



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4110-01-01/2013

R/13/008

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	R/13/008 – Warunki leczenia na Oddziale Pediatrii i Alergologii Szpitala Powiatowego w Biskupcu w latach 2011-2013
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Piotr Wanic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88606 z 14 października 2013 r. 2. Edyta Piskorz-Zabujść, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86450 z 14 października 2013 r. <i>(dowód: akta kontroli str. 1-4)</i>
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (zwany dalej „Szpitalem”), ul. Armii Krajowej 8, 11-300 Biskupiec
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Pietras, p.o. Dyrektora Szpitala

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie warunków pobytu i leczenia, prowadzenia listy oczekujących oraz utrzymania w sprawności technicznej urządzeń medycznych w latach 2011-2013 (do końca listopada).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą tej oceny jest w szczególności:

- nieuwjęcie w „Programie dostosowania” niektórych elementów pomieszczeń Oddziału Pediatrii i Alergologii („Oddziału”) i ich wyposażenia, w celu zapewnienia zgodności z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.²,
- brak środków służących dezynfekcji i zapobieganiu zagrożeniu sanitarno-epidemiologicznemu w niektórych pomieszczeniach Oddziału,
- prowadzenie listy oczekujących w Oddziale w sposób nieodpowiadający postanowieniom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³,
- niepowołanie zespołu do oceny ww. listy oczekujących,
- wykonywanie badań i zabiegów z wykorzystaniem wyrobów medycznych, które nie zostały poddane wymaganym okresowym przeglądom technicznym,
- nieterminowe przekazanie 10 z 34 informacji o kolejce oczekujących do Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”).

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 (zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.”)

³ Dz. U. nr 252, poz. 1697 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

1.1. Według Regulaminu Organizacyjnego Szpitala (z października 2012 r.), do zadań Oddziału należało:

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

(dowód: akta kontroli str. 5-9)

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 października 2013 r. w Oddziale leczonych było 2.197 pacjentów, w tym:

- w 2011 r. – 772 dzieci i młodzieży (394 pacjentów w wieku do trzech lat, 172 – od 4 do 7 lat, 78 – od 8 do 12 lat oraz 128 – 13-18 lat); najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w styczniu, lutym i marcu (od 86 do 88), a najmniej w lipcu i sierpniu (po 47);
- w 2012 r. – 789 dzieci i młodzieży (286 pacjentów w wieku do trzech lat, 248 – od 4 do 7 lat, 116 – 8-12 lat oraz 139 – 13-18 lat); najwięcej dzieci i młodzieży leczonych było w Oddziale w styczniu (74), lutym (76), marcu (79) i październiku (79), zaś najmniej w sierpniu (54), wrześniu (52) i grudniu (52);
- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 października 2013 r. – 636 pacjentów (243 dzieci w wieku do trzech lat, 252 – od 4 do 7 lat, 58 – 8-12 lat oraz 83 – 13-18 lat); najwięcej dzieci było leczonych w lutym (77) i marcu (101), zaś najmniej w sierpniu (46) i wrześniu (43).

W 2011 r. obłożenie łóżek w Oddziale wynosiło od 23,9% (w sierpniu) do 67,7% (we wrześniu). W 2012 r. - od 32,1% (sierpień) do 56,1% (październik), zaś w okresie od 1 stycznia do 31 października 2013 r. – od 20,3% (kwiecień) do 67,2% (marzec).

(dowód: akta kontroli str. 10)

1.2. Szpital posiadał opracowany 29 czerwca 2011 r. „Program dostosowania” 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 zdrowotnej⁴ (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 leczniczej⁵.

W programie tym wskazano m.in. że na Oddziale brudownik nie posiada myjni-dezynfektora oraz brak jest wentylacji mechanicznej wyciągowej. W ramach planowanych działań ustalono zainstalowanie maceratora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej do 31 grudnia 2015 r. Program ten został pozytywnie zaopiniowany przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

(dowód: akta kontroli str.11-15)

⁴ Dz. U. nr 31, poz. 158 (uchylone 1 lipca 2012 r. i zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.)

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217

1.3. W dniu 23 października 2013 r. kontrolerzy NIK przeprowadzili oględziny pomieszczeń Oddziału. Wykazały one, że:

- Oddział znajdował się na czwartym piętrze 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 11 sal chorych (o pow. od 11,5 m² do 15,9 m²).
- W odcinku dzieci starszych znajdowały się trzy sale chorych, w których umieszczono od dwóch do trzech łóżek. W odcinku tym zlokalizowano gabinet koordynatora oddziału, pokój lekarzy oraz gabinet badań i aerzoloterapii.
- W odcinku dzieci młodszych znajdowało się osiem sal chorych (w tym trzy izolatki), w których znajdowały się po dwa łóżka. W odcinku tym umieszczono także: punkt pielęgniarski, gabinet zabiegowy, bawialnię, aneks kuchenny dla rodziców, brudownik, magazynek, pokój socjalny dla personelu medycznego z aneksem kuchennym, łazienkę dla pacjentów oraz osobną dla rodziców, a także łazienkę przystosowaną dla osób niepełnosprawnych, kuchnię niemowlęcą, zmywalnię oraz jadalnię dla pacjentów (którą zaadaptowano na ten cel z sali chorych).
- Ściany pomiędzy salami chorych w odcinku dzieci młodszych były przeszklone.
- W Oddziale zorganizowano tzw. „telefon do mamy”. W czasie oględzin sprzęt ten był sprawny, a w Oddziale przechowywano 13 kart do telefonu (były one przekazywane pacjentom), na których znajdowało się po 15 impulsów do wykorzystania jedynie na tym telefonie.
- W pododdziale dzieci młodszych zorganizowano tzw. bawialnię dla dzieci, w której znajdowały się zabawki i gry dla dzieci w różnym wieku. W świetlicy umieszczono telewizor (z którego istniała możliwość bezpłatnego korzystania), z dostępem do programów dla dzieci.
- W salach łóżkowych znajdowały się telewizory, z których korzystanie było płatne (1 h – 2 zł, 3 h – 4 zł, 10 h – 6 zł, 16 h – 8 zł, 24 h – 10 zł). W Oddziale zostały zainstalowane ponadto dwa routery do udostępniania bezprzewodowego internetu (w trakcie oględzin sieć ta nie była jeszcze uruchomiona).

W toku oględzin ustalono również, że zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 zorganizowano pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.
- W pokojach łóżkowych połączenie ścian z podłogami wykonane było w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję.

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 Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. Ustalono bowiem, że w dniu przeprowadzenia oględzin:

- Brak było możliwości obserwacji przez przeszklenia ścienne z punktu pielęgniarskiego pacjentów umieszczonych w dwóch salach chorych (nr 7 i 8), z uwagi na lokalizację tych sal po drugiej stronie korytarza.
- Zgodnie z postanowieniami ust. 5 części V załącznika nr 1 ww. rozporządzenia, ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych oraz ściany pomiędzy pokojami i punktem pielęgniarskim muszą być przeszklone w celu ciągłej obserwacji dzieci.

M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że z powodu konstrukcji budynku nie jest możliwe zapewnienie obserwacji dzieci przez przeszklenia ścienne w tych pokojach z punktu pielęgniarskiego. Praktycznie zaś nie zdarza się aby dzieci młodsze przebywały w tych salach bez nadzoru (najczęściej są to rodzice).

- Łóżka w odcinku dzieci młodszych nie znajdowały się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową, co jest wymagane postanowieniami ust. 3 części V załącznika nr 1 ww. rozporządzenia.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że takie służby nie są potrzebne we wszystkich salach chorych, ponieważ w salach tych przy wejściach znajdują się umywalki. Wydzielenie zaś służ w tych salach nie poprawiłoby warunków hospitalizacji, a jedynie zmniejszyłoby powierzchnie tych pomieszczeń. Nie ma również możliwości aby przy zmieniających się co 2-3 lata przepisach spełnić każdy wymóg opisany w rozporządzeniu.

- Izolatki nie były wyposażone w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolacie jest niższe niż na korytarzu i w służbie. Wyposażenie izolatek w taki rodzaj wentylacji wynika z postanowień § 21 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Zdaniem M. Pietrasa – p.o. Dyrektora Szpitala posiadanie takiego rodzaju wentylacji w izolkach nie jest bezwzględnym wymogiem wynikającym wprost z przepisów ww. rozporządzenia.

W złożonych wyjaśnieniach dotyczących przyczyn nieujęcia ww. niezgodności w „Programie dostosowania” p.o. Dyrektora Szpitala podał, że uważał iż Oddział wypełnia wymogi rozporządzenia, zapewnia pacjentom prawidłowe warunki hospitalizacji oraz zabezpiecza utrzymanie koniecznych standardów higieniczno-sanitarnych. Oddział ten został gruntownie zmodernizowany niespełna 10 lat temu i spełniał wówczas wszystkie wymogi ówczesnego rozporządzenia z 21 września 1992 r. „Od tego czasu mamy niekończące się zmiany obowiązujących przepisów, w efekcie czego tak jak w przypadku naszego oddziału, po kolejnej zmianie rozporządzenia znów musielibyśmy dokonywać nowych zmian we wcześniej dostosowanym obszarze (...)”.

Przeprowadzone oględziny wykazały również, że:

- Wszystkie łóżka znajdujące się w salach chorych ustawione były dłuższym bokiem przy ścianie.

W myśl postanowień § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. powinny one być natomiast dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że wpływ na takie ustawienie łóżek mają przede wszystkim dzieci i ich rodzice, którzy życzą sobie takiego ich ustawienia, który jest zbliżony do warunków domowych.

- Pomieszczenie higieniczno-sanitarne przeznaczone dla rodziców nie było wyposażone w pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Obowiązek takiego wyposażenia tych pomieszczeń wynika z § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z niewystarczających środków finansowych.

- W służbie umywalkowo-fartuchowej w salach chorych nr 5 i 6 brak było zamkniętego pojemnika na brudną bieliznę oraz miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych.

Obowiązek posiadania takiego wyposażenia w służbie wynika z § 22 pkt 5 i 6 ww. rozporządzenia.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z niewystarczających środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str.16-36 i 282-283)

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.

Opis stanu
faktycznego

1.4. Najwyższa Izba Kontroli w dniu 7 listopada 2013 r. zleciła Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie przeprowadzenie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych Oddziału oraz spełnienia niektórych wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.

Ustalone
nieprawidłowości

Przeprowadzona w dniu 22 listopada 2013 r. przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną kontrola wykazała m.in., że:

- Naruszone zostały postanowienia art. 11 ust. 1 i 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶ poprzez:
 - występowanie ubytków farb na ścianach w salach chorych dzieci starszych,
 - niezabezpieczenie przed dziećmi niektórych leków w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym oraz w pokoju badań i aerosoloterapii,
 - brak pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów (naruszono w tym zakresie również § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.),
 - brak dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianego bez kontaktu z dłonią, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnika na zużyte ręczniki w śluzie umywalkowo-fartuchowej przy salach chorych 5 i 6 (naruszono także postanowienia § 22 pkt 3 i 4 ww. rozporządzenia)
 - zbyt ogólne zapisy w Instrukcji postępowania z zabawkami w Oddziale oraz niewystarczająca częstotliwość dezynfekcji i mycia zabawek pluszowych opisana w tej Instrukcji.
- W strukturze Oddziału brak było pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego co stanowiło naruszenie pkt 2 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.

Ponadto kontrola przeprowadzona przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną potwierdziła nieprawidłowości ujawnione w toku kontroli NIK, wykazane w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala przedłożył 4 grudnia 2013 r. Warmińsko-Mazurskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu wyjaśnienia i uwagi dotyczące nieprawidłowości wskazanych w protokole z ww. kontroli. Podał m.in., że w zakresie zarzutów dotyczących:

- instrukcji postępowania z zabawkami – zredukowano ilość zabawek w Oddziale oraz zobowiązano pielęgniarkę koordynującą do opracowania nowej procedury w tym zakresie,
- ubytków farby na ścianach – remonty we wszystkich salach chorych w Oddziale będą przeprowadzone do końca 2014 r.,
- braku zabezpieczenia leków – zostaną dokupione dodatkowe zamykane szafki,
- braku wyposażenia pomieszczeń w środki służące m.in. dezynfekcji – zostaną zakupione do końca 2013 r.,
- zasłonięcia przeszkleń ściennych – wynikało to z m.in. z potrzeby przestrzegania praw pacjenta do poszanowania godności i intymności,
- niewłaściwego ustawienia łóżek – w większości przypadków spowodowane to było preferencjami chorych dzieci i ich opiekunów,

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 947

- braku pokoju przygotowawczo-pielęgniarskiego – do końca stycznia 2014 r. zostanie wyodrębnione takie pomieszczenie,
 - braku śluzy umywalkowo - fartuchowej przy trzech salach chorych w odcinku dzieci młodszych – śluzy we wszystkich salach chorych nie są potrzebne z uwagi na fakt, że nie wszyscy pacjenci stanowią zagrożenie epidemiologiczne, a decyzje o umieszczeniu chorych w odpowiednich pomieszczeniach podejmowane są przez lekarzy indywidualnie,
 - braku wentylacji wymuszonej w izolatkach – nie zaplanowano wykonania takiej wentylacji z uwagi m.in. na wysokie nakłady finansowe konieczne do poniesienia.
- (dowód: akta kontroli str.269-280)

Opis stanu
faktycznego

1.5. Zarządzeniem nr 36/2007 z 17 sierpnia 2007 r. Dyrektor Szpitala ustalił regulamin odwiedzin w Szpitalu. W dokumencie tym określono, że odwiedziny w Szpitalu odbywają się w godzinach od 13:00 do 19:00 od poniedziałku do soboty oraz od 11:00 do 19:00 w niedziele i święta. W regulaminie tym zapisano również, że rodzic lub inny opiekun ma prawo do całodobowego pobytu przy chorym dziecku oraz do zapewnienia mu opieki pielęgnacyjnej, ponosząc koszt własnego pobytu w wysokości ustalonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Pobyt bezpłatny w Szpitalu ma zapewniona matka karmiąca dziecko.

Cena pobytu w Szpitalu osoby towarzyszącej pacjentowi wynosiła od 1 września 2011 r. – 15 zł za każdą dobę⁷. Na koszt ten składało się: koszt centralnego ogrzewania (1,30 zł), koszt zużycia wody (0,60 zł), koszt ogrzania ciepłej wody (0,64 zł), koszt utrzymania czystości (3,85 zł), koszt prania pościeli (3,00 zł), odpady komunalne (0,80 zł), zużycie energii elektrycznej (1,20 zł), koszt transportu wewnątrzszpitalnego (0,50 zł), koszt dozoru (0,30 zł) oraz podatek VAT (2,81 zł). Przed wejściem w życie ww. zarządzenia cena za pobyt wynosiła 10 zł⁸.

M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ww. składniki kosztów zostały wyliczone w oparciu o m.in. szacunkowe przewidywane zużycie m.in. wody i energii elektrycznej ceny zakupu towarów i usług.

W 2011 r. Szpital uzyskał dochody z tytułu pobytu rodziców z dziećmi w Oddziale w wysokości 12,5 tys. zł. W 2012 r. dochody z tego tytułu wyniosły 16,0 tys. zł, a w okresie od stycznia do końca września 2013 r. – 14,1 tys. zł. Wpływy w tym zakresie ewidencjonowane były na koncie zespołu 7 – „Przychody i koszty związane z ich osiągnięciem” – 702 „Sprzedaż działalności bieżącej”.

(dowód: akta kontroli str. 37-39, 50-59)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- Na stronie internetowej Szpitala, w zakładce „Informacje dla odwiedzających”⁹ (wg stanu na 14 listopada 2013 r.), zamieszczono „Regulamin odwiedzin w Szpitalu Powiatowym im. Jana Mikulicza w Biskupcu”. W informacji tej podano m.in., że odwiedziny odbywają się między godziną 7:00 i 22:00, a poza tymi godzinami odwiedziny są możliwe po uzyskaniu zgody ordynatora / koordynatora lub lekarza dyżurnego.
- Na tablicy informacyjnej znajdującej się przy wejściu do Oddziału zapisano, że odwiedziny możliwe są codziennie w godzinach 10:00-20:00, a w uzasadnionych przypadkach możliwy jest pobyt poza ustalonym czasem, po uzyskaniu zgody lekarza dyżurującego lub ordynatora. Określono również, że:
 - jednorazowo u jednego dziecka w Oddziale mogą przebywać maksymalnie dwie osoby odwiedzające,

⁷ zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 55/2011 z 18 sierpnia 2011 r.

⁸ zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 36/2006 z 19 września 2006 r.

⁹ <http://www.szpital-biskupiec.pl/informacjeOdwiedzajacych.php>

- matki karmiące niemowlęta do ósmego miesiąca życia mają zapewnione bezpłatne łóżko szpitalne, a w pozostałych przypadkach możliwy jest całodobowy pobyt rodzica za odpłatnością i możliwością wykupienia posiłków.
- M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ww. różnice wynikają z braku skoordynowania działań koordynatora Oddziału z osobami obsługującymi stronę internetową.

(dowód: akta kontroli str.37-53)

Opis stanu
faktycznego

1.6. W badanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi rodziców w zakresie opłacania przez nich kosztów pobytu w godzinach nocnych. Skargi takie nie wpłynęły również do NFZ.

(dowód: akta kontroli str.60-62, 281 i 286)

1.7. Według Regulaminu organizacyjnego Szpitala, w Sekcji gospodarczej funkcjonowała kuchnia. Posiłki na Oddział wydawane były w godzinach: 7:35 – śniadanie, 12:15 – obiad oraz 16:45 - kolacja.

Osoba zatrudniona w Szpitalu na stanowisku dietetyka opracowywała jadłospisy dekadowe (zatwierdzane przez naczelną pielęgniarkę), które zawierały m.in. wykaz czterech posiłków przygotowywanych w ciągu dnia w podziale na dietę ogólną, dietę lekkostrawną oraz zupę bezmleczną.

Dietetyk w Szpitalu wyjaśniła, że ww. jadłospisy ustalane są w oparciu o wytyczne Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie. W wytycznych tych ustalono zapotrzebowanie kaloryczne dla dzieci z uwzględnieniem m.in. ich wzrostu, wagi oraz wieku. W Szpitalu dokonuje się uśrednienia tych norm z uwagi na niewielką różnicę w kaloryczności posiłków dla dzieci w przedziale 1-3 lata. W odniesieniu zaś do dzieci starszych stosuje się dietę podstawową, w której również dokonuje się uśrednienia zapotrzebowania kalorycznego.

(dowód: akta kontroli str. 63-71)

W dniu 26 listopada 2013 r. kontrolerzy NIK dokonali oględzin posiłków przygotowanych dla pacjentów Oddziału, które wykazały, że były one zgodne z ustalonym jadłospisem. Dania wchodzące w skład posiłków podzielone były na trzy grupy diet lekkostrawnych, tj. dużą, średnią oraz dziecka małego. Kierownik kuchni wyjaśniła, że ww. podział związany jest z wiekiem dzieci i wynika z zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie.

(dowód: akta kontroli str. 72-77)

Zarządzeniem nr 34/2006 Dyrektora Szpitala z 8 września 2006 r. ustalono, że pacjentom Szpitala w dniu przyjęcia przysługuje zupa i kolacja, a w dniu wypisu – śniadanie i zupa na obiad.

Pielęgniarka koordynująca w Oddziale wyjaśniła, że pacjenci skierowani do Oddziału zakwalifikowani do kategorii „przypadek stabilny” przyjmowani są na Oddział od ok. godz. 8:00 do ok. godz. 10:00. Wypisywani są natomiast z Oddziału od godz. 11:00, nawet do godz. 18:00.

M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ustalenie takich zasad wynikało z szukania oszczędności. Celem tych działań było uniknięcie sytuacji, w których po wypisie pacjenta i wyjściu ze Szpitala pozostawały posiłki, które były spożywane przez personel Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 50-53, 78-79 i 282-283)

1.8. W okresie objętym kontrolą Szpital nie organizował zajęć dla dzieci w świetlicy (bawialni) w Oddziale. Ustalono jednak, że zajęcia takie były prowadzone przez podmioty zewnętrzne. Dotyczyło to np. „akcji mikołajkowych” – 6 grudnia każdego

roku, konkursu plastycznego „telefon do mamy” oraz „Cała Polska czyta dzieciom”. W zajęciach takich uczestniczyło średnio od 5 do 10 dzieci w wieku 5-12 lat.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

1.9. W toku kontroli skierowano ankietę do 50 rodziców lub opiekunów dzieci, które przebywały w Oddziale w okresie sierpień – październik 2013 r. (badaniem tym objęto 33,1% dzieci leczonych w tym okresie). Do zakończenia kontroli wpłynęło 18 ankiet (36% wysłanych), które związane były z pobytem w Oddziale dzieci do trzeciego roku życia (11 ankiet), od 3 do 7 roku życia (4) oraz powyżej 12 lat (3).

Według przesłanych ankiet, zdaniem rodziców lub opiekunów dzieci:

- W 16 przypadkach oceniono jako odpowiednie warunki sanitarne w Oddziale (88,9%), zaś w dwóch przypadkach jako nieodpowiednie (11,1%) głównie z uwagi na brak ciepłej wody oraz brak czystości w sali chorych.
- Posiłki przygotowane dla pacjentów były w 82,4% w odpowiedniej wielkości, a w 17,6% w porcjach zbyt małych. We wszystkich przypadkach temperatura posiłków była odpowiednia, a w 76,5% posiłki były dostosowane do wieku dziecka. Posiłki te były w 11,8% przesłanych ankiet ubogie w składniki, a 82,3% badanych oceniło posiłki jako smaczne.
- W 33,3% ankiet negatywnie oceniono kontakt personelu medycznego z rodzicami lub opiekunami. Zastrzeżenia dotyczyły np. nieuprzejmego i nieżyczliwego zachowania personelu (któremu „przeszkadzał płacz (...) dziecka”), braku pomocy, niewystarczających informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka, wydawania różnych zaleceń przez poszczególne osoby (często negujące poprzednie zalecenia) oraz przypadków palenia tytoniu w Oddziale przez jego personel.
- W 94,1% ankiet podano, że istniała możliwość przebywania z dziećmi w godzinach nocnych. W 61,1% naliczono opłatę za pobyt w tym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 82-117)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie nierzetelnie sporządzonego „Programu dostosowania” oraz nieprzestrzegania wymogów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

2. Prowadzenie listy oczekujących

Opis stanu faktycznego

2.1. W Oddziale od 31 stycznia 2012 r. prowadzona była lista oczekujących. Według stanu na 19 listopada 2013 r. odnotowano w niej 427 wpisów.

Formularz, na którym prowadzono listę oczekujących uwzględniał wszystkie kategorie danych wymaganych postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰. Zgodnie z tymi przepisami, na liście oczekujących wpisuje się za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL (w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy), rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniodawcy, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, termin udzielenia świadczenia oraz imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

¹⁰ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm. (zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”)

Ustalono
nieprawidłowości

Ustalono, że spośród 427 pacjentów zapisanych na tej liście:

- w 30 przypadkach nie wpisano ich numeru PESEL (co stanowiło 7,0%),
- w 15 przypadkach nie odnotowano adresu pacjenta (3,5%),
- w 69 przypadkach nie wpisano numeru telefonu do pacjenta lub nie określono innej formy kontaktu z pacjentem (16,2%),
- w 7 przypadkach nie wpisano rozpoznania (1,6%),
- w trzech przypadkach nie odnotowano kodu kategorii medycznej (0,7%),
- w 132 przypadkach nie ujęto godziny dokonania wpisu (30,9%),
- w 27 przypadkach (6,3%) nie podano informacji dotyczącej osoby dokonującej wpisu na listę (w pozostałych 400 przypadkach wskazano jedynie inicjały tych osób).

(dowód: akta kontroli str.118-119)

B. Piotrowska-Wróbel – koordynator Oddziału wyjaśniła, że:

- Lista oczekujących prowadzona jest od lutego 2012 r. z uwagi na bezwzględny wymóg jej prowadzenia wynikający z zarządzenia Prezesa NFZ z 2012 r. Z uwagi na brak personelu pomocniczego w Oddziale oraz narzędzi informatycznych, a także wobec braku praktyki w tym zakresie, przez pierwsze 3-4 miesiące wdrażany był nowy system prowadzenia listy oczekujących.
- Brak niektórych danych osobowych pacjentów na liście oczekujących wynikał z braku dostępności do tych danych głównie z powodu rezygnacji z udzielenia świadczenia.
- Niewpisanie w 132 przypadkach godziny dokonania wpisu w liście wynikało z braku odnotowania tego czasu przez osobę przyjmującą zgłoszenie. Z tego powodu nie zostały także wpisane w siedmiu przypadkach rozpoznania. Wpisanie jedynie inicjałów osób dokonujących wpisów w liście oczekujących wynika z możliwości łatwej identyfikacji osób, które dokonały wpisów. Brak podpisów tych osób wynikał zaś z niedopatrzenia.

(dowód: akta kontroli str.120-125)

Opis stanu
faktycznego

2.2. Lista oczekujących prowadzona była w Oddziale w postaci papierowej, w formie tabelarycznej. Wpisy na liście dokonywane były za pomocą ołówka.

Ustalono
nieprawidłowości

Poszczególne strony tej dokumentacji nie były numerowane. W niektórych pozycjach listy znajdowały się ślady po dokonaniu odręcznych poprawek, tj. m.in. w pozycji:

- 223 w kolumnie „ustalony termin przyjęcia” zmieniono datę z 11 grudnia 2012 r. na 5 grudnia 2012 r.,
- 245 i 246 poprawiono datę i godzinę wpisu (nieczytelne poprzednie zapisy),
- 289 w kolumnie „ustalony termin przyjęcia” dokonano poprawienia daty na 5 sierpnia 2013 r. (nieczytelny poprzedni zapis).

(dowód: akta kontroli str. 118-119)

Zgodnie z postanowieniami art. 20 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia zapisano, że:

- wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1),
- wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji (§ 4 ust. 3),
- strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość (§ 5).

B. Piotrowska-Wróbel - koordynator Oddziału wyjaśniła, że „prowadzenie listy oczekujących za pomocą ołówka wynika z łatwości wprowadzania ewentualnych poprawek, które zdarzyły się w trakcie dokonywania wpisów i dotyczyły np. numeracji PESEL, numerów telefonów, albo też błędnego spisanie z prowadzonego w Oddziale zeszytu kolejności zgłoszenia”. „Dokonywanie poprawek na liście oczekujących poprzez nadpisanie błędnie naniesionej np. daty wynikało z braku świadomości, iż nie należy dokonywać poprawek w ten sposób”. „Nie miałam świadomości, że strony listy oczekujących muszą być ponumerowane”.

(dowód: akta kontroli str. 120-122)

Opis stanu
faktycznego

2.3. Stwierdzono przypadki, że osoby które zostały zaewidencjonowane na liście oczekujących w dalszej kolejności, miały wyznaczone wcześniejsze (krótsze) terminy na przyjęcie do Oddziału, niż osoby ujęte przed nimi na tej liście (dotyczyło to pacjentów, którzy mieli takie same rozpoznanie). I tak, np.:

- w pozycji 313 listy oczekujących dokonano wpisu 1 października 2013 r. i wyznaczono termin przyjęcia na 23 października 2013 r. (22 dni oczekiwania), a w pozycji 315 dokonano wpisu 7 października 2013 r. i wyznaczono termin na 15 października 2013 r. (8 dni oczekiwania),
- w pozycji 295 dokonano wpisu 1 sierpnia 2013 r. i wyznaczono termin przyjęcia na 26 sierpnia 2013 r. (25 dni oczekiwania), a w pozycji 297 dokonano wpisu 13 sierpnia 2013 r. i wyznaczono termin przyjęcia na 21 sierpnia 2013 r. (8 dni).

B. Piotrowska-Wróbel - koordynator Oddziału wyjaśniła, że wynikało to z decyzji rodziców o wyborze terminu leczenia, podyktowanej nie tylko potrzebami zdrowotnymi dzieci, ale także możliwościami rodziców.

(dowód: akta kontroli str.118-122)

Opis stanu
faktycznego

2.4. W każdym przypadku świadczeniobiorcy byli informowani o wyznaczonym terminie przyjęcia do Oddziału.

Ustalone
nieprawidłowości

Pacjenci nie byli jednak informowani o tym terminie w formie pisemnej ze wskazaniem uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu.

Stanowiło to naruszenie art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

B. Piotrowska-Wróbel - koordynator Oddziału wyjaśniła, że nie jest praktykowane pisemne powiadamianie o wyznaczonym terminie przyjęcia ze wskazaniem uzasadnienia tego terminu. Jej zdaniem kontakt telefoniczny jest wystarczający do informowania o ustalonym terminie udzielenia świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 120-122)

Opis stanu
faktycznego

2.5. Według stanu na 19 listopada 2013 r. w Oddziale udzielono świadczeń lub dokonano skreślenia pacjentów z listy oczekujących w odniesieniu do wszystkich 425 pacjentów. Pacjenci zostali skreśleni z listy oczekujących z:

- powodu wykonania świadczenia przez świadczeniodawcę (kod 1) w 326 przypadkach (76,7%),
- powodu powiadomienia przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji (kod 2) – 21 przypadków (4,9%) - wszystkie miały miejsce do czerwca 2012 r.,
- innego powodu (kod 9) – w 78 przypadkach (18,4%).

(dowód: akta kontroli str. 118-119)

2.6. W art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zapisano, że listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę. Do zadań tego zespołu (ust. 4) należy przeprowadzenie oceny list pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia.

Kwestie w tym zakresie zostały uregulowane ponadto zarządzeniem nr 21/2012 Dyrektora Szpitala z 4 kwietnia 2012 r. W dokumencie tym zapisano, że listy oczekujących podlegają okresowej ocenie co najmniej raz w miesiącu przez Zespół Oceny Przyjęć. Wskazano ponadto, że wpisanie pacjenta na listę każdorazowo wymaga przekazania mu pisemnej informacji o planowanym terminie udzielenia świadczenia oraz pisemnego uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu.

Ustalone
nieprawidłowości

W Szpitalu nie został powołany zespół do oceny listy oczekujących.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że powołanie takiego zespołu wiązałoby się z koniecznością zbierania się jego członków przynajmniej dwa razy w tygodniu w celu bieżącej weryfikacji listy i byłaby to „strata czasu”. Zatrudnienie zaś dodatkowych osób nie jest możliwe z uwagi na obecny stan finansowania służby zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 50-53, 126-128)

Opis stanu
faktycznego

2.7 Szpital wywiązał się z obowiązku określonego w § 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 publicznych¹¹, dotyczącego przekazywania do NFZ danych o oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 21 listopada 2013 r. łącznie przekazano do NFZ wszystkie 34 komunikaty o kolejce oczekujących.

Ustalone
nieprawidłowości

Ustalono jednak, że w 10 przypadkach (29,4%) zostały one przekazane z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 62 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.

Statystyk medyczny zatrudniony w Szpitalu wyjaśniła, że opóźnienia w przekazaniu ww. informacji w pierwszych miesiącach 2012 r. związane były przede wszystkim ze zmianą sposobu obliczania czasu oczekiwania wynikającego ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13 września 2011 r. Przekazanie zaś niektórych informacji z opóźnieniem w pozostałych okresach wynikało z późnego przekazania danych z komórek organizacyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

Ocena częściowa

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

3. Utrzymanie w sprawności technicznej urządzeń (wyrobów¹²) medycznych

Opis stanu
faktycznego

3.1. Według prowadzonej w Szpitalu ewidencji środków trwałych, w Oddziale znajdowały się 24 urządzenia medyczne, w tym: dwa kardiomonitor, sześć pomp infuzyjnych oraz dwie objętościowe, aparat EKG, trzy pulsoksymetry oraz 10 łóżek szpitalnych. Ponadto, według stanu na 30 września 2013 r., Szpital zgłosił do umowy z NFZ również sześć inhalatorów oraz nebulizator.

(dowód: akta kontroli str. 134-139)

3.2. W toku kontroli analizie poddano wykorzystanie, dokonywanie przeglądów i konserwacji oraz wystąpienie ewentualnych awarii:

- aparatu EKG AsCARD A4/D, którego eksploatację Szpital rozpoczął w 2004 r.,

¹¹ Dz. U. nr 123, poz. 801 ze zm.

¹² pojęcie wyrobu medycznego definiuje art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107, poz. 679 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o wyrobach medycznych”

- dwóch kardiomonitorów, tj. o numerze seryjnym USC 2001951 (2004 r.) oraz DASH 4000 (2004 r.),
- sześciu pomp infuzyjnych oraz dwóch objętościowych.

Szpital posiadał 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 o wyrobach medycznych. Według danych przekazanych kontrolerom NIK przez pracownika zajmującego się w Szpitalu sprawami informatycznymi, ww. sprzęt wymagał corocznych przeglądów technicznych, za wyjątkiem dwóch pomp infuzyjnych, których okres pomiędzy przeglądami wynosił dwa lata.

Z informacji uzyskanych przez kontrolerów NIK od producentów lub autoryzowanych serwisów urządzeń medycznych wynikało, że corocznym wymaganym przeglądom podlega: aparat EKG AsCARD A4/D, kardiomonitor Dash 4000, dwie pompy infuzyjne Alaris oraz pompa infuzyjna Duet 20/50. W przypadku zaś kardiomonitora (USC 3001951) oraz pomp strzykawkowych Pilot A producenci zalecają wykonywanie corocznych przeglądów, a w przypadku pomp infuzyjnych Infusomat Space – zalecają wykonanie takich przeglądów co 2 lata.

Ustalone
nieprawidłowości

Uwzględniając ww. wytyczne producentów lub autoryzowanych serwisów wynikające z otrzymanych od nich informacji, w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 28 listopada 2013 r. Szpital nie przeprowadził wymaganych przeglądów w odniesieniu do:

- aparatu EKG AsCARD A4/D – w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 11 lipca 2012 r. oraz od 13 lipca 2013 r. do 11 listopada 2013 r. sprzęt ten nie był objęty wymaganym przeglądem,
- kardiomonitor DASH 4000 - od 24 września 2011 r. do 30 listopada 2013 r. do dnia zakończenia kontroli nie został jeszcze wysłany do serwisu),
- pompy objętościowej Alaris o numerze ser. 250437740 - od 7 stycznia 2011 r. do 16 września 2013 r. oraz pompy o numerze 250437745 - od 7 stycznia 2011 r. do 28 listopada 2013 r.,
- pompy infuzyjnej DUET 20/50 – od 26 czerwca 2011 r. do 4 listopada 2013 r.

Wymagane przeglądy techniczne trzech z ww. pięciu urządzeń medycznych zostały przeprowadzone w trakcie trwania kontroli NIK.

Informatyk w Szpitalu wyjaśnił, że nieprzeprowadzanie ww. przeglądów wynikało z otrzymania ustnego polecenia Dyrektora Szpitala, a wiązało się z brakiem środków finansowych na zlecenie takich czynności.

Przesłuchana w charakterze świadka pielęgniarka koordynująca w Oddziale zeznała, że w związku z trwającą kontrolą NIK, w Oddziale oznakowano urządzenia medyczne informacjami o tym, czy sprzęt w danej chwili posiada ważny przegląd techniczny. Wcześniej zaś takie informacje nie były umieszczone. Urządzenia medyczne znajdujące się na ww. Oddziale były użytkowane, pomimo, że niektóre z nich nie miały aktualnych przeglądów. Były one traktowane jako sprawne i były wykonywane na nich zabiegi lub czynności mające na celu monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.

(dowód: akta kontroli str. 135-182)

W Szpitalu sporządzano „raporty nadzoru nad aparaturą” dotyczące urządzeń medycznych użytkowanych zarówno w Oddziale, jak i w całym Szpitalu. W dokumentacji tej ustalono, że według stanu na:

- 8 sierpnia 2011 r. 346 spośród 491 urządzeń nie posiadało ważnych przeglądów technicznych (70,5%),
- 22 sierpnia 2012 r. 439 z 482 urządzeń nie posiadało przeglądów (91,1%),

- 30 czerwca 2013 r. – odpowiednio 477 z 517 urządzeń (92,3%).

(dowód: akta kontroli str. 183-205)

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na trudną sytuację finansową Szpitala dokonywano zleceń wykonania prac serwisowych tylko w takim zakresie w jakim były one konieczne. Ponadto odroczenia przeprowadzenia badań związane były z wysokimi stawkami roboczogodzin w podmiotach zajmujących się tego typu czynnościami.

(dowód: akta kontroli str. 30-36)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Uwzględniając wytyczne producentów lub autoryzowanych serwisów wynikające z otrzymanych od nich informacji, w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 listopada 2013 r., zalecanych przeglądów nie posiadały:

- kardiomonitor (USC 3001951) – od 15 stycznia 2011 r. do 4 listopada 2013 r.,
- pompy PILOT A o numerach: 18484966 - od 29 października 2011 r. do 22 października 2013 r., 18484842 - od 12 października 2011 r. do 22 października 2013 r. oraz 18484906 - od 24 sierpnia 2011 r. do 22 października 2013 r.,
- pompy Infusomat Space o numerach: 54395 – od 1 stycznia 2011 r. do 13 listopada 2013 r., 54413 – od 1 stycznia 2011 r. do 29 listopada 2012 r.,

Zalecane przeglądy ww. pięciu z sześciu wyrobów medycznych zostały przeprowadzone w czasie trwania kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli str. 135-139)

Izba zwraca uwagę, że wykonywanie badań i zabiegów na urządzeniach medycznych, które nie posiadają wymaganych przeglądów okresowych, nie gwarantuje zapewnienia bezpieczeństwa dla pacjentów, a także dla personelu medycznego Szpitala. Wykorzystywanie do badań i zabiegów urządzeń medycznych, które nie zostały poddane przeglądom okresowym, może również powodować niewłaściwe odczyty np. parametrów życiowych pacjentów.

Opis stanu
faktycznego

3.3. W badanym okresie wystąpiły dwie awarie urządzeń medycznych użytkowanych w Oddziale, które uniemożliwiły korzystanie z nich, tj.:

- pompy infuzyjnej o numerze seryjnym 54413 (uszkodzony zatrzask drzwiczek), którą wysłano do serwisu 12 listopada 2012 r. (urządzenie odebrano jako sprawne 10 grudnia 2012 r.),
- pompy objętościowej o numerze seryjnym 250437740 (komunikat błędu), którą wysłano do serwisu 19 lipca 2013 r. (data zwrotu sprawnego urządzenia – 18 września 2013 r.).

Informatyk w Szpitalu wyjaśnił, że w czasie przekazania urządzeń medycznych, w celu wykonania wymaganych przeglądów lub napraw nie występuje się do tych podmiotów o użyczenie lub wypożyczenie na czas naprawy wyrobu zastępczego. W razie potrzeby taki wyrób wypożycza się z innego oddziału Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 206, 231-232)

3.4. Szpital nie posiadał zawartych tzw. umów serwisowych. Informatyk w Szpitalu wyjaśnił, że „w chwili zaistnienia sytuacji, że wyrób medyczny należy wysłać do serwisu, sporządzane jest zlecenie wykonania naprawy, konserwacji lub przeglądu”.

(dowód: akta kontroli str. 231-233)

W okresie 2012 r. - październik 2013 r. Szpital wydatkował na naprawy, konserwacje i przeglądy techniczne urządzeń medycznych znajdujących się w Oddziale 7.437,30 zł (w 2011 r. nie wydatkowano środków na ten cel), w tym:

- w 2012 r. – 1.144,55 zł (naprawa pompy infuzyjnej oraz elektrokardiografu),
- w 2013 r. (do końca października) – 6.292,75 zł (m.in. naprawa kardiomonitora, naprawa i przegląd pompy infuzyjnej, przegląd pomp).

(dowód: akta kontroli str. 207-230)

3.5. Szpital nie dysponował danymi dotyczącymi liczby badań lub zabiegów wykonanych na urządzeniach medycznych znajdujących się na wyposażeniu Oddziału (elektrokardiograf, kardiomonitor oraz pompy). Jak podał w złożonym wyjaśnieniu informatyk, w przypadku tych urządzeń brak jest możliwości ustalenia lub odczytania z urządzenia liczby przeprowadzonych badań lub zabiegów, a także czasu użytkowania danego urządzenia.

Przesłuchana w charakterze świadka pielęgniarka koordynująca w Oddziale zeznała, że na elektrokardiografie wykonywanych jest ok. 100 badań diagnostycznych w ciągu danego roku. Kardiomonitor są wykorzystywane do monitorowania stanów ciężkich i są użytkowane ok. 40-50 razy w roku. Pompy użytkowane są natomiast codziennie.

(dowód: akta kontroli str. 182, 231-232)

3.6. W badanym okresie Szpital nie dokonywał zakupów urządzeń medycznych na potrzeby Oddziału. Nie otrzymał także takiego sprzętu nieodpłatnie (np. w formie darowizny).

(dowód: akta kontroli str. 234)

3.7. W okresie 2011 r. – 13 listopada 2013 r. nie wystąpiły w Oddziale wypadki związane z użytkowaniem urządzeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 235)

Ocena częściowa

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

4. Sporządzanie ofert w postępowaniach konkursowych NFZ

Opis stanu
faktycznego

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

- 2011 r. – 1.698,9 tys. zł (wartość po ugodach z NFZ), co stanowiło 7,8% kontraktu Szpitala,
- 2012 r. – 1.780,1 tys. zł, co stanowiło 8,4% kontraktu Szpitala oraz 106,4% wykonania w roku poprzednim,
- 2013 r. (do końca października) – wartość umowna świadczeń wynosiła 1.780,1 tys. zł, co stanowiło 7,5% kontraktu Szpitala według stanu na 31 października 2013 r. oraz 100,0% wykonania w roku poprzednim.

M. Pietras – p.o. Dyrektora Szpitala w złożonym wyjaśnieniu podał, że finansowanie z NFZ wystarcza jedynie na bieżące funkcjonowanie oddziałów szpitalnych. Bez pomocy finansowania z zewnątrz (organy założycielskie) prowadzenie inwestycji remontowo-odtworzeniowych (sprzęt) jest niemożliwe.

(dowód: akta kontroli str. 236 i 282-283)

4.2. W postępowaniu konkursowym zorganizowanym przez NFZ w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria – hospitalizacja, na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r., Szpital złożył ofertę, w której wykazał m.in. sprzęt oraz personel medyczny do realizacji umowy. Kontrola NIK wykazała, że zgłoszony sprzęt faktycznie był przypisany do tego Oddziału.

Ustalone
nieprawidłowości

W ofercie tej (w części „wykaz zasobów”) podano również, że ww. sprzęt posiada tzw. „umowy serwisowe”. Kontrola wykazała jednak, że umowy takie nie były przez Szpital zawierane.

M. Pietras - p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że nie zwrócił uwagi na fakt, że w ofercie do NFZ wskazano, że zawarte są takie umowy.

(dowód: akta kontroli str. 30-36, 237-243 i 282-283)

Analiza miesięcznych grafików pracy pielęgniarek w Oddziale w latach 2011 – 2013 (do 30 września), umów z NFZ (obowiązujących także w 2011 r.) oraz zapisów

zawartych w udostępnionym przez NFZ m.in. Szpitalowi Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji („SZOI”) wykazała, że:

- Osiem pielęgniarek pełniło dyżury (jedna przez 19 miesięcy, druga przez trzy miesiące, dwie przez dwa miesiące oraz cztery przez jeden miesiąc), mimo że nie były zgłoszone do SZOI, a w związku z tym nie były wykazane w zasobach kadrowych Oddziału w załączniku do umowy z NFZ. Na wynagrodzenia dla tych osób w ww. okresach wydatkowano 103,5 tys. zł.
- W jednym przypadku dyżur pełniła pielęgniarka (przez 10 miesięcy) zgłoszona do SZOI, ale nie wykazana w zasobach kadrowych Oddziału w załączniku do umowy z NFZ.

Zgodnie z § 12 ust. 1 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne¹³, świadczenia opieki zdrowotnej, na wykonanie których NFZ zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są przez osoby zgodnie z załącznikiem do umowy.

Z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień¹⁴ wynika że przyczyną ww. rozbieżności była głównie niewiedza oraz przeoczenie pracowników Szpitala przy wprowadzaniu danych do SZOI oraz tworzeniu grafików pracy pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 244-261 i 284)

Ocena cząstkowa

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 Kontroli¹⁵, wnosi o:

1. Zaktualizowanie „Programu dostosowania” w części dotyczącej Oddziału Pediatrii i Alergologii.
2. Dokonywanie wymaganych przeglądów okresowych urządzeń medycznych w terminach wskazanych przez ich producentów.
3. Prowadzenie listy oczekujących w Oddziale zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także powołanie zespołu do oceny tej listy.
4. Wyposażenie Oddziału w środki służące zapewnieniu dezynfekcji oraz właściwych warunków sanitarnych.
5. Udzielanie świadczeń przez personel medyczny wykazany w umowie z NFZ.
6. Ujednolicenie informacji dotyczących godzin odwiedzin w Szpitalu.
7. Terminowe przekazywanie do NFZ informacji w zakresie listy oczekujących oraz czasu oczekiwania na wykonanie świadczeń.

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

¹³ Dz. Urz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 42, poz. 72 ze zm.

¹⁴ wyjaśnienia w tym zakresie uzyskano od: naczelniej pielęgniarki, głównego specjalisty ds. organizacyjno-administracyjnych oraz kierownika Sekcji Analiz i Statystyki Medycznej

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm. (zwanej dalej „ustawą o NIK”)

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie.

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 grudnia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Dyrektor

Kontrolerzy:

Piotr Wanic

główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Edyta Piskorz-Zabujść

starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis