



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Wojciech Kutyla

KZD.410.003.01.2019

Pan

Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią Uchwały nr 74/2019 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli
z dnia 11 grudnia 2019 r.

P/19/095 – Akredytacja podmiotów leczniczych

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93
nik@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa (dalej MZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia od dnia 9 stycznia 2018 r. ¹ Poprzednio, od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r. Ministrem Zdrowia był Konstanty Radziwiłł
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja obowiązków dotyczących udzielania akredytacji podmiotom leczniczym
Okres objęty kontrolą	Lata 2016-2019 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych – 22 sierpnia 2019 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Bożena Sas-Pełka, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/24/2019 z dnia 9 maja 2019 r. 2. Grzegorz Wieczorek, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/25/2019 z dnia 9 maja 2019 r.

(akta kontroli str.1-2)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Minister Zdrowia nie zapewnił w pełni sprawnego i rzetelnego przebiegu procesu udzielania akredytacji podmiotom leczniczym.
Uzasadnienie oceny ogólnej	<p>W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, nadzór nad Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (dalej CMJ lub ośrodek akredytacyjny) był niewystarczający. Nie wyegzekwowano od CMJ, zleconego w 2017 r., zadania dokonania aktualizacji standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Nie została również przeprowadzona kontrola realizacji przez CMJ planu naprawczego, obowiązującego od 2017 r., który powstał w następstwie czynności Centralnego Biura Antykorupcyjnego.</p> <p>W kwietniu 2018 r. zakończono procedurę wyłaniania kandydatów na członków Rady Akredytacyjnej na kolejną kadencję, ale do dnia zakończenia czynności kontrolnych, Minister Zdrowia nie powołał członków Rady. Skutkuje to pełnieniem</p>

¹ Powołany na urząd Ministra Zdrowia postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 stycznia 2018 r. (M.P. poz. 29).

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej ustawa o *NIK*.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

funkcji przez niektórych członków de facto trzecią kadencję (dziesięć lat z rządu), mimo że ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁴ (dalej ustawa o akredytacji) stanowi, że kadencja członków Rady trwa cztery lata, ta sama osoba nie może być członkiem Rady więcej niż przez dwie kadencje.

Prace legislacyjne nad projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta (dalej projekt ustawy o jakości), prowadzone od 2017 r., zostały zawieszono, chociaż jej celem było wprowadzenie rozwiązań zmierzających do poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej, w większym stopniu uwzględniającego potrzeby pacjenta. Służyć temu miały, wprowadzony ustawą, powszechny i obowiązkowy system monitorowania, stymulowania i zapewniania wysokiej jakości opieki, a także zmniejszenie częstości występowania zdarzeń niepożądanych.

Pozytywnie należy ocenić, że jeszcze w trakcie czynności kontrolnych NIK, Minister Zdrowia podjął działania zmierzające do wzmocnienia nadzoru nad obszarem akredytacji. Rozpoczęto m.in. prace nad aktualizacją standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej. CMJ zostało zobligowane do przekazywania, w okresie kwartalnym, informacji o złożonych wnioskach o udzielenie akredytacji, a komunikacja z tą jednostką i Radą Akredytacyjną ma się odbywać przede wszystkim za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej, a nie jak dotychczas w formie papierowej.

III. Opis stanu faktycznego

Obszar

1. Realizacja obowiązków dotyczących udzielania akredytacji podmiotom leczniczym

1.1. Zadania Ministra Zdrowia dotyczące udzielania akredytacji

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z ustawą o akredytacji, do zadań Ministra Zdrowia należy przede wszystkim: zatwierdzanie standardów akredytacyjnych; udzielanie lub odmowa udzielenia akredytacji podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych; powoływanie i odwoływanie członków Rady Akredytacyjnej. Ponadto Ministrowi Zdrowia podlega Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁵, którego przedmiotem działalności jest monitorowanie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Stosownie do § 5 ust. 2 statutu CMJ, dyrektora tej jednostki powołuje i odwołuje Minister Zdrowia. Na podstawie § 6 pkt 2 lit. a i pkt 3 lit. b zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia⁶, do zadań podsekretarza stanu należy inicjowanie, koordynowanie i nadzorowanie wykonywania zadań przez Departament Analiz i Strategii (dalej DAiS) oraz nadzorowanie działalności CMJ.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

⁵ Na podstawie załącznika do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (M.P. poz. 401) oraz § 1 ust. 1 statutu CMJ.

⁶ Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 13, ze zm. Zarządzenie straciło moc zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2019 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 59).

Stosownie do § 19 pkt 11 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia⁷, od dnia 1 lutego 2019 r. prowadzenie spraw związanych z zarządzaniem jakością w ochronie zdrowia oraz realizacja przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia jest jednym z podstawowych zadań DAiS. Wcześniej, w latach 2016-2019 (do dnia 31 stycznia), zadania te były w kompetencji Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia (dalej DOOZ). W strukturze organizacyjnej DAiS funkcjonuje Wydział Jakości, do którego zadań należy m.in. inicjowanie, opracowywanie, opiniowanie i uzgadnianie aktów normatywnych dotyczących jakości w podmiotach leczniczych; opiniowanie i koordynowanie działań organizacyjnych w zakresie promocji i zapewnienia jakości w podmiotach leczniczych; prowadzenie spraw związanych z ustawą o akredytacji; współpraca z Radą Akredytacyjną i CMJ w zakresie opracowania standardów akredytacyjnych oraz realizowanie zadań dotyczących sprawowania przez Ministra Zdrowia nadzoru merytorycznego nad CMJ.

(akta kontroli str. 3-175)

W strukturze MZ, do dnia 31 stycznia 2019 r.⁸, do sprawowania nadzoru merytorycznego nad CMJ został wyznaczony Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, a od dnia 1 lutego 2019 r. zadanie to powierzono Departamentowi Analiz i Strategii⁹. Ponadto Departament Budżetu i Finansów sprawuje nadzór nad opracowywaniem i realizacją planu finansowego oraz gospodarką finansową CMJ, a nad projektami realizowanymi przez CMJ, które są współfinansowane ze środków europejskich¹⁰, Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia - do dnia 31 stycznia 2019 r. - a od dnia 1 lutego 2019 r. Departament Oceny Inwestycji.

Nie zostały precyzyjnie określone zadania, które powinny być realizowane przez DOOZ i DAiS w zakresie sprawowania nadzoru merytorycznego nad CMJ.

W ramach działań nadzorczych, przed wydaniem decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania akredytacji przez Ministra Zdrowia, dokumenty stanowiące podstawę rozstrzygnięć i projekty certyfikatów były weryfikowane pod względem prawidłowości ich sporządzenia.

(akta kontroli str. 10-107, 126-135, 249-257, 760-767)

1.2. Prace legislacyjne dotyczące wprowadzenia rozwiązań systemowych w obszarze poprawy jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta

Opis stanu faktycznego

Obowiązująca ustawa *akredytacji*, wprowadziła w Polsce system, w którym akredytacja uzależniona została od spełnienia wymagań fakultatywnych, a ocena dokonywana jest jedynie w podmiotach, które wyrażają wolę poddania się przeglądowi akredytacyjnemu. Minister Zdrowia, nadając certyfikat akredytacyjny, zawiera podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że będzie on spełniał standardy jakości w takim samym stopniu, jak w czasie wspomnianego przeglądu.

System akredytacji w ochronie zdrowia nie przewiduje żadnych konsekwencji finansowo-prawnych dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w sytuacji

⁷ Stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 12, ze zm.), dalej regulamin organizacyjny Ministerstwa Zdrowia.

⁸ Na podstawie § 27 pkt 11b regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 32, ze zm.).

⁹ Stosownie do § 19 pkt 10b regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

¹⁰ CMJ jest realizatorem dwóch projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pt. *Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki* i pt. *Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki*. Dalej również projekty unijne.

obniżenia standardów akredytacyjnych po otrzymaniu przez ten podmiot certyfikatu, a jeszcze w okresie jego obowiązywania.

Dostrzegając wady dotychczas funkcjonującego systemu akredytacji, Minister Zdrowia podjął prace nad projektem ustawy *o jakości*.

W dniu 13 stycznia 2017 r. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazał projekt założeń do projektu wspomnianej ustawy do opiniowania, z terminem zgłaszania uwag do 19 lutego 2017 r. Celem proponowanych zmian było m.in. opracowanie i wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany realizowałyby priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Natomiast przedmiotem uregulowań było wprowadzenie rozwiązań w zakresie:

- autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (system autoryzacji),
- systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych (system monitorowania zdarzeń niepożądanych),
- prowadzenia przez szpitale wewnętrznych systemów monitorowania jakości i bezpieczeństwa,
- monitorowania klinicznych wskaźników jakości,
- zwiększenia znaczenia systemu akredytacji w ochronie zdrowia.

Zakładano, że rozwiązania te spowodują m.in.:

- poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę klinicznych wskaźników jakości,
- stałe udoskonalanie praktyki klinicznej przez prowadzenie rejestrów medycznych,
- poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych,
- stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a przez upublicznianie tych informacji osiągnięcie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki. W efekcie działania te przyczyniłyby się do bardziej efektywnego wykorzystania środków publicznych, w wyniku ograniczenia występowania zdarzeń niepożądanych

Założenia przewidywały, że wprowadzenie ustawowej regulacji, która określi zadania, obowiązki i uprawnienia poszczególnych podmiotów w zakresie monitorowania, oceny i poprawy jakości zapewni pacjentom, profesjonalistom medycznym i podmiotom wykonującym działalność leczniczą dostęp do powszechnej, wiarygodnej, obiektywnej i porównywalnej informacji o jakości udzielanej opieki. Przewidziano również utrzymanie systemu akredytacji dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, będącego systemem dobrowolnej oceny zewnętrznej.

Ponad 80 podmiotów przekazało Ministrowi Zdrowia ponad 600 uwag, przy czym część z nich miała typowo porządkujący, pod względem prawnym, charakter, a część przedstawiała wątpliwości merytoryczne, m.in. co do skuteczności wprowadzenia proponowanych rozwiązań, zarówno w zakresie ich funkcjonowania, w tym monitorowania skuteczności osiągnięcia założonych celów, jak i sposobu finansowania. Zgłoszono także wątpliwości dotyczące finansowych skutków proponowanych rozwiązań oraz zwiększenia obciążeń biurokratycznych w podmiotach leczniczych, zwłaszcza związanych z wprowadzeniem systemu autoryzacji i nowych rejestrów medycznych w obszarze dotyczącym zdarzeń niepożądanych. Część podmiotów postulowała również obowiązkowe poddanie się ocenie jakości (czyli objęcie akredytacją, bądź autoryzacją w zależności od wielkości podmiotu leczniczego) wszystkich podmiotów leczniczych, zarówno publicznych, jak

i prywatnych, wszystkich poziomów opieki zdrowotnej, zarówno POZ, AOS, szpitali oraz ośrodków diagnostyki i punktów obsługi farmakologicznej, a także ośrodków rehabilitacji. Również część podmiotów zgłosiła wątpliwości dotyczące powołania, funkcjonowania i skuteczności działań w egzekwowaniu poprawy jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta oraz kosztów funkcjonowania nowego podmiotu, jakim byłaby Agencja do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta. Postulowano także jawność, transparentność i dostęp do wyników postępowań związanych z każdym etapem procesu akredytacji i autoryzacji oraz do wyników przeprowadzanych wizytacji i kontroli.

(akta kontroli str. 291, 478-854)

Projekt ustawy o jakości, datowany na dzień 9 sierpnia 2018 r., zakłada m.in., że wprowadzona zostanie obowiązkowa autoryzacja podmiotów leczniczych prowadzących szpital w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, która udzielana będzie na podstawie oceny spełnienia przez dany podmiot kryteriów autoryzacji.

Natomiast kryteria autoryzacji oraz metodologię oceny ich spełnienia będzie opracowywała Agencja Monitorowania Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta z siedzibą w Krakowie, która zastąpi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia utworzone zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r.¹¹. Projekt ustawy przewiduje, że Agencja będzie państwową jednostką organizacyjną wyposażoną w osobowość prawną, działającą na podstawie ustawy i statutu, nad którą nadzór będzie sprawował Minister Zdrowia przy zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności. Nadzór i kontrola nad Agencją będą prowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej¹². W projekcie tym założono, że Prezes Agencji opracuje pierwszy projekt kryteriów autoryzacji oraz sposobu oceny ich spełnienia nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. Zestaw kryteriów autoryzacji będzie zawierał wymagania z następujących obszarów tematycznych: infrastruktury i środowiska opieki, higieny opieki, zarządzania zasobami, procesów diagnostyczno-leczniczych, bezpieczeństwa informacji, wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Kryteria te zostaną określone przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia.

Podmioty będą autoryzowane corocznie, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, po przesyłaniu wojewodzie informacji o spełnieniu kryteriów autoryzacji, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego.

Projekt zakłada, iż w przypadku odmowy udzielenia autoryzacji lub jej cofnięcia, wojewoda będzie mógł wydać decyzję o wykreśleniu wpisu danego podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jeden zakład leczniczy dokonać zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, polegającej na wykreśleniu zakładu leczniczego. Zgłoszenia zdarzeń niepożądanych będą dokonywane za pomocą Systemu Monitorowania Zagrożeń, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³. Agencja będzie gromadziła, analizowała, opracowywała i publikowała kliniczne wskaźniki jakości w oparciu o dane pochodzące z rejestrów jakości oraz raportów statystycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴, a także z systemu RUM-NFZ.

Rejestry jakości tworzone będą w celu realizacji następujących celów: oceny jakości

¹¹ Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 9 poz. 59, ze zm.

¹² Dz. U. poz. 1092.

¹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 408, ze zm.

¹⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poszczególne podmioty wykonujące działalność leczniczą w warunkach rzeczywistych; stymulowania poprawy skuteczności i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia; oceny sposobów postępowania, technologii medycznych, produktów leczniczych lub wyrobów medycznych w warunkach rzeczywistych. W przypadku, gdy pacjent wyrazi sprzeciw dotyczący jego danych, podmioty lecznicze nie będą mogły ich przekazywać do rejestrów.

Projekt ustawy zakłada również, że wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą będą obowiązane do prowadzenia wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Na początku systemu tym zostaną objęte podmioty lecznicze prowadzące szpitale. W przyszłości system ten będzie rozwijany o pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Ponadto projekt ustawy przewiduje utrzymanie rozwiązań w zakresie udzielania lub odmowy udzielenia akredytacji oraz opracowywania i publikacji standardów akredytacyjnych jakie wprowadziła ustawa o akredytacji. Zmiany w stosunku do obowiązujących przepisów prawa dotyczą przedłużenia okresu opiniowania projektu standardów akredytacyjnych przez Radę Akredytacyjną z 30 do 40 dni, wprowadzenia dodatkowego warunku udzielenia akredytacji oraz możliwości jej cofnięcia. Projekt ustawy zawiera również propozycję, aby z tytułu posiadania akredytacji podmioty uzyskiwały dodatkowo 1% wartości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Założono w projekcie, że obowiązek spełnienia kryteriów autoryzacji przez podmioty objęte systemem autoryzacji będzie obligatoryjny od dnia 30 czerwca 2021 r. a pierwszą informację o spełnieniu kryteriów autoryzacji podmioty autoryzowane będą zobowiązane przesłać do dnia 30 czerwca 2023 r. Obowiązek posiadania wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa będzie obligatoryjny od dnia 1 stycznia 2020 r. Obowiązek prowadzenia monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz zgłaszania do Agencji tego rodzaju zdarzeń, wskazanych w projektowanej ustawie, miał obowiązywać od dnia 1 lipca 2019 r. Projekt ustawy z dnia 9 sierpnia 2018 r. zakładał jej wejście w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 10-13, 288-291, 867-871, 882)

