.

Ze środków PFRON zakupiono sprzęt rehabilitacyjny, zaś ze środków RPO - zestaw pośredniej radiografii cyfrowej. W badanym okresie Szpital nie wykorzystywał ww. urządzeń do udzielania odpłatnych świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 139, 144-152)

2.4. Przychody ogółem uzyskane w badanym okresie przez Szpital (m.in. ze sprzedaży świadczeń NFZ) w całości pokrywały koszty jego funkcjonowania (m.in. koszty udzielenia świadczeń zdrowotnych, wynagrodzeń, amortyzacji). Szpital osiągnął dodatni wynik finansowy, który w poszczególnych latach wyniósł odpowiednio: w 2011 r. – 13,7 tys. zł, w 2012 r. - 98,5 tys. zł, w 2013 r. - 119 tys. zł i w 2014 r. (do 30 kwietnia) - 14,9 tys. zł.

Zobowiązania Szpitala (w tym rezerwy na zobowiązania i rozliczenia międzyokresowe) w poszczególnych latach wyniosły odpowiednio:

- w 2011 r. – 1.139,6 tys. zł (w tym zobowiązania krótkoterminowe 608,6 tys. zł),
- w 2012 r. – 1.313,4 tys. zł (665,7 tys. zł),
- w 2013 r. – 1.212,1 tys. zł (658 tys. zł),
- w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 1.603 tys. zł (648,6 tys. zł).

W ramach ww. zobowiązań nie wystąpiły zobowiązania wymagalne.

(dowód: akta kontroli str. 129, 313)

Spośród 17 komórek organizacyjnych, udzielających świadczeń zdrowotnych, w czterech przypadkach przychody z NFZ i z tytułu udzielenia odpłatnych świadczeń zdrowotnych nie pokrywały kosztów udzielenia tych świadczeń. Przykładowo

następujące komórki organizacyjne w latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) osiągnęły ujemne wyniki finansowe:

- pracownia RTG odpowiednio: 188,2 tys. zł, 235,2 tys. zł, 251,2 tys. zł i 64 tys. zł,
- pracownia USG - 41,7 tys. zł, 53,2 tys. zł, 12,8 tys. zł i 7 tys. zł,
- oddział pediatryczny – 119,5 tys. zł, 53,1 tys. zł, 58,6 tys. zł i 24,4 tys. zł.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że przychody poszczególnych pracowni diagnostycznych dotyczą wyłącznie świadczeń odpłatnych, natomiast pracownie te wykonują również świadczenia na rzecz innych komórek organizacyjnych Szpitala. Wówczas wykonane świadczenie wykazane jest w kosztach oddziału szpitalnego.

W Szpitalu nie szacowano kosztów jednostkowych udzielonych świadczeń zdrowotnych, gdyż nie ma możliwości wyodrębnienia kosztów działalności komercyjnej od finansowanej ze środków NFZ. Analizie poddawane są wyłącznie koszty działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.

Ponadto analiza podstawowych wskaźników finansowych Szpitala wskazywała na to, że Szpital nie miał problemów ze spłatą bieżących zobowiązań (wartość wskaźnika płynności bieżącej w badanym okresie wyniosła odpowiednio 2,6%, 3,5% i 3,4%), zaś udział długów Spółki w majątku ogółem wynosił odpowiednio 15%, 16% i 15%.

(dowód: akta kontroli str. 153-159, 219)

2.5. Według stanu na dzień 4 lipca 2014 r. kwota należności za wykonane świadczenia zdrowotne na rzecz osób nieubezpieczonych wyniosła łącznie 4.374 zł, z tego:

- w 2011 r. – 2.142 zł (w wyniku prowadzonego postępowania komorniczego należność umorzono),
- w 2012 r. – 2.142 zł (uzyskano nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym),
- w 2013 r. – 90 zł (wysłano przedsądowe wezwanie do zapłaty).

(dowód: akta kontroli str. 160)

2.6. W Szpitalu w latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) nie wystąpiły przypadki fakturowania świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit określony w umowie zawartej z NFZ. Świadczenia ponadlimitowe fakturowane były w momencie podpisania z NFZ ugody.

(dowód: akta kontroli str. 161-172)

2.7. Koszty ogółem poniesione w badanym okresie przez Szpital wyniosły łącznie 32.628 tys. zł, w tym:

- w 2011 r. – 9.268,5 tys. zł, z czego 54% (5.015,9 tys. zł) stanowiły koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, zaś 34% (3.153,6 tys. zł) – koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi (w tym 2.430,7 tys. zł wyniosły koszty wynagrodzeń personelu medycznego),
- w 2012 r. – 9.762,3 tys. zł, z czego 51% (5.027,9 tys. zł) - koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, zaś 38% (3.773,2 tys. zł) – koszty wynagrodzeń (w tym 2.444,3 tys. zł personelu medycznego),
- w 2013 r. – 10.339,3 tys. zł, z czego 55% (5.755 tys. zł) - koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, zaś 36% (3.796,9 tys. zł) – koszty wynagrodzeń (w tym 2.713,8 tys. zł personelu medycznego),
- w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 3.257,9 tys. zł, z czego 58% (1.920,6 tys. zł) - koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, zaś 34% (1.136,2 tys. zł) – koszty wynagrodzeń (w tym 958,2 tys. zł personelu medycznego).

(dowód: akta kontroli str. 129, 173, 314-315)

2.8. W badanym okresie w Szpitalu zatrudnionych było łącznie 63 lekarzy i 67 pielęgniarek. W badanym okresie nie zmieniała się forma zatrudnienia personelu medycznego. Stwierdzono bowiem, że obowiązujące przed przekształceniem formy zatrudnienia lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych i pielęgniarek na podstawie umów o pracę nadal są stosowane w Szpitalu. Spośród 63 lekarzy, 61 zatrudnionych było na podstawie kontraktów, zaś spośród 67 pielęgniarek, 52 zatrudniono na podstawie umów o pracę.

Według stanu na dzień 30.04.2014 r. w Szpitalu zatrudnionych było:

- 47 lekarzy, spośród których 12 miało ponad 50 lat, zaś 18 miało poniżej 35 lat,
- 55 pielęgniarek, spośród których 21 miało ponad 50 lat i jedna miała poniżej 35 lat.

Średni wiek w obu grupach zawodowych wyniósł odpowiednio 47 i 48 lat.

(dowód: akta kontroli str. 174-187)

2.9. Szpital prowadził okresowo rachunek kosztów udzielania niektórych procedur medycznych. Dotyczyło to np. kosztu sterylizacji pojedynczego pakietu, mycia i dezynfekcji endoskopów, wykonania badania RTG. Analizie poddawany był również koszt osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (dalej: „ZOL”), w odniesieniu do pacjenta ogólnego, pacjenta odżywianego żywieniem przemysłowym oraz pacjenta wentylowanego mechanicznie. Szczegółowej analizie poddawane były natomiast koszty poszczególnych komórek organizacyjnych oraz koszty rzeczowe. W wyniku tych analiz zlikwidowano działalność poradni neurologicznej dla dzieci, poradni chorób płuc dla dzieci oraz oddziału ginekologii w trybie jednodniowym. Powodem zrezygnowania z udzielania ww. świadczeń była ich niska rentowność.

(dowód: akta kontroli str. 156-159)

2.10. W Szpitalu opracowano i wdrożono receptariusz szpitalny, który zawierał spis leków w układzie anatomiczno-terapeutyczno-chemicznym (tzw. ATC), z uwzględnieniem nazwy międzynarodowej i handlowej danego leku oraz jego ceny za opakowanie. Każdorazowe dopisanie, modyfikacja i skreślenie leku z receptariusza, a także zamówienie leku spoza spisu odbywało za zgodą komitetu terapeutycznego, na wniosek lekarza prowadzącego.

Spółka podejmowała również inne działania mające na celu ograniczenie kosztów działalności Szpitala, i tak m.in.:

- w wyniku rozszerzenia badań diagnostycznych o USG, USG Doppler Duplex i endoskopię zrezygnowano ze świadczeń wykonywanych w tym zakresie przez podwykonawców,
- zwiększono efektywność wykorzystywanych łóżek,
- ograniczono zatrudnienie personelu pomocniczego,
- wykorzystano wolną powierzchnię w budynku głównym Szpitala na potrzeby Zakładu Rehabilitacji Leczniczej,
- wycofano awaryjny sprzęt, zaś w jego miejsce zakupiono nowy.

(dowód: akta kontroli str. 189)

2.11. Zarząd oraz członkowie Rady Nadzorczej posiadali kwalifikacje niezbędne do zarządzania Spółką. Stwierdzono bowiem, że Prezes Zarządu miała ukończone kursy i szkolenia w zakresie organizacji i zarządzania w służbie zdrowia, zaś członkowie Rady Nadzorczej Szpitala spełniali warunek wynikający z art. 41 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, bowiem posiadali certyfikaty potwierdzające zdanie egzaminu dla kandydatów na członków rad nadzorczych.

(dowód: akta kontroli str. 190-191)

2.12. W związku z likwidacją SP ZOZ, Rada Powiatu w Elblągu w dniu 5.02.2010 r. przyjęła do realizacji „Program reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze Powiatu Elbląskiego”, który zakładał m.in.: rozszerzenie zakresu świadczeń oferowanych w Oddziale Chirurgii Jednego Dnia o jednodniowe procedury laryngologiczne i ortopedyczne, rozszerzenie działalności Oddziału Wewnętrznego o świadczenia z zakresu hematologii i endoskopii cholangiopankreatografii, zwiększenie liczby łóżek na ZOL, utworzenie Oddziału Rehabilitacji, poradni kardiologicznej i urazowo-ortopedycznej, rozszerzenie świadczeń NŚOZ o porady wyjazdowe oraz utworzenie ratownictwa medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 192-215)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Spośród powyższych siedmiu założeń związanych z reorganizacją Szpitala nie zrealizowano czterech, dotyczących utworzenia poradni kardiologicznej i ratownictwa medycznego oraz nie wprowadzono nowych świadczeń zdrowotnych z zakresu hematologii i zabiegów laryngologicznych.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że w przyczyną nie utworzenia poradni kardiologicznej był brak kadry medycznej, spełniającej wymogi NFZ. W przypadku ratownictwa medycznego – ze względu na integrowanie systemu ratownictwa medycznego – NFZ nie podpisał umowy ze Szpitalem. Świadczenia w zakresie hematologii i zabiegów laryngologicznych, po dokonanej analizie potrzeb i nakładów finansowych, okazały się nierentowne.

(dowód: akta kontroli str. 156-159, 192)

Ocena częściowa

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

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

3.1. Spółka zapewniła pacjentom dostęp do dotychczas udzielanych świadczeń zdrowotnych w większości w niezmiennym zakresie. Stwierdzono bowiem, że spośród 25 udzielanych w 2011 r. świadczeń zdrowotnych z dniem 31.12.2011 r. zaprzestano udzielania trzech świadczeń w zakresie: gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, neurologii dziecięcej oraz ginekologii – zespół chirurgii jednego dnia. Jak podała Prezes Szpitala, działalność poradni zakończono z powodu niskiej rentowności zakontraktowanych przez NFZ świadczeń oraz małej liczby pacjentów, zaś działalność oddziału ginekologii z powodu zmniejszenia kontraktu zawartego z NFZ oraz znacznego spadku liczby świadczeniobiorców.

Natomiast na świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii NFZ nie podpisał ze Szpitalem umowy na ich udzielanie (oferta Szpitala nie została wybrana). Działalność w tym zakresie zakończona została 31.12.2011 r.

Szpital rozszerzył natomiast swą działalność o świadczenia, które były rentowne, tj.:

- w kwietniu 2010 r. działalność rozpoczęła pracownia endoskopii przewodu pokarmowego. Wartość kontraktu w 2010 r. wyniosła 30,8 tys. zł, zaś w 2014 r. – 77,9 tys. zł;
- w czerwcu 2010 r. działalność rozpoczęły: poradnia ortopedyczna, ortopedia-oddział chirurgii jednego dnia oraz ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Wartość kontraktów zawartych z NFZ w 2010 r. w porównaniu do 2014 r. wyniosła odpowiednio: poradnia ortopedyczna - 68,4 tys. zł i 164,2 tys. zł, oddział ortopedii – 400,9 tys. zł i 980,1 tys. zł oraz ZOL – 88,7 tys. zł i 438,7 tys. zł;
- w styczniu 2012 r. działalność rozpoczęła fizjoterapia ambulatoryjna. Wartość kontraktu w 2012 r. wyniosła 267 tys. zł, zaś w 2014 r. – 280,2 tys. zł.

Spośród czterech ww. świadczeń jedynie pracownia endoskopii w 2012 r. osiągnęła ujemny wynik finansowy, co spowodowane było wysokimi kosztami naprawy sprzętu endoskopowego.

Szpital nie ograniczał liczby badań diagnostycznych w badanym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 216-218, 220-226)

3.2. W Szpitalu prowadzono listę pacjentów oczekujących na udzielenie poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wyłącznie dla pacjentów korzystających ze świadczeń udzielanych w ramach kontraktu zawartego z NFZ. Pacjentom korzystającym ze świadczeń odpłatnych udzielano ich zwykle w dniu zgłoszenia się do Szpitala, poza godzinami pracy poradni, wyznaczonymi w umowach zawartych z NFZ.

Listy oczekujących zawierały wszystkie elementy określone w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”)¹¹.

W Szpitalu w 2011 r. i 2012 r. stwierdzono kolejkę oczekujących na planową hospitalizację w oddziale chirurgii jednego dnia (w ramach umowy zawartej z NFZ), wynoszącą od 21 do 103 dni w 2011 r. i od 2 do 100 dni w 2012 r.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że w ramach hospitalizacji w oddziale wykonywany był również zabieg kolonoskopii. W związku z tym, realizowanie tej procedury na bieżąco znacznie ograniczyłoby dostęp pacjentów do innych procedur chirurgicznych podjęto decyzję o ograniczeniu miesięcznej liczby kolonoskopii, co spowodowało powstanie listy oczekujących na wykonanie tego świadczenia.

W dwóch pracowniach, w całym badanym okresie, wystąpiła kolejka oczekujących na udzielenie świadczenia, i tak w pracowni endoskopii wynosił on od 23 do 34 dni, zaś w zakładzie rehabilitacji leczniczej – od 18 do 28 dni.

Przyczyną powstania listy oczekujących, jak wyjaśniła Prezes Szpitala, była zbyt niska wartość kontraktu i w związku z tym występowanie świadczeń ponadlimitowych. Obecnie prowadzone są rozmowy z NFZ dotyczące zwiększenia kontraktu.

W badanym okresie wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala, jak też przekierowania do innych szpitali, i tak:

- w 2011 r. 1479 pacjentom odmówiono udzielenia świadczenia, w tym 67 z powodu braku miejsc (zostali oni skierowani do innych szpitali), 175 zakwalifikowano do przyjęcia do Szpitala w trybie planowym w wyznaczonym terminie, zaś 1237 udzielono porad w warunkach ambulatoryjnych,
- w 2012 r. odpowiednio: 1596 odmów, w tym 64 – brak miejsc, 112 – tryb planowy i 1420 – porady ambulatoryjne,
- w 2013 r. – 1783 odmów, w tym 57 z powodu braku miejsc, 128 – tryb planowy i 1598 – porady ambulatoryjne,
- w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 860 odmów, w tym 18 – brak miejsc, 422 – tryb planowy i 420 – porady ambulatoryjne.

(dowód: akta kontroli str. 224-245)

3.3. Wyposażenie oraz obsada kadrowa w oddziałach wewnętrznym i pediatrycznym odpowiadały obowiązującym wymogom, bowiem Szpital:

¹¹ Dz. U. z 2008 r., Nr 164 poz. 1027 ze zm.

- posiadał sprzęt i aparaturę medyczną, które wymagane były przez NFZ na dzień złożenia oferty dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach chorób wewnętrznych i pediatrii w zakresie hospitalizacji,
- zatrudniał na każdym z ww. oddziałów po minimum dwóch specjalistów z dziedziny pediatrii i chorób wewnętrznych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.¹² oraz z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³.
(dowód: akta kontroli str. 188, 246-251)

3.4. W wyniku analizy 80.000 peseli pacjentów wykazanych przez Szpital w rozliczeniach z NFZ stwierdzono, iż pacjenci ci faktycznie byli leczeni w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 252-263)

3.5. Spółka nie korzystała w badanym okresie z optymalizatora JGP, ani też nie prowadziła rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala. W Szpitalu do rozliczeń z NFZ stosowane było oprogramowanie, które zawiera gruper JGP, w związku z czym nie było potrzeby zakupu ww. programu. Natomiast pomimo tego, że Szpital nie prowadzi rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala, co spowodowane jest głównie brakiem wyspecjalizowanej kadry i małym obszarem działania, to śledzi i korzysta z ogólnie dostępnych danych epidemiologicznych i statystycznych.

(dowód: akta kontroli str. 234-236, 264-265)

Ocena częściowa

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

4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna w Spółce

Opis stanu
faktycznego

4.1. W latach 2011-2014 (kwiecień) zewnętrzne instytucje kontrolne przeprowadziły w Szpitalu łącznie 24 kontrole, spośród których w dziewięciu przypadkach stwierdzono istotne nieprawidłowości, i tak m.in.:

- 1) NFZ stwierdził nieprawidłowe kwalifikowanie do leczenia pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST i STEMI oraz błędach w zakresie udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, skutkiem czego było nałożenie na Szpital kar umownych w łącznej wysokości 2,9 tys. zł oraz zwrotem nienależnie otrzymanych środków wynoszących 14,3 tys. zł;
- 2) Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie w trzech przypadkach wydała decyzje nakazujące usunięcie nieprawidłowości, dotyczących zapewnienia właściwych warunków przyjmowania i wydawania posiłków dla pacjentów, usunięcia usterek technicznych i wykonanie prac remontowych oraz usunięcia nieprawidłowości w dokumentacji BHP;
- 3) Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie w dwóch przypadkach wydało zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. dokumentowania przekazywania preparatów krwi na oddziały oraz prawidłowego dokonywania poprawek w dokumentacji.

W okresie objętym kontrolą podmiot właścicielski nie przeprowadzał w Spółce żadnych kontroli.

Szpital terminowo wywiązał się z obowiązku wykonania wszystkich zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 266-268)

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 1520

¹³ Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143

4.2. W badanym okresie do Szpitala wpłynęło łącznie dziewięć skarg, w tym siedem bezpośrednio od pacjentów lub ich rodzin, zaś dwie za pośrednictwem organów samorządu terytorialnego, tj. Burmistrza Pasłęka i Starosty Elbląskiego. Treść skarg dotyczyła głównie nieprawidłowego – zdaniem pacjentów – postępowania personelu medycznego. Wszystkie skargi objęte były postępowaniem wyjaśniającym, opartym głównie na zapisach zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów i wyjaśnieniach lekarzy. W wyniku tych postępowań skargi te uznane zostały za bezzasadne, a osobom skarżącym udzielone zostały stosowne odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli str. 269-271)

4.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu powołany został Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: „Zespół”) oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej: „Komitet”), i tak:

- w skład Zespołu od lutego 2011 r. wchodził: lekarz epidemiolog, pielęgniarka epidemiologiczna oraz diagnosta laboratoryjny, co zgodnie było z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁴ (dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”);
- w skład Komitetu wchodził: dyrektor Szpitala, wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych oraz osoba kierująca pracą pielęgniarek w Szpitalu, co zgodnie było z art. 15 ust. 3 pkt 1 i 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 272-276)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- 1) zarządzeniem nr 1/2010 z 2.01.2010 r. na przewodniczącego Zespołu powołano lekarza posiadającego specjalizację z pediatrii i chorób płuc, co było niezgodne z §2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych¹⁵, który stanowił, że przewodniczącym może być lekarz posiadający specjalizację z epidemiologii, mikrobiologii, chorób zakaźnych lub ze zdrowia publicznego. Lekarz ten nie spełniał też warunku wynikającego z §2 ust. 2 ww. rozporządzenia, gdyż nie miał ukończonego kursu specjalistycznego prowadzonego przez m.in. jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁶.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, za powołanie Zespołu i Komitetu odpowiadała Prezes Szpitala (wówczas będąca Dyrektorem NZOZ), która wyjaśniła, że spowodowane to było pomyłką, gdyż lekarz ten powinien być powołany w skład Komitetu, nie zaś Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 272-273, 277, 285-286)

- 2) skład osobowy Komitetu niezgodny był z zapisami art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, ponieważ:
 - w okresie od lutego 2011 r. do lutego 2012 r. w skład Komitetu nie powołano przewodniczącego Zespołu, co wymagane było zapisami art. 15 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy,
 - w całym badanym okresie nie powołano lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy, co wymagane było zapisami art. 15 ust. 3 pkt 4 ww. ustawy,

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2004 r., Nr 285 poz. 2869

¹⁶ Dz. U. z 2002 r., Nr 21 poz. 204 ze zm.

- żaden z powołanych w skład Komitetu lekarzy ZOL nie był kierownikiem tej komórki organizacyjnej, podczas gdy art. 15 ust. 3 ww. ustawy stanowił, że w skład Komitetu powołuje się wybranych kierowników tych komórek,
- w styczniu 2011 r. członkiem Komitetu był lekarz, który nie był pracownikiem Szpitala, co było niezgodne z art. 15 ust. 3 ww. ustawy.

Prezes Szpitala, wyjaśniła, że nie powołanie w skład Komitetu przewodniczącego Zespołu spowodowane było błędem pisarskim. Brak w składzie Komitetu lekarza medycyny pracy wynikał z trudności w pozyskaniu lekarza tej specjalności. Lekarz, który udzielał świadczeń z zakresu badań profilaktycznych pracowników nie wyraził zgody na udział w pracach Komitetu. Powołanie w skład Komitetu lekarzy ZOL wynikało z tego, że kierownikiem ZOL była osoba z wykształceniem pielęgniarskim, a nie lekarskim, wobec czego nie mogła ona być powołana do składu Komitetu. Powołanie zaś w skład Komitetu osoby spoza Szpitala wynikało z omyłki, gdyż lekarz ten, specjalista chorób zakaźnych, powinien być powołany w skład Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 274-276, 279-283, 285-286)

Opis stanu
faktycznego

W trakcie trwania czynności kontrolnych zarządzeniem nr 1/06/2014 z dnia 16.06.2014 r. zmieniono skład Komitetu, powołując do niego osoby spełniające wymogi określone w art. 15 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 284)

W Szpitalu prowadzono dokumentację z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, stosownie do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji¹⁷. Stwierdzono bowiem, że:

- 1) zgodnie z §1 pkt 1 ww. rozporządzenia opracowano i wdrożono:
 - procedurę postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia ogniska epidemicznego chorowania na szczególnie zakaźną chorobę,
 - zasady postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej,
 - procedurę do schematu postępowania lekarza lub felczera, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenia, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zakażenie szpitalne, drobnoustrój alarmowy oraz wymagane formularze zgłoszeniowe;
- 2) wszyscy lekarze pracujący w Szpitalu, złożyli oświadczenia o zapoznaniu się z ww. dokumentacją;
- 3) opracowano raporty z kontroli wewnętrznych w zakresie zapobiegania zakażeniom, zaś zakres, sposób i częstotliwość przeprowadzenia kontroli wewnętrznych zgodny był z wymogami ww. rozporządzenia;
- 4) monitorowano zakażenia i czynniki alarmowe poprzez prowadzenie rejestru czynników alarmowych i rejestru zakażeń i chorób zakaźnych, które zawierały większość danych wymaganych zapisami art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń;
- 5) monitorowano stan zdrowia pracowników Szpitala poprzez prowadzenie na każdym oddziale rejestru zakażeń, w którym odnotowywano wszystkie przypadki ekspozycji zawodowej. Osobom, którzy uległy takim zdarzeniom (w badanym okresie były to cztery przypadki), wykonywano badania laboratoryjne w kierunku

¹⁷ Dz. U. z 2010 r., Nr 100, poz. 645

chorób zakaźnych. Jednocześnie w celu zapobiegania zakażeniom wśród pracowników w badanym okresie przeprowadzono łącznie 27 szkoleń.

(dowód: akta kontroli str. 287-290, 292-295)

Ustalone
nieprawidłowości

Stwierdzono, że w prowadzonym rejestrze czynników alarmowych w całym badanym okresie nie ujmowano niektórych wymaganych art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń danych, tj. o płci zarejestrowanych pacjentów (wymaganych art. 14 ust. 5 pkt 4) oraz charakterystyki podstawowych objawów klinicznych (art. 14 ust. 5 pkt 6).

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie rejestru, zgodnie z upoważnieniem Dyrektora z dnia 1.01.2010 r., była pielęgniarka epidemiologiczna, która wyjaśniła, że dane te pominięto z powodu ich małej istotności lub zapisów w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 291, 296-300)

Opis stanu
faktycznego

W trakcie trwania czynności kontrolnych rejestr czynników alarmowych uzupełniony został o dane wymagane art. 14 ust. 5 ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 301-302)

W badanym okresie Szpital przekazał Wojewódzkiemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Olsztynie trzy raporty roczne o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala. Raporty za 2011 r. i 2013 r. przekazano odpowiednio 15.02.2012 r. i 3.02.2014 r. tj. w terminie zgodnym z § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala¹⁸ (dalej: „rozporządzenie w sprawie czynników alarmowych”).

Ustalone
nieprawidłowości

Raport okresowy o bieżącej sytuacji epidemiologicznej za 2012 r. wysłano 20.02.2013 r., co niezgodne było z § 5 ust. 2 pkt 3 ww. rozporządzenia, który stanowił, że raport ten należy wysłać nie później niż do dnia 15 lutego następnego roku kalendarzowego.

Osobą odpowiedzialną za wysyłanie ww. raportów była pielęgniarka epidemiologiczna, która wyjaśniając przyczynę opóźnienia w wysłaniu ww. raportu podała, że wynikało to z błędu w trakcie wysyłania poczty elektronicznej.

(dowód: akta kontroli str. 299-300, 302-306)

Opis stanu
faktycznego

4.4. W okresie objętym kontrolą wystąpił jeden przypadek dotyczący dochodzenia przez pacjenta odszkodowania za popełniony błąd lekarski. Kwota odszkodowania, o które wnioskował poszkodowany, wynosi 40 tys. zł. Według stanu na dzień 23.06.2014 r. sprawa jest w trakcie rozpatrywania przez firmę ubezpieczeniową, w której Szpital posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.

(dowód: akta kontroli str. 307)

¹⁸ Dz. U. z 2011 r., Nr 294, poz. 1741

4.5. W Szpitalu nie został powołany zespół odpowiedzialny za prowadzenie kontroli wewnętrznych. Stwierdzono jednakże, że kontrole takie – pomimo braku ww. zespołu - były prowadzone, co zdaniem NIK uznać należy za dobrą praktyką stosowaną w Szpitalu. Kontrolę tę prowadzili kierownicy komórek organizacyjnych lub pielęgniarka epidemiologiczna. W latach 2011-2014 przeprowadzono łącznie 85 kontroli wewnętrznych, z czego w 27 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości, zaś w jednym przypadku stwierdzono rażące zaniedbanie obowiązków służbowych, bowiem kontrola dotycząca sprawdzenia ważności leków i narzędzi na bloku operacyjnym wykazała m. in., że część leków było przeterminowanych, przeterminowany był również sprzęt do wkluc, iniekcji oraz intubacji, płyny infuzyjne oraz zestawy narzędziowe wielokrotnego użytku. Naruszenia te skutkowały udzieleniem personelowi kary nagany z wpięciem do akt, zaś nieprawidłowości następnego dnia zostały usunięte.

Zalecenia pokontrolne każdorazowo omawiane były z personelem zatrudnionym w komórce organizacyjnej poddanej kontroli i natychmiastowo były usuwane.

(dowód: akta kontroli str. 308-311)

4.6. Szpital nie posiadał akredytacji, o której stanowią postanowienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹⁹, gdyż – jak podała Prezes Szpitala - od momentu przekształcenia w Spółkę wszystkie działania poświęcone były reorganizacji i rozszerzeniu działalności statutowej oraz dostosowaniu potencjału kadrowego i sprzętowego do wymagań i standardów niezbędnych do ubiegania się o akredytację. Planowany termin złożenia wniosku to 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 285-286, 312)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo 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 Kontroli²⁰, wnosi o:

- 1) terminowe przekazywanie raportów okresowych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej,
- 2) ujmowanie wszystkich wymaganych danych w prowadzonym rejestrze czynników alarmowych.

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.

¹⁹ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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 25 lipca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Dyrektor

Joanna Łukasik
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis