



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.003.02.2019

Paweł Rafał Natkowski  
Dyrektor  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny  
im. Dr J. Psarskiego w Ostrołęce  
al. Jana Pawła II 120 A, 07-410 Ostrołęka

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 - Akredytacja podmiotów leczniczych

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa  
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61  
kzd@nik.gov.pl  
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Psarskiego w Ostrołęce al. Jana Pawła II 120 A, 07-410 Ostrołęka (dalej Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Rafał Natkowski, Dyrektor, od 1 czerwca 2018 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Wojciech Miazga, Dyrektor, do 31 maja 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Ocena wpływu akredytacji na jakość świadczeń zdrowotnych oraz na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów oraz na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016 - 2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Rafał Zyzik, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/26/2019 z 9 maja 2019 r.  (akta kontroli str.1-5)

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

<b>OCENA OGÓLNA</b>	<p>Wprowadzenie przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr J. Psarskiego w Ostrołęce w 2002 r. procedur opartych na standardach akredytacyjnych pozytywnie wpłynęło na sposób, zakres, bezpieczeństwo wykonywanych świadczeń zdrowotnych; pozostało natomiast bez wpływu na sytuację ekonomiczną jednostki.</p> <p>Szpital spełniał warunki akredytacji od 2002 r. Ostatnia ocena akredytacyjna pozwoliła na uzyskanie certyfikatu potwierdzającego spełnianie standardów na poziomie 83% (w poprzednim procesie akredytacyjnym z 2013 r. Szpital spełniał standardy w 81%, zaś w 2010 r. w 80%). Usystematyzowanie i wprowadzenie nowych rozwiązań zmierzających do zapewnienia zgodności z wybranymi wymogami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali pozwoliło na stworzenie mechanizmów poprawiających jakość udzielanych świadczeń.</p> <p>W Szpitalu zagwarantowano przestrzeganie praw pacjenta osobom hospitalizowanym, w tym zapewniono dostęp do informacji o ich prawach i obowiązkach, jak również dostęp do praktycznych informacji na temat przygotowania do badań radiologicznych. Systematycznie dokonywano oceny opinii personelu placówki, jak również badano satysfakcję pacjentów.</p>
---------------------	---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

Zgodnie ze standardami zapewniono dostępność leków, sprzętu i materiałów w stanach nagłego zagrożenia życia, opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, jak również system uzyskiwania leku w trybie nagłym.

Prowadzono, zgodnie ze wymogami standardu, analizy postępowania z materiałem do badań.

W ramach Systemu Zarządzania Jakością przygotowano i wdrożono do stosowania procedury służące poprawie standardów jakościowych, opracowano oraz realizowano plan szkoleń z zarządzania jakością dla personelu placówki. Pracownicy uczestniczyli w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.

Zweryfikowany przez NIK poziom spełniania wybranych standardów akredytacyjnych, w okresie od dnia uzyskania akredytacji (tj. 4 sierpnia 2017 r.) do dnia zakończenia kontroli NIK, nie w każdym przypadku pokrywał się z wynikiem zamieszczonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: CMJ) w raporcie akredytacyjnym<sup>3</sup>. Z 13 standardów akredytacyjnych poddanych weryfikacji - dwa, w różnych okresach, nie były spełnione.

Szpital nie w pełni spełniał standard akredytacyjny polegający na corocznym szkoleniu w zakresie resuscytacji krążeniowo – oddechowej całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego (nr standardu z 2009 r. OP 3), w całym okresie objętym kontrolą odsetek przeszkolonych pracowników nie przekroczył 27,8%. Ponadto nie wszyscy obowiązani pracownicy uczestniczyli dwa razy w roku w szkoleniach na temat zakażeń, co nie odpowiadało wymogom standardu z 2009 r. KZ 5.

W badaniu ankietowym pacjenci pozytywnie ocenili spełnienie wybranych standardów z obszarów prawa pacjenta i zarządzanie środowiskiem opieki, a 30% z nich wskazało, że przy wyborze szpitala miało dla nich znaczenie posiadanie przez podmiot leczniczy certyfikatu akredytacyjnego.

Otrzymanie akredytacji nie miało wpływu na sytuację finansową Szpitala. Zmiany w zakresie wskaźników ekonomicznych, nie były związane z wprowadzeniem standardów akredytacyjnych. Powołany w Szpitalu, w 2000 r., Komitet ds. Jakości rzetelnie realizował swoje zadania, w tym także związane z monitorowaniem realizacji rocznych programów działań dla poprawy jakości w obszarach, które przez CMJ uznane zostały za niespełnione lub częściowo spełnione.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>4</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów**

Opis stanu faktycznego

##### 1.1 Certyfikacja podmiotu leczniczego

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, jest podmiotem leczniczym działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Szpital pierwszy certyfikat akredytacyjny otrzymał w 2002 r.

<sup>3</sup> Standard oceniony jako w pełni spełniony – 5 pkt.

<sup>4</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

i odnawiał go w kolejnych latach. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały następujące certyfikaty akredytacyjne:

- nr 2013/5 z 13 marca 2013 r. (poziom spełniania wszystkich standardów 81%);
- nr 2017/18 z dnia 4 sierpnia 2017 r. (poziom spełniania wszystkich standardów 83%).

Proces akredytacyjny został przeprowadzony z zastosowaniem standardów opublikowanych w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali<sup>5</sup>.

W przygotowaniu Szpitala do spełnienia wymagań standardów akredytacyjnych zaangażowany był prawie cały personel. Powołano Koordynatora ds. Akredytacji (później zmieniono to stanowisko na Pełnomocnika ds. Jakości), który nadzorował sprawy związane z przygotowaniem. W celu zapewnienia spójności realizacji zadań powołano Komitet ds. Jakości<sup>6</sup> składający się z zastępcy dyrektora ds. medycznych, ordynatorów, kierowników komórek organizacyjnych, pielęgniarek oddziałowych i koordynujących oraz pełnomocnika ds. jakości. Zadaniem Komitetu było m.in. inicjowanie i koordynowanie działań prowadzących do poprawy jakości świadczeń medycznych. W latach 2016 – 2019 komitet spotykał się co miesiąc w trakcie narad Dyrektora Szpitala z kadrą kierowniczą.

(akta kontroli str.7-8, 38-69, 615-653)

W dniu 27 marca 2017 r. Szpital złożył do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (dalej: CMJ) wniosek o odnowę ważności certyfikatu akredytacji. Wizyta akredytacyjna odbyła się w dniach 7 – 9 czerwca 2017 r. Po zakończeniu wizyty oceniającej, Szpital, w dniu 3 lipca 2017 r.<sup>7</sup>, otrzymał pismo zawierające raport z wizyty akredytacyjnej. Rada Akredytacyjna, pismem z dnia 13 lipca 2017 r.<sup>8</sup>, poinformowała Szpital o rekomendowaniu udzielenia akredytacji. Ministerstwo Zdrowia, pismem z dnia 4 sierpnia 2017 r., poinformowało o udzieleniu akredytacji – pismo wpłynęło do Szpitala w dniu 14 sierpnia 2017 r.

(akta kontroli str.7- 8, 355 -377)

## **1.2 Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy**

Opis stanu faktycznego

Sprawdzeniem objęto spełnianie przez Szpital wybranych standardów akredytacyjnych, które zgodnie z raportem akredytacyjnym nr 2017/18 z 4 sierpnia 2017 r. zostały ocenione na 5 punktów, tj.:

### **1.2.1. Prawa pacjenta (PP) Przestrzeganie praw pacjenta**

Nr standardu z 2009 PP 1, - Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.

Szpital w tym zakresie opracował i wdrożył 12 procedur<sup>9</sup>. Prawa i Obowiązki Pacjenta (PiOP) zostały udostępnione na stronie internetowej Szpitala, na tablicach

<sup>5</sup> Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 2, poz. 24

<sup>6</sup> Zarządzenie Dyrektora MSS w Ostrołęce Nr 38/2000 z 31 maja 2000 r. w sprawie powołania komisji ds. akredytacji Szpitala w Ostrołęce, Zarządzenie Dyrektora MSS w Ostrołęce Nr 62/2000 z 29 sierpnia 2000 r. w sprawie powołania Komitetu ds. Jakości, Zarządzenie Dyrektora MSS w Ostrołęce Nr 87 z 30 października 2000 r. w sprawie powołania Koordynatora ds. Jakości Świadczeń Medycznych.

<sup>7</sup> data wpływu

<sup>8</sup> Które wpłynęło do Szpitala w dniu 01 sierpnia 2017 r.

<sup>9</sup> 1. Procedura informowania pacjentów o przysługujących im prawach z dnia 26 stycznia 2016 r.; 2. Procedura porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi i głuchoniemiymi z dnia 22 marca 2017 r. 3. Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych z dnia 7 stycznia 2009 r., 4. Procedura identyfikacji personelu przez pacjenta z dnia 12 lutego 2002 r., 5. Procedura informowania pacjenta o jego stanie zdrowia z dnia 1 października 2017 r., 6. Procedura postępowania z przedmiotami wartościowymi chorego przyjmowanego do szpitala z dnia 28 października 2009 r. oraz Rozporządzenie w sprawie depozytu, 7. Procedura Postępowania ze środkami finansowymi pacjenta w ZPO z dnia 4 listopada 2008 r.

ogłoszeń w oddziałach, jak również w salach pacjentów. Fakt zapoznania się z PiOP pacjenci potwierdzali podpisem w historii choroby.