Dyrektor DAiS, składając w tej sprawie wyjaśnienia, zwrócił m.in. uwagę na to, że *Minister Zdrowia poza opracowywaniem projektu ustawy o jakości podejmuje szereg działań mających na celu poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta zbieżnych z działaniami zaproponowanymi w przedmiotowym projekcie ustawy, między innymi: utworzenie platformy dla rejestrów medycznych, wykorzystanie danych w systemach informatycznych (ZUS, NFZ) do oceny skuteczności leczenia, poprawy jakości opieki, efektywności wydatkowania środków publicznych na zdrowie (nowelizacja ustawy o e-zdrowiu), projekty informatyczne w celu poprawy efektywności w ochronie zdrowia (e-recepta, e-zlecenie, e-skierowanie, IKP), wprowadzenie opieki koordynowanej i wyznaczenie podmiotów referencyjnych (pilotaż sieci onkologiczne, centra psychiatryczne, Breast Cancer Units, Lung Cancer Units), opracowywanie we współpracy z medycznymi towarzystwami naukowymi zaleceń postępowania medycznego, z priorytetem na zalecenia w dziedzinie onkologii opracowane zgodnie z międzynarodowymi standardami, poprawa dostępności do terapii istotnych pod względem potrzeb zdrowotnych*

¹⁵ Od 27 września 2017 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783), gdzie w § 2 pkt 32 znakiem q^{1,j} oznaczono jeden ze współczynników korygujących związany z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wyznaczany dla świadczeniodawcy *l*, na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia, gdzie *j* oznacza *j*-ty wskaźnik *q* (*j*=1, ..., 7).

(zabiegi zaćmy, wdrożenie procedury trombektomii, jej upowszechnienie i ustandaryzowanie, powołanie Agencji Badań Medycznych).

(akta kontroli str. 195-200,291, 858-863)

Pomimo, iż projekt ustawy z dnia 9 sierpnia 2018 r. jest po konsultacjach wewnętrznych i w znaczący sposób nie odbiega od założeń przedłożonych do konsultacji w styczniu 2017 r., to do dnia zakończenia czynności kontrolnych, Minister Zdrowia nie podjął decyzji o przekazaniu go do zewnętrznych uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych.

(akta kontroli str. 12, 289, 867-870, 882)

Od 2018 r. procedowane były dwa projekty rozporządzeń do ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia.

Projekt rozporządzenia MZ *zmieniającego rozporządzenie w sprawie Rady Akredytacyjnej*, z lipca 2018 r., zgodnie z jego uzasadnieniem poszerza zakres zadań Rady o wydawanie rekomendacji w zakresie przeprowadzania procedur oceniających podmiotów wnoszących o udzielenie akredytacji, mające na celu usprawnienie procesu udzielania akredytacji przez Ministra Zdrowia. Założono, że proponowane rozwiązanie będzie skutkowało ujednoczeniem oraz zwiększeniem przejrzystości prowadzenia przeglądów akredytacyjnych.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie*, z sierpnia 2018 r., przewiduje m.in. wprowadzenie taryfikatora opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej spełnianie standardów akredytacyjnych dla trzech nowych zakresów: podstawowej opieki zdrowotnej, stacjonarnego leczenia uzależnień i inwazyjnych procedur zabiegowych i operacyjnych; uzupełnienie dotychczasowych poziomów opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej dla leczenia szpitalnego o opłatę za realizację procedury oceniającej w jednostkach do 100 łóżek; możliwość dwustopniowej oceny standardu akredytacyjnego; doprecyzowanie sposobu sporządzania harmonogramu przeglądu akredytacyjnego; uzupełnienie raportu z przeglądu akredytacyjnego o zalecenia w zakresie poprawy spełnienia standardów akredytacyjnych przez podmiot wnoszący o udzielenie akredytacji oraz aktualizację wzoru certyfikatu akredytacyjnego.

W Ministerstwie Zdrowia uzgodnienia dotyczące ww. projektów rozporządzeń były prowadzone blisko rok. W dniu 31 lipca 2019 r. zostały przekazane do Rządowego Centrum Legislacji w celu rozpatrzenia przez komisję prawniczą. Zwolnienie z obowiązku rozpatrzenia przez komisję prawniczą uzyskał projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie Rady Akredytacyjnej*.

W przypadku projektu rozporządzenia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie*, z Rządowym Centrum Legislacji uzgadniane są uwagi doprecyzowujące.

(akta kontroli str. 195-200, 205-228, 864-865, 882, 894. 896-903)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Prace w Ministerstwie Zdrowia, dotyczące opracowywania projektu ustawy *o jakości*, toczyły się długotrwale, bowiem uwagi do założeń do projektu zostały przekazane w lutym 2017 r., zaś projekt ustawy z sierpnia 2018 r. przedłożono obecnemu Ministrowi w kwietniu 2019 r. celem podjęcia decyzji odnośnie uzgodnień,

opiniowania i konsultacji publicznych. Do dnia zakończenia kontroli procedowanie nad nim nie zostało zakończone. Zważywszy na znaczenie ustawy dla systemu ochrony zdrowia szybkie zakończenie prac nad projektem ma szczególne znaczenie i powinno służyć poprawie bezpieczeństwa pacjentów.

Podsekretarz stanu, nadzorujący w imieniu Ministra sprawę dotyczącą jakości w ochronie zdrowia oraz działalność DAiS, wyjaśnił m.in., że *projekt ustawy o jakości procedowany jest zgodnie z trybem prac legislacyjnych z uwzględnieniem wyników konsultacji oraz przeprowadzonych analiz. Planowane jest zintensyfikowanie prac konsultacyjnych w IV kwartale br. i skierowanie ustawy do dalszych prac legislacyjnych w I kwartale 2020 r.*

(akta kontroli str. 195-200, 205-228, 291, 855-857, 910-912)

1.3. Standardy akredytacyjne

Opis stanu faktycznego

Zalecenia dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w celu uzyskania akredytacji, zostały sprecyzowane w standardach akredytacyjnych, które zostały zatwierdzone przez Ministra Zdrowia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania:

- szpitali¹⁶,
- podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷,
- stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień¹⁸,
- podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne¹⁹.

W dniu 13 stycznia 2017 r. dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia zleciła dyrektorowi CMJ przekazanie Ministerstwu Zdrowia, do dnia 30 czerwca 2017 r., propozycji aktualizacji standardów akredytacyjnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Dyrektor DAiS poinformował, że Minister Zdrowia nie posiada informacji o wynikach prowadzonych przez Radę Akredytacyjną i CMJ analiz aktualności standardów akredytacyjnych. Źródłem informacji dla Ministra wskazujących na konieczność weryfikacji standardów były m.in. wyniki weryfikacji spraw dotyczących udzielenia lub odmowy udzielenia akredytacji oraz sprzeciwów dyrektorów szpitali w związku z odmową udzielenia akredytacji przez Ministra Zdrowia.

CMJ, w 2017 r., nie podjęło jednak prac w celu aktualizacji standardów. W trakcie kontroli NIK, w dniu 29 lipca 2019 r., podsekretarz stanu w MZ zobowiązał dyrektor CMJ do ich zaktualizowania, do dnia 31 grudnia 2019 r. Ponadto, od 19 lipca 2019 r., CMJ rozpoczęło prace nad aktualizacją standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo, Minister Zdrowia polecił w dniu 29 lipca 2019 r. dyrektor CMJ opracowanie, do dnia 30 czerwca 2020 r., podręcznika dla podmiotów wnioskujących o udzielenie akredytacji, który będzie zawierał opis skutecznego wdrażania przez szpitale standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 191-197, 201-204, 249-257, 261, 336-348)

¹⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 2 poz. 24).

¹⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 4 poz. 42).

¹⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 28).

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 67).

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Minister Zdrowia, mając informacje o dezaktualizacji standardów akredytacyjnych, które obowiązują od 2010 r. w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, nie wyegzekwował, od czerwca 2017 r., wykonania przez CMJ ich aktualizacji. Świadczy to o nieskutecznym nadzorze Ministra nad CMJ, bowiem zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o akredytacji, standardy akredytacyjne opracowuje jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

Dyrektor DAiS wyjaśnił, że *nie posiada dokumentów wskazujących na powód niewyegzekwowania od dyrektora CMJ obowiązku opracowania aktualizacji standardów*, a naczelnik ówczesnego Wydziału Organizacyjno-Ekonomicznego DOOZ wyjaśniła, że *nie miała wpływu na to, iż CMJ nie podjęło się realizacji zadania*.

(akta kontroli str. 191, 195-200, 261, 288-290)

1.4. Przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków podmiotów leczniczych o udzielenie akredytacji

Opis stanu
faktycznego

W Ministerstwie Zdrowia nie zostały opracowane i wdrożone wewnętrzne procedury dotyczące przyjmowania i rozpatrywania wniosków o udzielenie akredytacji; przygotowywania rozstrzygnięć Ministra Zdrowia o udzieleniu lub odmowie udzielenia akredytacji; przyjmowania i rozpatrywania sprzeciwów podmiotów leczniczych od odmowy przyznania akredytacji. Dyrektor DAiS poinformował, że *zasady w tym zakresie zostały określone m.in. w ustawie o akredytacji w ochronie zdrowia oraz w podziale zadań, które zostały sprecyzowane w regulaminie organizacyjnym MZ i regulaminach wewnętrznych komórek organizacyjnych MZ*.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że ustawa o akredytacji oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie, nie określają terminów rozpatrywania wniosków o udzielenie akredytacji oraz rozpatrywania sprzeciwów wniesionych do Ministra Zdrowia.

Wnioski podmiotów leczniczych o udzielenie akredytacji były składane w formie pisemnej do Ministra Zdrowia za pośrednictwem CMJ. Średni czas od sporządzenia wniosku do jego otrzymania przez Ministerstwo Zdrowia (za pośrednictwem CMJ) wynosił dziewięć dni. Ministerstwo nie dysponowało danymi dotyczącymi liczby złożonych wniosków oraz podmiotów leczniczych, które wystąpiły o udzielenie akredytacji w latach 2016-2018. Minister Zdrowia, jeszcze w trakcie czynności kontrolnych, w dniu 29 lipca 2019 r., zobowiązał dyrektora CMJ do przekazywania, po upływie każdego kwartału, informacji o nazwie podmiotu wnioskującego o udzielenie akredytacji, dacie złożenia wniosku, rodzaju standardów akredytacyjnych, których wniosek dotyczy, planowanym i zrealizowanym terminie przeglądu akredytacyjnego oraz poniesionych przez CMJ kosztach przeprowadzonych przeglądów. W Ministerstwie Zdrowia nie gromadzono również danych dotyczących liczby wniosków szpitali o udzielenie akredytacji oczekujących na wydanie rekomendacji przez Radę Akredytacyjną.

(akta kontroli str. 11-12, 195-203, 289, 349-359)

W latach 2016-2018 Minister Zdrowia udzielił akredytacji 204 szpitalom²⁰. Szczegółowym badaniem, pod kątem przestrzegania przepisów ustawowych

²⁰ Odpowiednio: w 2016 r. – 67; w 2017 r. – 54; w 2018 r. – 83.

i wykonawczych, objęto 30 postępowań - (po 10 w 2016 r., 2017 r. i 2018 r.). Rada Akredytacyjna, na podstawie art. 3 ust. 9 ustawy o akredytacji rekomendowała w formie uchwał Ministrowi Zdrowia udzielenie akredytacji, a rozstrzygnięcia Ministra Zdrowia (adresowane do kierownika szpitala w formie pisemnej) w tym zakresie były zbieżne ze stanowiskami Rady Akredytacyjnej. Stosownie do art. 3 ust. 3 ustawy o akredytacji, certyfikaty akredytacyjne, potwierdzające udzieloną akredytację, były wydawane w imieniu Ministra Zdrowia przez upoważnionych podsekretarzy stanu. Wydawane certyfikaty były zgodne ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie.

We wzorze certyfikatu nie określono okresu jego ważności, który zgodnie z art. 3 ust. 12 w związku z art. 3 ust. 3 ustawy o akredytacji, jest udzielany na trzy lata.

Minister Zdrowia, przed podjęciem decyzji o przyznaniu akredytacji, otrzymywał od Rady Akredytacyjnej wniosek szpitala o udzielenie akredytacji wraz ze stosowną rekomendacją. Średni czas od podjęcia uchwały Rady Akredytacyjnej w sprawie rekomendacji Ministrowi Zdrowia udzielenia lub odmowy udzielenia akredytacji do jej udzielenia przez Ministra Zdrowia wynosił 31 dni. Nie stwierdzono, aby Minister Zdrowia, po otrzymaniu rekomendacji Rady Akredytacyjnej, uchylił się od wydania rozstrzygnięcia o udzieleniu lub odmowie udzielenia akredytacji. Średni czas procedowania wniosku od jego wpływu do MZ (za pośrednictwem CMJ) do udzielenia akredytacji przez Ministra Zdrowia wynosił 174 dni. Najkrócej, przez 87 dni, rozpatrywany był wniosek Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, a najdłużej, przez 277 dni, Szpitala „Pro-Medica” spółka z o.o. w Elku.

(akta kontroli str. 328-335, 351-406, 768-777)

W latach 2016-2018, Minister Zdrowia podjął 30 decyzji o odmowie udzielenia akredytacji, od których siedem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (wyłącznie szpitale) złożyło sprzeciw²¹ do Ministra Zdrowia. Zgodnie z art. 3 ust. 10 ustawy o akredytacji, sprzeciwy zostały złożone do 14 dni od dnia otrzymania odmowy udzielenia akredytacji. Kierownicy szpitali w uzasadnieniach do sprzeciwów wskazywali m.in. na:

- uzyskanie 84% punktów po przeglądzie akredytacyjnym, co winno zapewnić otrzymanie akredytacji zgodnie z § 8 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie²²,
- otrzymanie 77% punktów spełnienia standardów akredytacyjnych po wizycie akredytacyjnej CMJ i niezasadne obniżenie punktacji przez Radę Akredytacyjną do 73%,
- dokonanie inwestycji dotyczących infrastruktury, co spowodowało podwyższenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Spośród siedmiu sprzeciwów, jeden, w 2017 r., został uznany przez Ministra Zdrowia za zasadny, mimo stanowiska Rady Akredytacyjnej, rekomendującej odmowę udzielenia akredytacji. Na zlecenie Ministra, ośrodek akredytacyjny dokonał analizy kwestionowanych w sprzeciwie dyrektora szpitala ocen standardów i przychylił się do uznania standardu ŚO 7 „Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie”,

²¹ Odpowiednio: w 2016 r. – jeden na cztery decyzje odmowne Ministra Zdrowia; w 2017 r. – trzy na pięć decyzji odmownych; w 2018 r. – trzy na 21 decyzji odmownych.

²² Dz. U. Nr 150 poz. 1216.

akceptując przedłożoną przy sprzeciwie dyrektora szpitala dokumentację. Po zweryfikowaniu uzyskanej wartości procentowej spełnienia standardów akredytacyjnych, ośrodek akredytacyjny dokonał jej zmiany z 74,96 na 75,34 i na tej podstawie Minister Zdrowia udzielił akredytacji Szpitalowi Neuropsychiatrycznemu im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Lublinie. Proces akredytacji od złożenia wniosku do Ministra Zdrowia o udzielenie akredytacji do jej przyznania wynosił blisko rok; wniosek został złożony w dniu 24 lutego 2017 r., a akredytacji udzielono w dniu 22 stycznia 2018 r.

Rozpatrywaniem sprzeciwów w MZ zajmowała się naczelnik Wydziału Jakości DAiS, która równocześnie była członkiem Rady Akredytacyjnej. W trzech na siedem sprzeciwów, ich rozpatrywanie przez Ministra Zdrowia wynosiło ponad 100 dni; tj. 109 dni rozpatrywany był sprzeciw Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu; 125 dni sprzeciw Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu; 159 dni sprzeciw Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie. Dyrektor DAiS poinformował, że rozpatrzenie sprzeciwów dyrektorów szpitali w Bytomiu i Orzeszu wymagało analizy uwag zgłoszonych do oceny odpowiednio: 45 i 24 standardów akredytacyjnych, a okres rozpatrywania sprzeciwu szpitala w Lublinie został wydłużony ze względu na konieczność przeprowadzenia analizy rozbieżnych opinii Rady Akredytacyjnej i CMJ na temat jednego standardu akredytacyjnego.

(akta kontroli str. 198-200, 291, 358-359, 386-388, 403-406, 409-411, 440-454)

W procesie akredytacji, korzystano z papierowego obiegu informacji pomiędzy szpitalami wnioskującymi o udzielenie akredytacji, CMJ, Radą Akredytacyjną i Ministerstwem Zdrowia. Zgodnie z dokumentem opracowanym przez CMJ pn. *Program Akredytacji Szpitali Przewodnik po procesie*²³, który obowiązuje od 2011 r., zgłoszenie szpitala o udzielenie akredytacji powinno nastąpić w formie wniosku przesłanego na adres CMJ w terminie około sześć miesięcy przed planowanym terminem przeglądu. Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało elektroniczną bazą danych wspomagającą w sposób kompleksowy proces akredytacji. Minister Zdrowia, jeszcze w trakcie czynności kontrolnych, w dniu 4 czerwca 2019 r. zobowiązał dyrektora CMJ i przewodniczącego Rady Akredytacyjnej do przekazywania do Ministerstwa Zdrowia korespondencji dotyczącej procesu akredytacji drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej, co pozwoli na ograniczenie kosztów korespondencji papierowej i skrócenie czasu obiegu dokumentów.

(akta kontroli str. 286-287, 423-434)

1.5. Działalność Rady Akredytacyjnej

Opis stanu faktycznego

Rada Akredytacyjna jest podmiotem doradczym Ministra Zdrowia do spraw akredytacji. Ośrodek akredytacyjny przedstawia standardy akredytacyjne Radzie w celu ich akceptacji²⁴. Zaakceptowane standardy akredytacyjne Rada przedstawia Ministrowi Zdrowia w celu ich zatwierdzenia. Rekomendacja Rady w zakresie udzielenia albo odmowy udzielenia akredytacji podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych następuje po przeprowadzeniu przeglądu przez ośrodek akredytacyjny tego podmiotu pod względem spełniania standardów akredytacyjnych, z którego sporządzany jest raport i po ewentualnie przeprowadzonej procedurze odwoławczej w zakresie raportu²⁵. Na podstawie raportu z przeglądu oraz stanowiska do niego ośrodka akredytacyjnego, Rada dokonuje oceny punktowej

²³ Dostępny pod adresem: https://www.cmj.org.pl/akredytacja/przewodnik_akredytacja_szpitali.pdf.

²⁴ Art. 2 ust. 2 ustawy o akredytacji.

²⁵ Art. 3 ust. 4-7 ustawy o akredytacji.

spełnienia poszczególnych standardów i przedstawia Ministrowi Zdrowia rekomendację²⁶. Rekomendacja jest wydawana w formie uchwały podejmowanej większością 2/3 głosów, w obecności co najmniej połowy składu Rady, a w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos jej przewodniczącego.

W latach 2016-2018 Rada Akredytacyjna podjęła łącznie 309 uchwał z ostatecznymi rekomendacjami w sprawie udzielenia lub odmowy udzielenia akredytacji:

1. W 2016 r. podjęła łącznie 62 uchwały rekomendujące.
2. W 2017 r. podjęła łącznie 61 uchwał rekomendujących.
3. W 2018 r. wydała łącznie 186 uchwał rekomendujących.

(akta kontroli str. 249-257, 291, 407-411)

Wśród przekazanych przez przewodniczącego Rady ośmiu uchwał w sprawie odmowy udzielenia akredytacji szpitalowi, wydanych w latach 2016-2019 (do 30 kwietnia), uchwała Rady Akredytacyjnej nr 13/2016 z dnia 8 kwietnia 2016 r. w sposób znaczący odbiegała od pozostałych, bowiem powoływała się na okoliczności nieprzewidziane w ustawie o akredytacji. Przepis art. 3 ust. 8 ustawy stanowi, że Rada dokonuje oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów na podstawie dokumentów, tj. raportu z przeglądu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, ewentualnie zastrzeżeń do raportu podmiotu oraz stanowiska do zastrzeżeń ośrodka akredytacyjnego. Na podstawie tych dokumentów Rada dokonuje oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów i przedstawia Ministrowi Zdrowia rekomendację w zakresie udzielenia albo odmowy udzielenia akredytacji podmiotowi wnioskującemu o nią. Jednakże w treści § 2 i § 3 tej uchwały wskazano okoliczności wykraczające, zdaniem NIK, poza treść dokumentów wskazanych ww. przepisem ustawy. Z treści uchwały wynika, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w raporcie został przez wizytatorów oceniony na 84% możliwej do uzyskania liczby punktów w trakcie przeglądu, który się odbył w dniach 27-29 października 2015 r. a w wyniku odwołania się od raportu ośrodek akredytacyjny obniżył tę ocenę do 83% możliwej do uzyskania liczby punktów w trakcie przeglądu (§ 1 ww. uchwały). Zatem podmiot spełnił kryterium określone przepisem § 8 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (minimum do uzyskania akredytacji to 75%), a mimo to, Rada wносиła o ponowne przeprowadzenie przeglądu szpitala i rekomendowała Ministrowi Zdrowia odmowę udzielenia akredytacji (§ 3 uchwały). Przewodniczący Rady, pismem z dnia 30 maja 2016 r., uzasadniając stanowisko Rady w sprawie odmowy udzielenia akredytacji wskazał m.in., że struktura szpitala uległa zmianie w stosunku do stanu z okresu, gdy szpital był oceniany przez wizytatorów CMJ, zatem istniały uzasadnione wątpliwości, że szpital spełnia standardy akredytacyjne nie takie, jak w czasie przeglądu (liczba łóżek szpitalnych i organizacja szpitala), oraz na perturbacje w funkcjonowaniu szpitala, skutkujące wstrzymaniem działalności tak kluczowych oddziałów jak SOR i Oddział Chorób Wewnętrznych i w konkluzji stwierdzając, że Rada nie mogła narazić Ministra na przyznanie certyfikatu szpitalowi, do którego funkcjonowania istniały aż tak istotne wątpliwości. Minister Zdrowia podzielił opinię Rady wyrażoną w rekomendacji i odmówił wydania certyfikatu akredytacyjnego. Na posiedzeniu, w dniu 16 grudnia 2016 r., Rada podjęła uchwałę o rekomendowaniu Ministrowi Zdrowia przyznania akredytacji temu szpitalowi, wobec uzyskania 83% możliwej do uzyskania liczby punktów w trakcie ponownego przeglądu, który się odbył w dniu 1 grudnia 2016 r. Szpital otrzymał certyfikat akredytacyjny w dniu 27 stycznia 2017 r.

²⁶ Art. 3 ust. 8 ustawy o akredytacji.

Zdaniem NIK, na rozwój sytuacji w powyższej sprawie niewątpliwie miał również upływ czasu, pomiędzy przeprowadzeniem przez CMJ przeglądu akredytacyjnego a posiedzeniem Rady, na którym Rada podjęła pierwszą uchwałę w sprawie szpitala (sześć miesięcy), a postępowanie akredytacyjne Rada zakończyła po upływie 14 miesięcy. Natomiast certyfikat szpital otrzymał po upływie blisko miesiąca od posiedzenia Rady, na którym rekomendowano Ministrowi udzielenie akredytacji. Zatem, proces akredytacyjny zakończony udzieleniem przez Ministra certyfikatu szpitalowi trwał 15 miesięcy.

Obowiązujące przepisy ustawy o *akredytacji*, wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, a także regulaminu organizacyjnego Rady Akredytacyjnej nie zawierają przepisów regulujących kwestię terminu, w jakim powinno się odbyć posiedzenie Rady ustosunkowujące się do akredytacji podmiotu, w którym już przeprowadzono przegląd.

W sprawie rekomendacji jednego z ubiegających się o akredytację szpitali, Rada Akredytacyjna podjęła dwie uchwały: nr 9/2017 w dniu 24 marca 2017 r. i nr 45/2017 w dniu 29 września 2017 r. W pierwszej Rada postanowiła wstrzymać się z rekomendacją udzielenia akredytacji do chwili wyjaśnienia struktury szpitala w kwestii przynależności oddziałów (§ 1 tej uchwały), czego zdaniem NIK, nie przewiduje przywołany przepis ustawy o akredytacji. W drugiej nr 45/2017, z dnia 29 września 2017 r., Rada rekomendowała Ministrowi Zdrowia odmowę udzielenia akredytacji z uwagi na fakt, że zgodnie z Rejestrem podmiotów leczniczych, szpital jako podmiot leczniczy w całości spełnia standardy akredytacyjne jedynie na poziomie 73%, a więc poziomie niewystarczającym dla przyznania akredytacji. Minister Zdrowia podzielił stanowisko Rady, odmawiając szpitalowi akredytacji.

(akta kontroli str. 920-923, 926-932, 962-964, 972-977, 980-985, 987-997, 1004-1017, 1020-1038, 1040-1062, 1066-1083)

Dyrektor DAiS, odnosząc się do uchwał Rady wstrzymujących się z udzieleniem Ministrowi Zdrowia rekomendacji w sprawie akredytacji, stwierdził m.in., że Rada Akredytacyjna nie posiada prerogatywy do wstrzymania się w sprawie udzielenia akredytacji lub jej odmowy.

W posiedzeniach Rady Akredytacyjnej, na których zapadały wskazane uchwały, uczestniczył również m.in. członek Rady Akredytacyjnej, którego zgłosił Minister Zdrowia i który, jako pracownik Ministerstwa, miał m.in. przypisany obowiązek współpracy z Radą Akredytacyjną.

(akta kontroli str. 5-9, 57-180, 291)

Zdaniem NIK, współpraca do stycznia 2019 r. DOOZ z Radą Akredytacyjną była niewystarczająca, bowiem doszło do podjęcia uchwał przez Radę Akredytacyjną, które w swej treści wykraczały poza prerogatywy Rady określone ustawą o *akredytacji*. Dlatego NIK pozytywnie ocenia wprowadzone przez DAiS rozwiązania polegające na zwróceniu się o przekazywanie dokumentów dotyczących rozstrzygnięć w sprawie udzielenia lub odmowy udzielenia akredytacji oraz pozostałej korespondencji Rady z Ministrem Zdrowia w formie elektronicznej, propozycję wprowadzenia w regulaminie wewnętrznym komórki zadania związanego z nadzorem i współpracą z Radą Akredytacyjną, jak również kwestiami związanymi z jej powołaniem (projekt nowelizacji regulaminu został przekazany w dniu 29 lipca 2019 r. do Biura Administracyjnego) oraz wprowadzenie bieżącego nadzoru (weryfikacji) poprawności dokumentów dotyczących rozstrzygnięć Ministra Zdrowia w zakresie udzielania lub odmowy udzielenia akredytacji pod względem prawnym i merytorycznym.

(akta kontroli str. 5-9, 14-56, 57-180, 230-257, 288, 291)

Zgodnie z ustawą o *akredytacji*, Rada Akredytacyjna składa się z 12 osób powoływanych i odwoływanych przez Ministra Zdrowia²⁷. Obecnie zasiada w niej osiem osób spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych; jedna osoba spośród kandydatów przedstawionych przez Ministra Obrony Narodowej; jedna osoba spośród kandydatów ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz dwie osoby, jako przedstawiciele Ministra Zdrowia, w tym jej przewodniczący.

Kadencja członków Rady trwa cztery lata, licząc od dnia ich powołania, zaś członkowie Rady pełnią swoje funkcje do czasu powołania ich następców. Ta sama osoba nie może być członkiem Rady więcej niż przez dwie kadencje. W przypadku odwołania członka Rady lub jego śmierci przed upływem kadencji Minister Zdrowia powołuje nowego członka Rady na okres do końca tej kadencji²⁸.

Ustalono, że osiem osób spośród członków Rady Akredytacyjnej zostało powołanych przez Ministra Zdrowia w dniu 2 listopada 2009 r. a także w dniu 16 grudnia 2013 r. i są nadal jej członkami, mimo wymogu określonego art. 6 ust. 5 ustawy o *akredytacji*²⁹. Przewodniczący Rady został powołany na to stanowisko przez Ministra Zdrowia w 2009 r. oraz ponownie 16 grudnia 2013 r. i pełni tę funkcję obecnie.

(akta kontroli str. 291, 920-923)

Zdaniem dyrektora DAiS, wszyscy członkowie, zasiadający obecnie w Radzie Akredytacyjnej, spełniają kryteria określone art. 6 ust. 2 pkt 1-4 ww. ustawy i na tę okoliczność złożył wyjaśnienia, w których m.in. wskazał, że:

„(...) Lista zgłoszonych kandydatów na członków Rady jest poddawana szerokiemu opiniowaniu. Informacja ta zamieszczana jest w BIP Ministra Zdrowia. Informacje zamieszczane w tym biuletynie są rozpowszechniane przez prasę branżową. (...) Dotychczas kandydaci byli zgłaszani przede wszystkim przez podmioty, które działają w systemie ochrony zdrowia od kilkunastu lub kilkudziesięciu lat lub współpracują z Ministerstwem Zdrowia na różnych płaszczyznach, takie jak Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Zakłada się, że podmioty te zgłaszając swoich kandydatów potwierdzają spełnienie przez te osoby wymagań ustawowych. Dotychczas do Ministra Zdrowia nie wpłynęły negatywne opinie na temat jakiegokolwiek kandydata na członka Rady Akredytacyjnej. (...) jedynie w przypadku jednej osoby, z uwagi na niewypełnienie obowiązków członka Rady, Minister Zdrowia zdecydował się na odwołanie z pełnienia funkcji członka Rady.”

Natomiast, ustosunkowując się do wymogu zaświadczeń o niekaralności, zadeklarował, że w przypadku przyszłych zgłoszeń na kandydatów członków Rady Akredytacyjnej zostanie uzupełniony wymóg o złożenie oświadczenia o niekaralności, co NIK ocenia pozytywnie.

(akta kontroli str. 254, 291, 1087-1093, 1098)

W latach 2016-2019 (do 30 kwietnia) odnotowano 31 wyłączeń członków Rady od podejmowanych decyzji ze względu na potencjalny konflikt interesów (art. 8 ustawy o *akredytacji*). Powodem tych wyłączeń był udział członka Rady w procesie akredytacji szpitala oraz zatrudnienie w szpitalu poddawany ocenie.

(akta kontroli str. 924-925)

²⁷ Art. 6 ust. 1 ustawy o *akredytacji*.

²⁸ Art. 6 ust. 3-5 ustawy o *akredytacji*.

²⁹ „Ta sama osoba nie może być członkiem Rady więcej niż przez dwie kadencje”.

W 2013 r. podmioty, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o akredytacji, zgłosiły 11 kandydatów, którzy zostali przez Ministra Zdrowia powołani na członków Rady. W 2014 r., w miejsce odwołanych członków Rady Akredytacyjnej, Minister Zdrowia powołał dwie kandydatki, w tym jedną zgłoszoną przez Zarząd Główny Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej a drugą przez Ministra Zdrowia. Z kolei w miejsce odwołanego z funkcji członka Rady Akredytacyjnej, w dniu 6 kwietnia 2016 r., przedstawiciela Ministra Obrony Narodowej, Minister Zdrowia 27 lutego 2019 r. powołał członka Rady zgłoszonego przez tego Ministra. Opóźnienie było wynikiem nieprzedstawiania kandydata przez Ministra Obrony Narodowej.

(akta kontroli str. 291, 1098-1102)

W dniu 30 listopada 2017 r. w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia oraz dzienniku o zasięgu ogólnopolskim zostało zamieszczone ogłoszenie o przystąpieniu przez Ministra Zdrowia do wyłaniania kandydatów na członków Rady Akredytacyjnej. Samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mogły zgłaszać swoich kandydatów w terminie do dnia 14 grudnia 2017 r., tj. 14 dni od dnia ukazania się ogłoszenia³⁰. Zgłoszono 15 kandydatów, w tym przedstawiciela Ministra Obrony Narodowej, który został powołany przez Ministra Zdrowia na członka Rady 27 lutego 2019 r. oraz przedstawiciela Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Wśród podmiotów, które zgłosiły kandydatów były m.in. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Izba Lekarska, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, które wskazały po jednym kandydacie oraz Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, które wskazało trzech kandydatów. Bez podania przyczyn, z przekroczeniem terminu określonego w § 2 ust. 3 rozporządzenia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej³¹, kandydatów do Rady Akredytacyjnej zgłosił Minister Obrony Narodowej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Naczelna Izba Lekarska oraz Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce. Do ogłoszonych w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia listy kandydatów na członków Rady Akredytacyjnej wpłynęły trzy opinie. Wszystkie dotyczyły tej samej osoby i zostały przekazane Ministrowi Zdrowia przez trzy różne podmioty.

W dniu 27 kwietnia 2018 r. dyrektor DOOZ MZ przekazał podsekretarzowi stanu w MZ informację dotyczącą zgłoszonych kandydatur. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych Minister Zdrowia nie powołał członków Rady Akredytacyjnej kolejnej kadencji, mimo upływu okresu kadencji, na który członkowie i przewodniczący Rady zostali powołani.

(akta kontroli str. 258-260, 291, 910-912, 1087-1114)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Pomimo zakończonej, w kwietniu 2018 r., procedury wyłaniania kandydatów na członków Rady Akredytacyjnej na kolejną kadencję Minister Zdrowia nie powołał członków Rady, co zdaniem NIK, pozostaje w sprzeczności z ustawą o akredytacji,

³⁰ Tj. zgodnie z § 2 ust. 1 i 3 rozporządzenia MZ w sprawie Rady Akredytacyjnej.

³¹ Dz. U. Nr 130 poz. 1074.

która stanowi o kadencyjności w funkcjonowaniu Rady Akredytacyjnej i skutkuje pełnieniem tej funkcji przez ośmiu jej członków de facto trzecią kadencję. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił m.in., że powołanie Rady Akredytacyjnej zostało wstrzymane w związku z pracami nad projektem ustawy o jakości, która przewiduje wprowadzenie zmian w zakresie trybu powołania Rady i zasad jej funkcjonowania.

Zdaniem NIK, argumenty wskazane przez podsekretarza stanu nie mogą uzasadniać nieprzestrzegania obowiązujących przepisów ustawy o akredytacji.

(akta kontroli str. 291, 920-923)

1.6. Realizacja kompetencji Ministra Zdrowia dotyczącej zmiany składu Rady Akredytacyjnej

Opis stanu faktycznego

W myśl art. 6 ust. 6 ustawy o akredytacji, minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członka Rady przed upływem kadencji w przypadku zrzeczenia się funkcji, choroby trwale uniemożliwiającej sprawowanie funkcji, skazania prawomocnym wyrokiem sądu za ścigane z oskarżenia publicznego przestępstwo popełnione umyślnie lub przestępstwo skarbowe, nieusprawiedliwionej nieobecności, na co najmniej trzech posiedzeniach Rady, niezłożenia w terminie oświadczenia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy, wniosku co najmniej połowy członków Rady oraz działania niezgodnego z celami, dla których Rada została powołana.

W latach 2016-2019 Minister Zdrowia, przed upływem kadencji, odwołał z funkcji jednego członka Rady Akredytacyjnej, na podstawie art. 6 ust. 6 pkt 1 ustawy o akredytacji, tj. wobec zrzeczenia się przez niego funkcji członka Rady. Na tej samej podstawie, przed upływem kadencji, w dniu 25 marca 2014 r. Minister Zdrowia również odwołał jedną osobę i w jej miejsce, 28 kwietnia 2014 r., powołał inną.

W działalności Rady Akredytacyjnej odnotowano jeden przypadek, kiedy Minister Zdrowia, w ramach nadzoru, z uwagi na niewypełnienie obowiązków członka Rady zdecydował o odwołaniu, w dniu 25 marca 2014 r., jednej osoby na podstawie art. 6 ust. 6 pkt 5 ww. ustawy. Na jej miejsce została powołana, w dniu 28 kwietnia 2014 r., inna osoba.

Nieobecność członków na posiedzeniach Rady i usprawiedliwienie przez nich tych nieobecności były na bieżąco weryfikowane na poszczególnych posiedzeniach Rady przez przedstawicieli Ministra Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Dla każdego posiedzenia Rady przygotowywana była lista obecnych członków Rady oraz usprawiedliwień nieobecności, które w formie załączników były dołączane do protokołów z posiedzeń Rady, stanowiąc jego integralną część. W latach 2016 - 2019 wystąpiły dwa przypadki braku usprawiedliwienia nieobecności członków Rady na jej posiedzeniach. Oba dotyczyły posiedzeń Rady, które się odbyły w 2016 r.

Dwa oświadczenia członków Rady, wymagane art. 7 ustawy o akredytacji, nie zostały opatrzone datą ich sporządzenia. Wprawdzie Dyrektor DAiS wyjaśnił, iż oświadczenia tych członków zostały złożone w ustawowym terminie, a przepisy o akredytacji w ochronie zdrowia nie przewidują korekty tych oświadczeń, nie przedstawił jednak żadnego dowodu potwierdzającego tę datę.

Wobec powyżej przytoczonych ustaleń, NIK pozytywnie ocenia rozwiązania przyjęte przez Radę Akredytacyjną w dniu 28 czerwca 2019 r. Rada Akredytacyjna podjęła wówczas decyzję o uzupełnieniu rocznego sprawozdania z działalności Rady przekazywanego Ministrowi Zdrowia o zestawienia związane ze składaniem oświadczeń przez członków Rady (w tym termin złożenia oświadczenia), nieobecności członków Rady na poszczególnych posiedzeniach i faktem ich usprawiedliwienia oraz wyłączeniami członków Rady Akredytacyjnej w sprawach

związanych z udzieleniem akredytacji, a także przyczynach tych wyłączeń. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie odwołał członka Rady przed upływem kadencji na podstawie art. 6 ust. 6 pkt 2-4 i 6-7 ustawy o akredytacji, bowiem zgodnie z wiedzą osób współpracujących z Radą, takie okoliczności nie wystąpiły.

(akta kontroli str. 291, 926-931, 963, 998-1003, 1018-1019, 1039, 1063-1065, 1084-1086, 1102-1105)

1.7. Skargi, wnioski oraz kontrole i audyty wewnętrzne

Opis stanu faktycznego

W latach 2016-2019 (do 30 kwietnia) w Ministerstwie Zdrowia nie odnotowano skarg i wniosków dotyczących akredytacji podmiotów leczniczych. Komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia nie przeprowadzały kontroli i audytów wewnętrznych, których zakres przedmiotowy dotyczyłby: zasad i trybu udzielania akredytacji; certyfikacji podmiotów leczniczych; a także spraw dotyczących działalności Rady Akredytacyjnej. W ww. okresie Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, a po przejściu zadań, Departament Oceny Inwestycji, przeprowadziły łącznie 15 kontroli dwóch projektów współfinansowanych ze środków unijnych realizowanych przez CMJ.

(akta kontroli str. 291, 455-502, 760-767)

W 2015 r. Centralne Biuro Antykorupcyjne (dalej CBA) przeprowadziło kontrolę w CMJ, której zakres obejmował wybrane procedury podejmowania i realizacji decyzji dotyczących gospodarowania środkami publicznymi w latach 2008-2014. W wyniku kontroli, Minister Zdrowia w 2016 r. zobowiązał dyrektora CMJ do przygotowania planu naprawczego dotyczącego działalności CMJ. Celem tego planu było zagwarantowanie prowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych w sposób bezstronny i obiektywny oraz zapewnienie zawierania umów cywilnoprawnych zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego. W dniu 31 stycznia 2017 r. podsekretarz stanu w MZ zaakceptował plan naprawczy do wykorzystania w realizacji zadań statutowych CMJ oraz projektów współfinansowanych ze środków europejskich. W dniu 8 lutego 2017 r. dyrektor CMJ został zobowiązany do realizacji planu, a nadzór merytoryczny w Ministerstwie Zdrowia nad jego wykonaniem powierzono dyrektor DOOZ oraz w zakresie projektów współfinansowanych ze środków europejskich, dyrektor Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia.

W planach kontroli Departamentu Nadzoru i Kontroli (dalej DNiK) na 2018 r. i 2019 r. ujęto kontrolę CMJ, której zakres przedmiotowy obejmował realizację planu naprawczego. Do zakończenia czynności kontrolnych NIK, kontrola nie została przeprowadzona.

(akta kontroli str. 249-257, 262-265, 279-285, 289, 291, 461-463, 467-502)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

Minister Zdrowia nie zapewnił skutecznej kontroli realizacji planu naprawczego przez CMJ, który obowiązuje od 2017 r.

Zastępca dyrektora DNiK wyjaśniła, że kontrola w 2018 r. nie została przeprowadzona ze względu na niewystarczające zasoby kadrowe Departamentu i jej wykonanie przełożono na IV kwartał 2019 r.

Niedokonanie przez Ministra Zdrowia kontroli CMJ, Najwyższa Izba Kontroli ocenia jako postępowanie nierzetelne, bowiem bez względu na problemy kadrowe w Departamencie Nadzoru i Kontroli, Minister Zdrowia miał możliwość powierzenia zadania innym kompetentnym komórkom organizacyjnym MZ.

(akta kontroli str. 255-256, 289, 467-469)

1.8. Finansowanie działalności Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Opis stanu faktycznego

Działalność CMJ jest finansowana z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie, działu 851 Ochrona zdrowia, rozdziału 85195 – Pozostała działalność. Wydatki³² poniesione przez CMJ, w latach 2016-2019 (do 30 czerwca), wyniosły odpowiednio: 3 523,9 tys. zł, tj. 87,1% planu po zmianach (4 043,8 tys. zł); 4 005,4 tys. zł, tj. 82,0% planu po zmianach (4 884,2 tys. zł); 4 449,6 tys. zł, tj. 86,2% planu po zmianach (5 162,0 tys. zł); 2 197,0 tys. zł, tj. 49,6% planu po zmianach (4 431,0 tys. zł). Minister Zdrowia nie ograniczał planu wydatków oraz nie planował i nie przekazywał do CMJ środków z rezerwy ogólnej, w trybie art. 155 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³³. Na 2016 r. Minister zaplanował dla CMJ środki finansowe z rezerwy celowej w trybie art. 154 ustawy o finansach publicznych, w wysokości 167,0 tys. zł, na realizację dwóch projektów współfinansowanych ze środków europejskich. CMJ wydatkowało kwotę 150,0 tys. zł (89,8%). Przyczyną niepełnego wydatkowania środków było przesunięcie części zadań i w konsekwencji, zamówień publicznych, na kolejny rok budżetowy. W latach 2017-2019 Minister Zdrowia nie zaplanował i nie przekazywał do CMJ środków z rezerwy celowej. Minister Zdrowia nie dokonywał również blokowania planowanych wydatków budżetowych podległej jednostki.

(akta kontroli str. 503-754)

W latach 2016-2019 (do 30 czerwca) dochody, w najwyższej kwocie, zostały zrealizowane z tytułu opłat za przeprowadzenie przez CMJ procedury oceniającej i wyniosły odpowiednio: 2 100,2 tys. zł; 2 206,0 tys. zł; 2 456,9 tys. zł; 1 851,3 tys. zł. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy o akredytacji, opłaty te stanowiły dochód budżetu państwa. Przepisy ww. ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, nie wskazują trybu, w tym terminu wnoszenia opłat. Minister Zdrowia, jeszcze w trakcie czynności kontrolnych, w dniu 29 lipca 2019 r., polecił dyrektor CMJ, aby opłaty były pobierane od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych po ustaleniu i akceptacji terminu przeglądu akredytacyjnego oraz składu zespołu wizytacyjnego.

Minister Zdrowia nie przeprowadzał kontroli prawidłowości pobierania opłat przez CMJ i wskazał w tym zakresie dyrektora CMJ jako odpowiedzialnego za gospodarkę finansową tej jednostki, zapewnienie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

(akta kontroli str. 185-186, 201-203, 269-270, 409-411, 435-439, 522, 578, 640,713, 755-759)

³² Dane na podstawie rocznych sprawozdań Rb-28 z wykonania planu wydatków budżetu państwa (lata 2016-2018) oraz sprawozdania Rb-28 za czerwiec 2019 r.

³³ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm., dalej ustawa o finansach publicznych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

- Uwagi
1. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że ustawa o akredytacji oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie nie określają terminów rozpatrywania wniosków o udzielenie akredytacji oraz terminów rozpatrywania sprzeciwów od odmowy udzielenia akredytacji wniesionych do Ministra Zdrowia. Nie określają również, kiedy powinno się odbyć posiedzenie Rady Akredytacyjnej w sprawie akredytacji podmiotu, w którym już przeprowadzono przegląd. W ocenie NIK, ta sytuacja nie sprzyja sprawnemu przebiegowi tego postępowania.
 2. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że we wzorze certyfikatu akredytacyjnego, który zgodnie z art. 3 ust. 12 w związku z art. 3 ust. 3 ustawy o akredytacji, jest udzielany na trzy lata, nie określono okresu jego ważności. W ocenie NIK, może to stwarzać ryzyko, iż po upublicznieniu certyfikatu w szpitalu pacjenci nabiorą przekonania o jego aktualności, nawet wówczas, gdy faktycznie utraci on swoją ważność.
 3. Nie zostały precyzyjnie określone zadania, które powinny być realizowane w zakresie sprawowania nadzoru merytorycznego nad CMJ. W ocenie NIK, w organizacji nadzoru nad Centrum powinny znaleźć zastosowanie wnioski i rekomendacje Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zawarte w dokumencie *Nadzór w administracji rządowej*, który został skierowany w 2014 r. do ministrów kierujących działami administracji rządowej³⁴. Ponadto, zgodnie ze standardem nr 3 określonym w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych³⁵, struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań, a zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek winien być określony w sposób przejrzysty i spójny.
 4. W ocenie NIK, należy poprawić skuteczność funkcjonowania nadzoru Ministra Zdrowia nad Radą Akredytacyjną, bowiem stwierdzone niedociągnięcia w jej funkcjonowaniu budzą wątpliwości, co do przejrzystości i obiektywizmu niektórych działań.
 5. W ocenie NIK, wprowadzenie komunikacji elektronicznej na każdym etapie postępowania o udzielenie akredytacji oraz wsparcie nadzoru merytorycznego nad tym procesem przy pomocy elektronicznej bazy danych powinno usprawnić realizację obowiązków dotyczących udzielania akredytacji podmiotom leczniczym.
- Wnioski
1. Zintensyfikowanie prac nad wprowadzeniem zmian w ustawodawstwie dotyczącym jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.
 2. Zapewnienie skutecznego nadzoru nad Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w celu aktualizacji przez tę jednostkę standardów akredytacyjnych.
 3. Przeprowadzenie kontroli realizacji planu naprawczego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

³⁴ Dostępny pod adresem: <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-kancelarii-prezesa/kontrola-i-nadzor/nadzor/wybrane-analizy-i-infor/3233,Wybrane-analizy-i-informacje-z-zakresu-nadzoru.html>. W szczególności istotny w tym przypadku jest pkt 5.3. Organizacja procesu nadzoru oraz pkt 6.1. Rekomendacje systemowe, rekomendacja nr 6: rozważenie opracowania polityk nadzorczych, tj. dokumentów określających m.in. zasady i tryb nadzoru.

³⁵ Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15 poz. 84.

4. Powołanie członków Rady Akredytacyjnej na kolejną kadencję.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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.

Warszawa, dnia 17 września 2019 r.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
Wojciech Kutyla

/-/

podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał Piotr Wasilewski, dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

DYREKTOR
Departament Zdrowia
z up.

Maciej Szustowicz
Wicedyrektor

.....
podpis

