



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-001-04/2014

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. Zbigniew Lis, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88675 z dnia 06.03.2014 r. 2. Piotr Wanic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88677 z dnia 06.03.2014 r. (dowód: akta kontroli str.1-4)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Pisz, 12-200 Pisz, ul. H. Sienkiewicza 2, (zwany dalej „Szpitalem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Skarzyński, Dyrektor Szpitala

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki w zakresie dostępności do badań, warunków pobytu i leczenia w Oddziale Dziecięcym („Oddziale”).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą tej oceny było udzielanie świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w umowie z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”), stworzenie możliwości pobytu rodziców lub opiekunów z dziećmi w godzinach nocnych oraz zapewnienie fachowej obsługi urządzeń medycznych. Na uwagę zasługuje również przeprowadzenie w 2013 r. modernizacji pomieszczeń Oddziału w celu spełnienia wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.²

Stwierdzone natomiast nieprawidłowości dotyczyły głównie:

- niespełnienia niektórych wymogów określonych w ww. rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r. w zakresie m.in. niezabezpieczenia okien w salach chorych oraz braku dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych,
- niespełnienia niektórych wymagań sanitarnych w Oddziale w zakresie m.in. braku pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia oraz występowania ubytków farby na ścianach,
- 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. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. w Szpitalu nie opracowano Programu poprawy jakości, o którym mowa w celu operacyjnym nr 13 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Szpital nie posiadał również akredytacji, o której stanowią postanowienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia³. M. Skarzyński – Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że podjęto działania, które wpisują się w realizację ww. celu operacyjnego w zakresie poprawy jakości świadczeń medycznych i profilaktycznych. Dotyczyły one głównie przeprowadzonych badań satysfakcji leczonych pacjentów, posiadania certyfikatu ISO oraz wdrożenia programu informatyzacji Szpitala. Dyrektor wyjaśnił również, że aktualnie trwają przygotowania do audytu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, który zostanie przeprowadzony w kwietniu 2014 r. W przypadku uzyskania co najmniej 75% zgodności z obowiązującymi standardami, zostanie przyznany certyfikat akredytacyjny.

(dowód: akta kontroli str.5-13)

Powołany przez Dyrektora Szpitala Zespół ds. badania satysfakcji pacjentów prowadził w latach 2011-2013 badania ankietowe dotyczące warunków pobytu i leczenia pacjentów, w tym przebywających w Oddziale. W okresie tym skierowano łącznie 145 ankiet do rodziców lub opiekunów dzieci, które leczone były w Oddziale. Z przeprowadzonego badania wynikało m.in., że praca lekarzy i pielęgniarek została oceniona „bardzo dobrze”, czas załatwienia formalności w izbie przyjęć, diagnostykę i badania, warunki pobytu pacjentów w Oddziale – „dobrze”, zaś „dość dobrze” oceniono żywienie chorych i posiłki. Wg sugestii rodziców poprawy wymagał czas załatwienia formalności w izbie przyjęć oraz jakość żywienia pacjentów. W związku z wynikami ww. badania ankietowego, w 2013 r. zawarto umowę z innym podmiotem, który świadczył usługi żywienia pacjentów.

(dowód: akta kontroli str.14-17)

Według zapisów Statutu, Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Powiat Piski. Z informacji uzyskanej od Starosty Piskiego wynikało m.in., że:

- Powiat dotychczas nie opracował programu zdrowotnego wynikającego z rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴. Uczestniczył natomiast w latach 2011-2013 w realizacji programów profilaktycznych dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, konkursów i imprez sportowych propagujących zdrowy tryb życia, na które w 2013 r. wydatkował 4,2 tys. zł.
- Pracownicy Starostwa Powiatowego w Pieszku (w ramach nadzoru) przeprowadzili w Szpitalu dwie kontrole, w tym w 2011 r. kontrolę kompleksową w zakresie realizacji w 2010 r. zadań statutowych, gospodarowania mieniem, gospodarki finansowej i wykorzystania dotacji oraz w 2013 r. kontrolę wykorzystania dotacji w 2011 r. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wnioskowano m.in. o zmniejszenie kosztów funkcjonowania jednostek generujących największe straty, podniesienie kwalifikacji pielęgniarek i położnych, terminowe regulowanie zobowiązań, dokonywanie wydatków w sposób oszczędny i gospodarny oraz aktualizację polityki rachunkowości.

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

⁴ Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.

- Powiat przekazał Szpitalowi dwie dotacje w łącznej wysokości 5.536,9 tys. zł. Ze środków tych wykonano w Szpitalu w 2013 r. termomodernizację budynku pediatryczno-położniczego (w którym znajdowały się pomieszczenia Oddziału) oraz modernizację czterech oddziałów oraz poradni specjalistycznych. Ze środków tych doposażono również Szpital w sprzęt medyczny i biurowy.
- Starosta powołał „Powiatową Koalicję dla Zdrowia”, której zadaniem jest m.in. dążenie do poprawy stanu zdrowia oraz wydłużenie średniej życia mieszkańców powiatu, a także opracowanie do końca 2015 r. programu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie Powiatu, o którym mowa w celu operacyjnym nr 12 Narodowego Programu Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str.18-27)

1.2. Szpital opracował „Program dostosowania SPZOZ” do wymogów określonych w rozporządzeniu 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 (zwany dalej „Programem dostosowania”). Obowiązek stworzenia takiego dokumentu, dla podmiotu leczniczego, który nie spełniał wszystkich wymagań określonych w ww. rozporządzeniu, wynikał z postanowień art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶. W Programie tym zapisano m.in., że modernizacja Oddziału zostanie przeprowadzona do końca 2016 r. Program ten został 5.06.2012 r. pozytywnie zaopiniowany przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego („W-M PWIS”).

Mimo, że ww. modernizację Oddziału zaplanowano wykonać w terminie do 2016 r., zadanie inwestycyjne o wartości 3.532,7 tys. zł pod nazwą „Remont i przebudowa pomieszczeń Oddziałów Szpitala Dziecięcego, Neonatologicznego, Położniczo-Ginekologicznego z traktatem porodowym oraz poradni specjalistycznych” zostało zrealizowane w 2013 r. Inwestycja ta była finansowana z budżetu Powiatu, a wykonawcę tego zadania wybrano w trybie przetargu nieograniczonego.

W wyniku przeprowadzonej modernizacji Oddziału, decyzją „W-M PWIS” z 21.10.2013 r. uznano, że pomieszczenia i urządzenia Oddziału spełniają wymogi określone w rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r.

(dowód: akta kontroli str.28-38)

1.3. W Regulaminie Oddziału Dziecięcego zapisano m.in. że opieka lekarska i pielęgniarska sprawowana jest w Oddziale całodobowo zgodnie zatwierdzonym z harmonogramem. W czasie hospitalizacji rodzice lub opiekunowie zobowiązani są do czynnego uczestnictwa w procesie pielęgnacji i żywienia dziecka, zgodnie z zaleceniami personelu.

W okresie od 01.01.2011 r. – 31.12.2014 r. w Oddziale leczonych było 3.063 dzieci i młodzieży, w tym w:

- 2011 r. - 1.061 (474 pacjentów w wieku do trzech lat, 232 od 4 do 7 lat, 151 od 8 do 12 lat oraz 205 w wieku od 13 do 18 lat); w Oddziale najwięcej pacjentów przebywało w marcu i kwietniu (od 115 do 104), a najmniej w lipcu i sierpniu (od 76 do 71);
- 2012 r. - 925 (231 pacjentów w wieku do trzech lat, 301 od 4 do 7 lat, 180 od 8 do 12 lat oraz 213 w wieku od 13 do 18 lat); w Oddziale najwięcej pacjentów przebywało w grudniu i kwietniu (od 97 do 91), a najmniej w lutym i czerwcu (od 59 do 61);
- 2013 r. - 981 (382 pacjentów w wieku do trzech lat, 228 od 4 do 7 lat, 181 od 8 do 12 lat oraz 190 w wieku od 13 do 18 lat); w Oddziale najwięcej pacjentów

⁵ Dz. U. nr 31, poz. 158 (uchylone 1 lipca 2012 r. i zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.)

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

przebywało w styczniu i grudniu (od 104 do 100), a najmniej w maju i czerwcu (od 69 do 65);

- styczniu 2014 r. - 96 (34 pacjentów w wieku do trzech lat, 25 od 4 do 7 lat, 14 od 8 do 12 lat oraz 23 w wieku od 13 do 18 lat).

W 2011 r. obłożenie łóżek w Oddziale wynosiło od 40% (w sierpniu) do 84% (w marcu), w 2012 r. od 36% (we wrześniu) do 77% (w grudniu), zaś w 2013 r. od 38% (w lipcu) do 95% (w styczniu). W styczniu 2014 r. wskaźnik ten wyniósł 93%.

Średni czas pobytu dziecka na Oddziale w 2011 r. wynosił sześć dni, w 2012 r. – siedem, zaś w 2013 r. osiem dni. Dyrektor Szpitala podał, że różnice w obłożeniu łóżek w poszczególnych latach wynikały m.in. z sezonowości zachorowań dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 39)

1.4. W celu zapewnienia właściwej diagnostyki oraz hospitalizacji pacjentów Szpital współpracował z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie („WSSD”) oraz Szpitalem Klinicznym w Białymstoku („SK”). Przeprowadzona w toku kontroli analiza przeniesienia pacjentów w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu do tych szpitali w miesiącach: marcu i listopadzie z lat 2011 - 2013 r. wykazała m.in., że:

- 15 pacjentów zostało skierowanych innych placówek, w tym 12 do WSSD, zaś troje pacjentów do SK,
- głównymi przyczynami skierowań pacjentów do WSSD było m.in.: podejrzenie wady układu moczowego, obce ciało w drogach oddechowych, małopłytkowość, zmiana torbielowa okolicy szyjnej lewej, zaś do SK: nieokreślone odczynowe zapalenie wątroby, zapalenie płuc i podejrzenie astmy oskrzelowej;
- transport dzieci do WSSD i SK odbywał się własnym ambulansem medycznym (13 przypadków) i Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym (2).

(dowód: akta kontroli str.40-48)

1.5. W dniu 18.03.2014 r. kontrolerzy NIK przeprowadzili oględziny pomieszczeń Oddziału. Wykazały one, że:

- Oddział zlokalizowany był na parterze budynku Szpitala. Podzielony był na dwa odcinki, tj. dla dzieci młodszych (do trzech lat) i starszych (powyżej tego wieku).
- W Oddziale znajdowało się 10 sal chorych.
- W odcinku dzieci starszych znajdowało się sześć, a w odcinku dzieci młodszych trzy sale chorych (w salach umieszczono od dwóch do pięciu łóżek). W Oddziale utworzono również izolatkę, oddzieloną od pozostałych pomieszczeń służą umywalkowo-fartuchową. Izolatka składała się z sali pobytu pacjenta i pomieszczenia higieniczno-sanitarnego oraz wyposażona była w wentylację mechaniczną.
- W Oddziale zlokalizowane były także: łazienki dla rodziców (trzy), gabinet zabiegowy, pokój badań, dyżurka pielęgniarek, pokój przygotowawczy do badań, brudownik (wyposażony w myjnię-dezynfektor), magazyn, pokój lekarzy, salę zabaw.
- Odcinek dzieci młodszych oddzielony był od pozostałej części Oddziału służą umywalkowo-fartuchową, wyposażoną m.in. w umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia.
- W Oddziale funkcjonował monitoring z podglądem do wszystkich sal chorych i możliwością obserwacji z dyżurki pielęgniarek.
- W Oddziale zorganizowano tzw. „telefon do mamy”. W trakcie oględzin urządzenie było sprawne, a Oddział posiadał 24 karty do telefonu. Karty wydawane były pacjentom na ich żądanie.

- W salach chorych umieszczono płatny system telewizyjny. W salach tych znajdowały się również miejsca na pozostawienie rzeczy osobistych pacjentów i ich opiekunów.
- W Oddziale zorganizowano pokój dla rodziców, w którym istniała możliwość noclegu w godzinach nocnych.
- W zorganizowanej w Oddziale sali zabaw (świetlica) znajdował się telewizor z dostępem do programów dla dzieci, z którego korzystanie było bezpłatne. W sali tej umieszczono również zabawki i sprzęt dostosowane do różnego wieku dzieci.
- Na terenie Oddziału istniała możliwość korzystania z bezpłatnego internetu bezprzewodowego.

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

- Pokoje łóżkowe 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 przypadku podwyższonego obłożenia, na Oddziale dostępne były rozkładane łóżka, które w trakcie dnia wynoszone były poza sale chorych).
- W Oddziale (w odcinkach: dzieci młodszych i starszych) zorganizowano pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.

Ustalone
nieprawidłowości

Oględziny przeprowadzone przez NIK wykazały, że:

- Okna we wszystkich salach chorych nie były zabezpieczone przed możliwością ich otwarcia przez dzieci, co stanowiło naruszenie ustępu 9 w części V załącznika nr 1 do rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.
M. Skarzyński – Dyrektor Szpitala w złożonym wyjaśnieniu podał, że z powodu przeoczenia nie poinformowano projektanta termomodernizacji budynku o typie oddziałów znajdujących się w ocieplanym budynku, w następstwie czego ww. zabezpieczenia okien nie zostały uwzględnione w budynku Oddziału.
W trakcie kontroli NIK (04.04.2014 r.) zabezpieczenia te zostały zamontowane.
- W siedmiu salach chorych brak było pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia – wymóg takiego wyposażenia wynikał z § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia, zaś pojemniki te zostały już zamontowane.
- W służbie umywalkowo-fartuchowej, oddzielającej odcinek dzieci młodszych od pozostałej części Oddziału, brak było zamykanego pojemnika na brudną bieliznę, co stanowiło naruszenie § 22 pkt 5 ww. rozporządzenia.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia, zaś pojemnik ten został już zamontowany.
- W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przeznaczonym dla rodziców brak było pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia - wymóg posiadania tych pojemników wynikał z postanowień § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.
Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia.
- Łóżka we wszystkich salach chorych nie były ustawione w sposób umożliwiający do nich dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co stanowiło naruszenie § 18 ww. rozporządzenia.
Dyrektor Szpitala w złożonym wyjaśnieniu podał, że w dniu kontroli obłożenie Oddziału przekraczało zarejestrowaną liczbę 26 łóżek, przez co nie wszystkie łóżka miały dostęp z trzech stron. Wprowadzenie dostawek w sposób oczywisty

spowodowało zmianę ustawienia łóżek. Po spadku zachorowań dzieci, ustawienie łóżek wróci do stanu projektowanego, czyli z zachowaniem wymaganego dostępu.

(dowód: akta kontroli str.49-59)

Opis stanu
faktycznego

1.6. W Informacji dla rodziców, opiekunów i osób odwiedzających pacjentów Oddziału zapisano m.in., że:

- podstawowym celem pobytu rodziców z dzieckiem jest utrzymanie więzi psychicznej między nimi oraz zminimalizowanie stresu związanego z hospitalizacją,
- rodzice i opiekunowie lub osoba przez nich wskazana mogą przebywać wraz z dzieckiem całą dobę,
- rodzice mają możliwość wykupienia posiłków i ich spożycia w pomieszczeniu socjalnym rodziców,
- rodzice lub opiekunowie mogą wspomóc Oddział darowizną za pobyt z dziećmi w godzinach nocnych,
- lekarz dyżurny udziela informacji o aktualnym stanie zdrowia dziecka, lekarz prowadzący w zakresie rozpoznania, diagnostyki i leczenia, a pielęgniarka w zakresie procesu pielęgnowania dziecka.
- odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie od godz. 12:00 do 18:00.

(dowód: akta kontroli str.60-61)

1.7. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. Szpital zlecał podmiotom zewnętrznym świadczenie usług żywienia pacjentów. Wykonawcę tego zadania wybrano w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷ (ustawa PZP). Do obowiązków wykonawcy, zgodnie z zawartą umową, należało m.in.: przygotowanie całodziennych posiłków dla pacjentów z uwzględnieniem diet zalecanych przez lekarzy, dostawie i dystrybucji posiłków, sporządzanie jadłospisów dekadowych z uwzględnieniem sezonowości i uzgadniania ich ze Szpitalem, zapewnienie odpowiedniej ilości estetycznych i stabilnych naczyń wielorazowych i sztućców oraz ich mycie i dezynfekcja. Nadzór Szpitala nad realizacją warunków tej umowy w zakresie żywienia pacjentów, sprawował kierownik działu utrzymania czystości.

Za opiekę dietetyczną oraz sporządzanie jadłospisów profilaktycznych i leczniczych pacjentów w Szpitalu odpowiadała osoba zatrudniona na stanowisku dietetyka. Zgodnie z zakresem jej obowiązków sporządzała ona m.in. analizy potrzeb dietetycznych i zapotrzebowania kalorycznego oraz zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia i zaleceniami lekarskimi, dekadowych jadłospisów dla chorych z różnymi schorzeniami.

Dietetyk w złożonym wyjaśnieniu podała m.in., że usługi żywieniowe dla Szpitala w ww. okresie świadczyła firma cateringowa, która zatrudnia dietetyka. Jest on odpowiedzialny za sporządzanie dekadowych jadłospisów i dostarczanie ich z odpowiednim wyprzedzeniem Szpitalowi w celu naniesienia w nich ewentualnych korekt. Rodzaje diet leczniczych i ich kaloryczność dla poszczególnych grup pacjentów Oddziału zlecali lekarze prowadzący. Oddział zgłaszał zapotrzebowanie na poszczególne diety oraz korekty do tego zapotrzebowania bezpośrednio do pracowników dystrybucji, z jednodniowym wyprzedzeniem.

W Oddziale wydawane były posiłki, z uwzględnieniem odpowiednich diet (cukrzycowa, biegunkowa, wątrobowo-cukrzycowa, lekkostrawna, dziecięca, bezmleczna, papkowata), w tym śniadanie w godz. 7:00-7:30; drugie śniadanie (11:00); obiad (13:00-13:30); podwieczorek (16:00) i kolacja (17:30-18:00).

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

Informacja o godzinach wydawania posiłków i jadłospisie na dany dzień wywieszona była na tablicy ogłoszeń w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str.62-84)

Kontroler NIK dokonał oględzin posiłków przygotowanych dla pacjentów Oddziału w dniu 19.03.2014 r. W wyniku tych czynności ustalono, że były one zgodne z dziennym jadłospisem.

(dowód: akta kontroli str. 85-91)

Dzienny koszt żywienia pacjenta Oddziału był zgodny z zawartą umową na świadczenie usług żywienia w Szpitalu i wynosił 14,98 zł w 2011 r. oraz styczniu i lutym 2012 r.; 15,22 zł w pozostałych miesiącach 2012 r. i w okresie styczeń – lipiec 2013 r. oraz 13,82 zł od sierpnia 2013 r. do stycznia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 92)

1.8. Najwyższa Izba Kontroli w dniu 11.02.2014 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.

Ustalone
nieprawidłowości

W protokole z kontroli przeprowadzonej 19.03.2014 r. wykazano następujące nieprawidłowości:

- W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla rodziców oraz w niektórych pokojach łóżkowych brak było pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia, co stanowiło naruszenie postanowień art. 11 ust.1 i 2 pkt 3 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁸ oraz § 2 i 24 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r.
- W dwóch salach chorych stwierdzono ubytki farby na ścianach, co stanowiło naruszenie art. 11 ust.1 i 2 pkt 3 ww. ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- W odcinku dzieci młodszych w salach niemowlęcych brak było zestawu urządzeń do pielęgnacji niemowląt, co stanowiło naruszenie ustępu 4 części V załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.
- W pokojach chorych brak było dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co stanowiło naruszenie § 18 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.
- Okna w salach chorych nie były zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez dzieci, co było wymagane postanowieniami ustępu 9 części V załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 93-99)

Opis stanu
faktycznego

W dniu 07.03.2014 r. Najwyższa Izba Kontroli zleciła Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Piszku kontrolę przestrzegania przepisów dotyczących ochrony przeciwpożarowej. Kontrola ta nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str.100-101)

1.9. 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 17,3% dzieci leczonych w tym okresie). Do zakończenia kontroli wpłynęło 11 ankiet (22%) wysłanych, które związane były z pobytem w Oddziale dzieci do trzeciego roku życia (6 ankiet), od 3 do 7 roku życia (2 ankiet), od 7 do 12 roku życia (1 ankiet) oraz powyżej 12 lat (2 ankiet). Według przesłanych ankiet:

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 947

- W 9 przypadkach oceniono jako odpowiednie warunki sanitarne w Oddziale (81%), zaś w 2 przypadkach jako nieodpowiednie (19%), z powodu zbyt wysokiej temperatury w sali chorych i braku zmiany pościeli oraz braku płynu dezynfekcyjnego w łazience.
- Posiłki dla pacjentów były w 72 % w odpowiedniej wielkości, a w 18% w porcjach zbyt małych, w 45% przypadkach temperatura posiłków była odpowiednia i w 45% posiłki były zimne, w 63% posiłki były dostosowane do wieku dziecka, a w 27% nie dostosowane, posiłki te były w 36% ubogie w składniki, a 63% badanych oceniło posiłki jako niesmaczne; jedno dziecko w wieku 3 miesięcy nie korzystało z posiłków.
- W 40% ankiet, kontakt personelu medycznego z rodzicami lub opiekunami oceniono jako dobry, a w 60% jako bardzo dobry.
- We wszystkich przypadkach podano, że istniała możliwość przebywania rodziców lub opiekunów z dziećmi w Oddziale w godzinach nocnych.

(dowód: akta kontroli str.102-133)

Ocena cząstkowa

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

2. Prowadzenie listy oczekujących

Opis stanu
faktycznego

2.1. W latach 2011-2013 pacjenci do Oddziału przyjmowani byli na bieżąco. Kolejność przyjęć na Oddział, ustalana była na podstawie kolejności rejestracji pacjentów w Izbie Przyjęć Szpitala.

Według prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu (w Izbie Przyjęć), w styczniu 2014 r. trzech pacjentów oczekiwało od 2 do 4 dni na przeprowadzenie badań diagnostycznych w Oddziale. O fakcie tym rodzice/opiekunowie byli informowani podczas rejestracji dzieci. Rejestr prowadzony był w formie elektronicznej oraz zawierał wszystkie dane wymagane art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹.

Ustalono
nieprawidłowości

Ustalono, że w trzech wyżej wymienionych przypadkach, w rejestrze brak było danych w zakresie rozpoznania lub powodu przyjęcia tych pacjentów na Oddział, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e przywołanej wyżej ustawy.

Według wyjaśnienia Marzeny Sawickiej – Pielęgniarki koordynującej Szpitalny Oddział Ratunkowy i Izba Przyjęć, przyczyną tego stanu prawdopodobnie było nieczytelne rozpoznanie na skierowaniu bądź też nie było kodu ICD.

Kontrola wykazała również, że rodzice lub opiekunowie nie byli informowani o terminie wykonania badań w formie pisemnej, ze wskazaniem uzasadnienia przyczyny takiego wyboru terminu. Stanowiło to naruszenie art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Przyczyną tego był fakt, że termin badań był uzgodniony z rodzicami pacjentów, w związku z czym brak było potrzeby zawiadamiania pisemnie o tym fakcie rodziców.

(dowód: akta kontroli str.133-144)

Opis stanu
faktycznego

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 publicznych¹⁰, Szpital zobowiązany był do przekazywania NFZ danych o oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

⁹ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm. (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”)

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

Ustalone
nieprawidłowości

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 marca 2014 r. Szpital przekazał NFZ łącznie 37 komunikatów o kolejce oczekujących.

Kontrola wykazała, że w 15 przypadkach (40%) ww. komunikaty zostały NFZ przekazane z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 19 dni. Zgodnie z § 8 ust. 4 ww. rozporządzenia, komunikaty takie powinny być przekazywane NFZ nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia danego miesiąca.

Osoba zatrudniona na stanowisku informatyka wyjaśniła, że ww. komunikaty w latach 2011-2013 przekazywane były łącznie ze wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala. W związku z problemami raportowania kolejek w poradniach specjalistycznych, mogły one być przekazywane dopiero po dokonaniu stosowanych poprawek, co powodowało opóźnienia.

(dowód: akta kontroli str.145-161)

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. Na wyposażeniu Oddziału, według stanu na 31.12.2013 r., znajdowało się osiem urządzeń medycznych, w tym trzy pompy infuzyjne, łóżko transportowo-obsługowe, elektrokardiograf, monitor nieinwazyjny, kardiomonitor i myjnię-dezynfektor. Sprzęt ten został zakupiony w latach 2000 - 2004, za wyjątkiem myjni-dezynfektora (zakup w 2013 r.).

W toku kontroli ustalono, że:

- informacje dotyczące: nr seryjnego, daty zakupu i rozpoczęcia eksploatacji, częstotliwości i daty wymaganych oraz następnych przeglądów technicznych zamieszczone były w dokumencie o nazwie „Paszport techniczny”,
- brak było wypadków w Oddziale związanych z użytkowaniem urządzeń medycznych,
- zapewniono fachową i ciągłą obsługę ww. urządzeń,
- brak było przypadków nie wykonania świadczeń zdrowotnych lub badań z powodu braku ich finansowania przez NFZ i wykonania ich za odpłatnością,
- nie otrzymano aparatury medycznej w drodze darowizny na wyposażenie Oddziału.

(dowód: akta kontroli str.162-181)

W złożonym wyjaśnieniu w sprawie wykorzystania ww. urządzeń – Pielęgniarka Koordynująca Oddziału podała, że szacunkowe wykorzystanie tych urządzeń wynosiło w przypadku: elektrokardiografu - od 250 do 300 badań rocznie, pompy infuzyjne - 400 - 500, monitora nieinwazyjnego – od 1.300 do 1.350, kardiomonitora – od 750 do 850 oraz myjni-dezynfektora - ok. 20 razy w 2013 r.

W okresie 2011-2013 r. Szpital na naprawy i przeglądy ww. urządzeń wydatkował 2.954 zł, w tym 430 zł w 2011 r., 2.077 zł w 2012 r. i 447 zł w 2013 r. Szpital zakupił w sierpniu 2013 r. jedno urządzenie medyczne na potrzeby Oddziału, tj. myjnię-dezynfektor BP 100HE o wartości 20.520 zł brutto. Zakupu tego dokonano w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z wymogami ustawy PZP.

(dowód: akta kontroli str.182-207)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

3.2. W okresie od 20.10.2012 r. do 22.04.2013 r. elektrokardiograf nie posiadał wymaganego przez producenta przeglądu okresowego.

Zalecanych przez producentów przeglądów technicznych nie posiadały zaś cztery urządzenia, tj.:

- dwie pompy oznaczone numerami: 18485996 i 18485017 – w okresie od 1.01.2011 r. do 18.03.2012 r. oraz od 1.04.2013 r. do 22.04.2013 r.,
- pompa o numerze 184884922 - od 1.01.2011 r. do 22.04.2013 r.,

- monitor nieinwazyjny – od 20.10.2012 r. do 21.04.2013 r.

M. Skarzyński - Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak ciągłości przeglądu wymienionych urządzeń był spowodowany tym, że grupowane są jednakowe sprzęty, np. pompy infuzyjne w celu optymalizacji i obniżenia kosztów wysyłek do wąsko wyspecjalizowanych serwisów.

Z uzyskanych wyjaśnień od Pielęgniarki Koordynującej w Oddziale wynikało, że w okresie braku przeglądów urządzenia te nie były użytkowane. Korzystano w tym okresie z urządzeń m.in. przekazanych z innego oddziału Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 208)

Ocena częściowa

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

4. Sporządzanie ofert w postępowaniach konkursowych NFZ.

Opis stanu faktycznego

4.1. Wartość zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez NFZ w zakresie leczenia w Oddziale wynosiła:

- 2.024,9 tys. zł w 2011 r. (co stanowiło 10,9% wartości kontraktu Szpitala),
- 1.905,9 tys. zł w 2012 r. (10,3% wartości kontraktu),
- 2.017,0 tys. zł w 2013 r. (10,4%).

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

(dowód: akta kontroli str. 209)

4.2. Szpital, w postępowaniu konkursowym NFZ na leczenie szpitalne w zakresie pediatria – hospitalizacja w latach 2011 - 2013 zawarł umowę, do której załącznikiem był plan rzeczowo-finansowy oraz harmonogram – zasoby (w zakresie personelu oraz urządzeń medycznych).

W skład personelu medycznego wchodziło sześciu lekarzy (5 pediatrów i neonatolog) i 12 pielęgniarek, które posiadały odpowiednie kwalifikacje i staż pracy. Lekarze byli zatrudnieni w wymiarze czasu, odpowiadającym równoważnikowi co najmniej dwóch etatów o specjalizacji pediatria lub neonatologia.

(dowód: akta kontroli str.210-226)

4.3. Szpital w złożonej ofercie wykazał 13 podwykonawców umowy z NFZ, z którymi zawarto umowy na przeprowadzanie badań lub zabiegów. Dotyczyło to m.in. tomografii komputerowej, diagnostyki medycznej i mikrobiologicznej, badań histopatologicznych i cytologicznych.

Na ww. badania i zabiegi zlecone podwykonawcom Szpital wydatkował 2,7 tys. zł w 2011 r., 3,6 tys. zł w 2012 r. oraz 5,3 tys. zł w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 227-228)

4.4. Po złożeniu oferty na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez Szpital, a przed podpisaniem umowy, NFZ nie kontrolował zgodności i prawidłowości warunków określonych w ofercie. W ofercie tej (w części harmonogram – zasoby) podano, że na urządzenia medyczne Szpital posiada tzw. „umowy serwisowe”.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Kontrola wykazała, że Szpital nie posiadał takich umów, a naprawy dokonywały różne firmy na podstawie jednorazowych zleceń Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w ofercie Szpitala na świadczenia zdrowotne skierowane do NFZ zaznaczyliśmy, że posiadamy umowę serwisową, natomiast w naszym rozumieniu intencją tego pytania było serwisowanie sprzętu medycznego.

(dowód: akta kontroli str.46-48)

4.5. Analiza grafików dyżurów lekarzy i pielęgniarek w miesiącu grudniu 2013 r. wykazała, że świadczenia zdrowotne na Oddziale były wykonywane przez personel wymieniony w ww. załączniku do umowy (harmonogram – zasoby).

Podczas obowiązywania umowy z NFZ, na Oddziale zatrudnionych było sześciu lekarzy i 12 pielęgniarek, co było zgodne z cz. I załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.¹¹ oraz z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹².

(dowód: akta kontroli str. 229-230)

Koszty funkcjonowania Oddziału wynosiły w latach:

- 2011 - 1.901,0 tys. zł, przychody zaś 2.070,1 tys. zł (2.064,7 tys. zł - z NFZ oraz 5,4 tys. zł z tytułu leczenia osób nieubezpieczonych), zysk wyniósł 169,1 tys. zł;
- 2012 - 1.998,6 tys. zł, przychody zaś 1.921,1 tys. zł (1.919,4 tys. zł z NFZ oraz 1,6 tys. zł z tytułu leczenia osób nieubezpieczonych), uzyskując ujemny wynik finansowy w kwocie 77,5 tys. zł;
- 2013 - 2.231,8 tys. zł, przychody zaś 2.101, tys. zł (2.099,4 tys. zł z NFZ oraz 2,0 tys. zł z tytułu leczenia osób nieubezpieczonych), uzyskując ujemny wynik finansowy w kwocie 130,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.231)

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala podał, że w celu poprawy rentowności Szpitala w 2013 r. zmodernizowano sześć oddziałów w celu poprawy warunków leczenia pacjentów i stworzenia przesłanek do wybierania Szpitala przez pacjentów. Wykonano również termomodernizację budynków o łącznej kubaturze ok. 12,0 tys. m³, obniżając tym samym koszty ogrzewania o ok. 15%. Zainstalowano pompy ciepła do ogrzewania wentylowanego powietrza, uzyskując oszczędności energii elektrycznej. Od 2012 r. prowadzone są również działania w celu zminimalizowania niekorzystnych działań medycznych, co będzie miało wpływ na koszty ubezpieczenia.

(dowód: akta kontroli str.46-48)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie 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 Kontroli¹³, wnosi o:

1. Zapewnienie właściwych warunków sanitarnych w Oddziale.
2. Terminowe przekazywanie do NFZ informacji w zakresie kolejki oczekujących pacjentów.
3. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie ciągłości wymaganych przeglądów okresowych urządzeń medycznych.

¹¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520

¹² Dz. U. z 2009 r. nr 140, poz. 1143 (uchylone 2 stycznia 2014r.)

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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.

Kontrolerzy:
Zbigniew Lis

Główny specjalista kontroli państwowej

.....
Piotr Wanic

Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Dyrektor