Z przeprowadzonej wśród pacjentów anonimowej ankiety wynikało, że 45 pacjentów (90% ankietowanych), w związku z przyjęciem do szpitala, było informowanych o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta, jeden (2%) stwierdził, że nie był, zaś czterech (8%) podał, że nie pamięta. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 204 – 207, 233 – 234, 403 – 450, 674)

## 1.2. 2. Jakość opieki nad pacjentem

### 1.2.2.1 Nr standardu z 2009 OP 3 - Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

W szpitalu, co najmniej raz w roku, jest przeprowadzane szkolenie personelu w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W latach 2016 - 2018 przeszkolono odpowiednio: 20,4%, 27,8% i 25,5% ogółu pracowników, w grupie lekarzy odpowiednio: 4,4%, 9,6% i 18,5%, natomiast w grupie pielęgniarek: 32,0%, 37,5% i 33,4%. W grupie pozostałego personelu medycznego szkoleniem objęto odpowiednio 1,2%, 16,5% i 8,8%.

Dyrektor wyjaśnił, że w punktacji standardu określono pełne spełnienie standardu w sytuacji, gdy „personel medyczny jest regularnie, przynajmniej raz w roku, szkoleny w resuscytacji krążeniowo-oddechowej” - takie szkolenia są w szpitalu prowadzone regularnie przynajmniej raz w roku.

(akta kontroli str. 96 -102, 105, 154 - 157, 295, 821 - 822)

W ocenie NIK standard nie był spełniony. Określony w nim sposób punktowania wskazywał na konieczność corocznego przeszkolenia wszystkich pracowników.

### 1.2.2.2. Nr standardu z 2009 OP 4 - W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

Listę leków, materiałów i sprzętu medycznego stanowiących wyposażenie wózków reanimacyjnych reguluje Zarządzenie Dyrektora MSS w Ostrołęce Nr 41/2016 w sprawie wprowadzenia do stosowania „Procedury dotyczącej zestawów do udzielania pierwszej pomocy” z dnia 17 lutego 2016 r.

Nr standardu z 2009 OP 4.1 – Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.

Zestawy ratunkowe były łatwo dostępne, wszystkie produkty lecznicze w nich umieszczone miały aktualną datę ważności i były zgodne z listą leków określoną dla oddziałów niezabiegowych określonych w ww. Zarządzeniu Nr 41/2016

Adrenalina wchodząca w skład zestawu miała zachowany termin ważności i była oznaczona datą umieszczenia w zestawie ratunkowym. Na oddziale do książki raportów pielęgniarskich zapisywane były daty przeprowadzanych comiesięcznych kontroli.

(akta kontroli str. 96 -102, 204 – 213, 221 - 232)

Standard ten został spełniony, gdyż w Szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia i były one stale dostępne w miejscach świadczenia opieki medycznej.

## 1.2.3. Zapewnienie kontroli zakażeń

---

(uzupełnienie do ogólnej procedury postępowania z depozytem wartościowym), 8. Procedura uzyskania świadomej zgody pacjenta z dnia 26 stycznia 2016 r., 9. Procedura stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 5 kwietnia 2019, 10. Regulamin odwiedzin pacjentów z dnia 23 czerwca 2014 r. 11. Procedura postępowania z ubraniami chorych pozostawionymi dłużej niż miesiąc od wypisu pacjenta ze szpitala z dnia 15 lutego 2012 r., 12. Procedura prowadzenia badań klinicznych z dnia 10 sierpnia 2015 r. (Zarządzenie Nr 125 z 2017 r.)

Nr standardu KZ 5 - Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.

Działalność szkoleniowa dedykowana dla personelu medycznego w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym realizowana była przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W I półroczu 2019 r. Zespół ten przeprowadził szkolenie, w którym uczestniczyło łącznie 184 osoby (17,1% zatrudnionych), w 2018 r. przeprowadzono 15 szkoleń dla 603 pracowników (57%), w 2017 r. - 20 szkoleń dla 784 osób (56%), zaś w 2016 r. - 15 szkoleń dla 565 osób (51,6%).

Wszyscy nowo przyjęci pracownicy byli objęci szkoleniem z zakresu zakażeń prowadzonym przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną; w przypadku lekarzy szkolenie prowadziła lekarz Przewodnicząca Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych. Fakt odbycia szkolenia był odnotowywany w Karcie Adaptacji Zawodowej, którą włączano do teczek osobowych.

Na podstawie analizy 60 losowo wybranych teczek osobowych stwierdzono, że w 44 (73,3% badanych) teczkach pracownicy posiadają kartę adaptacji z adnotacją o przeszkoleniu w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym, 10 (16,7%) posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego i 6 (10%) wpis ze szkoleń zewnętrznych.

(akta kontroli str. 96 -102, 147 -157)

Zdaniem NIK standard nie został w pełni spełniony, gdyż nie wszyscy obowiązani pracownicy uczestniczyli dwa razy w roku w szkoleniach na temat zakażeń, pomimo, że odsetek osób przeszkolonych wzrastał od momentu otrzymania przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego.

#### 1.2.4. Bezpieczeństwo pacjentów w zakresie farmakoterapii

##### 1.2.4.1. Nr standardu FA7 - Procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach i były one stosowane zgodnie z przyjętymi zasadami.

Zasady nadzoru nad lekami przechowywanymi na oddziałach uregulowano m.in. w:

- Receptariuszu szpitalnym (ostatnia aktualizacja z 18 kwietnia 2019 r.);
- Instrukcji zakładowej postępowania z lekami z 23 maja 2017 r.;
- Procedurze związanej z leczeniem krwią - Zarządzenie 47/2018 z dnia 26 lutego 2018 r.;
- Procedurze wydawania i transportu leków cytotoksycznych z dnia 18 kwietnia 2017 r.

Zasady nadzoru nad lekami przechowywanymi w aptece szpitalnej reguluje m.in.:

- Procedura zabezpieczenia leków przechowywanych w Aptece z dnia 10 lutego 2017 r.;
- Procedura wykonywania mieszaniny do żywienia pozajelitowego przy użyciu worka 3-komorowego z dnia 24 stycznia 2013 r.;
- Procedury badania przestrzeni pracy oraz personelu - receptura jałowa z dnia 03 stycznia 2013 r.;
- Zasady przygotowywania, podawania i przechowywania leków cytostatycznych z dnia 15 stycznia 2001 r.

Na oddziałach przeprowadzano comiesięczną kontrolę „wózków reanimacyjnych” oraz codzienną kontrolę terminów ważności leków. Czynności były dokumentowane w rejestrach prowadzonych na oddziałach. W toku oględzin stwierdzono zgodność pomiędzy stanem losowo wybranych produktów leczniczych zgromadzonych

w apteczce oddziałowej z ewidencją apteki szpitalnej w zakresie serii, daty ważności oraz liczby opakowań. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 204 - 213, 259 - 292, 657 - 668)

1.2.4.2 Nr standardu FA 3 - Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.

W szpitalu opracowano Zakładową Instrukcję Postępowania z Lekami<sup>10</sup>, w której procedura nr 7 określa sposób postępowania w przypadku konieczności uzyskiwania leku w trybie nagłym. Określono źródła uzyskania leków w warunkach dyżurowych, informację o kontaktach telefonicznych do kierownika Apteki, listę leków ratujących życie znajdujące się w Izbie Przyjęć. Na wypadek braku leków na terenie Szpitala ustalono możliwość pozyskania go z jednego z czterech najbliższych szpitali. Upoważniono, również lekarza dyżurnego do zadysponowania karetki pogotowia w celu szybkiego sprowadzenia leku.

W latach 2016-2019 zamawiano leki w trybie pilnym 6rotnie: po dwa zamówienia w 2016 i 2018 r oraz po jednym zamówieniu w 2017 i 2019 r. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 176 -177, 193 -209, 259 - 292)

1.2.5. Nr standardu LA 2 - W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.

W Szpitalu w 2009 r. został powołany Zespół ds. Oceny Błędów Przedlaboratoryjnych<sup>11</sup>. Głównym jego zadaniem było dokonywanie okresowej kontroli przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych oraz pobieranie i przechowywanie materiału do badań. Protokół z zebrania Zespołu był przekazywany do Pełnomocnika ds. Jakości oraz Z-cy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej. Zalecenia i działania naprawcze są realizowane w formie szkoleń na poszczególnych oddziałach. Szkolenia były prowadzone przez koordynatora ds. współpracy z laboratorium oraz kierownika laboratorium. Dedykowane były dla personelu szpitala: pielęgniarek, położnych i lekarzy.

W latach 2016 - 2019 Zespół ds. Oceny Błędów Przedlaboratoryjnych spotkał się dwa razy 1 lutego 2017 r. i 27 lutego 2019 r. Zgodnie z zaleceniami Zespołu zostało przeprowadzone szkolenie na oddziałach, ze zwróceniem szczególnej uwagi na prawidłowe zabezpieczenie materiału do transportu pocztą pneumatyczną. Szkolenie odbyło się w okresie od 10 marca 2017 r. do 29 marca 2017 r. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 300 - 340)

1.2.6. Nr standardu DO 3 - Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych.

W Szpitalu opracowano informację dla pacjenta na temat badań radiologicznych oraz formularz świadomej zgody na ich wykonanie. Informacja zawierała opis badania i jego rodzaje oraz opis możliwych powikłań. Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na badanie pacjenci potwierdzają w historii choroby. Ponadto w Szpitalu funkcjonuje Procedura postępowania z pacjentami obcojęzycznymi i głuchoniemymi z dnia 22 marca 2017 r. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 204 - 207, 214 - 220, 233 - 234)

10 Zarządzenie Dyrektora MSS w Ostrołęce Nr 124/2017 z dnia 23.05.2017 w sprawie wprowadzenia do stosowania „Instrukcji Zakładowej Postępowania z Lekami”

11 - Zarządzenie Nr 109/2009 z dnia 28 września 2009 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Oceny Błędów Przedlaboratoryjnych.

1.2.7. Nr standardu OD 4 – W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.

Przechowywanie żywności przez pacjentów regulują Procedury dotyczące żywienia w oddziałach szpitalnych wprowadzone Zarządzeniem Nr 238 Dyrektora z dnia 19 grudnia 2014 r. w sprawie wdrożenia Systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności HACCP. Sposób przechowywania żywności przez pacjentów był zgodny z obowiązującymi w szpitalu regulacjami. Lodówki będące do dyspozycji pacjentów były czyste i sprawne. Przechowywano w nich wyłącznie produkty spożywcze. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 96 -102, 204 – 207, 235 - 245)

#### 1.2.8. Monitorowanie jakości

1.2.8.1. Nr standardu PJ 4.1. W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy.

W Szpitalu Pełnomocnik ds. Jakości corocznie tworzy „Program Działań na Rzecz Poprawy Jakości”, który jest zatwierdzany przez Dyrektora Szpitala. Przy jego opracowaniu wykorzystywane są dane z monitorowania jakości. Pierwszym etapem opracowania Programu jest informacja od kierowników wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala podsumowująca realizację celów jakości zawartych w Programie z poprzedniego roku oraz wyznaczenie nowych celów na kolejny rok. Analiza danych wykorzystywanych do opracowania programu poprawy prowadzona jest przez Komitet ds. Jakości, którego przewodniczącym jest Z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej oraz Komitet Analizujący Skuteczność Leczenia w Szpitalu. Wykorzystywane są też wnioski z pracy innych zespołów i komitetów.

Obszary, których dotyczyły projekty poprawy opracowane w Szpitalu to:

1. zapewnienie wysokiej jakości opieki nad pacjentem,
2. tworzenie bezpiecznych warunków środowiska opieki dla pacjentów i personelu,
3. kształtowanie załogi sprawnie realizującej cele zakładu,
4. dostosowanie struktury zakładu do potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką,
5. zapewnienie wiarygodności badań diagnostycznych,
6. kontrola, monitorowanie i ograniczenie zakażeń szpitalnych,
7. utrzymanie na wysokim poziomie higieny szpitalnej,
8. racjonalizacja gospodarki lekiem,
9. zapewnienie właściwego przepływu informacji.

Część projektów traktowano, jako zadanie ciągłe, związane ze specyfiką pracy danej komórki organizacyjnej lub związane z charakterystyką pracy Szpitala. Do zadań realizowanych ciągle należą m.in.: „Systematyczna kontrola i analiza dokumentacji medycznej oraz ewentualnie modyfikacja. Cel jakościowy – „Wykonanie co najmniej 4 kontroli w roku zamkniętej dokumentacji medycznej, obejmującej od 0,5-1% archiwalnej dokumentacji medycznej”, „Stałe rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych pacjentów w zakresie cukrzycy”. Cel jakościowy: „Każdy pacjent wymagający edukacji w zakresie cukrzycy będzie objęty programem edukacji w zakresie radzenia sobie z chorobą”. Zadania te realizowane były poprzez szkolenia pracowników. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str.300 - 309)

1.2.8.2. Nr. standardu PJ 3 - W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów.

W celu oceny opinii pacjentów Szpital corocznie prowadzi badania satysfakcji pacjenta. Koordynatorem badania jest Pełnomocnik ds. Jakości. Badanie przeprowadza się przez okres jednego miesiąca wykorzystując anonimowe ankiety

rozdawane pacjentom podczas pobytu w oddziale po zakwalifikowaniu do wypisu. Każdy pacjent, korzystający ze świadczeń w okresie badawczym, ma możliwość wzięcia udziału w badaniach niezależnie od efektów leczenia. Anonimowo wypełnione ankiety oddaje do specjalnie w tym celu przygotowanych skrzynek.

Ankieta zawierała pytania podzielone na kategorie: „Informacje ogólne”, „Izba Przyjęć”, „Przyjęcie na oddział”, „Ocena oddziału”, „Lekarze”, „Pielęgniarki”, „Leczenie” oraz „Ogólna ocena Szpitala”. Ankietowani mieli możliwość oceny poziomu usług za pomocą pięciostopniowej skali ocen. W roku 2017 - 76% pacjentów biorących udział w badaniu pozytywnie oceniło pobyt w szpitalu, natomiast w roku 2016 i 2018 po 90%. Wskazywali też na dobre wyposażenie sprzętowe, dobre warunki pobytu jak również na fachowość i życzliwość personelu. Wyniki badań wykorzystywane są m.in. do tworzenia „Programu Działań na Rzecz Poprawy Jakości” oraz tematów szkoleń pracowników. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 548 - 614)

#### 1.2.10. Zarządzanie zasobami ludzkimi

##### 1.2.10.1 Nr. standard ZZ 5.3 - Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością.

W latach 2016 – 2019, corocznie Pełnomocnik ds. Jakości planował szkolenie z zakresu zarządzania jakością. W 2016 roku odbyło się szkolenie pn. „Jakość w ochronie zdrowia – wymagania Systemu Zarządzania w Ochronie Zdrowia”. W 2017 roku pn. „Jakość w ochronie zdrowia – wymagania Systemu Zarządzania w Ochronie Zdrowia z elementami zmian normy ISO 9001:2015”. W 2019 r. pn. „Wymagania jakościowe realizowane w szpitalu i poszczególnych jednostkach”. We wszystkich szkoleniach brała udział kadra kierownicza w tym Dyrekcja szpitala, lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny. We wrześniu 2018 r. Pełnomocnik ds. Jakości rozwiązał umowę o pracę. Szpital zwrócił się z zapytaniem do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w sprawie przeprowadzenia szkolenia otrzymując odpowiedź negatywną. Pomimo zaplanowania i podjęcia działań w celu przeprowadzenia szkolenie, mając na uwadze względy merytoryczne, zrezygnowano z jego przeprowadzenia. W ocenie NIK standard był spełniony.

(akta kontroli str. 246 – 258, 615 - 656)

##### 1.2.10.2. Nr. standardu ZZ 9 - W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.

W celu oceny satysfakcji zawodowej personelu w Szpitalu corocznie prowadzone były badania opinii pracowników. Koordynatorem badania jest Pełnomocnik ds. Jakości. Pracownicy oceniają warunki pracy, wynagrodzenie, rozwój zawodowy, komunikację i atmosferę w pracy, organizację i zarządzanie oraz są proszeni o podanie czynników najbardziej wpływających na zadowolenie. Badanie przeprowadza się przez okres jednego miesiąca, wykorzystując anonimowe ankiety, które oddawane są do specjalnie w tym celu przygotowanych skrzynek. Ankietowani mieli możliwość oceny poziomu usług za pomocą pięciostopniowej skali ocen. W 2018 r., 36% pracowników wyraziło oceny pozytywne (w 2017 r. było ich 43%, w 2016 r. 47%), a 24% deklarowała niezadowolenie (w 2017 r. stanowili 22%, a w 2016 r. 13%). Liczną grupę - 39% stanowiły osoby udzielających odpowiedzi obojętnych (w 2017 r. stanowili 22%, a w 2016 r. 13%). Głównymi czynnikami motywującymi do pracy w Szpitalu jest stabilność zatrudnienia i przyjazna atmosfera pracy. Monitorowano obszary niezadowolenia oraz zmiany wskaźników oceny poszczególnych obszarów.

(akta kontroli str. 107 - 142)

### 1.2.11. Prawa pacjenta<sup>12</sup>

1.2.11.1. Nr standardu PP 14 - Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin. Ocena CMJ z 2013 r. - 5 pkt., w 2017 r. – 3 pkt.

W przeprowadzonej ankiecie 100% respondentów (50 osób) potwierdziło, że w czasie pobytu w Szpitalu mieli zapewnioną możliwość odwiedzin.

1.2.11.2. Nr standardu PP 3 - Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia. Ocena CMJ z 2013 r. - 5 pkt., w 2017 r. – 3 pkt.

Z przeprowadzonej wśród pacjentów ankiety wynika, że 86% respondentów (z 50 osób) oceniło, że otrzymywali zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.

### 1.2.12. Środowisko opieki.

Nr standardu ŚO 15 - Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane. Ocena CMJ z 2013 r. - 5 pkt., w 2017 r. – 5 pkt.

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że 83% respondentów wskazała, że pomieszczenia szpitala były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 96 – 102, 670 - 779)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

Nie objęto regularnym szkoleniem w resuscytacji krążeniowo-oddechowej całego personelu medycznego, jak również nie wszyscy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach na temat zakażeń szpitalnych. Szpital przystępując do procedury akredytacji i legitymując się certyfikatem jest zobowiązany do stosowania zasad w niej zawartych.

OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie przez Szpital do procesu akredytacji oraz potwierdzenie w raporcie CMJ spełniania przez niego standardów na poziomie umożliwiającym otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego nie zapewniło wdrożenia wymogów określonych w obwieszczeniu MZ z 2010 r. na poziomie wynikającym z oceny CMJ odnoszącej się do wybranych standardów. Niespełnienie wybranych standardów akredytacyjnych, które w ocenie CMJ otrzymały maksymalną ocenę punktową, zdaniem NIK, świadczy o braku rzeczywistej poprawy jakości funkcjonowania podmiotu leczniczego w tym zakresie, pomimo poddania się przez podmiot zewnętrznemu, dobrowolnemu procesowi oceny.

Z 16 standardów akredytacyjnych poddanych weryfikacji przez NIK – dwa nie były spełnione, przy czym wymogów określonych dla jednego z nich Szpital nie spełniał również w momencie prowadzenia wizyty akredytacyjnej.

Wyniki badań ankietowych pacjentów świadczą o tym, że personel Szpitala zapewniał przekazywanie informacji o ich prawach i obowiązkach, pacjenci w czasie pobytu otrzymywali zrozumiałą informację o stanie zdrowia, wszyscy ankietowani pacjenci w czasie pobytu mieli zapewnioną możliwość odwiedzin, a pomieszczenia Szpitala były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

OBSZAR

## 2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego

2.1. Koszty wprowadzenia standardów akredytacyjnych oraz ich wpływ na funkcjonowanie Szpitala

Opis stanu  
faktycznego

Szpital nie był w stanie określić wszystkich kosztów związanych z procesem akredytacji.

Możliwe do wykazania koszty akredytacji wynikały z ponoszenia przez Szpital opłat za wizyty oceniające na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 stycznia

<sup>12</sup> Spełnianie poniższych standardów zostało określone na podstawie analizy 50 anonimowych ankiet przeprowadzonych na oddziałach Szpitala trakcie prowadzenia czynności kontrolnych.

<sup>13</sup> Należy zaznaczyć, że badanie ankietowe przeprowadzone było w trakcie rekordowych upałów.

2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie.

Opłaty takie zostały poniesione w 2013 r. i 2017 r., (w 2010 r. oceniająca wizyta akredytacyjna odbyła się nieodpłatnie w ramach projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”; wizyta była współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego). Łączne koszty za ww. dwie wizyty wyniosły 86 526,77 zł. (w 2013 r. 40 305,76 zł, a w 2017 r. 46 221,01 zł).

W okresie od 2010 r do 2017 roku koszty działalności operacyjnej uległy zwiększeniu o 31%, tj. z 102 251,3 tys. zł w 2010 r. do 134 425,4 tys. zł w 2017 r. Udział kosztów akredytacji (ponoszony przez szpital) w kosztach działalności operacyjnej był niewielki w całym analizowanym okresie, wynosząc od 0,0023% w 2010 r do 0,034% w 2017 r.

Szpital, nie był w stanie wskazać wymiernych korzyści finansowych wynikających z posiadania certyfikatu akredytacyjnego. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>14</sup> we wzorze na obliczenie wysokości ryczałtu uwzględniono współczynnik korygujący (jakościowy), obliczany dla świadczeniodawcy, w tym przypadku 0,015. Ryczałt obliczył NFZ i Szpital nie był w stanie stwierdzić, o ile jest on wyższy po uwzględnieniu współczynników jakości, w tym współczynnika związanego z akredytacją<sup>15</sup>. W przypadku ubiegania się o nowy kontrakt poza tzw. „siecią” Szpital otrzymuje dodatkowe punkty rankingowe, ale nie przekłada się to na wartość kontraktu.

Szpital, w okresach półrocznych, sporządzał analizę przyczyn wykonania reoperacji; nie posiadał analiz dotyczących kosztów powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji oraz reoperacji przeprowadzonych przed i po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego.

Dyrektor poinformował, że analizę przyczyn reoperacji i hospitalizacji prowadzi Komitet ds. analizy skuteczności leczenia w Szpitalu i przedstawia Z-cy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej. Analizy sporządzane są po zakończeniu każdego półrocza, zgodnie z założeniami standardów i zasad prowadzenia analiz przyjętych w Szpitalu. Stwierdził również, że ważną korzyścią wdrożenia akredytacji jest uporządkowanie organizacji i poczucie bezpieczeństwa dla personelu. Ponadto jak wskazał Dyrektor „Praca w Szpitalu stwarza wiele trudnych sytuacji i wtedy spisana procedura i pewny schemat postępowania, którego należy przestrzegać, powoduje większe bezpieczeństwo. Personel może się na tym oprzeć i być przekonany, że działał zgodnie z procedurą. Daje też uporządkowanie, że wszyscy pracują wg tych samych zasad.”

W okresie objętym kontrolą, liczba pozwów pacjentów za błędy medyczne miała tendencję rosnącą<sup>16</sup>.

W latach 2009 – 2019 zmienił się charakter pozwów; wcześniej przeważały roszczenia związane z zakażeniem WZW. Obecnie dominują roszczenia z zakresu ortopedii i zakresu położniczo-ginekologicznego. Dyrektor poinformował, że trudno ocenić, czy obecne pozwy wobec Szpitala są następstwem nierealizowania wymagań standardów akredytacyjnych. Odpowiedzialność za zgłaszane roszczenia

14 Dz.U.2017 poz. 1783

15 W IV kw. 2018 r. (pismo znak: DAPS.036.73.2018 z 30 października 2018 r.) Szpital otrzymał pismo z NFZ wskazujące sposób obliczania ryczałtu na rok 2018 jednak nie wskazuje ono na kwoty lub % zmiany ryczałtu, tylko wskaźnik 0,015.

16 Liczba postępowań zakończonych wypłatą odszkodowania w latach 2009 – 2019 wynosi łącznie 28. W latach 2009 – 2012 0-2 rocznie. Natomiast od roku 2013 3-4 rocznie.

Szpital przeniósł na ubezpieczyciela i z własnych środków nie wypłacał odszkodowań. Ponadto nie wszystkie pozwy kończą się wypłatą odszkodowania.

(akta kontroli str.160 – 166, 492 - 547)

## 2.2 Wpływ akredytacji na funkcjonowanie Szpitala

Od 2004 roku uległy poprawie parametry dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych, tj. średni czas hospitalizacji<sup>17</sup>, który w 2004 r. wynosił 6,5, a w I półroczu 2019 r. 5,7 oraz średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych, które w 2004 r. wynosiło 64,4%, a w I półroczu 2019 r. 81,2%<sup>18</sup>.

Wskaźniki ekonomiczne, w latach 2016 - 2018 (wg stanu na koniec roku)<sup>19</sup>, uległy pogorszeniu; m.in. wskaźnik zyskowności netto<sup>20</sup> wynoszący w 2016 r. -4,61 pogorszył się do -12,76, wskaźnik zyskowności aktywów (%) z -2,03 zmniejszył się do -6,25, a wskaźnik wypłacalności spadł z 6,66 do -2,06. Dyrektor poinformował, że wpływ na pogorszenie wskaźników finansowych Szpitala miał m.in.: wzrost kosztów osobowych wynikający z realizacji czynników zewnętrznych, tj. wzrost płacy minimalnej, wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych, wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, wzrost wynagrodzeń lekarzy. Ponadto wzrosły koszty środków diagnostycznych - terapeutycznych, energii oraz usług. Na pogorszenie się wskaźników miał wpływ również brak regulacji wycen realizowanych procedur medycznych na przełomie ostatnich 12 lat, wprowadzenie ryczałtu, który powoduje brak możliwości rozliczania nadwykonań, wzrost kosztów amortyzacji wynikającej z prowadzonych inwestycji i remontów związanych z dostosowaniem Szpitala do wymagań prawnych.

Według stanu na koniec 2018 r., w porównaniu do roku 2016, liczba pacjentów uległa zmniejszeniu o 0,4 tys.<sup>21</sup>, tj. o 1,6%. Nie zmieniła się liczba łóżek. Liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko zmniejszyła się o 0,7 tj. o 1,6%, a średnie obłożenie łóżek o 0,8 dnia, tj. o 0,3%.

(akta kontroli str. 160 - 175)

## OCENA CZĄSTKOWA

Sytuacja finansowa Szpitala w 2018 r., w porównaniu do lat 2016-2017, uległa pogorszeniu, jednak wpływ na to miały czynniki zewnętrzne, niezależne od Szpitala i niezwiązane z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego nie przysporzyło Szpitalowi wymiernych korzyści finansowych oraz nie miało wpływu na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów przy ocenie ofert składanych w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Przeprowadzenie procesu akredytacyjnego i uzyskanie przez Szpital certyfikatu w 2017 r. nie wpłynęło na zmianę wskaźników ekonomicznych Szpitala, jak również podstawowych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu nie wiązano efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych z kosztami tego procesu.

<sup>17</sup> Średni czas hospitalizacji - to iloraz łącznej liczby dni pobytu pacjentów w szpitalu do liczby pacjentów wypisanych i zmarłych w szpitalu w danym roku.

<sup>18</sup> Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych jest to stosunek liczby osobodni pobytu pacjentów w szpitalu do średniej liczby łóżek. Przy czym liczba osobodni jest równa sumie dni, w trakcie których przebywali w szpitalu wszyscy leczeni w ciągu roku (zalecany 80%, optymalny 85%).

<sup>19</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U.2017.832 z dnia 2017.04.25).

<sup>20</sup> wynik finansowy netto x100% / przychody ogółem.

<sup>21</sup> Pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego).

## 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:

1. Prowadzenie regularnych szkoleń personelu medycznego w zakresie zakażeń;
2. Prowadzenie szkoleń w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla całego personelu medycznego, zgodnie z obowiązującym standardem.

## 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 dyrektora Departamentu Zdrowia 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 14 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, 6 września 2019 r.

Kontroler  
Rafał Zyzik  
specjalista k.p.

  
.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia  
Dyrektor  
Piotr Wasilewski

  
.....  
podpis

