



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-001-01/2014

P/14/096

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/14/096 – Warunki leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2011-2014
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Joanna Łukasik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88654 z 3 lutego 2014 r. 2. Piotr Wanic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88655 z 3 lutego 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie, ul. Leśna 1, 13-200 Działdowo (zwany dalej „Szpitalem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Leżuchowska, Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą tej oceny jest udzielanie świadczeń w Oddziale Dziecięcym („Oddziale”) zgodnie z warunkami określonymi w umowie z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”), stworzenie możliwości pobytu opiekunów z dziećmi w godzinach nocnych, opracowanie programu poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienie bieżącego przyjmowania pacjentów, a także fachowej obsługi urządzeń medycznych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie:

- nieuwzględnienia w opracowanym „Programie dostosowania” niektórych wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.², w zakresie m.in. utworzenia szluzu umywalkowo-fartuchowej w odcinku dzieci młodszych oraz przeszklenia drzwi do części sal chorych w tym odcinku,
- niespełnienia niektórych wymagań sanitarno-epidemiologicznych,
- nieterminowego przekazania do NFZ 15 z 37 informacji o kolejce oczekujących.

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

² w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r., poz. 739 (zwanego dalej „rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2012 r.”)

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital opracował wewnętrzny program poprawy jakości, o którym mowa w celu operacyjnym nr 13 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (zwanego dalej „NPZ”). Program ten był częścią dokumentacji pn. „ISO-9001-2008 Planowanie i Monitorowanie Procesów i Usług Medycznych”. Określono w nim m.in. następujące zadania:

- utrzymanie wskaźnika zakażeń wewnątrzszpitalnych na poziomie nieprzekraczającym 2% (w 2011 r. wskaźnik ten wyniósł 1%, a w latach 2012-2013 – 2%),
- zapewnienie 100% bezpieczeństwa pacjentom w trakcie ich przemieszczania się w Szpitalu (osiągnięto wskaźnik na poziomie 100% w ww. latach),
- utrzymanie wskaźnika zdarzeń niepożądanych na poziomie nieprzekraczającym 5% (w 2011 i 2012 r. nie odnotowano takich zdarzeń, a w 2013 r. wskaźnik wyniósł 0,1%),
- poprawę jakości wykonywanych świadczeń medycznych (100% w ww. latach),
- poprawę warunków bytowych pacjentów (realizowany w systemie ciągłym),
- promocję karmienia piersią i działania prozdrowotne (w systemie ciągłym).

(dowód: akta kontroli str. 6-10)

1.2. Szpital nie posiadał akredytacji, o której stanowią postanowienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia³. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w 2018 r. zamierza wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 11-14)

1.3. W Szpitalu w okresie od 30.04.2012 r. do 30.06.2012 r. przeprowadzono badania ankietowe dotyczące warunków pobytu i leczenia pacjentów w Szpitalu. Badaniem tym objęto 400 pacjentów, otrzymując 358 wypełnionych ankiet, w tym 17 z Oddziału (4,75% ogółem). Wyniki badania wskazały na potrzebę wyposażenia sal chorych w rolety przeciwsłoneczne oraz zasłony w przeszkleniach pomiędzy salami, a także na konieczność dostosowania łazienek do wieku dziecka.

M. Sokół - Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta w Szpitalu w złożonym wyjaśnieniu podała, że w wyniku analizy wyników badania ankietowego wyposażono Oddział w zasłony w oknach i wyremontowano łazienki.

Ustalone
nieprawidłowości

Ww. badanie ankietowe prowadzone było przez okres dwóch miesięcy (od końca kwietnia do końca czerwca 2012 r.). Zgodnie jednak z postanowieniami zawartymi w punkcie 8.2.1. Księgi Jakości Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001, badanie takie powinno być prowadzone przez trzy miesiące w dwuletnich odstępach czasu. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta wyjaśniła, że przyczyną przeprowadzenia badania ankietowego w okresie krótszym niż wynikało to z Księgi Jakości było zamówienie tylko 400 ankiet, a nie 800 – jak w latach poprzednich. Wiązało się to z ograniczeniem wydatków na ten cel.

(dowód: akta kontroli str. 15-27)

Opis stanu
faktycznego

Organem założycielskim Szpitala był Starosta Działdowski. W okresie 2011-2014 r. (do końca stycznia) Powiat:

- realizował zadania wynikające z art. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ poprzez zlecanie organizacjom pozarządowym wykonania programów:

³ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm. (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”)

„Zapobieganie chorobom nowotworowym”, „Olimpiada Promocji Zdrowego Stylu Życia”, „Powiatowe Mistrzostwa Pierwszej pomocy Przedmedycznej”, „Polski Czerwony Krzyż”;

- w ramach nadzoru dokonywał – na podstawie corocznie składanych informacji z działalności Szpitala - oceny jakości i warunków leczenia,
- podejmował działania związane z organizacją, jakością oraz warunkami leczenia dzieci w Oddziale polegające na współfinansowaniu inwestycji przeprowadzonych w Szpitalu (m.in. modernizacja instalacji centralnego ogrzewania, termomodernizacja Szpitala),
- prowadził konsultacje z NFZ – w ramach konwentu Starostów województwa warmińsko-mazurskiego – w sprawie nowych kontraktów oraz wymieniał informacje na temat zrealizowanych kontraktów.

W trakcie opracowywania w czasie kontroli był Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zawierający elementy, o których stanowi Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.

(dowód: akta kontroli str. 28-36)

Opis stanu
faktycznego

1.4. Szpital opracował program dostosowania do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej⁵, który został pozytywnie zaopiniowany 18 czerwca 2012 r. przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Ponadto, w grudniu 2012 r., w związku z wejściem w życie rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., opracowano „Program dostosowania pomieszczeń i urządzeń” (zwany dalej „Programem dostosowania”) do wymagań określonych w tym rozporządzeniu. Program ten, stosownie do zapisów art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁶, nie wymagał opiniowania. W Programie dostosowania wskazano m.in., że w Oddziale:

- brak jest pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych (realizację zaplanowano do końca 2014 r.),
- brudownik nie jest wyposażony w płuczkę-dezynfektor oraz wentylację mechaniczną wyciągową (realizację inwestycji zaplanowano do 31.12.2016 r.),
- brak jest izolatki (przebudowę 3-lóżkowej sali chorych na izolatkę zaplanowano do 31.12.2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 37-48)

Dyrektor Szpitala oszacowała, że koszty dostosowania pomieszczeń i urządzeń w zakresie wskazanym w Programie dostosowania wyniosą ok. 8.640 tys. zł, w tym koszty dostosowania Oddziału – 117,4 tys. zł (1,4% wszystkich kosztów). I tak:

- przebudowa sali chorych na izolatkę – szacunkowy koszt 65 tys. zł,
- wyposażenie brudownika w płuczkę-dezynfektor – 30 tys. zł,
- dostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych – 22,4 tys. zł.

W latach 2013 i 2014 informowano Starostę Powiatu Działdowskiego o inwestycjach, które powinny być zaplanowane do realizacji m.in. w Oddziale.

Dyrektor Szpitala zawarła umowę z 30 grudnia 2013 r. z Powiatem Działdowskim o dofinansowanie projektu w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami II” w obszarze B. Przedmiotem umowy była przebudowa wężła

⁵ Dz. U. Nr 31, poz. 158 – uchylone 1 lipca 2012 r.

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 742 ze zm.

sanitarnego w Oddziale i adaptacja pomieszczeń na węzły sanitarne w Oddziale Dializ. Koszt projektu oszacowano na 74,5 tys. zł, w tym 22,4 tys. zł stanowiły koszty przebudowy sanitariatów w Oddziale. Termin złożenia dokumentów rozliczeniowych z przeprowadzonej inwestycji ustalono na 31 sierpnia 2014 r.

Dyrektor Szpitala nie występowała zaś z wnioskiem o środki finansowe na realizację pozostałych zadań ujętych w Programie dostosowania, gdyż zadania te przewidziane są do realizacji do końca grudnia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 12-14, 49-62)

1.5. Według Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z 30 czerwca 2012 r., Szpital składał się z trzech pionów, w tym m.in. Pionu Opieki Zdrowotnej, w skład którego wchodził m.in. Oddział. Do zadań Oddziału należało m.in.:

- planowanie oraz wykonywanie procesu diagnostyczno-leczniczego,
- leczenie i kompleksowa opieka nad chorymi,
- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z przepisami,
- dbanie o bezkolizyjne przyjęcia chorych i racjonalne wykorzystanie łóżek,
- realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,
- utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej i sprzętu medycznego,
- terminowe i dokładne sporządzanie i przekazywanie danych statystycznych,
- prowadzenie liczby oczekujących na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 63-64, 68, 82-83)

W okresie od 1.01.2011 r. do 31.01.2014 r. w Oddziale leczonych było łącznie 3.091 dzieci i młodzieży, w tym:

- w 2011 r. – 956 (528 pacjentów w wieku do trzech lat, 232 – od 4 do 7 lat, 95 – od 8 do 12 lat oraz 101 – 13-18 lat); najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w styczniu, lutym i marcu (od 99 do 131), a najmniej w czerwcu, lipcu i sierpniu (od 41 do 60);
- w 2012 r. – 981 (520 pacjentów w wieku do trzech lat, 240 – od 4 do 7 lat, 103 – od 8 do 12 lat oraz 118 – 13-18 lat); najwięcej dzieci i młodzieży leczonych było w Oddziale w marcu, październiku i grudniu (od 105 do 129), a najmniej w czerwcu, lipcu i sierpniu (od 51 do 58);
- w 2013 r. – 1.036 (546 pacjentów w wieku do trzech lat, 267 – od 4 do 7 lat, 126 – od 8 do 12 lat oraz 97 – 13-18 lat); najwięcej dzieci i młodzieży leczonych było w Oddziale w styczniu, marcu i listopadzie (od 98 do 135), a najmniej w czerwcu, lipcu i sierpniu (od 62 do 64),
- w styczniu 2014 r. – 118 (53 pacjentów w wieku do trzech lat, 31 – od 4 do 7 lat, 12 – od 8 do 12 lat oraz 22 – 13-18 lat).

W 2011 r. obłożenie łóżek w Oddziale wynosiło od 22,1% (w lipcu) do 96,1% (w marcu), w 2012 r. od 32,8% (sierpień) do 92,4% (grudzień), zaś w 2013 r. od 34,7% (sierpień) do 85,4% (styczeń).

Średni czas pobytu pacjentów w Oddziale w latach 2011 i 2012 wynosił 4,9 dnia, zaś w latach 2013 i w styczniu 2014 r. – 4,7 dnia.

(dowód: akta kontroli str. 105-106)

1.6. W celu zapewnienia właściwej diagnostyki oraz hospitalizacji pacjentów Szpital współpracował z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie („WSSD”). Przeprowadzona w toku kontroli analiza przeniesienia pacjentów w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu do tego Szpitala w miesiącach: marcu i listopadzie z okresu 2011-2013 r. wykazała, że w:

- 2011 r. pacjenta z podejrzeniem posocznicy skierowano do WSSD; pacjent ten przetransportowany został Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym,

- 2012 r. dwóch pacjentów skierowano do WSSD; powodem skierowań był stan po wielokrotnych napadach padaczkowych oraz ospa wietrzna; pacjentów przetransportowano karetką transportową Szpitala;
- 2013 r. sześciu pacjentów skierowano do WSSD; głównymi przyczynami tych skierowań było: podejrzenie neuroinfekcji, nadczynności tarczycy, infekcja układu moczowego szczepem bakterii opornym na leczenie, zapalenie płuc i uogólnione powiększenie węzłów chłonnych; pacjentów przetransportowano karetką transportową Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 107-110)

1.7. W dniu 11 lutego 2014 r. kontrolerzy NIK przeprowadzili oględziny pomieszczeń Oddziału. Wykazały one, że:

- Oddział znajdował się na pierwszym piętrze budynku Szpitala. Podzielony był na dwa odcinki, tj. dla dzieci młodszych (do trzech lat) oraz starszych (powyżej tego wieku), które były oddzielone przeszklonymi drzwiami.
- W Oddziale znajdowało się 14 sal chorych (o pow. od 9 m² do 20,2 m²).
- W odcinku dzieci starszych znajdowało się siedem sal chorych (w tym sala intensywnego nadzoru, wspólna dla obu odcinków), w których umieszczono od dwóch do czterech łóżek. W odcinku tym zlokalizowano również pokój zabaw (wspólny dla obu odcinków), łazienkę dla rodziców, brudownik z łazienką, punkt pielęgniarski, gabinet pielęgniarki oddziałowej i gabinet zabiegowy.
- W odcinku dzieci młodszych znajdowało się siedem sal chorych (w tym sala intensywnego nadzoru, wspólna dla obu odcinków), w których znajdowało się od dwóch do czterech łóżek. W odcinku tym umieszczono także punkt pielęgniarski, gabinet zabiegowy, pomieszczenie do przygotowywania posiłków oraz łazienkę dla rodziców.
- W Oddziale znajdował się również sekretariat, gabinety lekarskie, gabinet koordynatora oddziału, kuchnia oraz jadalnia dla pacjentów.
- W Oddziale zorganizowano tzw. „telefon do mamy”. W trakcie oględzin urządzenie było sprawne, a Oddział posiadał trzy karty do telefonu (każda po 15 impulsów do wykorzystania jedynie na tym telefonie). Karty wydawane były pacjentom na ich żądanie.
- W pododcinku dzieci starszych zorganizowano tzw. pokój zabaw, w którym znajdowały się zabawki i gry dla dzieci w różnym wieku. W pokoju tym umieszczono również telewizor (z którego istniała możliwość bezpłatnego korzystania), z dostępem do programów dla dzieci, a także dwa komputery z bezpłatnym dostępem do internetu. Szpital nie zapewniał możliwości korzystania z telewizji płatnej w salach chorych.
- W salach chorych istniała możliwość nieodpłatnego dostępu do internetu.

W toku oględzin ustalono również, że zgodnie z postanowieniami rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.:

- Pokoje łóżkowe w Oddziale wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.
- W pokojach zapewnione były dodatkowe łóżka dla rodziców lub opiekunów.
- W Oddziale (w odcinkach: dzieci młodszych i starszych) zorganizowano pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.
- Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w odcinku dzieci młodszych oraz ściany pomiędzy pokojami i punktem pielęgniarskim były przeszklone.
- Cztery sale chorych w odcinku dzieci młodszych, przeznaczone dla niemowląt, wyposażone były w urządzenia umożliwiające ich mycie i pielęgnację.

- W odcinku dzieci starszych okna w pięciu salach chorych zabezpieczone były przed możliwością ich otwarcia przez dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 111-127)

Ustalone
nieprawidłowości

W „Programie dostosowania” nie ujęto niektórych elementów, których wykonanie umożliwi wywiązanie się z obowiązku zapewnienia zgodności pomieszczeń i urządzeń Oddziału z wymogami rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. Ustalono bowiem, że w dniu przeprowadzenia oględzin (11 lutego 2014 r.):

- Łóżka w pięciu salach chorych w odcinku dzieci młodszych nie znajdowały się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową, wymaganą ust. 3 części V załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.
G. Żurawski - Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych w Szpitalu podał, że przy opracowywaniu Programu dostosowania uznał, że Szpital spełnia wymogi określone w ww. rozporządzeniu z uwagi na umieszczenie w odcinku dzieci młodszych trzech sal chorych, które są wyposażone w służę umywalkowo-fartuchową. Uznał jednak, że dokonał błędnej interpretacji i jeszcze w trakcie kontroli NIK podjął działania mające na celu utworzenie takiej służy w ciągu komunikacyjnym przy wejściu do wydzielonego odcinka dzieci młodszych.
- Okno w jednej sali chorych w odcinku dzieci starszych oraz okna we wszystkich salach w odcinku dzieci młodszych nie były zabezpieczone przed ich otwarciem, co było niezgodne z postanowieniami ust. 9 ww. załącznika.
G. Żurawski - Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych w złożonym wyjaśnieniu podał, że w czasie tworzenia Programu dostosowania, wszystkie skrzydła okien w odcinku dzieci starszych wyposażone były w klamki z dodatkowym zamknięciem na klucz. Brak takiego wyposażenia w trakcie przeprowadzonych oględzin wynikał zaś najprawdopodobniej z dokonanym jesienią 2013 r. sezonowym przeglądem okien i zamontowaniem klamki bez takiego zabezpieczenia. W odcinku dzieci młodszych, klamki w oknach są zamontowane na wysokości ok. 155 cm od podłogi, zatem uznano, że umieszczone są na wysokości, która zabezpiecza przed możliwością otworzenia okna przez dzieci poniżej 3 roku życia.
- Drzwi do sześciu sal chorych w odcinku dzieci młodszych nie były przeszkłone. Wymóg przeszklenia drzwi wynikał z postanowień ust. 5 ww. załącznika.
G. Żurawski - Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Techniczno-Administracyjnych wyjaśnił, że w czasie tworzenia Programu dostosowania uznano, że Szpital spełnia te wymogi, bowiem w Oddziale nie wyodrębniono pododdziału dzieci młodszych.

Przeprowadzone oględziny wykazały również, że:

- Wszystkie łóżka znajdujące się w salach chorych (za wyjątkiem sali nr 105) ustawione były dłuższym bokiem przy ścianie. Zgodnie zaś z § 18 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. łóżka powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Koordynator Oddziału wyjaśniła, że wynikało to m.in. z pełnego obłożenia Oddziału.
- Wyjście ewakuacyjne z Oddziału zamknięte było na klucz, co naruszało zapisy § 4 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów⁷. Zgodnie z tym przepisem zabronione jest zamykanie drzwi ewakuacyjnych w sposób uniemożliwiający ich

⁷ Dz. U. z 2010 r., Nr 109, poz. 719 (zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 7 czerwca 2010 r.”)

natychmiastowe użycie w przypadku pożaru lub innego zagrożenia powodującego konieczność ewakuacji. Koordynator Oddziału wyjaśniła, że drzwi te zamykane są sporadycznie, zaś klucz umieszczony jest w widocznym miejscu w punkcie pielęgniarskim, ok. 10 m od drzwi. Działanie takie spowodowane jest koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa osób przebywających na Oddziale oraz uniemożliwienia migracji chorych pomiędzy oddziałami.

Uwagi dotyczące badanej działalności

W czasie prowadzonych oględzin przeszklenia ścienne pomiędzy salami chorych oraz punktem pielęgniarskim były zasłonięte poziomymi żaluzjami. Poprzez ich zasłanianie brak było możliwości ciągłej obserwacji dzieci w salach chorych. Koordynator Oddziału wyjaśniła, że żaluzje były chwilowo zasłonięte, gdyż często dzieciom przeszkadza światło i ruch osób będących w punkcie pielęgniarskim.

(dowód: akta kontroli str. 38-48, 111-137)

Opis stanu faktycznego

W trakcie kontroli NIK Szpital dostosował część pomieszczeń i urządzeń Oddziału do wymogów rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. I tak:

- przed odcinkiem dzieci młodszych utworzono służbę umywalkowo-fartuchową, wyposażoną w umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki,
- w drzwiach do sal chorych w odcinku dzieci młodszych zamontowano przeszklenia,
- wszystkie okna w salach chorych zabezpieczone zostały przed ich otwarciem przez dzieci,
- uszczelniono połączenie listwy przypodłogowej z podłogą w celu umożliwienia odpowiedniego mycia i dezynfekcji posadzki.

(dowód: akta kontroli str. 370-371)

1.8. W Szpitalu uregulowano zasady dotyczące przebywania w Oddziale rodziców i opiekunów dzieci. I tak:

- zarządzeniem z 30.09.2013 r. Dyrektor Szpitala wprowadziła „Regulamin dla osób odwiedzających pacjentów w Szpitalu”, w którym określono, że odwiedziny w Szpitalu odbywają się codziennie w godz. od 12:00 do 19:00, a jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie dwie osoby;
- zarządzeniem z 1.10.2009 r. określono odpłatność za nocleg (15 zł) i wyżywienie (14 zł) dla opiekuna dziecka przebywającego w Oddziale;
- opracowano „Informacje dla rodziców”, w których poinformowano o możliwości skorzystania z noclegu i całodziennego wyżywienia, a także o fakcie, że matki karmiące zwolnione są z opłat za nocleg.

W okresie 2011-2014 r. (do końca stycznia) cena pobytu w Szpitalu osoby towarzyszącej pacjentowi wynosiła – zgodnie z ww. zarządzeniem z 30.09.2013 r. - 15 zł za dobę. Na koszt ten składało się: koszt centralnego ogrzewania (3,75 zł), koszt zużycia wody (1,09 zł), koszt energii elektrycznej (1,11 zł), koszt utrzymania czystości (6,68 zł), koszt prania (1,12 zł), koszt dezynfekcji (0,09 zł), wywóz śmieci (0,29 zł), środki czystości i dezynfekcji (0,87 zł).

W ww. okresie Szpital uzyskał przychody z tytułu pobytu rodziców z dziećmi w Oddziale w wysokości 96,1 tys. zł, w tym: w 2011 r. – 29,8 tys. zł, w 2012 r. – 31,0 tys. zł, w 2013 r. – 32,7 tys. zł, a w styczniu 2014 r. – 2,6 tys. zł. Wpływy z tego tytułu ewidencjonowane były na koncie zespołu 7 – „Przychody i koszty związane z ich osiągnięciem” – 708 „Sprzedaż działalności bytowej”.

Nie wystąpiły przypadki zakwestionowania przez rodziców lub opiekunów dzieci wysokości opłat za pobyt w Oddziale w godzinach nocnych, ani też wpłynęły wnioski o zwolnienie z kosztów ich pobytu w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 138-162)

Ustalone
nieprawidłowości

Stwierdzono rozbieżności między zapisami ww. Regulaminu odwiedzin, a informacjami udostępnionymi pacjentom, tj.:

- Na stronie internetowej Szpitala, w zakładce „Oddział Dziecięcy” (wg stanu na 24.02.2014 r.) oraz w Oddziale umieszczono „Regulamin dla osób odwiedzających pacjentów w Szpitalu”, w którym podano, że odwiedziny w Oddziale możliwe są codziennie w godz. 12:00 - 19:00. Na drzwiach wejściowych do Oddziału umieszczono zaś informację, że odwiedziny odbywają się w godz. 14:00 – 19:00. Jak podała w złożonym wyjaśnieniu Koordynator Oddziału, zapis widniejący na drzwiach wynikał z zarządzenia dyrekcji i został już usunięty.
- Na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informację, że jedno dziecko może odwiedzić jedna osoba. Informacja taka widniała również na drzwiach wejściowych do Oddziału z dopiskiem, że zasada ta nie obowiązuje w pomieszczeniach dziennego pobytu. W ww. Regulaminie dla osób odwiedzających podano natomiast, że jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie dwie osoby. Jak wyjaśniła Koordynator Oddziału, zapis w Regulaminie dotyczący możliwości odwiedzania pacjenta przez dwie osoby dotyczył łącznej liczby osób dorosłych przebywających z pacjentem, tj. jednej osoby będącej z pacjentem na stałe i jednej osoby odwiedzającej.

(dowód: akta kontroli str. 145, 159-162)

Opis stanu
faktycznego

1.9. W okresie 2011-2014 r. (do końca stycznia) Szpital organizował zajęcia świetlicowe dla dzieci przebywających w Oddziale. Były one prowadzone przez podmioty zewnętrzne i dotyczyły np. „akcji mikołajkowych” (Urząd Miasta Działdowo), „Światowego Dnia Chorych” (Caritas) oraz akcji czytania książek (wolontariusze). W zajęciach takich mogły uczestniczyć wszystkie dzieci przebywające w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 163)

1.10. Według Regulaminu organizacyjnego Szpitala, w ramach samodzielnych komórek pomocniczych funkcjonował Blok Żywnienia, do zadań którego należało m.in. wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych, prowadzenie dokumentacji związanej z planowaniem posiłków, przygotowywanie posiłków zgodnie z ilością i rodzajem zaplanowanych diet, nadzór i kontrola wydawania posiłków z kuchni na oddziały i kontrola wydawania posiłków na oddziałach. W skład Bloku Żywnienia wchodziła kuchnia wraz z pomieszczeniami pomocniczymi, magazyny żywnościowe, chłodnie i stołówka.

W Oddziale wydawanych było codziennie pięć posiłków: pierwsze śniadanie o godz. 8:00, drugie śniadanie – 10:30, obiad – 13:00, podwieczorek – 15:00 i kolacja – 18:00. Informacja o godzinach wydawania posiłków wywieszona była na drzwiach stołówki, a jadłospis na dany dzień – na tablicy informacyjnej przy stołówce.

Za wyżywienie pacjentów - zgodnie z zaleceniami lekarskimi - odpowiadała osoba zatrudniona na stanowisku starszego dietetyka. Opracowywała ona jadłospisy dekadowe, które zawierały m.in. wykaz pięciu posiłków przygotowywanych w ciągu dnia w podziale na dietę podstawową i dietę lekkostrawną. Pracownik ten w złożonym wyjaśnieniu podał, że przy opracowaniu jadłospisu okresowego dla diety podstawowej modyfikuje ją w zależności od przypadków występujących w Oddziale zgodnie z zaleceniami lekarskimi (np. dieta bezglutenowa, hipoałergiczna, lekkostrawna). Przy planowaniu diety uwzględniana jest również

wartość energetyczna posiłku, normy żywieniowe oraz limit pieniężny. Jadłospisy ustalane są w oparciu o Normy Żywienia Chorych w Zakładach Służby Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 63-64, 70, 87, 161-162, 164-175)

W dniu 10 marca 2014 r. kontroler NIK dokonała oględzin posiłków przygotowanych dla pacjentów Oddziału. Wykazały one że były one zgodne z jadłospisem.

(dowód: akta kontroli str. 177-186)

Dzienny koszt wyżywienia jednego pacjenta przebywającego w Oddziale wynosił ok. 6,20 zł. Rodzice przebywający w Oddziale w godzinach nocnych mogli korzystać z możliwości wykupienia posiłków w cenie 14 zł za dobę.

(dowód: akta kontroli str. 141, 176)

1.11. Najwyższa Izba Kontroli w dniu 11 lutego 2014 r. zleciła Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie („WSSE”) przeprowadzenie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych Oddziału, spełnienia niektórych wymagań określonych w rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r., a także warunków związanych z przygotowywaniem i wydawaniem posiłków.

W protokole z kontroli przeprowadzonej 25 lutego 2014 r. wykazano następujące nieprawidłowości:

Ustalone
nieprawidłowości

- W odcinku dzieci młodszych:
 - w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów stwierdzono ubytki farby na ścianach i ubytki w wykończeniu przy brodziku,
 - brak było pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego,
 - brak było przeszklenia ścian między pokojami i punktem pielęgniarskim,
 - brak było przeszklenia ścian między pokojami 101a i 101b oraz przeszklenia między tymi pokojami i punktem pielęgniarskim, a także pokojem 179 i punktem pielęgniarskim,
 - brak było przeszklenia drzwi sali nr 178,
 - łóżka (poza salami nr 101 i 178) nie znajdowały się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową,
 - nie wszystkie sale wyposażone były w zestaw urządzeń umożliwiających pielęgnację niemowląt,
 - w części pomieszczeń połączenie ścian z podłogami nie umożliwiało mycia i dezynfekcji.
- W odcinku dzieci starszych:
 - w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się zniszczone szafki z ubytkami politur,
 - brak pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego,
 - w salach chorych nr 105-109 zniszczone były ściany (z ubytkami farby).

Kontrola wykazała ponadto, że:

- w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, które znajdowały się przy pokojach chorych, brak było dozowników na mydło w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemników na zużyte ręczniki,
- część materacy łóżkowych była zniszczona.

W związku z przesłanym protokołem kontroli WSSE, Dyrektor Szpitala pismem z 13 marca 2014 r. złożył uwagi i zastrzeżenia. Zakwestionowano tam ustalenia dotyczące braku w odcinku dzieci młodszych:

- przeszklenia ścian między pokojami i punktem pielęgniarskim,
- przeszklenia ścian między pokojami nr 101A i 101B oraz braku przeszklenia pomiędzy tymi pokojami i punktem pielęgniarskim oraz pokojem nr 179 i punktem pielęgniarskim,
- przeszklenia drzwi przy sali nr 178.

W uzasadnieniu wniesiono o podanie przepisu nakazującego stosowanie wymogów dotyczących oddziału i pododdziału dziecięcej do odcinka dla dzieci.

W zakresie pozostałych nieprawidłowości poinformowano WSSE, że podjęte zostaną działania w celu ich usunięcia.

(dowód: akta kontroli str. 372-379)

Kontrola dotycząca przestrzegania wymogów sanitarno-epidemiologicznych w procesie przygotowywania i wydawania posiłków wykazała, że:

- w kuchni brak było skutecznej wentylacji, nad stanowiskiem obróbki termicznej sufit i ściany były miejscami zniszczone i zawilgocone, stół produkcyjny na stanowisku sporządzania potraw mącznych był zniszczony, a jego powierzchnia była nierówna i trudna do czyszczenia,
- w kuchence oddziałowej sufit i ściany były miejscami zniszczone, z widocznymi zaciekami,
- szafka znajdująca się w boksie niemowlęcym była zniszczona i posiadała ubytki okleiny, parapet okienny był zniszczony z widocznymi odpryskami farby

(dowód: akta kontroli str. 380-385)

Opis stanu
faktycznego

1.12. Kontrola przeprowadzona we wrześniu 2013 r. przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Działdowie dotycząca przestrzegania przepisów przeciwpożarowych wykazała, że w Szpitalu nie zostały spełnione wszystkie wymogi określone m.in. w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 7 czerwca 2010 r. W Szpitalu brak było bowiem systemu sygnalizacji pożarowej, dźwiękowego sygnału ostrzegawczego umożliwiającego rozgłaszanie sygnałów ostrzegawczych i komunikatów głosowych oraz urządzeń zapobiegających zadymieniu lub służących do usuwania dymu na klatkach schodowych. Ponadto, długość dojść ewakuacyjnych była większa o ponad 100% od długości określonej w przepisach techniczno-budowlanych.

Decyzją z 26.09.2013 r. Komendant Powiatowy Państwowej Straży Pożarnej w Działdowie nakazał Szpitalowi usunięcie ww. uchybień do 30.09.2015 r. Wg stanu na 25.02.2014 r. Szpital nie podjął żadnych działań w tym zakresie. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych podał, że w planie finansowym na 2014 r. nie ujęto wydatków na ten cel z powodu braku środków finansowych. W kwietniu 2014 r. przez rzeczoznawcę ds. ppoż przeprowadzony zostanie audyt, w którym szczegółowo określone zostaną minimalne wymagania techniczne, jakie muszą być spełnione, aby wywiązać się z ww. obowiązku.

(dowód: akta kontroli str. 187-193)

1.13. W toku kontroli skierowano ankietę do 50 rodziców lub opiekunów dzieci, które przebywały w Oddziale w okresie od 1.11.2013 r. do 31.01.2014 r. (badaniem objęto 17% dzieci leczonych w tym okresie). Do zakończenia kontroli wpłynęło 14 ankiet (28% wysłanych), które związane były z pobytem w Oddziale dzieci do trzeciego roku życia (6 ankiet), od 3 do 7 roku życia (6) oraz powyżej 12 lat (2).

Według przesłanych ankiet:

- W 10 przypadkach oceniono jako odpowiednie warunki sanitarne w Oddziale (71,4%), zaś w czterech przypadkach jako nieodpowiednie (28,6%) głównie z uwagi na zbyt wysoką temperaturę w salach chorych oraz brak zmiany pościeli.
- Posiłki przygotowane dla pacjentów były w 92,3% w odpowiedniej wielkości, a w 7,7% w porcjach zbyt dużych. We wszystkich przypadkach temperatura posiłków była odpowiednia, a w 83,3% posiłki były dostosowane do wieku dziecka. Posiłki te były w 15,4% ubogie w składniki, a 83,3% badanych oceniło posiłki jako smaczne.

- W 60,7% ankiet kontakt personelu medycznego z rodzicami lub opiekunami oceniono jako dobry, a w 39,3% jako bardzo dobry.
- W 100% ankiet podano, że istniała możliwość przebywania z dziećmi w godzinach nocnych. W 92,9% naliczono opłatę za pobyt w tym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 194-223)

Ocena częściowa

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

2. Prowadzenie listy oczekujących

Opis stanu faktycznego

2.1. Pacjenci do Oddziału przyjmowani byli na bieżąco, nie prowadzono zatem listy oczekujących. Jak wyjaśniła Koordynator Oddziału, kolejność wykonywania planowych zabiegów ustalana jest na podstawie kolejności przyjęcia w Izbie Przyjęć. Planowe zabiegi w Oddziale to czynności pielęgniarские, realizowane zgodnie z zaleceniem lekarskim w zleconych godzinach.

(dowód: akta kontroli str. 161-162, 224-226)

2.2. Stosownie do zapisów § 8 ust. 2 rozporządzenia 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 publicznych⁸, Szpital obowiązany był do przekazywania do NFZ danych o oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 4 marca 2014 r. Szpital przekazał 37 komunikatów o kolejce oczekujących.

Ustalono nieprawidłowości

Ustalono, że w 15 przypadkach (40,5%) komunikaty o kolejce oczekujących zostały przekazane do NFZ z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 14 dni. Zgodnie z § 8 ust. 4 ww. rozporządzenia dane takie powinny być przekazane do NFZ nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca.

Osoba zatrudniona na stanowisku starszego statystyka medycznego, odpowiedzialna m.in. za przygotowywanie ww. raportów wyjaśniła, że opóźnienia wynikały m.in. z awarii programu do wysyłania tych komunikatów oraz nieterminowego otrzymywania danych o kolejkach z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 227-236)

Ocena częściowa

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

3. Nabywanie oraz wykorzystanie urządzeń medycznych

Opis stanu faktycznego

3.1. Według stanu na koniec 2013 r. Oddział wyposażony był w 36 urządzeń medycznych, w tym m.in.: dwa kardiomonitoring (z 2004 i 2013 r.), sześć pomp infuzyjnych (cztery z 2004 r. oraz dwa z 2009 r.), aparat EKG (2004 r.), cztery pulsoksymetry (jeden z 1998 r., dwa z 2004 r. i jeden z 2008 r.), defibrylator (2011 r.) i inkubator (2004 r.).

(dowód: akta kontroli str. 237-241)

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

3.2. Szpital posiadał tzw. „umowę serwisową” zawartą 25.06.2012 r. z podmiotem wybranym w trybie przetargu nieograniczonego (Naprawa Sprzętu Medycznego A. Gorzka w Działdowie). W myśl zapisów tej umowy, wykonawca zobowiązał się do:

- zapewnienia stałej gotowości do wykonywania usług objętych umową i dostępności wykonawcy w dni robocze w godzinach od 7:00 do 15:00,
- utrzymania w pełnej sprawności techniczno-eksploatacyjnej sprzętu i aparatury medycznej, wykazanej w załączniku do umowy,
- wykonywania dodatkowych napraw oraz zakupu części i materiałów niezbędnych do ich przeprowadzenia,
- oceny stanu technicznego urządzeń oraz informowania o konieczności przekazywania sprzętu innym podmiotom,
- dokonywania zapisów w paszportach technicznych urządzeń.

Wartość usług świadczonych w ramach umowy ustalono na kwotę 159,4 tys. zł brutto za okres 36 miesięcy (począwszy od 30.06.2012 r.).

W umowie nie określono maksymalnego czasu przewidzianego na naprawę.

(dowód: akta kontroli str. 242-248)

Według danych zamieszczonych w paszportach technicznych urządzeń medycznych użytkowanych na Oddziale, w okresie 2011 – 2014 r. (do końca stycznia) wystąpiło dziewięć awarii ośmiu urządzeń. Dotyczyły one:

- monitora nieinwazyjnego C-3 – w 2011 r. wystąpiła awaria akumulatora zasilania awaryjnego (awaria usunięta w dniu zgłoszenia), a w 2013 r. – modułu zasilającego (13 dni),
- aparatu EKG Ascard A-4 – w 2011 r. zgłoszono awarię akumulatora zasilania awaryjnego (usunięto w dniu zgłoszenia) oraz awarię pakietu (czas naprawy – jeden dzień),
- ssaka (num. ser. SN-940) – w 2012 r. zgłoszono awarię układu zasilania (usunięto w dniu zgłoszenia),
- pulsoksymetru (num. ser. 77-13680) – w 2012 r. zgłoszono awarię akumulatora oraz uszkodzoną obudowę (czas naprawy - 43 dni),
- pompy infuzyjnej PILOT A-2 (18485434) – w 2013 r. zgłoszono awarię akumulatora zasilania awaryjnego (usunięto w dniu zgłoszenia),
- pompy infuzyjnej PILOT A-2 (18484995) – w 2013 r. zgłoszono uszkodzenie elektroniki oraz konieczność skonfigurowania urządzenia (6 dni),
- inkubatora ATOM – w 2014 r. zgłoszono awarię silnika nawiewu (15 dni),
- pulsoksymetru (num. ser. A03227) – awaria wystąpiła w 2014 r. (15 dni).

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że na czas naprawy aparat EKG wypożyczany jest z Oddziału Wewnętrzny lub pacjenci badani są na tym oddziale. Oddział dysponuje ponadto kilkoma pulsoksymetrami i pompami, więc na czas awarii wykorzystywane są te, które akurat nie są używane. W przypadku zaś np. inkubatora – wypożyczany jest on z Oddziału Noworodków.

(dowód: akta kontroli str. 249-253)

W okresie 2011 r. - styczeń 2014 r. Szpital wydatkował na naprawy, konserwacje i przeglądy urządzeń medycznych znajdujących się w Oddziale 15,3 tys. zł, w tym: w 2011 r. – 3,4 tys. zł, w 2012 r. – 3,8 tys. zł, w 2013 r. – 7 tys. zł, zaś w styczniu 2014 r. – 1,1 tys. zł. Kierownik Sekcji Technicznej wyjaśniła, że wzrost wydatków na naprawy sprzętu w 2013 r. w stosunku do 2011 i 2012 r. wynikał z konieczności zakupu czujników do dwóch pulsoksymetrów.

(dowód: akta kontroli str. 254-280)

3.3. W toku kontroli analizie poddano dokonywanie przeglądów i konserwacji dziesięciu urządzeń medycznych znajdujących się na Oddziale, tj.:

- monitora nieinwazyjnego C-3 (którego eksploatację Szpital rozpoczął w 2005 r.) oraz kardiomonitora C-80 (2013 r.),
- inkubatora ATOM (2004 r.),
- pomp infuzyjnych Kwapisz (1) i PILOT A-2 (3) - których eksploatację Szpital rozpoczął w 2004 r. oraz pomp AP-14 (2009 r.),
- aparatu EKG AsCARD A-4 (2004 r.).

Zgodnie z punktem 4 Procedury dotyczącej nadzoru nad infrastrukturą, będącej częścią obowiązującej w Szpitalu dokumentacji ISO, opracowano harmonogramy przeglądów aparatury medycznej na poszczególne lata objęte kontrolą. Posiadał również dokumentację określającą m.in. terminy wykonanych instalacji, napraw, działań serwisowych, a także terminy dokonania następnych przeglądów technicznych, stosownie do postanowień art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁹. Zgodnie z tą dokumentacją, ww. sprzęt wymagał corocznych przeglądów technicznych.

Według stanu na koniec stycznia 2014 r. wszystkie ww. urządzenia posiadały ważne przeglądy techniczne. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. przeglądy tych urządzeń wykonane były przed podmiot „Naprawa Sprzętu Medycznego A. Gorzka” w Działdowie (na podstawie umów z: 28.06.2009 i 25.06.2012 r.), za wyjątkiem pomp infuzyjnych AP-14, których badanie techniczne w 2011 i 2012 r. przeprowadził autoryzowany serwis producenta. Przegląd tych pomp zlecono jednak z pięciomiesięcznym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w harmonogramie przeglądów aparatury medycznej na 2011 r. (w lutym 2012 r., zamiast w październiku 2011 r.). Z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień wynikało, że w okresie tym nie były wykonywane zabiegi na tych urządzeniach.

(dowód: akta kontroli str. 252-253, 260-261, 264-323)

3.4. Szpital dysponował danymi dotyczącymi wykonania badań i zabiegów przy wykorzystaniu dwóch urządzeń medycznych. I tak, za pomocą:

- aparatu EKG wykonano łącznie 444 badań, w tym w 2011 r. – 116, w 2012 r. – 140, w 2013 r. – 173 i w styczniu 2014 r. – 15,
- inkubatora - 28 zabiegów, w tym w 2011 r. - 11, w 2012 r. - 9 oraz w 2013 r. - 8.

Jak podała w złożonym wyjaśnieniu Pielęgniarka Oddziałowa, w przypadku pomp infuzyjnych w latach 2011-2013 wykonano ok. 300 zabiegów rocznie, po ok. 50 na każdą z sześciu posiadanych pomp, natomiast w styczniu 2014 r. przeprowadzono około 10 zabiegów. W przypadku zaś kardiomonitora C-3 było to około 1.200 badań rocznie i ok. 50 w styczniu 2014 r., zaś z udziałem kardiomonitora C-80 w styczniu 2014 r. wykonano pięć badań.

(dowód: akta kontroli str. 252-253, 324)

3.5. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. Szpital zapewnił fachową i ciągłą obsługę urządzeń medycznych znajdujących się w Oddziale. Wszystkie badania i zabiegi przeprowadzane były przez 15 pielęgniarek, które zostały przeszkolone w zakresie ich obsługi. Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że nie wystąpił żaden przypadek opóźnienia lub niewykonania badania. Wszystkie badania wykonywane były na bieżąco zgodnie ze zleceniami lekarskimi.

(dowód: akta kontroli str. 252-253, 325-326)

⁹ Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

3.6. W ww. okresie Szpital zakupił na potrzeby Oddziału dwa urządzenia, tj. defibrylator o wartości 9,9 tys. zł (w 2011 r.) oraz kardiomonitor - 6,3 tys. zł (2013 r.). Zakupów dokonano zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 9A Dyrektora z 15 lutego 2008 r. w sprawie ustalenia procedur zamówień publicznych realizowanych w Szpitalu (zamówienia o wartości poniżej 14 tys. euro).

(dowód: akta kontroli str. 327-329)

3.7. W okresie objętym kontrolą Szpital nie otrzymał nieodpłatnie żadnego sprzętu ani aparatury medycznej na potrzeby Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 330-335)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

4. Sporządzanie ofert w postępowaniach konkursowych NFZ

Opis stanu faktycznego

4.1. Wartość zakontraktowanych świadczeń dotyczących leczenia szpitalnego w Oddziale wynosiła:

- w 2011 r. - 1.745,3 tys. zł (co stanowiło 6,7% wartości kontraktu Szpitala),
- w 2012 r. - 1.938,7 tys. zł (6,6% wartości kontraktu Szpitala i 111,1% wykonania w roku poprzednim),
- w 2013 r. - 2.117,8 tys. zł (7,4% wartości kontraktu Szpitala oraz 109,2% wykonania w roku poprzednim),
- w 2014 r. - 2.268,8 tys. zł (8,2% wartości kontraktu Szpitala oraz 107,1% wykonania w roku poprzednim).

W złożonej ofercie Szpital wykazał sprzęt i aparaturę medyczną, którą faktycznie posiadał na dzień złożenia oferty.

(dowód: akta kontroli str. 336-345)

4.2. W postępowaniu konkursowym zorganizowanym przez NFZ w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria – hospitalizacja, na okres od 1.01.2012 r. do 31.12.2016 r., Szpital złożył ofertę, w której wykazał m.in. sprzęt oraz personel medyczny niezbędny do realizacji umowy, tj.:

- zgodnie z ewidencją środków trwałych wg stanu na 30.11.2011 r. 36 urządzeń medycznych, które faktycznie przypisane były do Oddziału, natomiast pozostałe urządzenia wykazane w ofercie dostępne były w pracowniach specjalistycznych Szpitala (np. ultrasonografy w Pracowni USG, tomograf i aparaty RTG - w Pracowni RTG, zaś gastroskop i kolonoskop – w Pracowni Endoskopowej),
- personel niezbędny do realizacji świadczeń medycznych - czterech lekarzy i 14 pielęgniarek, którzy na dzień składania oferty zatrudnieni byli w Szpitalu; wszyscy lekarze wykazani w ofercie posiadali specjalizacje w dziedzinie pediatrii, zaś spośród 14 pielęgniarek: cztery posiadały ukończony kurs w zakresie wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego, trzy – resuscytacji, siedem - pielęgniarstwa pediatrycznego, cztery – szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży oraz jedna – onkologii.

(dowód: akta kontroli str. 325-326, 338, 346-349)

W złożonej ofercie Szpital wykazał czterech podwykonawców, z którymi zawarto umowy na świadczenia m.in. w zakresie badań diagnostycznych i laboratoryjnych oraz tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Szpital dysponował własnym transportem sanitarnym wraz z zespołem ratownictwa medycznego. Do oferty dołączono – zgodnie z wymogami postępowania konkursowego – wszystkie umowy zawarte z podwykonawcami.

W latach 2011 - 2014 (do końca stycznia) na badania i zabiegi zlecone podwykonawcom wydatkowano 2,5 tys. zł.

W latach 2011-2013 Szpital zlecił wykonanie badań podmiotom niewykazanym w umowie z NFZ jako podwykonawcy. Dotyczyło to zlecenia w 2011 i 2012 r. łącznie dwóm podmiotom badań laboratoryjnych oraz konsultacji okulistycznych za kwotę 1.654 zł, a w 2013 r. – badań toksykologicznych laboratoryjnych (dwóm pomiotom) za 110 zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że konsultacje okulistyczne zlecano w czasie kiedy lekarze okulisci zatrudnieni w Szpitalu byli nieobecni w pracy, badania laboratoryjne były zlecane w sytuacji awarii określonego sprzętu bądź choroby personelu wykonującego określone badania, zaś badanie toksykologiczne zlecono dlatego, że zarówno laboratorium Szpitala jak i podwykonawcy wykazani w umowie nie wykonywali tego badania.

(dowód: akta kontroli str.350-362, 386-388)

4.3. Szpital nie był kontrolowany ani wizytowany przez NFZ w celu sprawdzenia zgłoszonych przez Szpital warunków w złożonej ofercie.

(dowód: akta kontroli str. 363-364)

4.4. Na podstawie analizy grafików dyżurów lekarzy i pielęgniarek za grudzień 2013 r. stwierdzono, że nie wystąpiły przypadki udzielania świadczeń medycznych w Oddziale przez lekarzy i pielęgniarki, którzy nie byli wykazani w umowie z NFZ.

W badanym okresie Szpital zatrudniał trzech lekarzy posiadających specjalizację z pediatrii, co zgodne było z punktem 35 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.¹⁰ oraz z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹¹.

(dowód: akta kontroli str. 365-367)

4.5. Koszty funkcjonowania Oddziału wynosiły w latach:

- 2011 – 1.711,9 tys. zł, przychody zaś 1.828,8 tys. zł, zysk wyniósł 116,9 tys. zł,
- 2012 – 1.855,9 tys. zł, przychody zaś 2.003,2 tys. zł, zysk -147,3 tys. zł,
- 2013 – 1.854,4 tys. zł, a przychody 2.222,8 tys. zł, zysk – 368,4 tys. zł.

Jak wyjaśnił Główny Księgowy Szpitala, wzrost kosztów w 2012 r. w stosunku do 2011 r. spowodowany był wzrostem kosztów pośrednich komórek organizacyjnych, które świadczyły usługi wewnętrzne na rzecz Oddziału (np. laboratorium, RTG, USG). Wzrost przychodów łącznie spowodowany był wykonaniem większej ilości świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych z NFZ, natomiast spadek pozostałych przychodów wynikał z mniejszych wpływów z tytułu opłat za pobyt i wyżywienie opiekunów dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 368-369)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

IV. Wnioski

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 Kontroli¹², wnosi o:

1. Zapewnienie właściwych warunków sanitarnych w Oddziale oraz w miejscach przygotowywania posiłków.
2. Ujednolicenie informacji dotyczących godzin odwiedzin pacjentów w Oddziale Dziecięcym oraz liczby osób odwiedzających.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520

¹¹ Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143 (uchylone 2 stycznia 2014 r.)

¹² Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

3. Terminowe przekazywanie do NFZ informacji w zakresie kolejki oczekujących.
4. Podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania przypadków zlecenia badań diagnostycznych podwykonawcom niewskazanym w umowie z NFZ.

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 kwietnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Dyrektor

Kontrolerzy:
Joanna Łukasik

Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Piotr Wanic
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis