

[Wniosek o udostępnienie informacji publicznej](#)

[Ponowne wykorzystywanie](#)

[Dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami](#)

[Instrukcja korzystania z Biuletynu](#)

[gov.pl/bip](#)

[Cyberbezpieczeństwo](#)

Kontrola w SP Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach

ZPS.I.0913/ 6 /04

Protokół

z kontroli przeprowadzonej przez:

Jerzego Pietraszuka - audytora wewnętrznego, upoważnienie nr ZPS.I.0114/32/04,
Wiesławę Kuleszę - kierownika referatu nadzoru, upoważnienie nr ZPS.I.0114/27/04,
Leona Dolińskiego - inspektora, upoważnienie nr ZPS.I.0114/28/04,
Piotra Chraobółowskiego - inspektora, upoważnienie nr ZPS.I.0114/29/04,
Tomasza Romualdowskiego - podinspektora, upoważnienie nr ZPS.I.0114/30/04,
Alinę Pyłkowską - inspektora, upoważnienie nr ZPS.I.0114/31/04,

pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku w dniach od 24.05.2004 r. do 09.06.2004 r.

Jednostka kontrolowana

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Suwałkach, posiada statut zatwierdzony uchwałą Nr XVI/88/99 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 1999 r. (zmienioną Uchwałą Nr XIX/121/2000 z dnia 31 stycznia 2000 r.). Szpital uzyskał osobowość prawną postanowieniem Sądu Rejonowego w Suwałkach V Wydział Gospodarczy z dnia 11 września 1997 r. w sprawie wpisania do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem PZOZ-18.

Szpital w dniu 26.10.2001 r. został wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym w Białymstoku, XII Wydziale Gospodarczym pod nr KRS 0000057017.

Organizację wewnętrzną Szpitala określa załącznik nr 1 do Regulaminu Porządkowego z dnia 22.07.2001 r. (regulaminy organizacyjne poszczególnych oddziałów i komórek organizacyjnych).

Oprócz powyższych uregulowań w Szpitalu obowiązują:

- Regulamin Wynagradzania (wszedł w życie 01 marca 2000 r.),
- Regulamin Pracy (tekst jednolity z dnia 15.04.2004 r.),
- Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (tekst jednolity, obowiązujący od dnia 15.07.1996 r.),
- Instrukcja zakładowa sporządzania, obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych w SPSW w Suwałkach (załącznik do Zarządzenia Nr 67/2001 Dyrektora SPSW w Suwałkach z dnia 15 maja 2001 r.)

Obecnie jest uzgadniany ze związkami zawodowymi nowy regulamin wynagrodzeń. Do dnia zakończenia kontroli uzgodnienia nie zostały zakończone.

Stan zatrudnienia na dzień 31 grudnia 2003 r. wynosił 906,57 etatów.

Dyrektorem Szpitala od dnia 01.07.2003 r. jest Pan Edward Mostowski, w okresie od 20.11.1999 r. do

30.06.2003 r. Dyrektorem Szpitala był Janusz Fic.

Zakres kontroli:

- a) Gospodarka finansowa
- b) Gospodarowanie mieniem
- c) Prowadzenie dokumentacji medycznej
- d) Dostępność do świadczeń zdrowotnych
- e) Realizacja planu naprawczego
- f) Wykorzystanie aparatury i sprzętu wysokospecjalistycznego

Data rozpoczęcia kontroli: 24.05.2004 r.

Data zakończenia kontroli: 09.06.2004 r.

Okres objęty kontrolą: rok 2003-2004

Wyjaśnień udzielali:

- a) Edward Mostowski - Dyrektor Zakładu
- b) Zbysław Grajek - Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
- c) Wiesława Bąber - p.o. Główny Księgowy
- d) Regina Szymańska - kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego
- e) Tomasz Soszka - Ordynator Oddziału Położniczo - Ginekologicznego
- f) Piotr Zimnicki - Ordynator Oddziału Gastroenterologicznego
- g) Paweł Wandachowicz - kierownik apteki
- h) Justyna Matulewicz-Gilewicz - Ordynator Oddziału Nefrologicznego ze Stacją Dializ
- i) Alina Urbanowicz - p.o. Ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej i Hematologii
- j) Roman Szczypiński - Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej
- k) Halimat Smolska-Borkowska - Ordynator Oddziału Laryngologicznego
- l) Krystyna Łukawska - Ordynator Oddziału Okulistycznego
- m) Zbigniew Chwał - Ordynator Oddziału Reumatologicznego
- n) Ewa Huszcza - Ordynator Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Dziecięcego
- o) Krzysztof Nowacki - Ordynator Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Dorosłych
- p) Barbara Miłkowska - Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dorosłych
- q) Józef Suchocki - Ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
- r) Mariola Żukowska - Pielęgniarka Naczelną
- s) Piotr Smarkusz - kierownik Działu zamówień publicznych

Kontrola została podjęta z inicjatywy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku.

USTALENIA KONTROLI

I. Gospodarka finansowa

1) Gospodarka pieniężna

1. Zasady gospodarki pieniężnej uregulowane zostały w §20 instrukcji zakładowej sporządzania, obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych w SPSW w Suwałkach.

1.1. Pogotowie kasowe ustalone zostało na kwotę 3.000,00 zł. Raporty kasowe są sporządzane za okresy tygodniowe. Skontrolowałem raporty kasowe i wyciągi bankowe za miesiąc grudzień 2003 r. Stwierdziłem, że daty przepływu gotówki z kasy na rachunek bankowy i z rachunku bankowego do kasy są zgodne, a zapisy w księgach rachunkowych odzwierciedlają stan rzeczywisty. Nie stwierdziłem nieprawidłowości.

1.2. Stan środków pieniężnych na koniec roku 2003 wynosił 1.433.170,61 zł, z czego 2.383,02 zł w kasie, 1.428.479,11 zł na rachunku funduszu socjalnego i 2.308,48 zł na rachunku depozytów. Powyższe dane są zgodne z wyciągami z rachunków bankowych i z raportem kasowym.

2. Fundusz socjalny

2.1. W trakcie kontroli przeprowadzonej przez Państwową Inspekcję Pracy stwierdzono, że pieniądze z rachunku funduszu socjalnego są wykorzystywane na bieżącą działalność Szpitala. Stwierdziłem, że w listopadzie 2003 r. z funduszu socjalnego na działalność bieżącą Szpitala wykorzystano kwotę

522.712,92 zł. W grudniu 2003 r. dokonano refundacji pobranych kwot w wysokości 1.130.899,18 zł. Na koniec roku 2003 saldo rachunku bankowego funduszu socjalnego było zgodne ze stanem funduszu, pomniejszonym o udzielone pożyczki mieszkaniowe.

2.2. Przelewu środków z tytułu odpisu na fundusz socjalny (75%) dokonano w lipcu 2003 r. w kwocie 504.654,00 zł. Pozostałą część odpisu (25%) w kwocie 200.679,19 zł przelano w październiku 2003 r. Razem przelano na rachunek funduszu socjalnego 705.333,19 zł, co jest zgodne z naliczeniem funduszu na początek 2003 r. W grudniu, w wyniku korekty stanu zatrudnienia, zmniejszono odpis podstawowy o kwotę 445,35 zł i taką kwotę przelano z rachunku funduszu na rachunek bieżący Szpitala.

2.3. Na dzień 24.05.2004 r. Szpital wykorzystał na działalność bieżącą środki z funduszu socjalnego w kwocie 1.656.757,94 zł. Stan rachunku bankowego funduszu socjalnego wynosił 28.124,68 zł, a powinien wynosić 1.671.262,62 zł. Aktualnie z funduszu socjalnego wypłacane są zapomogi. Pozostała działalność została zawieszona do czasu zwrotu środków przez Szpital.

3. Wynagrodzenia

3.1. Kontrola Państwowej Inspekcji Pracy stwierdziła, że nie są wypłacane podwyżki wynikające z ustawy z dnia 22.12.2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o ZOZ (Dz. U. z 2001 r. nr 5, poz. 45) w wysokości 110,23 zł brutto miesięcznie. Stwierdziłem, że wypłacanie zaległości z tytułu w/w podwyżki zakończono 02.01.2004 r.

3.2. Z podwyżki wynikającej z w/w ustawy za 2001 r. (w kwocie 203,00 zł miesięcznie) nie wypłacono dotychczas kwoty 3.766,63 zł pracownikom, którzy już w Szpitalu nie pracują.

2) Zobowiązania i należności

1. Zobowiązania

1.1. Stan zobowiązań na 31.12.2003 r. wyniósł 25.146.862,50 zł, z czego 13.301.668,96 zł stanowiły zobowiązania wymagalne i 11.845.193,54 zobowiązania niewymagalne. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług wynoszą ogółem 17.636.079,39 zł:

Rok	Zobowiązania wymagalne	Zobowiązania niewymagalne	Odsetki	Koszty sądowe
1998	103.697,48			
1999		435.211,08		
2000	473.009,03			
2001	926.651,96			
2002	2.426.085,21	389.500,32		
2003	7.879.279,73	5.002.664,58		
Razem	11.613.184,56	6.022.894,83	1.444.527,07	104.870,96

Odsetki i koszty sądowe są wliczone do zobowiązań wymagalnych.

Kwoty niewymagalne z lat 1999 - 2001 to kwoty, w sprawie których została zawarta ugoda. Odsetki niewymagalne to 134.179,97 zł naliczone przez Szpital od zaległych płatności dla Przedsiębiorstwa Energetyki Ciepłej.

Najwięksi wierzyciele to między innymi: Przedsiębiorstwo Energetyki Ciepłej Suwałki, Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji Suwałki, Przeds. Farm. CEFARM Olsztyn, Transbud Ełk, Bank Komunalny Gdańsk.

1.2. Zobowiązania podatkowe i zrównane z nimi (podatek dochodowy od osób fizycznych, podatek od nieruchomości, podatek VAT, opłata za korzystanie ze środowiska, składki ZUS, składki PFRON, odsetki od składek PFRON) wynosiły łącznie 3.179.829,82 zł. Zobowiązania wymagalne występowały w zakresie podatku od nieruchomości (689.849,20 zł) i składki PFRON (634.724,65 zł) oraz odsetek od zaległych składek PFRON (52.901,68 zł).

2. Należności

Łącznie kwota należności na rzecz Szpitala wynosi 7.248.675,57 zł, z czego 2.576.929,37 zł to należności wymagalne, 4.671.746,20 zł należności niewymagalne. Największą pozycję w należnościach stanowią rozrachunki z odbiorcami - 5.880.870,57 zł.

3) Koszty

1. W roku 2003 koszty prowadzenia Szpitala ogółem wyniosły zgodnie z rachunkiem zysków i strat, a także z saldami kont 50.603.614,97 zł, w tym:

- koszty według rodzaju 47.033.417,10 zł
- koszt własny sprzedanych towarów i materiałów 273,36 zł
- pozostałe koszty operacyjne 2.203.548,34 zł
- koszty finansowe 1.366.376,17 zł

Razem koszty i straty 50.603.614,97 zł

1.1. Struktura kosztów według rodzaju przedstawia się następująco:

Koszty według rodzaju	Kwota kosztu zł	%kosztów
Zużycie materiałów i energii	11.355.980,83	24,14
Usługi obce	10.192.883,39	21,67
Amortyzacja	2.034.941,39	4,33
Podatki i opłaty	907.366,40	1,93
Wynagrodzenia	18.210.935,86	38,72
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	4.292.549,30	9,13
Pozostałe koszty rodzajowe	38.759,93	0,08
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	273,36	0

1.2. Kontroli kosztów dokonałem poprzez sprawdzenie dokumentów księgowych za miesiąc grudzień 2003 roku oraz wydruków z zespołu IV kont - koszty według rodzaju - za 2003 rok. Ze względu na ograniczony czas kontroli (10 dni roboczych) dokładną kontrolą objąłem konto 401 - zużycie materiałów i energii.

1.3. Wątpliwości budzi wysoki koszt zakupu opału - w 2003 r wyniósł 1.694.019,03 zł. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w przyszłości Szpital ogrzewany będzie z sieci ciepłowniczej miejskiej, co powinno znacznie obniżyć koszty.

1.4. Nieprawidłowości w zakresie kontrolowanej dokumentacji nie stwierdziłem.

4) Stosowanie procedur ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz.U. Nr 119, poz. 773 z późn. zm.)

1. Z zakresu zamówień publicznych przeprowadziłem kontrolę postępowania w sprawie ochrony obiektów szpitala i obsługi szatni. Postępowanie to Szpital przeprowadził w miesiącach marzec -

lipiec 2003 r.

1.1. Pierwsze ogłoszenie w Biuletynie Zamówień Publicznych zamieszczone zostało 24.03.2003 r. pod pozycją 14916 i dotyczyło przetargu nieograniczonego na w/w usługi. W wyznaczonym terminie, to jest do 07.05.2003 r. wpłynęły dwie oferty. Obie oferty komisja przetargowa odrzuciła ze względu na braki formalne. W dniu 09.05.2003 r. powiadomiono o tym obu oferentów.

1.2. Drugie postępowanie w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji zostało ogłoszone poprzez zaproszenie z dnia 12.05.2003 r. Do dnia 02.06.2003 r. nie wpłynęła żadna oferta, w związku z tym komisja przetargowa zaproponowała wystąpienie do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych o zgodę na zastosowanie trybu "z wolnej ręki". Takie wystąpienie miało miejsce 02.06.2003 r. Prezes Urzędu Zamówień Publicznych przedmiotową decyzję wydał 08.07.2003 r.

1.3. Jeszcze przed otrzymaniem w/w decyzji w dniu 04.06.2003 r. Dyrektor Szpitala wydał zarządzenie nr 58/2003 o wszczęciu postępowania oraz powołania komisji przetargowej, w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji. Do dnia 27.06.2003 r. wpłynęła 1 oferta, od firmy "KAROR". Na posiedzeniu 27.06.2003 r. komisja przetargowa unieważniła postępowanie.

Dnia 09.07.2003 r. komisja przetargowa na posiedzeniu postanowiła zaprosić do rokowań w trybie "z wolnej ręki" firmę "KAROR". Termin rokowań ustalono na dzień 11.07.2003 r. W wyniku rokowań w dniu 14.07.2003 r. komisja zaproponowała udzielić zamówienia firmie "KAROR" na określonych w protokole warunkach. Na tym samym protokole na końcu jest dopisek Dyrektora Szpitala: "Proszę zaprosić do rokowań w trybie z wolnej ręki następujące firmy:

- "KAROR" Mirosław Szubartowski i Spółka Bydgoszcz
- PANAMA Ochrona Osób i Mienia Suwałki
- "AGEMA SERWIS" Agencja Ochrony Osób i Mienia Suwałki
- BUH "MIRAGE" Agencja "GNOM" Agencja Ochrony Osób i Mienia Suwałki
- "STRZELEC" Agencja Ochrony Osób i Mienia Suwałki".

1.4. Zgodnie z wyjaśnieniem ustnym Dyrektora Szpitala działanie to spowodowane zostało nieuwzględnieniem przez Komisję przetargową w postępowaniu innych firm, wykonujących usługi tego typu. Potwierdza to w swoim wyjaśnieniu Przewodnicząca Komisji Przetargowej Pani Regina Szymańska. Do w/w firm zostało w dniu 21.07.2003 r. wysłane zawiadomienie o postępowaniu z terminem złożenia ofert 24.07.2003 r. W wymaganym terminie firma "STRZELEC" nie złożyła swojej oferty, pozostałe firmy wymienione powyżej oferty złożyły.

1.5. Zgodnie z protokołem z posiedzenia Komisji z dnia 25.07.2003 r. Komisja zaproponowała zlecenie usług firmie "KAROR", która w swojej ofercie zaproponowała najniższą cenę usługi. Na protokole jest uwaga Dyrektora Szpitala: "Proszę podjąć kolejne rokowania w trybie z wolnej ręki z następującymi firmami:

- PANAMA Ochrona Osób i Mienia Suwałki
- "AGEMA - SERWIS" Agencja Ochrony Osób i Mienia Sp. z o.o. Suwałki
- BUH "MIRAGE" Agencja "GNOM" Ochrona Osób i Mienia Suwałki".

Do udziału w kolejnym postępowaniu Dyrektor Szpitala zarządzeniem nr 79/2003 z dnia 29.07.2003 r. powołał ekspertów w osobach:

1. Wiesław Tyczkowski
2. Józef Rouf.

1.6. W dniu 29.07.2003 r. odbyły się rokowania z przedstawicielami trzech w/w firm. W rokowaniach oprócz stałego składu komisji udział wzięli powołani eksperci oraz przedstawiciele Dyrekcji Szpitala:

- Edward Mostowski - Dyrektor
- Zbigniew Andrulowicz - Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych.

Jako kryterium przyjęto cenę usługi. Wybrano firmę "AGEMA - SERWIS". Do powyższego wyboru eksperci nie wnieśli uwag. Dyrektor Szpitala zaakceptował ustalenia Komisji.

Umowę z "AGEMA - SERWIS" Agencja Ochrony Osób i Mienia - Sp. z o.o. ul. Kościuszki 110, 16-400 Suwałki, Szpital zawarł w dniu 31.07.2003 r.

Na podstawie dokumentacji dostarczonej przez Szpital oraz wywiadów przeprowadzonych z Dyrektorem, Przewodniczącą Komisji Przetargowej oraz Kierownikiem Działu Zamówień Publicznych Panem Piotrem Smarkuszem mogę stwierdzić, że postępowanie Dyrektora Szpitala w powyższej sprawie było podyktowane wyłącznie troską o dobro Szpitala. Nie stwierdziłem żadnych działań

wskazujących na manipulowanie przez Dyrektora postępowaniem przetargowym.

2. Postępowanie w sprawie utrzymania czystości w obiektach oraz utrzymania czystości i zieleni na posesji SPSzW w Suwałkach

2.1. W dniu 24.07.2003 r. Dyrektor Szpitala wydał zarządzenie nr 77/2003 o wszczęciu postępowania oraz o powołaniu komisji przetargowej na utrzymanie czystości w obiektach i na posesji Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w trybie przetargu nieograniczonego. Ogłoszenie o przetargu okazało się w Biuletynie Zamówień Publicznych z dnia 25.09.2003 r.

2.2. Komisyjne otwarcie ofert odbyło się 19.11.2003 r. Wpłynęły 3 oferty. W dniu 01.12.2003 r. odbyło się posiedzenie komisji przetargowej. Z postępowania wykluczono 1 firmę ze względu na braki formalne oferty, a całe postępowanie unieważniono, ponieważ cena najkorzystniejszej oferty przewyższała kwotę, którą szpital mógł przeznaczyć na finansowanie zamówienia.

W powyższym postępowaniu na podstawie zbadanej dokumentacji nie stwierdziłem, by Dyrektor Szpitala wpływał na wynik postępowania. W protokole z posiedzenia komisji przetargowej z dnia 01.12.2003 r. komisja zaproponowała między innymi pozostawienie bez zmian kryterium oceny - 100% cena i Dyrektor protokół wraz z ustaleniami zaakceptował.

5) Prowadzenie rachunkowości

1. Zasady prowadzenia rachunkowości w roku 2003 reguluje Zarządzenie Nr 151/2001 z dnia 31 grudnia 2001 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w sprawie ustalenia dokumentacji przyjętych zasad rachunkowości. Zarządzenie to spełnia wymagania art.10 ust.2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, z wyjątkiem podanym w punkcie 2. Zasady inwentaryzacji reguluje instrukcja inwentaryzacyjna obowiązująca od 01 stycznia 2000 roku.

2. Księgi rachunkowe prowadzone były przy wykorzystaniu oprogramowania firmy SIMPLE. Program ten został zatwierdzony do użytkowania w §7 w/w Zarządzenia. Nie została w Zarządzeniu określona wersja programu.

3. W roku 2004 księgi rachunkowe prowadzone są przy pomocy programu PERSEUSZ.

4. Bilans za rok 2003 wraz z rachunkiem zysków i strat w wariantcie porównawczym został zbadany przez biegłego rewidenta z firmy "BUCHALTERIA" Biuro Usług Księgowo - Audytorskich SKwP Spółka z o.o. Grupa Finans Servis. Bilans został zatwierdzony bez zastrzeżeń.

II. Gospodarowanie mieniem

W 2003 r Szpital zawarł 10 umów najmu i dzierżawy. Wynajem i dzierżawa pomieszczeń odbywa się zgodnie z Uchwałą nr 158/970/2001 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 30 kwietnia 2001 r w sprawie określenia zasad najmu i dzierżawy mienia będącego w użytkowaniu oraz majątku trwałego stanowiącego własność zakładów opieki zdrowotnej i jednostek służby zdrowia, dla których organem, który je utworzył jest Województwa Podlaskie na okres do 3 lat.

W 2003 r Szpital zakupił środki trwałe na kwotę 2.652.343,57 zł w tym na kwotę 2.130.762,59 zł sprzęt i aparaturę medyczną:

1. Defibrylator - 27.384,60 zł,
2. Tomograf komputerowy - 1.902.029,44 zł,
3. Bronchofiberoskop - 57.939,42 zł,
4. Sterylizator z wyposażeniem - 123.861,72 zł,
5. Aparat elektrochirurgiczny EMED - 26.547,41.

Na zakup ww. sprzętu i aparatury medycznej zgodę wyraził Zarząd Województwa Podlaskiego. Zakupy dokonane zostały w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz.U. z 2002r., Nr 72, poz. 664 ze zm.).

Szpital przyjął również darowiznę w postaci aparatury i sprzętu medycznego o wartości 440.239 zł oraz dotacje z Ministerstwa Zdrowia w kwocie 50.000 zł na zakup sztucznej nerki oraz dotację z Urzędu Miasta Suwałk 3.500 zł i 4.000 zł od Polsko-Litewskiej Izby Gospodarczej na zakup bronchofiberoskopu.

III. Dostępność do świadczeń zdrowotnych

Przeprowadzona kontrola niżej wymienionych oddziałów wykazała pełną realizację zadań statutowych z dobrą dostępnością (wszystkie ostre przypadki są załatwiane w każdym oddziale na bieżąco) i wysokim poziomem udzielanych świadczeń.

Izba Przyjęć

Izba Przyjęć realizuje przyjęcia wobec pacjentów zakwalifikowanych do hospitalizacji planowej w oddziałach internistycznych i zabiegowych od godz. 7.00 do 14.35 (w jednostce funkcjonują oddzielnie izby pediatryczna i ginekologiczno-położnicza), pozostałe przyjęcia w trybie nagłym są realizowane poprzez Szpitalny Oddział Ratunkowy. Świadczenia wynikające z procedury przyjęcia pacjenta do oddziału są realizowane na bieżąco. W izbie zakładana jest stosowna dokumentacja medyczna (historia choroby), pacjent wyraża zgodę na pobyt w szpitalu jest poinformowany o prawach i obowiązkach. Ma również możliwość pozostawienia rzeczy osobistych w szpitalnym magazynie ubrań, jak również pieniędzy, kosztowności i wartościowych przedmiotów w depozycie szpitalnym. Budzi zastrzeżenia forma prowadzenia księgi przyjęć, która nie była dostępna w czasie kontroli. Książka była w posiadaniu działu statystyki, a kolejne wpisy były odnotowywane w brudnopisie a następnie nanoszone do książki z wspomnianego brudnopisu. Zasadne byłoby sporządzanie raportu dobowego ruchu chorych do działu statystyki. Dostępność do takiej dokumentacji jest niezbędna i umożliwia sprawną informację np. wobec rodziny, która poszukuje pacjenta, czy też szybkiej oceny i kontroli realizacji przyjęć.

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)

Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie pomocy terapeutycznej i diagnostycznej w przypadku nagłego zachorowania, pogorszenia stanu zdrowia skutkującego zagrożeniem życia, wypadkach, katastrofach itp. W przypadku, gdy pacjent wymaga hospitalizacji, SOR realizuje świadczenia związane z przyjęciem do oddziału. Podobnie jak w Izbie Przyjęć książka przyjęć była niedostępna z takich samych przyczyn. Książka odmów nie jest poświadczona podpisem i pieczęcią udzielającego świadczenia (ustalenie informacji, kto udzielił świadczeń np. Pacjentowi X tydzień wstecz wiąże się z dotarciem do grafiku dyżurów, a następnie do listy obecności). Brak książki zabiegów nie pozwala na szybkie ustalenie, jakie świadczenia zostały zrealizowane, gdyż jedynym nośnikiem informacji pozostawionej w zakładzie jest mała karta zleceń, którą przechowuje się w SOR-ze przez 2 lata, a następnie przekazuje do archiwum szpitalnego.

Przeprowadzona kontrola wykazała potrzebę prowadzenia dobowych raportów z działalności izb przyjęć i SOR, książki zabiegów w SORze wobec pacjentów ambulatoryjnych, książki odmów i porad ambulatoryjnych umożliwiające identyfikację, kto takiej porady udzielił, rozdzielenie w dokumentacji rejestru udzielanych świadczeń dla dzieci i dorosłych (oddzielne książki). Dodatkowo zaleca się prowadzenie w oddziałach "zeszytów zleceń lekarskich" wg wzoru podanego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (...)

Wobec powyższych zarzutów, wyjaśnienia personelu, że dokumentacja jest prowadzona od wielu lat w opisany sposób należy oprzeć się na zapisie ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej rozdz. 4 art. 18 w brzmieniu "pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością".

Prawidłowe prowadzenia dokumentacji medycznej pielęgniarskiej pozwala na:

- podniesienie jakości świadczeń pielęgniarskich,
- skuteczniejsze zarządzanie personelem,
- kontrolowanie gospodarki materiałowej,
- kontrolowanie gospodarki lekami,
- nadawanie kolejnego numeru każdemu zleceniu w zeszycie.

Oddział położniczo - ginekologiczny

Wykonuje większość procedur przewidzianych dla II poziomu referencyjnego z zabiegami endoskopowymi i zastosowaniem tzw. taśm w leczeniu wysiłkowego nie trzymania moczu. Oddział dysponuje 63 łózkami (w tym: położnicze-25, patologii ciąży-18, ginekologii-20), ponadto 4 stanowiska porodowe w tym jedno przystosowane do porodów rodzinnych. Salę porodów rodzinnych wyróżnia dobre wyposażenie i wysoki poziom świadczonych usług (m.in. jacuzzi). Oddział cieszy się dobrą opinią wśród pacjentek.

W pierwszym kwartale leczyło się wyjątkowo dużo pacjentek (liczba porodów-237, cięcia cesarskie-37, liczba operacji-106, drobne zabiegi-145). Liczba leczonych pacjentek - 626, umieralność poporodowa - 0, zgony poporodowe matek - 0. W I kwartale br. stwierdzono znaczny wzrost

wykonywanych świadczeń w ww. zakresie o ok. 50% w stosunku do roku ubiegłego.

Średnie obłożenie wynosiło 82,3%. Wykonano 120% kontraktu z NFZ.

Ponadto przy oddziale działa Szkoła Rodzenia, Punkt Laktacyjny, Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologicznych.

W dniu 21.05.2004 r. odbyło się spotkanie Dyrektora ds. Lecznictwa z Ordynatorem, Oddziałową i Głównym Księgowym w sprawie dalszej działalności Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. Dyrektor zaproponował połączenie wszystkich pododdziałów w jeden Oddział Położniczo-Ginekologiczny, ponieważ przychody z procedur są liczone razem na wszystkie pododdziały. Połączenie to ma na celu pomniejszenie kosztów funkcjonowania pododdziałów (zmniejszenie obsady kadrowej poprzez redukcję stanowisk zastępców ordynatora i zastępcy oddziałowej) a zarazem utrzymanie obecnych standardów udzielanych świadczeń medycznych.

Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Odcinkiem Endokrynologii i Diabetologii

Oddział posiada 41 łóżek i jest jednostką organizacyjną ściśle współdziałającą z 2 poradniami (poradnia diabetologiczna, poradnia internistyczna o profilu gastrologicznym i endokrynologicznym). Oddział posiada pracownię endoskopii i USG. W związku z II stopniem referencyjności oddział udziela pomocy chorym kierowanym ze szpitali ościennych oraz sprawuje opiekę zdrowotną stacjonarną z dziedziny interny ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki i leczenia chorób układu pokarmowego. Zasady hospitalizacji w oddziale są zgodne ze specyfiką oddziału i statutem.

W I kwartale oddział przekroczył 3-krotnie kontrakt z NFZ. Uzyskał ok. 500.000 zł zysku. Kontrola stwierdziła wysoką jakość udzielanych świadczeń z możliwie szybką diagnostyką w oddziale. Wszystkie ostre przypadki są przyjmowane na bieżąco. Termin przyjęcia do hospitalizacji planowej wynosi ok. 2 tygodni.

Pilną potrzebą jest doposażenie w nowy sprzęt pracowni endoskopii (aktualny sprzęt jest awaryjny, co wydłuża znacząco pobyt w oddziale z powodu braku możliwości przeprowadzenia szybkiej diagnostyki). Ponadto oddział wymaga przeprowadzenia remontu z utworzeniem automatycznej myjni do dezynfekcji aparatów endoskopowych.

Oddział jako dochodowy powinien otrzymywać więcej środków finansowych na odnowienie bazy diagnostycznej w stosunku do oddziałów przynoszących straty.

Oddział Chirurgii Ogólnej

Oddział wykonuje większość procedur przewidzianych dla II poziomu referencyjnego z zabiegami laparoskopowymi. Dysponuje 42 łózkami. Wykorzystanie łóżek za I kwartał wynosi 85%, natomiast wykonanie kontraktu z NFZ 120%.

Wszystkie ostre przypadki są przyjmowane na bieżąco. Na planowe zabiegi okres oczekiwania wynosi ok. 2 miesiące. W I kwartale 2004 r. wykonano 287 zabiegów chirurgicznych, w tym tylko 5 zabiegów metodą laparoskopową. Współpraca Oddziału z blokiem operacyjnym układu się pomyślnie. Oddział w ciągu tygodnia ma wyznaczone 4 dni operacyjne.

Pilną potrzebą oddziału jest przeprowadzenie natychmiastowego remontu i utworzenie co najmniej 1-2 sal o podwyższonym standardzie w związku z możliwością napływu w najbliższym okresie pacjentów z krajów Unii Europejskiej.

Kontrola stwierdziła, że oddział wykonuje dużą ilość zabiegów metodą tradycyjną, natomiast zbyt mało metodą laparoskopową. Możliwości operacyjne oddziału są ograniczone niskim kontraktem z NFZ (ograniczenie punktowe).

Stacja dializ

Stacja Dializ leczy przewlekłymi dializami 62 chorych oraz przypadki ostrej niewydolności nerek. Wykonuje miesięcznie ok. 900 dializ w trybie trzymianowym na 15-stu stanowiskach. Pomimo trudnych warunków lokalowych realizuje zadania statutowe udzielając świadczeń zdrowotnych zgodnych z zakresem i rodzajem.

Pilne potrzeby oddziału:

- zakupienie sztucznych nerek z uwagi na znaczną eksploatację dotychczas używanych. Ostatnie nowe nerki były zakupione w 1997 r. - 6 aparatów, jeden aparat w 1999 r. oraz jeden aparat w 2003 r.

Funkcjonujące aparaty są wyeksploatowane w 75%.

- z uwagi na roczne wykonanie 11 tys. dializ po przeciętnie 4 godziny każda, całkowity przebieg roczny sprzętu wynosi ponad 40 tys. godzin, co jest jednoznaczne z całkowitym zużyciem 2 aparatów. Dodatkowo zachodzi potrzeba zakupu 15 foteli dializacyjnych, co w chwili obecnej jest już standardem (obecnie pacjenci są dializowani na łózkach szpitalnych). - Ponadto pilną potrzebą jest zakup nowego uzdatniacza wody, który obecnie funkcjonuje już 10 lat. Ponadto stwierdzono brak natrysków dla pacjentów, brak w najbliższym sąsiedztwie WC dla pacjentów.

Kontrola stwierdziła, że w aktualnych warunkach lokalowych dalsze funkcjonowanie Stacji może skutkować znacznym obniżeniem poziomu świadczeń oraz brakiem możliwości realizacji zadań statutowych. Sala dializ ostrych nie spełnia warunków lokalowych (mała powierzchnia, brak okna, trudności z umieszczeniem chorego z OIOM).

Pomimo trudnych warunków lokalowych oraz wyeksploatowania sprzętu, potrzeby mieszkańców regionu w tym zakresie są realizowane na bieżąco, a oddział wykonał w pierwszym kwartale 120% kontraktu.

Oddział reumatologii

Wykonuje procedury przewidziane dla II poziomu referencyjnego.

Przeprowadzona kontrola wykazała realizację zadań statutowych, prawidłowy poziom udzielanych świadczeń. Ostre przypadki są przyjmowane do oddziału na bieżąco. Okres oczekiwania na leczenie planowe wynosi około 1,5 miesiąca. Dokumentacja medyczna prowadzona jest czytelnie.

W pierwszym kwartale tego roku wykonano około 160% kontraktu.

Aktualna liczba łóżek zabezpiecza potrzeby mieszkańców regionu, jednakże pilną potrzebą oddziału jest przeprowadzenie remontu pomieszczeń.

Oddział dermatologii

W oddziale wykonuje się procedury przewidziane dla II poziomu referencyjnego. Oddział dysponuje 18 łózkami. W pierwszym kwartale wykorzystanie łóżek wynosiło 106%, średni pobyt chorego w oddziale 9,9, przelotowość 9,7.

Kontrola wykazała prawidłowość udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie ze statutem. Okres oczekiwania na hospitalizację w oddziale wynosi ok. 2 tyg. Ostre przypadki są przyjmowane na bieżąco. Dokumentacja medyczna prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Problemem oddziału jest brak oddzielnego wejścia do oddziału (przejście przez oddział reumatologiczny), brak brudownika oraz brak łazienki z wanną (jest tylko prysznic). Stwierdzono też zbyt duże zagęszczenie łóżek (sale o małej powierzchni, na których umieszczono po 4 łóżka). Obecnie oddział wymaga remontu pomieszczeń, oraz dostosowania ilości łóżek do możliwości lokalowych.

Należałoby przeanalizować szczegółowo opiekę lekarską w oddziale po godzinie 15.00, w dni wolne od pracy i dni świąteczne, ponieważ obecnie w tym czasie dyżury lekarskie na oddziale są zabezpieczane przez lekarza internistę.

Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dorosłych

Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci

Oddziały wykonują większość procedur przewidzianych dla II poziomu referencyjnego z zabiegami endoskopowymi.

Wyżej wymienione oddziały mieszczą się w oddzielnym budynku przy ulicy Bulwarowej. Oddziały posiadają po 20 łóżek (razem 40 łóżek).

Średnie wykorzystanie łóżek dla Oddziału dziecięcego wynosi 74%, wykonanie kontraktu w I kwartale 2004 r. wynosi 100%.

Średnie wykorzystanie łóżek Oddziału dla dorosłych w I kwartale 2004 r. wynosiło 49% a wykonanie kontraktu ok. 94%.

Aktualnie Oddziały realizują zadania statutowe. Zapewniają pełną dostępność i dobry poziom udzielanych świadczeń. Dokumentacja w obu oddziałach jest prowadzona prawidłowo.

Podczas kontroli stwierdzono dobrą współpracę obu oddziałów w zakresie wykorzystania posiadanego sprzętu oraz wzajemnych konsultacji.

Oddziały spełniają podstawowe warunki sanitarno-epidemiologiczne (oddzielne wejścia do sal, budynki odosobnione)

Ze względu na to, że budynek, w którym mieszczą się oddziały, wybudowany został w latach 50 tych, a ostatni remont przeprowadzany był 14 lat temu, pilną potrzebą są remonty oraz wykonanie oddzielnej wentylacji w salach.

W przypadku podpisania kontraktu z Wojewodą należałoby przeznaczyć część łóżek z Oddziału obserwacyjno-zakaźnego dla dorosłych na zadania zlecone przez Wojewodę na wypadek podejrzenia lub zachorowania na niebezpieczną chorobę zakaźną. W przypadku braku kontraktu należy rozważyć redukcję części łóżek.

Oddział Laryngologii

Oddział wykonuje procedury przewidziane dla II poziomu referencyjnego z dużą ilością zabiegów.

Oddział dysponuje 18 łózkami. Wykorzystanie łóżek w I kwartale wynosiło 60%. Średni pobyt w oddziale 2,6 dnia. W I kwartale Oddział wykonał 200 zabiegów laryngologicznych.

Charakterystyczną cechą Oddziału jest szybka przelotowość oraz krótkoterminowe procedury. W I kwartale wykonanie kontraktu z NFZ wyniosło ok. 100%.

Kontrola wykazała, że podobnie jak wszystkie Oddziały zabiegowe aktualnie Oddział nie jest dochodowy ze względu na zaniżone wyceny procedur z NFZ. Ponadto należałoby rozważyć dalszą redukcję łóżek (o 2-3 łóżka) oraz wprowadzenie dyżuru lekarza laryngologa w Oddziale ze względu na dużą ilość chorych pooperacyjnych.

Oddział Okulistyczny

Oddział aktualnie nie spełnia warunków II stopnia referencyjności (po odejściu 2 lekarzy specjalistów). Oddział dysponuje 15 łózkami. Średni pobyt w Oddziale 5 dni, przelotowość 7 dni. Wykonanie procedur ok. 83%. Według kontraktu z NFZ 75% pacjentów powinno być operowanych a 25% leczonych zachowawczo. Aktualnie Oddział nie wypełnia założeń kontraktu (większość pacjentów na Oddziale jest leczonych zachowawczo a tylko ok. 30% to chorzy leczeni operacyjnie).

Celem zabezpieczenia potrzeb mieszkańców regionu należy Oddział utrzymać (brak podobnego oddziału w regionie), poprzez pozyskanie specjalistycznej kadry medycznej, doposażenie oddziału w nowoczesny sprzęt, jednocześnie zmniejszając ilość łóżek do 10.

Oddział Intensywnej Terapii dla Dorosłych

Oddział posiada 8 łóżek. Wykorzystanie łóżek w I kwartale wynosiło 56%. Śmiertelność wynosiła ok. 40%. Dokumentacja lekarska prowadzona jest prawidłowo. Aktualnie oddział wymaga przeprowadzenia remontu (brak remontu od kilku lat, przeciekający dach) oraz wymiany i doposażenia specjalistycznego sprzętu medycznego (monitory 20 letnie).

Ze względu na potrzeby i specyfikę oddziału należałoby zwiększyć ilość łóżek (2-4).

IV. Realizacja Planu Naprawczego

1. Uruchomienie dodatkowych świadczeń medycznych

1.1. W Planie Naprawczym założono utworzenie nowych Oddziałów, tj.: Odcinek dializ otrzewnowych; Pododdział chirurgii endokrynologicznej, naczyniowej i chirurgii plastycznej; Oddział dla przewlekłe chorych; Oddział chemioterapii i hematologii. Miało to na celu rozszerzenie specjalistycznych świadczeń medycznych i uzyskanie w związku z tym dodatkowych kontraktów z NFZ.

Odcinek dializ otrzewnowych

Odcinek nie został utworzony i nie jest planowane utworzenie ze względu na brak możliwości podpisania kontraktu z NFZ.

Pododdział chirurgii endokrynologicznej

Pododdział nie został utworzony z powodu braku lekarza specjalisty (chirurga naczyniowego) oraz z powodu zmiany w kontraktowaniu z NFZ (wycena procedury endokrynologicznej chirurgicznej jest znacznie niższa w stosunku do roku ubiegłego).

Pododdział chirurgii naczyniowej

Pododdział nie został utworzony z powodu braku specjalisty z zakresu chirurgii naczyniowej, jak również braku możliwości spełnienia wymogów stawianych przez NFZ (brak specjalistycznego sprzętu

- USG z Doplerem).

Pododdział chirurgii plastycznej

Jak dotychczas funkcjonuje Poradnia chirurgii plastycznej, która będzie zamknięta z dniem 30 czerwca 2004 r. z powodu odejścia jedyne go specjalisty w tej dziedzinie.

Oddział dla przewlekle chorych

Ww. Oddziału nie utworzono z powodu braku możliwości lokalowych, jak również NFZ od roku 2005 nie przewiduje finansowania usług w tym zakresie.

Aktualnie zachodzi konieczność utworzenia zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego. Z punktu widzenia Szpitala funkcjonowanie takich zakładów na terenie miejscowym byłoby bardzo korzystne z powodu odciążenia Szpitala od pacjentów wymagających przede wszystkim pielęgnacji.

Z analizy funkcjonowania takich zakładów w innych miejscowościach wynika, że są to świadczenia nisko dochodowe. Ponadto zakład taki (oddział) musiałby liczyć ok. 35 łóżek. Obecnie Szpital nie ma takich możliwości lokalowych.

Oddział chemioterapii i hematologii

Utworzony ww. Oddział z dniem 14.11.2003 r. zmienił nazwę na Oddział Onkologii Klinicznej i Hematologii (Zarządzenie 6/04 Dyrektora Szpitala z dnia 02.02.2004 r. dotyczące zmiany nazwy oddziału). W Oddziale pilotażowo wdrożono rozliczanie leków na pacjenta. Realizowany program ma na celu wykazanie zasadności wprowadzenia rozliczenia leków na pacjenta w pozostałych Oddziałach szpitalnych.

Ponadto kontrola wykazała pełną realizację zadań statutowych zgodnie z przyjętymi standardami postępowania i procedurami medycznymi, na dobrym poziomie. Dostępność 100% (bez kolejek). Oddział posiada 15 łóżek. Wykorzystanie łóżek - 70%. Za I kwartał wykonano 80% kontraktu z NFZ. Braki sprzętowe: pompa infuzyjna, kardiomonitor, inhalator, materace przeciwoleżynowe (w razie potrzeby Oddział korzysta z pomocy innych Oddziałów). Oddział umożliwia całonocną opiekę (w tym chemioterapię) nad pacjentami onkologicznymi oraz hematologicznymi.

Oddział jest w stanie wykonywać szerszy zakres świadczeń medycznych w dziedzinie chemioterapii i hematologii, jednak NFZ jak dotychczas nie był zainteresowany wykupem dodatkowych procedur.

Nowo utworzony Oddział Onkologii Klinicznej i Hematologii ma na celu zabezpieczenie świadczeń onkologicznych z uwagi na rosnące potrzeby lokalnej społeczności w tym zakresie oraz, co nie jest bez znaczenia, umożliwił podpisanie dodatkowego kontraktu przez Szpital z NFZ.

Pełne wdrożenie rozliczania leków na pacjenta na Oddziałach jest uzależnione od wprowadzenia informatyzacji Szpitala. Wdrożenie programu w Szpitalu zdecydowanie podniosłoby jakość leczenia farmakologicznego oraz pełną kontrolę nad gospodarką lekiem.

1.2. Usługi rehabilitacyjne dla Oddziałów

Stworzono jasne zasady wyboru rehabilitantów przez Oddziały. Dotychczas rehabilitanci byli przypisani do poszczególnych oddziałów, natomiast obecnie każdy Oddział ma możliwość wybrać dowolnego rehabilitanta, który ma podpisaną umowę cywilno-prawną ze Szpitalem, poprzez wystawienie zlecenia na konkretną usługę.

1.3. Plan Naprawczy zakładał ponadto utworzenie 15 poradni specjalistycznych.

Poradnia geriatryczna - nie utworzono z powodu braku specjalisty.

Poradnia nadciśnienia tętniczego - funkcjonuje w ramach poradni kardiologicznej.

Poradnia chirurgii naczyniowej - nie utworzono, potrzeby w tym zakresie realizowane są w ramach Poradni chirurgii ogólnej.

Poradnia bólu - nie funkcjonuje z powodu braku kadry medycznej.

Planowane do utworzenia **poradnie patologii ciąży, okresu przekwitania, ginekologii dla dziewcząt i profilaktyki chorób piersi** działają w ramach poradni "K".

Ponadto utworzono następujące poradnie: parkinsonizmu i schorzeń układu pozapiramidowego; padaczkowa; aids; pulmonologiczna; chorób zakaźnych dzieci; oparzeń; leczenia jaskry.

Poradnie Specjalistyczne jest to sieć poradni przyszpitalnych, które kontynuują leczenie specjalistyczne szpitalne, lub realizują specjalistyczną opiekę wobec pacjentów skierowanych do takiego leczenia przez POZ.

Przeprowadzona kontrola poradni wykazała zgodność udzielanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych z przyjętymi standardami postępowania i procedurami medycznymi. Poziom udzielanych świadczeń w poradniach dokonany przez kontrolę nie budzi zastrzeżeń. Okres oczekiwania w poradniach zależy od rodzaju poradni, wyznaczonych godzin pracy i od osoby lekarza (specjalizacja, doświadczenie) i kształtuje się od przyjmowania na bieżąco (internistyczna, nadciśnienia tętniczego, nefrologiczna dla dzieci, dermatologiczna, alergologiczna dla dorosłych) do nawet 3-4 miesięcy (alergologiczna dla dzieci, endokrynologiczna, gastroenterologiczna, kardiologiczna).

Zróznicowany system organizacyjny poradni wynika z kłopotów lokalowych: ciasna rejestracja z trudem mieści podręczny rejestr kart pacjentów, wobec powyższego niektóre poradnie prowadzą własną rejestrację.

Nowo utworzone poradnie znacznie poszerzają zakres świadczeń medycznych na rzecz lokalnej społeczności, jednakże tworzenie poradni ujętych w Planie Naprawczym jest uzależnione od spełnienia standardów określonych przez NFZ, a co za tym idzie od możliwości podpisania nowych kontraktów na specjalistyczne świadczenia zdrowotne.

2. Racjonalizacja rozmieszczenia i wykorzystania łóżek

Plan Naprawczy zakładał zmniejszenie ilości łóżek uwzględniając ich obłożenie oraz sezonowość w oparciu o dane z 2002 i 2003 r. Zarządzeniem Dyrektora Nr 19/04 z dnia 19.02.2004 r. zmniejszono następującą ilość łóżek: Oddział okulistyczny - 3 łóżka, Oddział Ortopedyczno-Urazowy - 7 łóżek, Oddział Pediatriczny - 5 łóżek, Oddział Chirurgii Dziecięcej - 3 łóżka, Pododdział Ginekologiczny - 5 łóżek, Pododdział Położniczy - 5 łóżek, Pododdział Patologii Cięży - 2 łóżka.

Natomiast w Oddziale pulmonologicznym zwiększono bazę łóżkową o 10 łóżek, a po uzgodnieniu terminu z Ordynatorem Oddziału Nefrologicznego planuje się zwiększyć bazę łóżkową o 5 łóżek. Ponadto baza łóżkowa Szpitala zwiększyła się o 15 łóżek w związku z utworzeniem Oddziału Chemioterapii i Hematologii.

Celem prawidłowego i ekonomicznego funkcjonowania poszczególnych oddziałów Dyrekcja Szpitala rozważa dalszą redukcję bazy łóżkowej o ok. 20 łóżek. Ponadto prowadzona jest analiza finansowa dotycząca celowości dalszego funkcjonowania stacji dializ w strukturach Szpitala (zmiana dyslokacji stacji dializ spowodowałaby pozyskanie dodatkowej powierzchni lokalowej, co w połączeniu z ewentualną dalszą redukcją ilości łóżek pozwoliłoby na utworzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego).

3. Racjonalizacja zużycia leków

Apteka jest integralną częścią Szpitala i działa zgodnie z jego ramowym statutem. Przeznaczona jest do zaopatrywania w leki gotowe, leki recepturowe oraz materiały i preparaty opatrunkowe osób przebywających w Szpitalu. Z relacji Kierownika Apteki wynika, że środki farmaceutyczne i materiały medyczne posiadane przez aptekę spełniają wymagania określone w Rejestrze Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych. Apteka prowadzi na bieżąco dokumentację nabywania leków i artykułów sanitarnych oraz ich rozchodowania. Zakup leków na potrzeby oddziałów szpitala dokonywany jest w różnych hurtowniach farmaceutycznych na podstawie umów przetargowych. Przechowywane są one w specjalnie do tego celu dostosowanych magazynach zaopatrzonych w urządzenia chłodnicze a środki psychotropowe w odrębnym specjalnie zabezpieczonym pomieszczeniu. Środki odurzające przechowywane są zgodnie z wymogami w szafie pancernej. Wydawanie leków na oddziały szpitala odbywa się w dniach od poniedziałku do piątku na podstawie pisemnych zapotrzebowań, tzw. receptariuszy szpitalnych. Środki psychotropowe i odurzające wydawane są także na podstawie receptariuszy a ich rozchód z apteki i przychód na oddziały odnotowywane są w specjalnych księgach znajdujących się w aptece jak i w poszczególnych oddziałach. Środki odurzające pobierane są z apteki przez uprawnionych lekarzy, którzy sprawują nadzór nad nimi w poszczególnych oddziałach szpitala.

W celu racjonalizacji gospodarki lekami, Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 13/04, został powołany Komitet terapeutyczny Szpitala, który opracował i wprowadził nowy receptariusz szpitalny na lata 2004/2005 jako obowiązujący (Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 22/04). W dniu 08.04.2004 r. Komitet Terapeutyczny Szpitala przyjął następujące standardy leczenia dotyczące:

- profilaktyki przeciwzakrzepowej okołoooperacyjnej i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej,

celem racjonalizacji stosowania środków przeciwwzakrzepowych,
- krwawień z przewodu pokarmowego,
- zasad stosowania antybiotyków u dzieci.

Wyżej wymienione standardy leczenia są opracowane w wersji elektronicznej (oszczędność papieru). Aktualnie są opracowywane kolejne standardy leczenia i stosowania leków.

Ponadto kontrola wykazała, że zasadność stosowania drogich leków i wprowadzania nowych leków jest poddawana weryfikacji przez Komitet Terapeutyczny.

Obecnie Komitet Terapeutyczny obraduje raz w miesiącu, natomiast po opracowaniu i wdrożeniu standardów leczenia przewiduje się posiedzenia raz na pół roku.

W pierwszym kwartale tego roku apteka szpitalna była kontrolowana przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny. Przedmiotem badań była dokumentacja oraz leki robione. Nie wniesiono zastrzeżeń odnośnie pobranych próbek leków robionych. Ponadto stwierdzono, że książka kontroli rozchodu środków odurzających jest niezgodna z obowiązującym wzorem. W związku z tym należy wymienić książkę kontroli rozchodu środków odurzających po zakończeniu aktualnej.

4. Wprowadzenie systemów komputerowych

W Szpitalu w dziale finansowo-księgowym i w dziale spraw osobowych i socjalnych zostały wdrożone programy komputerowe. Programy te umożliwiają pełną ewidencję i kalkulację kosztów, co ma na celu wspomaganie podejmowania decyzji przez zarząd Szpitala a co za tym idzie zmniejszenie kosztów bieżącej działalności Szpitala.

W dziale finansowo-księgowym wdrożono program "Perseus". Księgowość Szpitala obecnie prowadzona jest przy użyciu komputerów (jedynie środki trwałe niskocenne są nadal prowadzone ręcznie). Usprawniło to uzyskiwanie różnych danych. Możliwości programu nie są obecnie w pełni wykorzystywane, jednakże trwają przygotowania, aby z dniem 1 lipca 2004 r. program dodatkowo tworzył automatycznie sprawozdania (m.in. bilans, rachunek zysków i strat, rozliczeń VAT, CIT). Dodatkową zaletą programu jest to, iż jest on stosowany także w innych krajach Unii Europejskiej.

Wprowadzenie programu pozwoliło na zmniejszenie stanu zatrudnienia w księgowości z 19 do 13 osób (w tym w płacach z 6 do 3 osób).

W dziale spraw osobowych i socjalnych wdrożono program "Kali". Obecnie program nie funkcjonuje w pełni, w kwestii korzystania z bazy danych (aktualnie uzupełniana jest baza danych na pół roku wstecz, co jest warunkiem wykorzystania w pełni funkcji programu). Od 1 lipca 2004 r. planowane jest już pełne wykorzystanie programu. Program współpracuje z programem "Płatnik", jak również automatycznie wczytuje dane do programu bankowego.

Kontrola wykazała, że pomimo prowadzenia spraw kadrowych za pomocą komputerów, jednocześnie część dokumentacji nadal prowadzi się ręcznie (m.in. karta czasu pracy pielęgniarek). Wynika to z zaleceń Państwowej Inspekcji Pracy, która kontroluje i preferuje dokumenty sporządzone ręcznie.

Wprowadzenie programu pozwoliło na zmniejszenie stanu zatrudnienia o 2 etaty (obecnie 4 osoby).

Zaleca się doposażenie w sprzęt komputerowy celem dalszego usprawnienia pracy w ww. działach (1 zestaw komputerowy i 3 drukarki).

Wprowadzone programy mają docelowo współpracować z systemem informatycznym, w związku z planowaną informatyzacją Szpitala.

5. Wprowadzenie i wdrożenie systemu informatycznego w Szpitalu

Kontrola wykazała, że obecnie przygotowywana jest dokumentacja przetargowa (przewidywany czas przygotowania do połowy czerwca 2004 r.), która pozwoli przeprowadzić postępowanie mające na celu wyłonienie wykonawcy na wdrożenie systemu informatycznego w Szpitalu.

System informatyczny pozwoli poprawić i usprawnić organizację pracy zarówno w części medycznej jak i administracyjnej. Zakres systemu informatycznego: ruch chorych, oddziały, poradnie, bloki operacyjne, zakład RTG, laboratoria, apteka, naliczanie kosztów leczenia. Przewiduje się, że pełne wdrożenie systemu informatycznego pozwoli na zarządzanie Szpitalem w oparciu o stan faktyczny, co w powiązaniu z pełną i szczegółową ewidencją zdarzeń medycznych w Szpitalu umożliwi redukcję kosztów, tj.: gospodarka lekiem - ok. 25%, funkcjonowanie poradni - ok. 20%, diagnostyki szpitalnej - ok. 15%, laboratorium - ok. 20%. Przewidywany koszt wdrożenia systemu wraz z pełnym osprzętem - ok. 1.500.000 zł.

6. Likwidacja Hotelu Robotniczego

Hotel robotniczy jest pod zarządem Szpitala. Koszty funkcjonowania hotelu przewyższają przychody związane z jego działalnością, a generowana strata wpływa na wynik finansowy Szpitala.

Dotychczas zostały przeprowadzone przez Urząd Marszałkowski dwa przetargi na zbycie Hotelu. W obu przypadkach nie doszło do zbycia (wyłonieni oferenci zrezygnowali). W związku z planowaną sprzedażą hotelu nie są przyjmowani nowi lokatorzy (obecnie zawarte są 22 umowy, w tym 20 na czas nieokreślony - zamieszkuje 56 osób, co stanowi ok. 50% wykorzystania). W hotelu ma swoją siedzibę Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach, który ma umowę najmu ważną do 31.12.2004 r.

Obecnie w hotelu zatrudnionych jest: 1 sprzątaczką i 4 portierów (były 2 sprzątaczkę, 5 portierów i 1 pracownik administracyjno-gospodarczy, który obecnie został przesunięty do administracji Szpitala - zakres obowiązków nadal obejmuje sprawy hotelu).

7. Struktura organizacyjna Szpitala

Opracowana została koncepcja nowej struktury organizacyjnej Szpitala, która ma na celu realne określenie relacji i przynależności stanowisk w organizacji Szpitala. Z relacji Dyrektora wynika, że powyższa koncepcja ma być przedstawiona i omówiona na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala, a po zaakceptowaniu zostanie przekazana do dalszej realizacji zgodnie z zasadami legislacyjnymi.

Obecnie część założonych działań w koncepcji nowej struktury organizacyjnej, została wprowadzona (zarządzenie Dyrektora Nr 108/03 dotyczące tymczasowej struktury organizacyjnej, m.in.: podporządkowano poradnię specjalistyczną do struktury Oddziałów Szpitalnych, został wydzielony pion medyczny bezpośrednio podległy Naczelnej Pielęgniarce, zlikwidowano stanowisko Dyrektora ds. ekonomicznych - za wydzielony pion finansowy odpowiada Główna Księgowa, komórkę inwentaryzacji podporządkowano Dyrektorowi Naczelnemu).

Ponadto wg koncepcji ma być wprowadzona funkcja pielęgniarki przełożonej (bezpośredni nadzór nad pracą pielęgniarek) i naczelnego lekarza (m.in. bezpośredni nadzór nad funkcjonowaniem wszystkich oddziałów, nadzór nad komisjami i zespołami medycznymi m.in.: zespołem ds. zakażeń szpitalnych, komitetem terapeutycznym, komitetem transfuzjologicznym i inne), który będzie podlegał pod Dyrektora ds. medycznych.

8. Termomodernizacja Szpitala

Plan Naprawczy zakłada rozpoczęcie w 2004 r. prac związanych z termomodernizacją budynku głównego szpitala oraz budynku przy ulicy Bulwarowej (oddziały zakaźne).

Szpital uzyskał pozwolenie na budowę dotyczącą budynku głównego, przygotowywany jest plan finansowy inwestycji i prowadzone są wstępne ustalenia.

Opracowywana jest dokumentacja dotycząca termomodernizacji budynku przy ul. Bulwarowej (w fazie końcowej), po czym zostanie przeprowadzona procedura przetargowa na wykonanie prac.

Wykonany przez Krajową Agencję Poszanowania Energii audyt energetyczny przewiduje 40% oszczędności ciepła w wyniku przeprowadzonej termomodernizacji wszystkich obiektów Szpitala (planowane roczne oszczędności z tego tytułu - ok. 850 tys. zł).

9. Uporządkowanie terenu będącego w zarządzie Szpitala (parkingi)

Obecnie przygotowywana jest dokumentacja przetargowa na urządzenie i prowadzenie parkingu strzeżonego, ogólnodostępnego na terenie zlikwidowanego z dniem 01.09.2003 r. parkingu dla pracowników szpitala.

Przygotowywana jest koncepcja dot. zorganizowania parkingu strzeżonego przed budynkiem głównym szpitala, ze względu na to, że teren ten musi spełniać wymogi pożarnicze (brak barier, teren nie ogrodzony).

Plan Naprawczy zakładał również zorganizowanie parkingu na placu po byłym składzie opału, jednakże ze względu na starania Dyrekcji szpitala odnośnie stacjonowania helikoptera ratowniczego na terenie szpitala (wówczas planuje się wybudowanie w tym miejscu hangaru dla helikoptera) do chwili rozstrzygnięcia powyższej kwestii, sprawa dotycząca utworzenia parkingu została odłożona.

10. Modernizacja spalarni odpadów medycznych

Obecnie funkcjonująca przy Szpitalu spalarnia odpadów medycznych posiada zezwolenie na utylizację odpadów do dnia 30.09.2005 r. Do tego czasu Szpital powinien zmodernizować spalarnię zgodnie ze standardami Unii Europejskiej w zakresie ochrony środowiska i sanitarno-epidemiologicznym..

Zmodernizowana spalarnia ma zabezpieczyć potrzeby związane z utylizacją odpadów medycznych Szpitala oraz innych placówek służby zdrowia z terenu miasta i sąsiadujących powiatów. Ponadto planuje się odzysk ciepła powstającego w wyniku spalania odpadów. Całkowity koszt modernizacji spalarni wyniesie ok. 5,5 mln zł.

Do chwili zakończenia kontroli Szpital uzyskał promesę na dotację z EkoFunduszu na kwotę 1.490 tys. zł a w miesiącu kwietniu złożył wnioski do Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej na dofinansowanie powyższej inwestycji.

Modernizację spalarni planuje się rozpocząć jeszcze w 2004 roku a termin zakończenia inwestycji planowany jest w roku 2005.

V. Współpraca ze związkami zawodowymi w zakresie opracowania Planu Naprawczego 2003-2005

1. Przedstawiciele związków zawodowych na spotkaniu w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego w dniu 20 maja 2004 roku stwierdzili, iż w trakcie opracowywania programu naprawczego dyrektor nie konsultował z nimi założeń do programu, oraz że związki zawodowe nie były zapraszane na obrady Rady Społecznej.

2. Na podstawie protokołu z posiedzenia Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w dniu 23 października 2003 roku poświęconego omawianiu projektu planu naprawczego Szpitala stwierdzono, iż w posiedzeniu uczestniczyli przedstawiciele związków zawodowych. W protokole z posiedzenia jest zapis: "**Pan Edward Mostowski** - Przeprasił za dostarczenie materiałów przed samym posiedzeniem Rady Społecznej, ale związane było to z załatwieniem bieżących trudności finansowych szpitala (zajęcia komornicze, postępowaniami układowymi oraz rozmowy z wierzycielami)". Dyrektor Szpitala przedstawił punkty projektu planu naprawczego załączonego w materiałach rozdanych na spotkaniu. Z zapisów w protokole wynika, iż związki zawodowe nie brały udziału w dyskusji. Przewodniczący Rady Społecznej Józef Gajewski kończąc dyskusję stwierdził, że projekt planu naprawczego powinien zostać jeszcze dopracowany. W wyniku powyższego wniosek w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej projektu programu naprawczego został przyjęty pozytywnie, ale nie podjęto w tej sprawie uchwały z uwagi na wcześniejszą dyskusję.

3. Na podstawie protokołu z posiedzenia Dyrekcji Szpitala ze związkami zawodowymi SPSW w dniu 8 stycznia 2004 roku stwierdzono, że Dyrektor przedstawił na spotkaniu nowy projekt Planu Naprawczego 2003-2005. Plan ten zawierał aspekty techniczne i medyczne. Jego głównymi celami było umożliwienie poprawy bazy technicznej jednostki oraz odpowiednie wykorzystanie zasobów ludzkich. Z protokołu wynika, iż nie poddano dyskusji zagadnień zawartych w tym programie. Dyrektor Szpitala poprosił związki zawodowe o przeczytanie tego planu i ustosunkowanie się do niego na piśmie w terminie do dnia 14 stycznia 2004 roku.

Zgodnie z pisemnym oświadczeniem Dyrektora Szpitala do dnia 14 stycznia 2004 roku żadnych opinii i uwag dotyczących Planu Naprawczego 2003-2005 od związków zawodowych nie otrzymał.

4. Na podstawie protokołu z posiedzenia Dyrekcji Szpitala z Ordynatorami SPSW w dniu 8 stycznia 2004 roku Dyrektor poinformował Ordynatorów, że złożony został w Urzędzie Marszałkowskim nowy projekt Planu Naprawczego 2003-2005. W dniu 16 stycznia 2004 roku odbędzie się Rada Społeczna, na której projekt ten zostanie zaopiniowany. Z protokołu wynika, iż pod koniec spotkania rozdany został materiał dotyczący samego projektu działań naprawczych.

5. Odnośnie niezaproszenia przedstawicieli związków zawodowych na posiedzenie Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w dniu 16 stycznia 2004 roku Dyrektor Edward Mostowski złożył pisemne wyjaśnienie następującej treści. *Uprzejmie informuję, że w tej kwestii miałem zgłoszenie od jednego z członków Rady Społecznej na posiedzeniu z dnia 23 października 2003 roku, który stwierdził, że podejmowanie decyzji i dyskutowanie nad ich zasadnością w obecności innych osób nie będących członkami Rady Społecznej jest krępujące i tworzy atmosferę wzajemnej nieobiektywności. Zatem wnioskował, aby materiały przedkładane na posiedzeniu Rady Społecznej były przekazywane oddzielnie związkom zawodowym z prośbą o wyrażenie opinii. Jak rozumiałem było to zdanie nieodosobnione. W związku z powyższym sugerowałem Przewodniczącemu Rady Społecznej rozwiązanie zaproponowane przez członka Rady Społecznej. Informuję, że rzeczywiście materiały przedkładane na posiedzenie Rady Społecznej będą*

przedkładane do zaopiniowania związków zawodowym działającym przy SPSW w Suwałkach. Pan Przewodniczący tym razem zajął podobne stanowisko i na posiedzenie Rady Społecznej w dniu 16 stycznia 2004 roku związków zawodowych nie zaprosiliśmy, gdyż materiały związku otrzymały wcześniej. Należy stwierdzić, iż na podstawie protokołu z posiedzenia Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w dniu 23 października 2003 roku stwierdzono, iż w posiedzeniu uczestniczyli przedstawiciele związków zawodowych. Na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 14 października 1991r.) wynika iż: "W posiedzeniach plenarnych rady społecznej uczestniczy kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz przedstawiciel organizacji związkowej". Zgodnie z § 7 ust. 2 Regulaminu Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach zatwierdzonego Uchwałą Nr 55/198/99 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 15 listopada 1999 roku "Posiedzenie Rady zwołuje Przewodniczący z własnej inicjatywy lub na wniosek, co najmniej połowy członków Rady."

Powyższe wyjaśnienia przeczą zarzutom, iż związki zawodowe nie uczestniczyły w konsultacji Planu Naprawczego Szpitala.

VI. Wykorzystanie sprzętu wysokospecjalistycznego

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej pismem ZPS.I.8027-64/08/99 z dnia 3 sierpnia 1999 roku zobowiązał zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Podlaskie do obowiązkowego przysyłania kwartalnych informacji dotyczących wykorzystania specjalistycznego sprzętu medycznego zgodnie z podanym wzorem formularza. Szpital w roku 2003 przysyłał na adres Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej kwartalne sprawozdania w terminie. W wyniku wybiórczego sprawdzania wykorzystania aparatury i sprzętu wysokospecjalistycznego stwierdzono, że ww. sprawozdania są przedstawiane niestarannie. (nie wykazane zostały m.in. 3 bronchofiberoskopy w tym 1 zakupiony przy udziale środków Województwa Podlaskiego).

W wyniku przeprowadzonej przez Szpital inwentaryzacji stwierdzono, że w oddziale kardiologicznym wystąpiła nadwyżka sprzętu medycznego w postaci Defibrylatora PHYSIO-CONTROLE typ LIPEFAK GP. Komisja inwentaryzacyjna stwierdziła, *"...że zasadniczy wpływ na powstanie fikcyjnej nadwyżki, miał fakt podpisania przez niewłaściwą osobę (ordynatora, zamiast dyrektora) protokołu przekazania-przejęcia, z dnia 20.II.1996 roku. Przy właściwym obiegu dokumentacji, taka sytuacja nie miałaby miejsca."*

Na podstawie wykazu przygotowanego przez kierownika działu aparatury i sprzętu medycznego w miesiącu lipcu 2003 roku na potrzeby niniejszej kontroli stwierdzono, iż Szpital posiada aparaturę i wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny. W sposób wyrywkowy dokonano analizy wykorzystania ośmiu pozycji z przedstawionego wykazu.

1. Tomograf komputerowy

Tomograf komputerowy Somatom rok produkcji 2003 użytkowany w pracowni RTG został zakupiony ze środków własnych Szpitala. Wartość tomografu oznaczonego jako środek trwały symbolem VIII/1119 wynosi 1.902.029,44 zł.

Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż do dnia 31 grudnia 2003 roku przeprowadzono 3.456 badań CT. Nie jest możliwe stwierdzenie czy liczba skanosekund wykonanych przy użyciu tomografu komputerowego podanych wg licznika zamieszczonego na lampie RTG, do której dostęp ma tylko serwis jest zgodna z ręcznie prowadzonym rejestrem.

Pracownia tomografii komputerowej jest czynna w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ oraz w czasie dyżurów. W dniu kontroli stwierdzono, iż czas oczekiwania na badania przy użyciu CT średnio wynosi 2 tygodnie. W księdze znajdują się zapisy, z których wynika długość oczekiwania powyżej 2 miesięcy, ale są to badania kontrolne uzgadniane z pacjentami i lekarzem.

Na podstawie Uchwały Nr 834/03 Zarządu Województwa Podlaskiego z 07.01.2003 r. została wyrażona zgoda na zbycie starego tomografu komputerowego w ramach rozliczenia nowo zakupionego. Firma "Simens" dostawca tomografów komputerowych oferował w korespondencji ze Szpitalem odkupienie starego tomografu Somatom AT.C wraz z demontażem na własny koszt za kwotę 365.010,09 zł. W oficjalnie złożonej ofercie przetargowej nie umieszczono żadnej wzmianki na temat odkupienia zużytego sprzętu. Zakupiono tomograf za cenę 1.902.029,44 zł a w rozliczeniu nie został uwzględniony koszt starego tomografu. Tomograf został zdemontowany i znajduje się w magazynie Szpitala.

Na podstawie przedstawionych danych księgowych nie można określić wysokości przychodów oraz kosztów, jakie są generowane przez tomograf komputerowy.

2. Aparat przyłóżkowy RTG Polymobil 10

Aparat przyłóżkowy RTG Polymobil 10 został zakupiony w 1997 roku ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia. Aparat nie posiada automatycznego licznika wykonanych zdjęć RTG. Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż do dnia 31 grudnia 2003 roku przeprowadzono 179 badań.

Aparat RTG dostępny jest na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w godzinach od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ w dni robocze oraz podczas dyżurów. Na podstawie przedstawionych danych księgowych nie można określić wysokości przychodów oraz kosztów, jakie są generowane przez aparat RTG.

3. Aparat przyłóżkowy RTG Movix-4,0

Aparat przyłóżkowy RTG Movix-4,0 został zakupiony w 2003 roku ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia. Aparat nie posiada automatycznego licznika wykonanych zdjęć RTG. Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż od dnia dostawy 19 grudnia 2003 do dnia 31 grudnia 2003 roku przeprowadzono 0 badań. Wynika to z faktu przygotowywania aparatu do uruchomienia i uzyskaniu pozwolenia na użytkowanie przez Sanepid.

Aparat RTG dostępny jest na oddziale Chirurgii Dziecięcej w godzinach od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ w dni robocze oraz podczas dyżurów. Na podstawie przedstawionych danych księgowych nie można określić wysokości przychodów oraz kosztów, jakie są generowane przez aparat RTG.

4. Ultrasonograf A/B Sean

Ultrasonograf A/B Sean rok produkcji 1997 użytkowany jest na oddziale okulistyki.

Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż do dnia 31 grudnia 2003 roku wykonano 222 badań. Prowadzona dokumentacja nie pozwala na stwierdzenie czy wszystkie wykonane badania umieszczone zostały w rejestrze i czy są zgodne z licznikiem umieszczonym w ultrasonografie. Aparat wyposażony jest w licznik wykonanych badań, jednak jest on uszkodzony. Na wydrukach komputerowych występuje błędnie podana data wykonania badania.

Ultrasonograf użytkowany jest na oddziale okulistyki 24 godziny na dobę. Wszystkie badania z uwagi na charakter choroby i obowiązek pilnego wykonania diagnostyki obrazowej są wykonywane na bieżąco.

5. Ultrasonograf Logio

Ultrasonograf Logio rok produkcji 2001 użytkowany jest na oddziale neonatologii.

Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż do dnia 31 grudnia 2003 roku wykonano 410 badań. Prowadzona dokumentacja nie pozwala na stwierdzenie czy wszystkie wykonane badania umieszczone zostały w rejestrze i czy są zgodne z licznikiem umieszczonym w ultrasonografie. Aparat nie jest wyposażony w licznik wykonanych badań, jednak jest on uszkodzony.

Ultrasonograf użytkowany jest na oddziale neonatologii 24 godziny na dobę. Wszystkie badania z uwagi na charakter choroby i obowiązek pilnego wykonania diagnostyki obrazowej są wykonywane na bieżąco.

6. Bronchofiberoskop

Bronchofiberoskop GIF-V2 został zakupiony za kwotę 57.939,42 zł. Kwota 3.500 zł została przekazana w ramach dotacji Szpitalowi przez Województwo Podlaskiego, kwota 4.000 zł Polsko-Litewska Izba Gospodarcza, pozostała część kwoty została opłaconą ze środków własnych Szpitala. Urządzenie użytkowane jest na Oddziale pulmonologii.

Na podstawie prowadzonych rejestrów przyjęć pacjentów stwierdzono, iż do dnia 31 grudnia 2003 roku wykonano 557 badań za pomocą wszystkich bronchofiberoskopów. W prowadzonych rejestrach na oddziale pulmonologicznym nie są wyszczególniane aparaty, na których wykonano badanie. Szacuje się, iż w 2003 roku na nowo zakupionym aparacie wykonano ich około 500. Bronchofiberoskopy nie posiadają liczników wykonanych badań. W czasie trwania kontroli stwierdzono, iż żaden z trzech bronchofiberoskopów będących na wyposażeniu oddziału nie był sprawny.

Bronchofiberoskop był użytkowany na oddziale pulmonologii 24 godziny na dobę. W dniu kontroli stwierdzono, iż na 3 bronchofiberoskopy będące na stanie oddziału pulmonologicznego 2 są w

naprawie. Kolejki na badania przy użyciu bronchofiberoskopu sięgają 7 dni.

7. Sterylizator

Sterylizator z wyposażeniem rok produkcji 2003 został zakupiony ze środków własnych Szpitala i jest użytkowany w Sterylizatorni. Wartość sterylizatora z wyposażeniem oznaczonego jako środek trwały symbolem VIII/1138 wynosi 123.861,72 zł.

Zakup sterylizatora był spowodowany zaleceniem Państwowej Inspekcji Pracy. Umożliwia on jednorazowe załadowanie do komory sterylizującej dwóch koszy. Pozostałe 5 sterylizatorów, posiadające jako czynnik sterylizujący rakotwórczy tlenek etylenu są nieszczelne. Pomimo tego urządzenia nadal są użytkowane.

8. Mikroskop ALPHAPHOT

Mikroskop ALPHAPHOT rok produkcji 2003 został zakupiony ze środków NFOZ i jest użytkowany w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej - prętka gruźlicy. Wartość mikroskopu oznaczonego jako środek trwały symbolem VIII/1121 wynosi 10.338,28 zł.

W roku 2003 Szpital nabył środki trwałe o wartości **2.616.099,33 zł**, w tym:

- 2.120.251,43 zł środki własne,
- 69.852,79 zł od Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia,
- 31.476,00 zł, nieodpłatne przekazanie,
- 220.315,31 zł od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy,
- 98.878,60 zł od Ministra Zdrowia,
- 3.000,00 zł od Województwa Podlaskiego,
- 4.000,00 zł od Polsko-Litewskiej Unii Gospodarczej,
- 68.325,20 zł od Fundacji Polsat.

VII. Dyscyplina pracy

W dniu 28 maja 2004 roku przeprowadzono kontrolę sprawdzającą obecność lekarzy na oddziale:

1. Intensywnej Terapii Dziecięcej,

Stwierdzono, iż o godz. 13¹⁰ nieobecny był ordynator Oddziału. Z-ca ordynatora nie potrafił powiedzieć gdzie jest ordynator. Lista obecności na dzień 28 maja 2004 roku nie była przez ordynatora podpisana, książki wyjść z-ca ordynatora nie mógł odnaleźć tłumacząc, że jest w gabinecie ordynatora, ale nie może jej odszukać.

O godz. 13³⁰ ordynator Oddziału dzwonił, że jest już na oddziale i wychodził tylko do kiosku. Sprawdziła to pracownica Działu Spraw Osobowych i Socjalnych Pani Hanna Letkiewicz i faktycznie zastała ordynatora na oddziale. Ordynator został pouczony o obowiązku informowania współpracowników a szczególnie z-cy, gdzie i na ile czasu opuszcza oddział.

2. Dermatologii,

O godz. 13²⁰ skontrolowano obecność na Oddziale Dermatologicznym. Obecni byli wszyscy lekarze, którzy podpisali listę obecności poza Ordynatorem. Ordynator dokonał wpisu w książce wyjść służbowych, że wyszedł o godz. 13¹⁵.

3. Reumatologii,

O godz. 13³⁰ na Oddziale Reumatologicznym stwierdzono obecność wszystkich lekarzy, którzy podpisali listę obecności.

Protokół z kontroli stanowi załącznik nr 1.

VIII. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli w Szpitalu przeprowadzonej w dniach 13.10-14.11.2003 r.

1. Przesyłane sprawozdania z wykorzystania sprzętu medycznego i aparatury wysokospecjalistycznej do dnia kontroli były niekompletne. Niewykazane zostały m.in. 3 bronchofiberoskopy w tym 1 zakupiony przy udziale środków Województwa Podlaskiego.
2. W zakresie weryfikacji zgodności wykonanych badań i w zakresie odczytów w porównaniu z

prowadzoną dokumentacją Dyrektor wydał polecenie o dokonaniu wewnętrznej kontroli w tym zakresie za okres od 01 czerwca 2003 roku do 31 marca 2004 roku, która została zrealizowana

3. i 4. Stwierdzono znaczną poprawę w zakresie nadzoru nad wykorzystaniem wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej. Nadzór jest prowadzony na bieżąco.
5. Dyslokacja aparatury i sprzętu o minimalnym wykorzystaniu na oddziały, na których byłoby większe ich wykorzystanie nie jest możliwe. Znaczna część sprzętu jest przydzielona na dany oddział zgodnie z wola darczyńców i bez ich zgody nie można dokonywać przesunięć. Szpital wystąpił do darczyńców o możliwość elastycznego wykorzystania sprzętu w całym szpitalu. W stosunku do sprzętu będącego własnością szpitala są przygotowywane zasady użytkowania ich przez różne Oddziały.
6. Stwierdzono znaczną poprawę w zakresie zdyscyplinowania ordynatorów do nadzoru nad zleceniami i stosowaniem oraz prawidłowym dokumentowaniem ordynowanych leków. Z dniem 02.03.2004 r. wprowadzono Receptariusz Szpitalny z podziałem na kategorie leków. Terapie droższe wymagają akceptacji Z-cy Dyrektora ds. leczenia. Natomiast na nowo utworzonym oddziale Onkologii Klinicznej i Hematologii wprowadzono pilotażowo nową dokumentację umożliwiającą dokładne rozliczanie leków stosowanych u pojedynczego pacjenta. Co miesiąc przeprowadza się analizę wydatków na leki na poszczególnych oddziałach i formułuje się wnioski do przestrzegania przez Ordynatorów i Asystentów.
7. Szpitalny Komitet Terapeutyczny wprowadził zwiększoną odpowiedzialność ordynatorów w zakresie gospodarki lekiem na poszczególnych oddziałach, zobowiązując ich do okresowej szczegółowej kontroli rozchodu leków.
8. Szpital dokonał ponownego zgłoszenia do Organów Państwowych w dniu 10.09.2003 r. o zakończeniu budowy i zamiarze przystąpienia do użytkowania kotłowni szpitalnej w celu uzyskania zgody na użytkowanie z Powiatowego Inspektoratu Nadzoru Budowlanego w Suwałkach. W dniu 02.04.2004 r. Szpital poinformował odpowiednie Organy Państwowe o zakończeniu prac dotyczących kotłowni. W związku z tym 15 i 21.04.2004 r. została przeprowadzona kontrola przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Białymstoku Delegatura w Suwałkach, w dniu 19.04.2004 r. kontrola Państwowej Inspekcji Pracy w Białymstoku Oddział w Suwałkach, w dniu 19.04.2004 r. kontrola Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Suwałkach. Po uzyskaniu zgody ww. Organów zostanie złożony wniosek do Powiatowego Inspektoratu Nadzoru Budowlanego o udzielenie pozwolenia na użytkowanie. Do dnia zakończenia kontroli Szpital nie uzyskał pozwolenia Powiatowego Inspektoratu Nadzoru Budowlanego na użytkowanie.
9. Wstępne założenia gospodarki cieplnej Szpitala są aktualnie opracowywane.
10. W dalszym ciągu nie wszystkie informacje, dotyczące realizacji Uchwał Zarządu Województwa Podlaskiego, są przysyłane na bieżąco do Urzędu Marszałkowskiego.
11. Gospodarowanie mieniem odbywa się zgodnie z zasadami określonymi przez Sejmik Województwa Podlaskiego w powyższym zakresie.
12. Wprowadzanie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej (...), dotychczas realizowane jest w sposób niezadowolający. Podczas kontroli nie udostępniono do wglądu księgi izby przyjęć, gdyż jak poinformowano książka była w posiadaniu działu statystyki, a kolejne wpisy były odnotowywane w brudnopisie i następnie nanoszone do książki z wspomnianego brudnopisu w terminie późniejszym. Ponadto w oddziale ratunkowym (SOR) stwierdzono brak książki zabiegów dla pacjentów, którzy byli zaopatrywani doraźnie. Zamiast książki, w SOR prowadzi się "małą kartę zleceń". Przeprowadzona kontrola wykazała potrzebę prowadzenia dobowych raportów z działalności Izby Przyjęć i SOR, książki zabiegów w SOR wobec pacjentów ambulatoryjnych, książki odmów i porad ambulatoryjnych umożliwiających identyfikację, kto takiej porady udzielił. Rozdzielenie w dokumentacji rejestru udzielanych świadczeń dla dzieci i dorosłych (oddzielne książki) po stronie zabiegowej w SOR oraz wprowadzenie "zeszytów zleceń lekarskich".
13. W czasie kontroli nie stwierdzono łamania przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
14. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne odbywa się zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)
15. **Na podstawie zbadanych zamówień publicznych stwierdzono, że przestrzegane są przepisy ustawy o zamówieniach publicznych.**
16. W czasie kontroli stwierdzono, że w dalszym ciągu obowiązuje w Szpitalu tymczasowa struktura organizacyjna. Z informacji uzyskanych od Dyrektora Szpitala wynika, że została opracowana koncepcja nowej struktury organizacyjnej Szpitala, która będzie przedstawiona i omówiona na

najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala a po zaakceptowaniu zostanie przekazana do dalszej realizacji zgodnie z zasadami legislacyjnymi.

17. Do chwili zakończenia kontroli Regulamin Porządkowy Szpitala nie został uaktualniony zgodnie z wymogami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej art. 18a ust. 1a.

Podsumowanie i wnioski końcowe:

1. Pieniądze wykorzystane z rachunku ZFŚS na bieżącą działalność Szpitala powinny być jak najszybciej zwrócone na ten rachunek.
2. W skontrolowanych dwóch zamówieniach publicznych nie stwierdzono uchybień proceduralnych, były one przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz.U. Nr 119, poz. 773 z późn. zm.).
3. W I kwartale 2004 r. stwierdzono znaczny wzrost ilości wykonywanych świadczeń w każdym z kontrolowanych oddziałów i poradni specjalistycznych.
4. Należy nadal prowadzić szczegółową analizę działania w kierunku zasadności połączenia oddziałów położniczego, patologii i ciąży, ginekologii w jeden oddział.
5. Oddział Gastroenterologii wymaga remontu oraz utworzenia automatycznej myjni do dezynfekcji aparatów endoskopowych oraz należy doposażyć pracownię endoskopii. Jako oddział dochodowy powinien otrzymywać więcej środków na odnowienie bazy diagnostycznej w stosunku do oddziałów przynoszących straty.
6. Oddział Chirurgii Ogólnej wymaga natychmiastowego remontu i wydzielenia, co najmniej 1-2 sal o podwyższonym standardzie w związku z możliwością napływu w najbliższym okresie pacjentów z krajów Unii Europejskiej. Zwiększyć w oddziale ilość zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową.
7. Rozwiązać ostatecznie problem funkcjonowania Stacji Dializ - trudne warunki lokalowe oraz wyeksploatowany sprzęt uniemożliwią w najbliższym czasie realizację zadań statutowych.
8. Oddziały reumatologii i dermatologii wymagają przeprowadzenia remontów oraz bieżącej analizy zabezpieczenia lekarskiego po godzinie 15.00 i w dni wolne od pracy i świąteczne (dyżury lekarskie).
9. Budynek, w którym znajdują się oddziały obserwacyjno-zakaźny dla dorosłych i obserwacyjno-zakaźny dla dzieci wymagają pilnego remontu oraz wykonania niezależnej wentylacji w poszczególnych salach. Priorytetowo należy traktować możliwość podpisania kontraktu z Wojewodą na leczenie chorych w wypadku podejrzenia lub zachorowania na niebezpieczną chorobę zakaźną.
10. W oddziale laryngologicznym należy rozważyć zmniejszenie bazy łóżkowej o 2-3 łóżka, oraz wprowadzenie dyżurów lekarza laryngologa.
11. Celem uzyskania II stopnia referencyjności oddziału okulistycznego należy jak najszybciej pozyskać specjalistyczną kadrę lekarską oraz doposażyć w sprzęt medyczny.
12. Oddział intensywnej terapii dla dorosłych wymaga przeprowadzenia remontu oraz wymiany wyeksploatowanego sprzętu medycznego i zwiększenia ilości łóżek (2-4).
13. Należy opracować prawidłowo funkcjonujący system prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej, pozwalający na kontrolę wewnętrzną realizowanych zadań.
14. Ordynatorzy oddziałów powinni prowadzić stałą kontrolę nad dokumentacją lekarską i pielęgniarską.
15. Utworzenie nowych oddziałów, założonych w Planie Naprawczym, nie było możliwe z powodu braku możliwości spełnienia wymogów stawianych przez NFZ (brak specjalistów w danych dziedzinach, problemy lokalowe, oraz zmiana zasad kontraktowania przez NFZ na 2005 r.).
16. Celem prawidłowego i ekonomicznego funkcjonowania Szpitala, należy w dalszym ciągu prowadzić analizę pod kątem redukcji, rozmieszczenia i wykorzystania łóżek.
17. W związku z przewidywaną informatyzacją szpitala należy uwzględnić kompatybilność tych systemów z już funkcjonującymi programami księgowymi i kadrowymi.
18. Dokonać stosownych zmian w dokumentach określających strukturę organizacyjną szpitala (statut, regulamin porządkowy) w trybie przewidzianym obowiązującymi przepisami prawnymi.
19. Zgodnie z założeniami Planu Naprawczego kontynuować działania związane z termomodernizacją szpitala.
20. Należy zgodnie z pismem ZPS.I.8027-64/08/99 Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej przysyłać kompletne sprawozdania kwartalne z wykorzystywania całego sprzętu i aparatury wysokospecjalistycznej. Kwartalne sprawozdania z wykorzystania aparatu i sprzętu medycznego należy traktować jako wskaźniki efektywności wykorzystania sprzętu.
21. W przypadku konserwacji przez serwis aparatury posiadającej liczniki wykonanych badań wyłącznie na lampach RTG należy sporządzać odczyty i weryfikować zgodność wskazań lamp z ręcznie prowadzoną dokumentacją.
22. Należy opracować metodę, która umożliwi bardziej dokładny wgląd w ilość wykonywanych procedur za pomocą wysokospecjalistycznej aparatury.
23. Należy rozważyć wprowadzenie odrębnych ośrodków kosztów dla wysokospecjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego w celu wsparcia zarządzania.
24. Rozważyć dyslokację sprzętu o minimalnym wykorzystaniu (ultrasonograf A/B Sean) na oddziały, na których byłoby większe ich wykorzystanie i na których spowodują obniżenie wskaźników wykorzystania łóżka i czasu pobytu pacjenta na oddziale.
25. Zwiększyć dyscyplinę pracy m.in. poprzez dokonywanie kontroli obecności lekarzy na oddziałach.

26. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej zapraszać na plenarne posiedzenia Rady Społecznej przedstawicieli organizacji związkowych.

Dyrektor Szpitala został poinformowany o przysługujących mu uprawnieniach:

1. Jeżeli przed podpisaniem protokołu kontroli kierownik jednostki kontrolowanej lub główny księgowy zgłaszają zastrzeżenia, co do jego treści, kontrolujący dodatkowo bada zasadność tych zastrzeżeń i w uzasadnionych wypadkach uzupełnia lub koryguje protokół.

2. Jeżeli kierownik lub główny księgowy jednostki kontrolowanej odmawiają podpisania protokołu kontroli, są obowiązani złożyć pisemne wyjaśnienie przyczyn odmowy.

3. Protokół kontroli, którego podpisania odmówił kierownik jednostki kontrolowanej, podpisuje kontrolujący, czyniąc w protokole wzmiankę o odmowie podpisania protokołu.

4. Odmowa podpisania protokołu nie stanowi przeszkody do wszczęcia postępowania pokontrolnego.

Podpisy osób kontrolujących

Dyrektor Szpitala

1)

.....

2)

3)

Główny Księgowy Szpitala

4)

.....

5)

6)

Białystok, dnia

Metryka strony

Historia strony

[Strona główna](#)

[Kontakt](#)

[Budżet](#)

[Przetargi](#)

[Dotacje i konkursy ofert](#)

[Konsultacje społeczne](#)

[Jednostki i Spółki](#)

[Oferty pracy](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego

ul. M. Curie-Skłodowskiej 14
15-097 Białystok
Regon: 050667685
kancelaria@podlaskie.eu

[Elektroniczna Skrzynka Podawcza](#)

ePUAP: /p7w201lcig/SkrytkaESP

Telefon i fax ogólny do Urzędu

Tel. 85 66 54 172

Tel. 85 66 54 549

Fax: 85 66 54 175

Godziny pracy

poniedziałek: 8.00 – 16.00

wtorek-piątek: 7.30 – 15.30

Województwo Podlaskie

Regon: 050658404

NIP: 542-25-42-016

podlaskie.eu

Mapa serwisu

Deklaracja dostępności

Redakcja Biuletynu Informacji Publicznej

Adres e-mail do składania wniosków o informację publiczną - bip@podlaskie.eu

Administrator strony:

Mariusz Feszler – Tel. [85 66 54 593](tel:856654593)

Moderator strony:

Monika Rogowska – Tel. [85 66 54 447](tel:856654447)